

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER

REDES SOCIAIS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: contribuições do
mapeamento das relações sociais para a atenção em saúde

Leônidas de Albuquerque Netto

Rio de Janeiro – RJ

Março/2016

Leônidas de Albuquerque Netto

REDES SOCIAIS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: contribuições do mapeamento das relações sociais para a atenção em saúde

Tese apresentada à Banca Examinadora junto ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura

Rio de Janeiro – RJ
Março/2016

Albuquerque Netto, Leônidas de
A167 m Redes sociais de mulheres em situação de violência: contribuições do mapeamento das relações sociais para a atenção em saúde./ Leônidas de Albuquerque Netto. – Rio de Janeiro: UFRJ /EEAN, 2016.

226f. : il. ; 31cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura.

Tese (doutorado) - UFRJ/EEAN - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

Referências: f.193-204.

1. Enfermagem. 2. Saúde da mulher. 3. Violência. 4. Rede social.

I. Moura, Maria Aparecida Vasconcelos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD: 610.73

Leônidas de Albuquerque Netto

REDES SOCIAIS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: contribuições do mapeamento das relações sociais para a atenção em saúde

Tese apresentada à Banca Examinadora junto ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Processo de avaliação em 11 de março de 2016, parecer aprovado por:

Dr.^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura – Orientadora – Presidente
Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Dr.^a Lucia Helena Garcia Penna – 1^a Examinadora
Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem FACENF/UERJ

Dr.^a Suely Ferreira Deslandes – 2^a Examinadora
Professora Titular do Instituto Fernandes Figueira IFF/ FIOCRUZ

Dr.^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz – 3^a Examinadora
Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Dr.^a Ivis Emília de Oliveira Souza – 4^a Examinadora
Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ

Dr.^a Edinilsa Ramos de Souza – Suplente
Professora Pesquisadora Associada III da Fundação Oswaldo Cruz

Dr.^a Angela Maria Mendes Abreu – Suplente
Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ

Rio de Janeiro – RJ
Março/2016

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese às mulheres participantes desta pesquisa que convivem em um contexto de violência interpessoal e buscam o apoio em suas Redes Sociais, acreditando, principalmente, na conquista de sua autoestima, autonomia e independência.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me conceder força, luz, coragem, determinação e humildade, na oportunidade plena e gratificante da construção do conhecimento, no meu aprendizado e aperfeiçoamento pessoal e profissional.

Aos meus pais, Leônidas Carrano e Angela Maria Cutri, pelo amor e incentivo total aos meus estudos desde a infância, sempre acreditando que posso alcançar meus sonhos.

À minha irmã Juliana Cutri, por me ajudar sempre de maneira emocional e prática, estando sempre ao meu lado em momentos da construção desta pesquisa.

À minha noiva e meu amor Carla Calaça, pelo carinho, parceria, paciência e pelo incentivo na realização dos meus projetos profissionais. Amo você!

Ao meu cunhado Alexandre Maiolino, pelo apoio durante todo o meu período de estudos desde que vim para o Rio de Janeiro.

Aos meus sogros Carlos e Suely e minha cunhada Livia, por me acolherem em muitos momentos em sua casa durante esta caminhada acadêmica.

À minha Orientadora, Professora e Doutora Maria Aparecida Vasconcelos Moura, incansável mestre educadora que sempre acreditou no meu potencial, buscando junto comigo a construção do conhecimento para aperfeiçoamento das práticas de pesquisa. Com sua alegria e energia nos fortalece para a construção de um saber efetivo e sólido. Conte sempre comigo em qualquer situação durante a vida. Como sempre digo, serei sempre seu aluno, orientando, discípulo e fiel escudeiro.

Às Professoras Doutoradas e membros da banca Lucia Helena Garcia Penna (FENF/UERJ), Suely Ferreira Deslandes (IFF/FIOCRUZ), Ana Beatriz Azevedo Queiroz (EEAN/UFRJ), Ívis Emília de Oliveira Souza (EEAN/UFRJ), Edinilsa Ramos de Souza (ENSP/FIOCRUZ), Angela Maria Mendes Abreu (EEAN/UFRJ) e Maria Helena do Nascimento Souza (EEAN/UFRJ), pelas valiosíssimas contribuições no desenvolvimento desta pesquisa, principalmente no que diz respeito à teoria de rede social e metodologia de análise de conteúdo.

Aos Professores André Rangel Rios (IMS/UERJ) e Patrícia Constantino (ENSP/FIOCRUZ), pelos ensinamentos fundamentais na área da violência e saúde da mulher, além da oportunidade do desenvolvimento de trabalhos acadêmicos durante o curso de doutorado.

À Professora Emérita Vilma de Carvalho (EEAN/UFRJ), pela oportunidade de ampliação e aperfeiçoamento dos meus conhecimentos nas áreas acadêmicas e em educação, por meio da disciplina Epistemologia para a Enfermagem.

A todas as Professoras do Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher pelas discussões e debates durante as reuniões, as quais permitiram o aperfeiçoamento e enriquecimento desta pesquisa.

À Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, em especial às Professoras Regina Zeitoune, Tânia Franco e Márcia de Assunção, pela oportunidade de crescimento profissional e incentivo à prática da pesquisa acadêmica.

Aos Funcionários e Administrativos da Secretaria de Pós-Graduação da EEAN/UFRJ, em especial à Sonia, Rosa, Cíntia, Cristina e Diana, pela grande ajuda nos trâmites burocráticos nestes três anos de curso de doutorado.

Às Assistentes Sociais Sara Tavares, Mara Passo, Lucinete Castro, Bianca Capelli; secretárias Sara Patriota, Selma Marina, Fábio e à Psicóloga Flávia Yamada. Todas funcionárias do Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica Chiquinha Gonzaga, no Rio de Janeiro. Durante quatro meses, tive a oportunidade de conviver e aprender com vocês, profissionais e trabalhadores, e sentir os desafios do cotidiano no atendimento às mulheres em situação de violência. Agradeço muito pela disponibilidade de cada um e acolhida recebida, tornando possível a realização desta pesquisa.

Às Coordenadoras do Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família (UFRJ/SMS-RJ) Ana Carolina Tavares, Alice Mariz e Sabrina Machado. Vocês tornaram minha caminhada profissional possível na associação das atividades acadêmicas junto ao curso de doutorado e atividades práticas da residência.

Aos enfermeiros Gustavo Leandro e Sabrina Carvalho, meus preceptores na Clínica da Família Zilda Arns, agradeço muito pelos ensinamentos e orientações para uma prática profissional da enfermagem de qualidade.

À amiga Giuliana Fernandes, ao meu lado desde o primeiro ano do curso de graduação, sua amizade e parceria acadêmica foram de grande valia na caminhada e desenvolvimento de pesquisas e artigos.

Ao grupo de pesquisa na área da Violência e da Qualidade da Assistência, pelas permanentes parcerias e encontros para discussão sobre a temática, em especial às Professoras Doutoras Adriana Lenho e Francielle Marabotti.

À amiga Professora Doutora Selma Villas Boas (FE/UNIRIO), pela cumplicidade, amizade, incentivo e parceria na elaboração de artigos científicos advindos de nossos estudos de mestrado e doutorado.

Ao amigo Thiago Silva, um grande sujeito, amigo, estudioso e inteligente, que, assim como eu, também tem a família vivendo em outro estado.

Ao amigo Hilton Rodrigues, um querido irmão e amigo, que juntamente com toda a sua família, me proporcionam apoio e incentivo emocional. Peço desculpas pela minha ausência neste último ano em decorrência das atividades profissionais, mas em breve voltaremos a nos reunir para boas risadas.

Eu sou aquela mulher a quem o tempo muito ensinou.
Ensinou a amar a vida e não desistir da luta, recomeçar
na derrota, renunciar palavras e pensamentos negativos.
Acreditar nos valores humanos e ser otimista.
Creio na força imanente que vai gerando a família
humana, numa corrente luminosa de fraternidade
universal.
Creio na solidariedade humana, na superação dos erros
e angústias do presente.
Aprendi que mais vale lutar do que recolher tudo fácil.
Antes acreditar do que duvidar.

Cora Coralina (1889- 1985)

RESUMO

NETTO, Leônidas de Albuquerque. **Redes sociais de mulheres em situação de violência: contribuições do mapeamento das relações sociais para a atenção em saúde.** Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A violência interpessoal às mulheres pelo parceiro íntimo constitui-se violação dos direitos humanos. Objeto de estudo: a rede social de mulheres em situação de violência interpessoal perpetrada pelo parceiro íntimo. Objetivos: configurar a rede social das mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo; analisar as categorias propostas por Sanicola entre elementos da rede social primária e secundária, além dos operadores de rede social que proporcionaram apoio às mulheres, utilizando-se da intervenção de rede; evidenciar os tipos de apoio fornecidos pelos membros da rede social nas relações da mulher em situação de violência; discutir o mapa de rede social construído como intervenção articulada e resolutiva que auxilie mulheres em situação de violência pelo parceiro. Pesquisa qualitativa e analítica realizada em Centro Especializado de Atendimento à Mulher do Rio de Janeiro, Brasil. Os atores sociais foram vinte mulheres entrevistadas que vivenciaram violência interpessoal pelo parceiro íntimo, utilizando um instrumento semiestruturado e individual. Para elaborar o mapa da rede social, solicitou-se às mulheres que auxiliassem o pesquisador na confecção de um desenho, representando pessoas e instituições envolvidas no contexto da violência. 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, com o Parecer 774.804/2014. As informações advindas dos depoimentos foram analisadas pelo método de análise de conteúdo de Bardin. A abordagem teórica de Sanicola permitiu o entendimento da dinâmica relacional na qual a mulher está inserida em relações sociais para enfrentamento das necessidades advindas dos episódios violentos. Ao analisar os resultados da pesquisa, as mulheres apresentaram perfil sociodemográfico com características vulneráveis, desde a falta de recursos econômicos à sua subsistência até seu isolamento, pela fragilidade ou rompimento de vínculos com membros da rede social. Dentre as categorias que emergiram das depoentes, destacam-se o isolamento social; fatores de dependência destas mulheres; apoio das redes sociais primárias e secundárias; e elucidação dos membros da rede social que exerceram apoio a essa população, atuando como operadores de rede social. Estes, por meio da intervenção de rede, prestaram auxílio às mulheres promovendo ações articuladas para auxiliá-las a sair do ciclo da violência. A rede social primária das mulheres apresentou-se de média amplitude e pouco densa, enquanto a rede secundária apresentou maior densidade. Houve melhores relações de troca com a rede secundária. Da rede primária, as mulheres tiveram apoio emocional e material, enquanto a rede secundária auxiliou com serviços assistenciais ou informações. As mulheres tiveram maior intimidade e proximidade com os filhos, protegendo-os da violência; além de familiaridade com irmãos, de quem solicitaram ajuda. Muitas não revelaram a seus pais a violência, agravando seu isolamento social. Os vínculos rompidos foram evidenciados na relação com o parceiro. 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 o primeiro passo para intervenção resolutiva de apoio e confiança para o resgate da autoestima, independência e partilha.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde da Mulher. Violência. Rede Social.

ABSTRACT

NETTO, Leônidas de Albuquerque. **Social networks of women in situation of violence: contribution of the mapping of social relations to health care.** Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Interpersonal violence against women by an intimate partner constitutes a human rights violation. Object of study: the social network of women in situation of interpersonal violence perpetrated by an intimate partner. Objectives: to configure the social network of women in situation of interpersonal violence by their intimate partner; to analyze the categories proposed by Sanicola among the elements of the primary and secondary social network, in addition to the social network operators, who provided support to women by using network intervention; to evidence the types of support provided by members of the social network in the relations of women in situation of violence; to investigate the social network map constructed as an articulated and resolute intervention to assist women in situation of violence perpetrated by their partner. Qualitative and analytical research conducted in a Specialized Center for Women Assistance in Rio de Janeiro, Brazil. The participants were twenty women, who have experienced interpersonal violence by their intimate partner, interviewed through a semi-structured individual questionnaire. To draw up the map of the social network, the women were requested to help the researcher make a drawing representing individuals and institutions involved in the context of violence. Approved by the Research Ethics Committee of Anna Nery School of Nursing and São Francisco de Assis Health Care Institute of the Federal University of Rio de Janeiro, under the Opinion No. 774.804/2014. The information resulting from the interviews were analyzed through Bardin's content analysis method. The theoretical approach of Lia Sanicola permitted the understanding of the relational dynamics in which women are inserted in their social relations to confront the needs arising from the violent episodes. In analyzing the survey results, women presented a socio-demographic profile with characteristics of vulnerability, ranging from a lack of economic resources for their subsistence, to their isolation, by the fragility or rupture of bonds with members of their social network. Among the categories that emerged from the interviews, the most prominent were the social isolation; women's dependency factors; primary and secondary social network support; and the elucidation of the members of the social network who supported this population, acting as social network operators, providing, through network intervention, assistance to women through the promotion of articulated actions to help them out of the cycle of violence. The primary social network of women showed itself sparse and of average amplitude, while the secondary network showed higher density. There was better sharing relations with the secondary network. From the primary network, women had emotional and material support, while the secondary network assisted with care services or information. Women had greater intimacy and closeness with their children, protecting them from the violence; as well as familiarity with brothers, from whom women requested help. Many did not reveal to their parents about the violence, exacerbating their social isolation. The broken bonds were evidenced in their relationship with their partner. Women are distant from the members of the primary network and close to the secondary network, establishing bonds through reception and resolute attention. The social network map built with these women was the first step towards a resolute action of support and confidence for the rescue of their self-esteem, independence and sharing.

Keywords: Nursing. Women's Health. Violence. Social Networking.

RESUMEN

NETTO, Leônidas de Albuquerque. **Redes sociales de mujeres en situación de violencia: contribuciones del mapeo de las relaciones sociales a la atención de salud.** Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

La violencia interpersonal contra mujeres por parte de su pareja se constituye en violación de derechos humanos. Objeto de estudio: la red social de mujeres en situación de violencia de pareja. Objetivos: configurar la red social de mujeres en situación de violencia de pareja; analizar las categorías propuestas por Sanicola entre elementos de la red social primaria y secundaria, además de los operadores de red social que apoyaron las mujeres, utilizando la intervención de red; encontrar los tipos de apoyo aportados por los miembros de la red social a las mujeres en situación de violencia; discutir el mapa de red social construido como intervención articulada y resolutive para ayudar mujeres en situación de violencia de pareja. Investigación cualitativa y analítica realizada en un Centro Especializado de Atención a la Mujer de Rio de Janeiro, Brasil. Las participantes fueron veinte mujeres que sufrieron violencia de pareja, entrevistadas a través de instrumento individual semiestructurado. Para la elaboración del mapa de red social, a las mujeres se les pidió que ayudaron al investigador a hacer un diseño representando personas e instituciones involucradas en el contexto de la violencia. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería Anna Nery e Instituto de Atención de Salud São Francisco de Assis de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, con el Dictamen 774804/2014. La información resultante de las entrevistas fue analizada mediante el método de análisis de contenido de Bardin. El enfoque teórico de Sanicola permitió comprender las dinámicas relacionales en que las mujeres se insertan para el enfrentamiento de las necesidades provenientes de episodios violentos. Al analizar los resultados, las mujeres presentaron perfil sociodemográfico con características vulnerables, desde la falta de recursos económicos para su subsistencia, hasta su aislamiento, por fragilidad o ruptura de lazos con miembros de su red social. Entre las categorías que surgieron, se destacan el aislamiento social; factores de dependencia de estas mujeres; apoyo de redes sociales primarias y secundarias; y elucidación de los miembros de la red social que apoyaron esta población, actuando como operadores de red social. Éstos, mediante la intervención de red, auxiliaron a las mujeres, promoviendo acciones articuladas para ayudarles a salir del ciclo de violencia. La red social primaria de las mujeres se presentó de media amplitud y poco densa, mientras la red secundaria presentó mayor densidad. Hubo mejores relaciones de cambio con la red secundaria. De la red primaria, las mujeres tuvieron apoyo emocional y material, mientras la red secundaria ha ayudado con servicios asistenciales o informaciones. Las mujeres tuvieron mayor intimidad y proximidad con los hijos, protegiéndolos de la violencia; además de familiaridad con hermanos, de quienes solicitaron ayuda. Muchas no revelaron a sus padres la violencia, agravando su aislamiento social. Los vínculos rotos fueron evidenciados en la relación con sus compañeros. Las mujeres están distantes de los miembros de la red primaria y prójimas de la red secundaria, estableciendo vínculos por la acogida y atención resolutive. El mapa de red social construido con las mujeres constituye un primer paso hacia una intervención resolutive de apoyo y confianza para el rescate de la autoestima, independencia y compartir.

Palabras clave: Enfermería. Salud de la Mujer. Violencia. Red Social.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tipologia e natureza da violência a partir das características daqueles que praticam os atos violentos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde 45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, 2011	57
Figura 2 – A posição do operador na dinâmica da ação na intervenção de rede	75
Figura 3 – Rede social da Entrevistada 1	98
Figura 4 – Rede social da Entrevistada 2	100
Figura 5 – Rede social da Entrevistada 3	103
Figura 6 – Rede social da Entrevistada 4	105
Figura 7 – Rede social da Entrevistada 5	108
Figura 8 – Rede social da Entrevistada 6	110
Figura 9 – Rede social da Entrevistada 7	113
Figura 10 – Rede social da Entrevistada 8	115
Figura 11 – Rede social da Entrevistada 9	118
Figura 12 – Rede social da Entrevistada 10	121
Figura 13 – Rede social da Entrevistada 11	124
Figura 14 – Rede social da Entrevistada 12	127
Figura 15 – Rede social da Entrevistada 13	129
Figura 16 – Rede social da Entrevistada 14	132
Figura 17 – Rede social da Entrevistada 15	135
Figura 18 – Rede social da Entrevistada 16	138
Figura 19 – Rede social da Entrevistada 17	141
Figura 20 – Rede social da Entrevistada 18	144
Figura 21 – Rede social da Entrevistada 19	147
Figura 22 – Rede social da Entrevistada 20	150
Figura 23 - Os elementos da rede social que atuaram como operadores na dinâmica da ação e intervenção de rede para apoio às mulheres em situação de violência interpessoal	179

LISTA DE SIGLAS

- BDENF – Base de Dados Brasileira de Enfermagem.
- BVS – Biblioteca Virtual em Saúde.
- CEAM - Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica.
- CEJUVIDA – Central Judiciária de Abrigamento Provisório da Mulher Vítima de Violência Doméstica.
- CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.
- CNDM – Conselho Nacional de Direitos da Mulher.
- CRAS – Centro de Referência e Assistência Social.
- CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.
- DEAMs – Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs).
- DECs – Descritores em Ciências da Saúde.
- DEMI – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil.
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- ISP – Instituto de Segurança Pública.
- LILACS – Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências de Saúde.
- MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.
- NUDEM – Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher Vítima de Violência.
- NUPESM – Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher.
- OMS – Organização Mundial da Saúde.
- ONGs – Organizações Não Governamentais.
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde.
- PEA – População Economicamente Ativa.
- PUBMED – National Library of Medicine.
- PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.
- PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde.
- SPM-RJ – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Cidade do Rio de Janeiro.
- TJERJ – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- UNIFEM – United Nations Development Fund for Women.
- UBS – Unidade Básica de Saúde.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

URs – Unidades de Registro.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
1.1 Aproximação e a inserção da temática de pesquisa	18
1.2 Problemática do estudo	22
1.3 Objeto de estudo, questões norteadoras e objetivos	30
1.4 Justificativa do estudo	31
1.5 Relevância da pesquisa	38
1.6 Contribuição do estudo	41
CAPÍTULO II – CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA DO ESTUDO	44
2.1 O conceito de violência contra a mulher	44
2.2 Políticas públicas de atenção à mulher no contexto da violência	47
2.3 Políticas de rede de atenção às mulheres em situação de violência interpessoal	54
CAPÍTULO III – REFERENCIAL TEÓRICO	61
3.1 Referencial Teórico de Rede Social de Lia Sanicola	61
3.2 Operacionalização e intervenção de rede às mulheres em situação de violência: possibilidade assistencial e de empoderamento na intervenção articulada e resolutiva	71
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA	78
4.1 Método e tipo de pesquisa	78
4.2 Cenário de estudo	79
4.3 Participantes da pesquisa	81
4.4 Técnica e procedimentos para coleta de dados	82
4.5 Análise e interpretação dos resultados	87
4.6 Questões éticas da pesquisa	89
CAPÍTULO V – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	91
5.1 Descrição e análise do perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência interpessoal	91
5.2 Apresentação, descrição gráfica e características dos mapas de rede social das mulheres em situação de violência interpessoal	97
5.3 Categorias de análise fundamentadas na Teoria de Rede Social	152
CATEGORIA 1: O isolamento social como determinante na violência interpessoal contra a mulher: uma situação em rede	153
CATEGORIA 2: A dependência do parceiro íntimo como determinante na violência interpessoal contra as mulheres	158
CATEGORIA 3: A importância da rede social primária no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo	163
CATEGORIA 4: A importância da rede social secundária no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo	167
CATEGORIA 5: A atuação dos operadores de rede social no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo	174
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	186
REFERÊNCIAS	193
ANEXO 1 – Representação Geométrica de Tipos de Rede Social	205

ANEXO 2 – Representação Gráfica do Tipo de Vínculo na Rede Social	206
ANEXO 3 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	207
APÊNDICE A – Carta de Anuência para Autorização de Pesquisa	209
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	210
APÊNDICE C – Instrumento para Coleta de Dados	211
APÊNDICE D – Unidades de Registro (URS) das Entrevistas Agrupadas em Unidades de Significação ou Categorias. Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica (CEAM), RJ, 2014	213
APÊNDICE E – Quadro Demonstrativo do Perfil Sociodemográfico das Participantes que Buscaram o Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CR Mulher), no Rio de Janeiro – 2014	214

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Aproximação e a inserção da temática de pesquisa

A aproximação com a temática da violência contra as mulheres ocorreu durante os dois últimos anos do curso de graduação em enfermagem, quando inserido na linha de pesquisa em saúde da mulher, como bolsista, desenvolvi um estudo que possibilitou investigar no Rio de Janeiro o perfil sociodemográfico de mulheres que vivenciaram a violência de gênero. Este projeto de Iniciação Científica esteve vinculado ao Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM), do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI), da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O trabalho de Conclusão de Curso foi realizado sob a ótica quantitativa, do tipo série histórica, a partir dos registros de ocorrência de violência contra mulheres em Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), da região metropolitana do Rio de Janeiro, no período de 2003 a 2008. A demanda assistida nas DEAMs caracterizou-se por mulheres jovens, de baixo nível educacional, solteiras, de cor branca, em idade reprodutiva, e com ocupação remunerada. Estas vivenciaram principalmente a violência psicológica pelo parceiro íntimo. O espaço familiar, que deveria constituir-se em um refúgio de paz e harmonia é, por excelência, o espaço em que a violência tem o seu ponto mais alto de incidência nas agressões intrafamiliares (MOURA, NETO & SOUZA, 2012).

Durante o curso de pós-graduação em enfermagem a nível de mestrado, continuei inserido na mesma linha de pesquisa do NUPESM, onde desenvolvi um estudo com o foco nas situações motivadoras para a tomada de decisão das mulheres que vivenciaram a violência perpetrada pelo parceiro íntimo, na busca por apoio institucional. A tomada de decisão destas ocorreu por meio da denúncia de seus agressores junto às DEAMs ou na busca por apoio psicológico e social junto a um Centro de Referência.

No que diz respeito às situações motivadoras para a tomada de decisão das mulheres ao procurar apoio institucional em casos de violência, os dados apontaram: a superação do medo que impedia a denúncia da violência, a vergonha de vivenciar a violência na presença de terceiros, a descoberta de um caso extraconjugal do parceiro, a preocupação com a integridade dos filhos, a violência que chegou ao limite da tolerância, a importância de pertencer a um grupo de apoio institucional, a tomada de consciência por meio da educação em um grupo de reflexão e o alcance da autonomia financeira (ALBUQUERQUE NETTO, 2013).

De acordo com Santi, Nakano e Letierre (2010), a busca das mulheres por ajuda ocorre, a princípio, em seu próprio meio social junto à família e à rede de amigos, o que, para elas, nem

sempre é ajuda, mas uma violência por se sentir invadida em sua privacidade. Para proporcionar cuidados mais efetivos às mulheres, é preciso pensar em estratégias que incluam um atendimento multidisciplinar e a conjunção de setores da sociedade a fim de prestar o atendimento humanizado. A mudança deste cenário implica uma importante estratégia em dar voz às mulheres, para que, com base em seus valores e vivências, traduzam suas reais necessidades quando buscam por apoio e suporte das instituições.

O medo e a vergonha aparecem como importantes barreiras para a busca por ajuda. Para a redução da vulnerabilidade programática, estes sentimentos devem ser reconhecidos e interpretados pelos profissionais dos serviços da rede de enfrentamento à violência a partir de seu contexto e sua construção sociocultural. Os profissionais necessitam trabalhar no sentido de reforçar a segurança das mulheres, garantindo um direito fundamental, o de não sofrer violência, reconhecendo o medo como, em parte, baseado em falhas das políticas públicas de proteção. O passo essencial para que o enfrentamento do problema seja efetivo e a vulnerabilidade das mulheres seja reduzida é o reconhecimento de que o medo e a vergonha experimentados por elas são um tema de toda a sociedade e não de sentimentos individuais e equivocados das mulheres (TERRA, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2015).

Na ocasião das entrevistas no curso de mestrado, as mulheres em situação de violência expressaram o desejo de melhorar de vida, tanto social quanto economicamente, e de superação das situações de violência, não querendo ser vistas como vítimas. Reconheceram a necessidade da manifestação do amor próprio para o autocuidado, autoconfiança e dignidade. As reuniões em grupos de apoio do centro de referência, neste estudo, permitiram resgatar a autonomia de uma parte significativa das participantes, o que motivou a tomada de decisão para o rompimento com a relação violenta.

As investigações no mestrado contribuíram para a pesquisa e assistência em enfermagem sobre a temática de violência, na medida em que elucidou, sob a percepção das mulheres, a tomada de decisão na busca por apoio institucional. Foi imprescindível uma escuta qualificada durante o atendimento e posterior orientação a estas mulheres, esclarecendo sobre os seus direitos, mais especificamente, com informações sobre as suas redes sociais. Estas mulheres encontravam-se em estado de saúde debilitado, vivenciando conflitos psicológicos e emocionais.

Entre as mulheres que vivenciaram violência pelo parceiro íntimo, algumas relataram em seus depoimentos que os serviços de suporte de apoio, tanto no âmbito da segurança quanto na saúde, não atenderam às suas expectativas no que diz respeito a um atendimento específico, resolutivo e humanizado. Consideraram que suas necessidades, particulares e familiares, não

foram levadas em consideração, pela falta de acesso ou condições de atendimento ou mesmo pela falta do suporte de apoio social e familiar (Id., 2013).

Uma atenção multidisciplinar a essa clientela é fundamental na medida em que é preciso um olhar de diferentes profissionais para que se possa manter ou resgatar a cidadania e saúde. No entanto, os setores de justiça, psicologia, saúde e segurança, associados à rede de relações sociais que a mulher estabelece em comunidade, precisam dialogar e estabelecer contatos entre si em prol da prestação da atenção a essas mulheres em situação de violência. Faz-se necessária uma ação pró-ativa, de cada um dos setores, diante dos aspectos que envolvem a mulher no contexto social.

As práticas de atenção à mulher em situação de violência precisam ir além do que determinam os protocolos das instituições de atenção, possibilitando assim um atendimento que promova condições de acompanhamento para maior equilíbrio no segmento pessoal, familiar, profissional e social. Para tanto, a visibilidade dessa situação de violência deve ir além da própria mulher, passando, inclusive, pelos elementos que estão ao seu redor, componentes de sua rede de relacionamentos social.

Por outro lado, em uma vertente pessoal, ainda na pesquisa de mestrado, muitas participantes relataram que contaram com a ajuda e apoio de pessoas da família, principalmente quando voltaram para a casa dos pais, ou foram morar na casa de um dos filhos. Estas mulheres também mantiveram contato permanente com vizinhas, colegas e amigas, além de grupos sociais, principalmente relacionados à religião, com os quais sabiam que podiam compartilhar os seus problemas. Estes grupos motivaram as mulheres a tomarem uma atitude diante das relações violentas vivenciadas (ALBUQUERQUE NETTO, 2013).

De acordo com estudiosos como Higa et. al. (2008), geralmente, as mulheres em situação de violência procuram ajuda; primeiramente, entre a família e os amigos, ou seja, dentro de seu próprio ambiente social. Uma parcela menor procura um serviço de saúde, hospital ou unidade especializada somente quando percebe que a agressão está desgastando o ambiente familiar, provocando desordens emocionais e afetivas, e causando problemas à saúde individual e de seus filhos.

A condição violenta prejudica demasiadamente o relacionamento conjugal e a relação com os filhos, em especial a educação no contexto familiar. Diante desta perspectiva, é importante perceber, seja no nível pessoal, institucional ou profissional, a relevância do papel das redes sociais acessadas pelas mulheres que vivenciam a violência praticada pelo parceiro íntimo.

Os resultados advindos do curso de mestrado, referentes às situações motivadoras das mulheres em situação de violência na busca por apoio institucional, levantou novas questões. A pesquisa revelou uma parte dos relacionamentos que elas desenvolvem com outros elementos de sua rede social, caracterizados pela família, amigos, vizinhos, além das próprias instituições de atenção social e profissional, seja a nível de segurança, saúde ou serviço social. Este panorama serviu como um direcionamento para o aprofundamento dos conhecimentos a respeito da rede social das mulheres em situação de violência, de uma forma mais abrangente e complexa, possibilitando novas discussões sobre esta temática para o campo acadêmico-profissional (ALBUQUERQUE NETTO, 2013).

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, dessa rede, a pessoa pode receber ajuda emocional, material, de serviços e informações (SANICOLA, 2008). A existência de diversos vínculos com familiares, vizinhos e instituições como igreja e associações comunitárias são considerados pela comunidade como fundamentais no auxílio a situações de adoecimento e dificuldade. As redes sociais podem ser responsáveis pelo apoio, visibilidade de problemas e satisfação de necessidades sociais e em saúde que escapam da capacidade de atendimento do Estado (RUIZ & GERHARDT, 2012).

A partir das informações obtidas e da análise da rede social das mulheres, os profissionais de saúde poderão estar mais atualizados para assisti-las, desenvolvendo estratégias para integrar a mulher em redes de socialização, ou até mesmo ajudá-la a reconhecer os elementos da rede social que estão ao seu redor. A estratégia de construção do mapa de rede das mulheres em situação de violência pode fazer parte da assistência prestada pelos profissionais enfermeiros, caracterizando-o como o desenvolvimento de uma tecnologia leve na atenção às mulheres.

O cuidado em saúde deve ser pensado não apenas como um saber instrumental ou técnico, mas como um saber que permita a compreensão do fenômeno como um processo dinâmico, relacionado aos diferentes universos de significação e ressignificação (LETTIERE & NAKANO, 2011). O atendimento de saúde à mulher em situação de violência exige mais do que habilidades técnicas, requerendo uma atenção individualizada que transcenda o sentido de curar e tratar. No momento em que essa mulher procura o serviço de saúde, os profissionais de enfermagem têm a oportunidade de oferecer a essência da sua profissão, o cuidado (MORAES et. al., 2010, p.157).

O reconhecimento da ação profissional junto à mulher em situação de violência, em especial com a ação da inserção do enfermeiro, como um processo interativo, precisa ser compartilhado, com significado para quem o realiza (enfermeiro), e para aquela que o recebe

(mulher). A interação transcende a adscrição a um serviço, significa estabelecer e fortalecer uma relação de familiaridade em um encontro que almeje a resolutividade de suas demandas; além disso, que permita estratégias de empoderamento das mulheres e promova o acesso à justiça e o resgate como sujeito de direitos (VIEIRA et. al., 2013).

Como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro deve desenvolver o processo de cuidado, desde o diagnóstico de enfermagem advindo da situação de violência, até o tratamento dos agravos à integridade física e psicológica em saúde. Posteriormente, faz-se importante o acompanhamento das demandas dessas mulheres, por meio de outros serviços associados às diferentes redes de atenção em segurança, justiça e serviço social. Para esta abordagem, é essencial que se investigue a rede social vinculada às mulheres em situação de violência pelo parceiro, tanto em nível pessoal quanto profissional, visando melhorar a atenção em saúde.

1.2 Problemática do estudo

A violência é um fenômeno multifacetado que acompanha a trajetória da humanidade desde os tempos mais remotos. Seu conceito é construído socialmente e influenciado por transformações políticas, sociais, educacionais, econômicas e culturais. As raízes da violência encontram-se na estrutura e no modo de viver de cada comunidade e sociedade, adquirindo novas formas e conotações em cada período histórico (SOUZA & SANTANA, 2009). Este tema envolve as diferenças de sexo e raça, as hegemonias e suas minorias, revelando a individualidade das relações pessoais e do contexto em que estão inseridas (MEDINA & PENNA, 2008, p. 467).

Na sociedade moderna, a violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública, constituindo-se uma violação dos direitos humanos, vivida ou permeada de várias maneiras. Dentre as formas mais generalizadas de violência à mulher, destacam-se a violência física, psicológica, sexual, além da moral e patrimonial (WHO, 2013). As mulheres fazem parte de um dos grupos que sofrem com a discriminação por ser considerado minoritário e frágil, sendo esta uma forma de violência, a qual emerge do preconceito de uma sociedade que violenta a mulher (ROCHA, 2010).

A violência à mulher tem sido praticada indiscriminadamente, principalmente no ambiente doméstico e familiar, cuja invisibilidade é propiciada pela ocorrência no próprio espaço privado e, sobretudo, frente às relações íntimas e particulares entre pessoas que mantêm laços afetivos, como parceiros íntimos, maridos, amantes ou namorados.

O desemprego, a informalização das relações profissionais, a precarização do trabalho, e o empobrecimento econômico das famílias influenciam nas relações entre homens e mulheres. As condições sociais da família e da reprodução humana são dificultadas, o que propicia as desigualdades nas relações de gênero, resultando em conflitos entre homens e mulheres. Nessa ótica, a violência praticada por parceiro íntimo abarca uma questão social complexa, apontando para relações recíprocas entre as condições de saúde e sociais existentes (DANTAS-BERGER, 2011).

A violência contra a mulher compromete a célula principal da comunidade, a própria família. Quando esta unidade está desestruturada, torna-se difícil para qualquer um de seus membros estabelecer uma vida no mínimo digna e responsável. Na maior parte dos lares, a mulher-mãe é a estrutura principal da família, o esteio de seus membros, que promove o equilíbrio físico ou emocional, além da organização da casa, tudo passa por suas mãos. A partir do momento em que esta mulher é afetada com a violência, toda a estrutura do lar e de seus integrantes fica gravemente comprometida.

A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios no Brasil (IBGE, 2010) revelou diferenças sobre a inserção no mercado de trabalho entre os dois sexos. A população economicamente ativa (PEA) é composta por 56,1% de homens e 43,9% de mulheres. Apesar de lutarem para ingressar no mundo do trabalho remunerado, elevando sua escolaridade e tendo menos filhos, as mulheres ainda têm um nível de inserção menor do que os homens no mercado de trabalho.

O papel feminino, ainda hoje, está muito presente no cuidado e educação dos filhos no âmbito doméstico. A mulher geralmente ocupa uma posição central no cuidado à saúde daqueles que a cercam, e aquelas que vivenciam a violência tendem a ser mais negligentes no cuidado de si e daqueles que estão sob sua responsabilidade; isto é, o homem que agride a mulher termina por violentar toda a família, direta ou indiretamente (BOTTON et. al., 2015).

Um estudo realizado por Lourenço & Deslandes (2008) investigou a experiência do cuidado materno sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. Algumas evidências indicaram que elas tentam defender os filhos dessa situação, o que consideram como uma tarefa difícil. Por meio desta atitude, demonstram ser uma “boa mãe”. O contrário, não livrar os filhos dos efeitos da violência, significaria reconhecer o insucesso no papel de “boa mãe”, o que a levaria a sentimentos de culpa adicional.

No Brasil, estudos epidemiológicos estimam que entre 26% e 34,5% da população feminina vivencia algum tipo de violência por parte de seus parceiros íntimos (MIRANDA, PAULA & BORDIN, 2010; VIEIRA et. al., 2011a). De acordo com os dados do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população feminina é de 100,5 milhões, e calcula-se que 34,17 milhões de mulheres brasileiras se encontram em situação de violência praticada pelo parceiro íntimo, atualmente. O estudo de Mathias et. al. (2013), realizado com 2.379 mulheres de 18 a 60 anos, usuárias das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Estado de São Paulo, revela índices ainda maiores, apontando a prevalência de 55,7% de mulheres agredidas em seus relacionamentos amorosos.

Segundo informações do Dossiê Mulher do Instituto de Segurança Pública (ISP) do Estado do Rio de Janeiro, a maior parte dos crimes contra a mulher ocorreram no espaço doméstico e no ambiente familiar. As mulheres são as maiores vítimas de calúnia, injúria, difamação, ameaça e agressão física. Foram registrados quase seis mil casos de estupro em 2013, somente no Rio de Janeiro, levando em consideração que existem ainda casos de subnotificação de violência psicológica e sexual (DOSSIÊ MULHER, 2013).

O drama da violência contra as mulheres é um problema de saúde pública afetando as questões socioculturais. Principalmente, quanto às situações de violência sexual, estas vão desde as ocorrências de estupro por desconhecido, até as relações sexuais não consentidas e inseridas no próprio relacionamento conjugal, em que o homem, muitas vezes, subjuga a mulher, exclusivamente à sua própria vontade. Esta situação resulta em casos de gravidez não desejada e não planejada, caso em que estas mulheres podem recorrer ao aborto clandestino, colocando em risco a própria vida.

A violência sexual contra mulheres no Brasil é uma cruel realidade a ser enfrentada, seja por intermédio das ações de prevenção, atendimento, enfrentamento, responsabilização e acompanhamento de vítimas e agressores. Considerando-se os profissionais do SUS, é inevitável o questionamento sobre a cobertura de qualificação para a atenção aos casos de violência sexual.

A gravidade dos episódios de violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo pode não estar necessariamente associada aos tipos de agressões vivenciados. Sejam estas de cunho físico, psicológico ou sexual, os danos à integridade da mulher são significativos. A violência psicológica e moral, principalmente, promovem a difamação e injúria à mulher, afetam diretamente a sua autoestima, prejudicando diretamente o processo de busca por apoio, ajuda e proteção em sua rede social, seja relacionado às pessoas mais próximas em seu círculo de amizade, ou aos centros especializados de atenção e atendimento a estes casos.

Por outro lado, um estudo realizado por Garcia et. al. (2013), constatou que a implantação da Lei Maria da Penha¹ não reduziu o quantitativo das mortes de mulheres por violência doméstica. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, houve um decréscimo pouco expressivo e sutil da taxa no ano de 2007, imediatamente após a vigência da lei; posteriormente, esta taxa voltou a crescer. No Brasil, ocorreram 5,82 óbitos para cada 100 mil mulheres entre 2009 a 2011. Portanto, foram 5.664 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano. Por outro lado, a vigência da referida lei é recente, ocorre há apenas 10 anos, portanto, ainda se faz necessário um preparo dos profissionais que atuam diante dessa problemática, em diferentes setores, para que se faça valer cada vez mais os direitos e a proteção às mulheres em situação de violência.

A Lei Maria da Penha foi criada recentemente e o essencial é que seja imposta como uma medida protetiva às mulheres que vivenciam a violência pelo parceiro íntimo. Estas têm a necessidade de conhecer os seus direitos e de reconhecer os elementos de sua rede social presentes diante desta situação. O setor saúde, principalmente médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais envolvidos neste atendimento, tem um papel primordial nos processos de orientação e encaminhamento.

Em geral, como demonstram alguns estudos realizados por Garbin et. al. (2016), Silva, Pandoin e Viana (2015) e D'Oliveira e Schraiber (2013), os dois primeiros grupos de profissionais, médicos e enfermeiros, atuam desde a atenção aos agravos físicos decorrentes da violência, disponibilizando testes rápidos entre exames para detecção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), contracepção de emergência, até ao abortamento previsto em lei. Psicólogos proporcionam especial atenção aos agravos decorrentes à saúde mental da mulher, tendo em vista sobretudo a violência psicológica e moral, buscando a recuperação da autoestima e autonomia dessas personagens femininas. Os assistentes sociais comunicam-se com outros elementos da rede social, entre pessoas e instituições, que possam auxiliar as mulheres na busca de sua independência emocional ou mesmo financeira. Estes profissionais acompanham, analisam e propõem ações para melhorar as condições de vida dessas mulheres, defendendo e implantando projetos assistenciais.

¹ Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha. A legislação recebeu este nome em homenagem à Maria da Penha Maia Fernandes, uma biofarmacêutica cearense que sofreu várias tentativas de assassinato do marido em 1983, o que resultou em sua paraplegia. Ela lutou para ver seu agressor preso durante vinte anos. Ainda hoje, atua em movimentos sociais e governamentais. Esta lei trata de um dispositivo legal brasileiro que visa aumentar o rigor das punições sobre crimes domésticos, normalmente aplicada aos homens que agredem as mulheres. Por meio dela, a violência contra a mulher deixa de ser tratada como um crime de menor potencial ofensivo e acaba com as penas pagas em cestas básicas ou multas (BRASIL, 2006).

As mulheres que vivenciam a violência interpessoal pelas mãos do parceiro íntimo apresentam, às vezes, diferentes reações diante desta situação. Algumas podem mostrar-se submissas às imposições do parceiro, não manifestando qualquer reação. Enquanto outras reagem, buscando ajuda de autoridades de segurança para a denúncia do parceiro, ou de instituições de saúde para tratar os comprometimentos físicos e psicológicos resultantes da violência. Ademais, a mulher poderá buscar ainda os elementos de sua rede social, procurando pessoas ou grupos com quem conversar ou desabafar sobre sua situação, entre amigos, parentes, colegas de trabalho ou de tempo livre, vizinhos, dentre outros.

Em relação à tomada de decisão das mulheres em situação de violência na busca por apoio social, expressam seu encorajamento enfrentando essa situação por meio de atitudes, tais como: procurar a DEAM ou buscar apoio no Centro de Referência em Assistência Social, com a conquista de um emprego ou trabalho remunerado, além da percepção de que é preciso superar o medo e ter coragem para manter as decisões. Estas mulheres se tornam mais firmes e seguras diante do medo, vergonha, traições do parceiro íntimo, intolerância emocional, principalmente através da independência financeira (ALBUQUERQUE NETTO, 2013).

Apesar da alta magnitude, esta situação é difícil na abordagem, considerando o seu contexto intrafamiliar, em que muitas mulheres escondem a violência que vivenciam no dia a dia. Quando elas procuram os serviços de saúde, dificilmente revelam espontaneamente sua situação. Estudo realizado por Leite, Moura e Penna (2013, p. 136) aponta que há uma baixa percepção das próprias mulheres sobre as situações vividas no cotidiano como violentas, sendo, muitas vezes, complacentes e tolerantes às agressões cometidas pelo parceiro íntimo. Elas buscam encontrar justificativas para a agressão, reduzindo a responsabilidade do agressor, o que dificulta ou retarda a tomada de decisão que permite romper o ciclo de violência.

O Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJERJ), por meio de uma publicação de 2011, apresenta uma definição sobre o ciclo da violência contra a mulher. Este é marcado por três fases: tensão, explosão e lua de mel. A fase da tensão revela-se no semblante do agressor, no tom de voz, na comunicação por meio de ataques e insinuações, configurando-se, deste modo, como uma tensão visível e notória. A segunda fase, de explosão, traz a ira, a reação desproporcional, sem aviso ou razão aparente e, conseqüentemente, as agressões físicas. Por último, a fase da lua de mel é o momento posterior de pseudocalmaria (após a descarga agressiva). É uma fase de manipulação afetiva, caracterizando-se pelo pedido de desculpas, de presentes, de juras de amor e de promessas (TJERJ, 2011).

A fase da lua de mel não demarca o término da violência, como, em geral, é a expectativa das mulheres, mas intensifica os episódios de agressão, que podem vir a ser mais

rotineiros, com as fases ficando mais curtas, e intensificando-se a violência. Nesta fase, tudo parece ter voltado ao normal, e ela pensa que aquele homem nunca mais voltará a agredi-la, até chegarem as próximas ameaças e insultos, quando retorna a violência física (Ibid.)

Jong, Sandala e Tanaka (2008) comentam que, quando as mulheres em situação de violência são atendidas em alguma instituição pública de segurança ou de saúde, estas abordam os sofrimentos físicos, medos, angústias, culpas e preocupações, e assim expressam a perplexidade diante de um futuro que lhes parece inseguro. Elas demonstram conhecimento da complexidade dos relacionamentos familiares e ainda expressam as crenças de que cabe à mulher compreender as decisões masculinas e manter a família.

Nos últimos anos, o tema violência contra a mulher tem sido tratado como uma questão de segurança e de justiça, e também tem sido objeto de movimentos sociais. Na área da saúde, vem se tornando preocupação, porque tudo que é considerado agravo e ameaça à vida - condições de trabalho, relações interpessoais e qualidade da existência, - faz parte principalmente da saúde pública (LIMA, BÜCHELE & CLÍMACO, 2008).

Entre os agravos e problemas de saúde consequentes da violência praticada contra a mulher pelo parceiro, estão a ocorrência de hipertensão, cefaleia, alterações de tireoide, afecções ginecológicas, gravidez indesejada, parto prematuro e aborto (espontâneo ou provocado), disfunção sexual, lesões pelo corpo, inapetência, DSTs, insônia, depressão, ansiedade, baixa autoestima, medo permanente, além de sentimentos de culpa, vergonha e humilhação (SOUZA & DINIZ, 2011).

Surge daí a necessidade de a equipe de saúde, contando com a participação do enfermeiro, inserir-se cada vez mais na atenção a estas mulheres, com a finalidade de minimizar os efeitos da violência. Com vista à rede social, os profissionais de saúde podem proporcionar o apoio às mulheres para que possam romper com os relacionamentos violentos, obtendo os elementos para uma alternativa de saída desta situação.

As mulheres que vivenciam a violência pelo parceiro, por vezes, frequentam os serviços de saúde, possivelmente um dos principais lugares em que procuram ajuda. Estes serviços, locais de demanda de assistência principalmente aos casos de violência sexual, devem estar preparados para lidar com o problema (VIEIRA et. al., 2011a, p.731).

Por outro lado, é inegável reconhecer como os episódios de violência vivenciados provocam um determinado grau de isolamento da mulher, relacionado ao seu convívio familiar e comunitário. Este comportamento de negação ou ocultação afeta diretamente a interação dessas mulheres com a rede social que está ao seu redor, e que pode lhe proporcionar alguma forma de apoio, seja em nível pessoal ou profissional.

A violência contra a mulher passou a ser abordada pelo setor saúde recentemente, pois sempre foi vista, com mais experiência, pela ótica da segurança pública e da justiça. Estas esferas profissionais buscam, muitas vezes, em primeira mão, a punição do parceiro íntimo agressor, visando à manutenção do bem-estar físico e emocional das mulheres. Por parte das instituições acadêmicas em saúde, a capacitação de profissionais para o atendimento a essas mulheres ainda é incipiente, pois requer uma sensibilidade psicoemocional apurada, para além dos protocolos assistencialistas. A sociedade ainda tende a tratar a violência no âmbito da família como um problema social e psicológico, do âmbito doméstico, com pouca visibilidade para o setor saúde, o que é um equívoco quando são elucidadas as consequências da violência para a mulher.

Segundo Moreira et. al. (2014), a lacuna do conhecimento na área de violência ultrapassa os limites das instituições formadoras e se estende para a rotina das unidades de saúde, em virtude de esta temática ser ainda pouco trabalhada ou, até mesmo, estar ausente da pauta de educação permanente dos serviços. No nível da educação permanente no contexto da atenção básica, o investimento na formação profissional é uma medida imperativa, tendo o potencial para transformar práticas e modificar o cenário de subnotificações.

Os profissionais de saúde, em geral, reconhecem a importância de acolher as mulheres que trazem a demanda da violência, porém, sentem-se impotentes e temerosos diante dessas situações. A desinformação e a falta de capacitação profissional específica também são evidenciadas como elementos que alimentam a invisibilidade da violência pelos serviços assistenciais (GUEDES, FONSECA & EGRY, 2013, p. 305).

Os serviços de saúde e segurança, por vezes, não correspondem às necessidades emergentes dessas mulheres, seja por falta de recursos estruturais, ou de profissionais qualificados ou dispostos a lidar com a situação. Verifica-se que algumas vezes as ações são fragmentadas, sem compromisso de continuidade na atenção, tanto para a recuperação física e emocional, quanto para a reabilitação, inserção social e familiar, além da assistência jurídica.

Por outro lado, as mulheres encontram dificuldades para o acesso a esses serviços. Os impasses vão desde o desconhecimento das redes de atenção, o que faz com que não saibam para onde se dirigir e buscar orientação; ou, até mesmo, a falta de recursos financeiros, como o fato de não poder pagar uma passagem de ônibus local para se dirigir a uma delegacia ou Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) (ALBUQUERQUE NETTO, 2013, p. 47).

Neste ponto, é necessária a intervenção durante as consultas de saúde, e que este momento seja percebido como um possível revelador da problemática da violência vivenciada

pela mulher, para que os profissionais possam intervir e disporem-se a auxiliá-las. Este profissional poderá servir como um elemento conector entre a mulher e os elementos de sua rede social, à qual ela poderá recorrer. Esta rede estrutura-se no nível pessoal, entre família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e de tempo livre, entre outros; ou no aspecto institucional, seja por meio de centros ou instituições formais ou informais de atenção às mulheres nesta situação (SANICOLA, 2008).

As situações de violência à mulher praticada pelo parceiro íntimo geralmente não são explicitadas por ela quando chega ao serviço de saúde. Por outro lado, os profissionais poderão estar sempre atentos aos comportamentos e reações desta mulher, que podem sugerir a vivência de violência no ambiente doméstico. Esta percepção vai muito além das marcas físicas. Quando esta mulher se manifesta deprimida e com autoestima diminuída, estes são sinais de suspeita de violência interpessoal.

Muitos profissionais da área da saúde, quando questionados sobre o conhecimento dos elementos das redes sociais, em nível institucional, para encaminhamento das mulheres em situação de violência, apontam as delegacias para as mulheres e serviços de apoio psicossocial. Estes profissionais fazem as orientações e encaminham as mulheres para estes serviços, mas desconhecem o seu funcionamento e quais ações são desencadeadas e, o que é mais grave, não há uma comunicação em nível interdisciplinar, como uma contrarreferência, para que haja um fluxo de atendimento que corresponda às expectativas e às necessidades dessa clientela (VIEIRA et. al., 2009, p. 612).

Muitas vezes, os profissionais tendem a resolver o caso na individualidade do atendimento, sem articulação com outros elementos das redes sociais, seja em nível pessoal ou institucional. Essa postura dos profissionais de saúde, diante da experiência profissional no tema violência, pode ser entendida como uma atitude conivente, comprometendo o cuidado integral à mulher (PEDROSA & SPINK, 2011).

As instituições e serviços de atenção nem sempre têm êxito na assistência às mulheres. Um dos problemas principais é a dificuldade de muitas mulheres em acessar esses serviços. Geralmente, os centros de atenção ou delegacias especializadas localizam-se nas regiões centrais de grandes centros urbanos, o que em muito dificulta o deslocamento. Como um fator agravante, uma das formas de violência do parceiro, a coerção da liberdade da mulher, também a impede de sair de casa para buscar ajuda.

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 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 sanitária – há um serviço que se propõe a lidar com a questão, mas a ação, muitas vezes, não prevê o estabelecimento de parcerias efetivas (SANTOS & VIEIRA, 2011).

A abordagem teórico-metodológica de Sanicola (2008) permite o entendimento da dinâmica relacional na qual a mulher que vivencia a violência está inserida, das relações sociais compostas por familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho ou de tempo livre, bem como a observação dos centros e instituições disponíveis diante das necessidades advindas dos episódios de violência praticada pelo parceiro íntimo.

A partir das informações obtidas e análise dos mapas de rede social das mulheres, os profissionais responsáveis pela abordagem poderão estar mais bem respaldados para atuar, de maneira articulada, diante da violência pelo parceiro íntimo. Isso permitirá o desenvolvimento de estratégias que integrem essas mulheres em redes de reinserção na sociedade, seja de cunho pessoal ou profissional, promovendo, também, o rompimento com a relação conjugal violenta.

1.3 Objeto de estudo, questões norteadoras e objetivos

O conhecimento a respeito da rede social na qual a mulher em situação de violência perpetrada pelo parceiro íntimo está inserida propicia a compreensão da dinâmica relacional, constituindo, de acordo com Sanicola (2008), subsídios para o estabelecimento de possibilidades de atenção à saúde junto às mulheres. Estabeleceu-se, portanto, como objeto de estudo: a rede social de mulheres em situação de violência interpessoal perpetrada pelo parceiro íntimo.

Face à problemática relacionada à rede social das mulheres em situação de violência interpessoal, apresentam-se as seguintes questões norteadoras:

- 1.** Como é composta a rede social das mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo?
- 2.** Quais os tipos de apoio fornecidos pelos membros da rede social primária e secundária que proporcionam apoio nas relações da mulher em situação de violência?
- 3.** De que forma a construção do mapa de rede social possibilita intervenção articulada e resolutiva que auxilie estas mulheres em situação de violência pelo parceiro?

Frente a estas inquietações, surgiu a necessidade de buscar um engajamento aprofundado sobre o papel da rede social no atendimento a essas mulheres, bem como dos operadores dessa rede, no intuito de contribuir para a prática e enfrentamento da problemática. Isto possibilitará uma atenção resolutiva à saúde dessas mulheres, evitando ou minimizando os agravos decorrentes da violência interpessoal.

Dessa forma, busca-se alcançar os seguintes objetivos:

1. Configurar a rede social das mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo.
2. Analisar as categorias propostas por Sanicola entre os elementos da rede social primária e secundária, além dos operadores de rede social, que proporcionaram apoio às mulheres utilizando-se da intervenção de rede.
3. Evidenciar os tipos de apoio fornecidos pelos membros da rede social nas relações da mulher em situação de violência.
4. Discutir o mapa de rede social como possibilidade assistencial e de empoderamento na intervenção articulada e resolutiva que auxilie as mulheres em situação de violência pelo parceiro.

1.4 Justificativa do estudo

A realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de discutir ações mais específicas para atenção às mulheres em situação de violência interpessoal praticada pelo parceiro íntimo, com a busca pelas redes sociais. Por meio da magnitude da violência praticada contra a mulher no Brasil e no mundo, atualmente, pretende-se produzir conhecimentos sobre a rede social das mulheres em situação de violência no município do Rio de Janeiro; principalmente, no que tange à procura por apoio em centros e instituições de atenção às mulheres.

O Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e Instituições de Ensino Superior, necessitam desenvolver estratégias e metodologias de ensino capazes de comprometer e preparar profissionais de saúde nos diversos níveis de complexidade para o atendimento à violência contra mulheres em todas as regiões do país (LIMA & DESLANDES, 2014).

Os atendimentos nestes centros devem trabalhar sempre em uma lógica assistencial que seja articulada, visando a retirada da mulher do ciclo da violência. Em primeiro lugar, promovendo ações preventivas em relação à violência, estimulando a autoestima e autonomia,

tendo em vista o estado depreciativo em que muitas se encontram. Imprescindível, também, orientar a respeito do seu direito em denunciar qualquer forma de violência praticada pelo seu parceiro, e cuidar dos agravos físicos resultantes das agressões, sem jamais descuidar dos aspectos emocionais que circundam a vida desta mulher em um momento tão delicado e frágil.

Os estudos referentes à rede social das mulheres em situação de violência precisam ser aprofundados. Esta questão apresenta-se sempre de formas múltiplas e complexas, envolvendo toda a família, em seu desenvolvimento e em sua gênese. A violência diz respeito a vários segmentos profissionais, em especial à segurança, à justiça, à educação, o serviço social e à saúde. É possível a criação de parcerias entre estes segmentos com o propósito de construir medidas multissetoriais voltadas para a prevenção da violência e a promoção da saúde. Faz-se necessária a implementação de estratégias para a melhoria da qualidade e condições de vida dessa população, por meio de medidas preventivas, construindo sua cidadania e reinserção no meio social.

Os profissionais da segurança e da saúde pública necessitam estar atentos para lidarem com as situações de violência que surgem entre as demandas dos serviços na sociedade. Estes profissionais precisam de informações referentes aos direitos humanos dessas mulheres; à magnitude dessa problemática no Brasil; às consequências geradas pela violência às mulheres, para o reconhecimento e relevância da rede de atenção a esta demanda, seja familiar, profissional ou institucional (ABDALA, SILEIRA & MINAYO, 2011).

Concomitante à elaboração deste estudo, foi desenvolvida uma revisão integrativa de literatura, com o propósito de buscar as principais pesquisas publicadas a respeito da rede social disponibilizada às mulheres em situação de violência perpetrada pelo parceiro íntimo. Esta revisão permite a síntese de estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular da ciência. Consiste na construção de uma análise da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos (MENDES, SILVEIRA & GALVÃO, 2008, p.759).

Esta revisão foi desenvolvida com o propósito de realizar um diagnóstico preliminar da situação do conhecimento na área da saúde, referente à rede social de mulheres em situação de violência, através da verificação dos artigos já publicados em revistas científicas. O levantamento contribuiu para um diagnóstico das principais variáveis já investigadas e relacionadas ao objeto de estudo, o que possibilitou uma análise crítica dos resultados destas pesquisas de cunho nacional e internacional.

A revisão integrativa foi elaborada por meio da questão norteadora: “Qual a rede social das mulheres em situação de violência praticada pelo parceiro íntimo?”. O levantamento foi realizado nas bases de dados eletrônicas da área da saúde: BDENF (Base de Dados Brasileira de Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e PUBMED (*National Library of Medicine*).

Foi utilizado o formulário avançado como ferramenta de busca. Os descritores utilizados foram “mulher”, “mulheres”, “violência”, “apoio social” e “rede social”; estes foram agrupados da seguinte forma: “mulher” OR “mulheres” AND “violência” AND “apoio social” OR “rede social”. Estes termos são reconhecidos como Descritores em Ciências da Saúde (DECs) na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os critérios de inclusão nesta seleção foram os artigos nos idiomas português, inglês ou espanhol, disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico, publicados em periódicos nacionais e internacionais, que abordassem o tema da rede social de mulheres em situação de violência praticada pelo parceiro íntimo. Os estudos foram selecionados independente da metodologia utilizada na pesquisa. Foram excluídas as teses, dissertações, livros, ou capítulos dos mesmos, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos científicos e documentos ministeriais.

A busca inicial por meio dos descritores agrupados permitiu a obtenção de um total de 63 (sessenta e três) artigos. Após a leitura prévia dos títulos, resumos, análise textual e empregabilidade dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 18 (dezoito) estudos que apresentaram relação com o tema investigado. Estas produções científicas foram de autoria de profissionais das áreas de enfermagem, medicina, psicologia, sociologia e serviço social, e publicadas entre os anos de 1997 a 2013.

As informações incluídas nesta revisão tiveram sua análise por meio da estatística descritiva, bem como a partir dos trechos que configuram evidências científicas, dividindo-os pelas semelhanças temáticas em categorias.

Primeiramente, no que diz respeito ao ano de publicação dos artigos, a maioria, 55,5%, foi publicada nos últimos anos, entre 2008 e 2013. Enquanto os outros, 44,5%, foram divulgados entre 1997 e 2007. Esta informação evidencia como os estudos sobre as redes sociais referentes às mulheres em situação de violência têm crescido nos últimos anos. Segundo Minayo (2010a), a quantidade de estudiosos da área da saúde que elaboram

produções científicas sobre violência em geral cresceu 90% nos últimos 25 anos no Brasil, em comparação aos registros de períodos históricos anteriores.

Quanto à subárea do conhecimento em que as pesquisas foram desenvolvidas, a maioria (9 / 50%) dos estudos sobre rede social das mulheres em situação de violência foram realizados por médicos, 2 (11%) pela enfermagem e 2 (11%) pela sociologia. Ainda de acordo com Minayo (2010a), embora haja grandes esforços de pesquisadores e instituições especializadas em saúde, direito, psicologia e serviço social, a reflexão a respeito da violência social e do seu impacto na saúde dos brasileiros restringem-se, quase sempre, aos diagnósticos de situações pontuais. Somente nos últimos dez anos, os resultados das investigações vêm sendo apropriados pelos serviços de saúde.

O levantamento bibliográfico leva à reflexão sobre a necessidade de os profissionais de enfermagem desenvolverem mais pesquisas sobre a rede social de atenção à mulher em situação de violência, principalmente articulando-se com outras áreas, também responsáveis por compartilhar da mesma responsabilidade. Enfermeiros são profissionais que geralmente estão na porta de entrada dos serviços de saúde, seja no âmbito ambulatorial, hospitalar ou extensionista. É imprescindível, portanto, que conheçam a rede social das mulheres, assim poderão realizar encaminhamentos que sejam resolutivos aos casos de violência praticada pelo parceiro íntimo.

No que se refere ao país onde as pesquisas foram desenvolvidas, a maioria, 10 (55,5%), foi realizada nos Estados Unidos. O Brasil publicou 04 (quatro) pesquisas, enquanto os demais países, como Argentina, Chile, Peru e Inglaterra, desenvolveram apenas um artigo. Verifica-se, pois, que a produção científica geral dos países desenvolvidos é maior que a daqueles em desenvolvimento.

Os objetivos propostos nos artigos foram interessantes, dentre os mais significativos estavam: avaliar a associação entre depressão gestacional, antecedentes de violência e apoio social (LAM et. al., 2008); analisar a resposta do sistema de atenção primária em saúde frente à violência de gênero (ALEMÁN et. al., 2010); estabelecer a trajetória dessas mulheres, propondo medidas de intervenção em redes para o combate à violência (MENEGHEL et. al., 2011); estudar a percepção das mulheres sobre a atenção recebida nos programas de atendimento aos casos de violência (AGUIRRE et. al., 2010); e conhecer as organizações envolvidas no atendimento, considerando as agências e equipamentos sociais, entre outros (SANTOS & VIEIRA, 2011).

Os objetivos aproximam-se do objeto desta tese referente à rede social das mulheres em situação de violência praticada pelo parceiro íntimo. Estes estudos analisam o apoio social

procurado por elas, as respostas da rede de atendimento responsável pela atenção, e a trajetória pela qual passam as mulheres que decidem tomar uma decisão diante das agressões. As discussões advindas destas pesquisas são de grande aprendizado para o aprofundamento das referências na elaboração desta tese, em que se propõe a construção do mapa de rede social como uma inovação em tecnologia leve para a atenção às mulheres em situação de violência.

Emerge, então, o pressuposto da tese: a construção do Mapa de Rede Social possibilita uma intervenção articulada e resolutiva no auxílio às mulheres em situação de violência interpessoal para romper este ciclo da violência.

Quando realizada a análise incessante de cada um dos artigos levantados nesta revisão, notou-se que ainda há escassez de pesquisas que investiguem a rede social das mulheres em situação de violência, seja no que se refere a uma atenção primária advinda dos parentes e amigos próximos a ela, ou no âmbito secundário, representado pelos profissionais de segurança, justiça, serviço social ou saúde, envolvidos na rede de atendimento às mulheres. Novas pesquisas também podem promover articulações com as tecnologias leves, gestão do trabalho nas relações interpessoais, e encaminhamentos entre os serviços de atenção às mulheres, onde cada um pode posicionar-se como operador de rede em favor do rompimento do relacionamento violento.

Alguns estudiosos como Lam (2008), Bruschi (2006), Fleet (2013), Kaukinen (2004), e demais colaboradores, enfatizaram a busca das mulheres por apoio emocional junto a amigos e familiares. Estas procuraram mais a ajuda de pessoas do que de instituições, e os membros da família foram mais procurados do que os amigos. A violência ainda é tratada no âmbito privado, e as vítimas sequer procuram ajuda de centros especializados. Algumas mulheres, talvez, não busquem necessariamente familiares como pais e irmãos, pelo temor de represálias contra o próprio parceiro. Muitas delas também não gostam da ideia de separar-se deste homem e retornar à casa dos pais, o que está atrelado ao comprometimento do status de independência admitido durante o desenvolvimento de uma vida conjugal com o parceiro.

As leituras advindas da revisão integrativa trouxeram algumas evidências sobre a atenção insuficiente e a dificuldade dos profissionais em atender às mulheres em situação de violência. Pesquisadores como Alemán (2010), Meneghel (2011), Santos (2011) e Glass (2007) constataram que os serviços, muitas vezes, se limitam a ouvir as queixas da mulher e a encaminhá-la a outros locais. Por outro lado, as mulheres criticam a dificuldade em compreender as orientações, e denunciaram também a fragmentação dos serviços que

compõem a rede de atendimento, além da ausência de um centro integrado de assistência, e de acolhimento humanizado e desburocratizado.

O principal desafio em estabelecer uma atenção resolutiva às mulheres em situação de violência é o conhecimento e articulação entre as redes sociais de apoio e atendimento. Um profissional da segurança responsável pela abordagem a esta mulher, em um primeiro momento, além do seu trabalho, poderá encaminhá-la a um serviço de saúde ou social, e assim assegurar a integridade física e psicológica desta personagem. O retorno da mulher ao serviço de atendimento inicial também é fundamental, devendo-se realizar o acompanhamento à sua integridade e saúde, além de sua inserção no ambiente familiar e social.

A mulher em situação de violência encontra-se tão abalada que não sabe sequer a que instituição recorrer primeiramente, para solicitar ajuda nestes casos. Quando ela toma essa decisão, tudo o que espera é encontrar um profissional que lhe dê uma escuta ativa, que compreenda seus problemas e, principalmente, compartilhe com sensibilidade essa questão. Isso já permitirá que a mulher seja atendida com dignidade, e os profissionais deverão ampará-la e aconselhá-la para preservar, pelo menos, a sua integridade emocional e psicológica.

A maioria dos artigos analisados nesta revisão, em pesquisas realizadas por Lam (2008), Meneghel (2011), Goodman (2005), Perez (2008), Zlotnick (2006), Briere (2004), Moura (2013) e colaboradores, comentou a respeito das consequências negativas da falta de atenção referente à rede social direcionada às mulheres em situação de violência, seja no âmbito físico ou psicológico. Estes evidenciam, especialmente, que as mulheres com uma rede social diminuída possuem também menos interações sociais em sua vida, o que aumenta a prevalência de depressão e transtorno de estresse pós-traumático.

Dentre os estudos analisados, 11 (onze) dentre os 18 (dezoito) trouxeram propostas ou alternativas intervencionistas referentes à atenção às mulheres em situação de violência pelos parceiros. Os artigos escritos por Aguirre et. al. (2010), Santos (2011), Fleet (2013), Faisal-Cury et. al. (2013), Chuang et. al. (2012), Glass (2007) e Jeanjot (2008) enfatizaram que é importante fortalecer o componente psicológico nas intervenções destinadas a essas mulheres. Deve-se considerar a sintomatologia pós-traumática como um dos objetivos importantes nesta intervenção. O desafio dos órgãos responsáveis pelo atendimento às mulheres é procurar estabelecer uma assistência responsável e eficiente. Os esforços judiciais e de saúde devem ser empregados para prestar apoio resolutivo às mulheres, sempre que necessário.

Entre os 18 (dezoito) estudos analisados, um dos mais antigos, realizado por Constantino e Bricker (1997), comentou a respeito do atendimento prestado pelos enfermeiros

às mulheres em situação de violência, e a relação destes profissionais com a rede social das mulheres. A pesquisa abordou mais a responsabilidade dos enfermeiros no encaminhamento dessas mulheres para outros serviços; entretanto, o seu papel deve ir além dos encaminhamentos.

Enfermeiros preparados têm condições de estabelecer uma relação de cuidado que extrapole as ações técnicas, com estabelecimento de vínculos de cuidado com a cliente. Ressalta-se que o processo de cuidar não ocorre isoladamente, mas por meio de intencionalidade, interação, disponibilidade e confiança entre profissional e cliente (FERRAZ et. al., 2009). Esta discussão remete também à importância da presente investigação, nesta tese, em investigar a rede social das mulheres em situação de violência interpessoal, o que possibilitará a realização de uma análise crítica sobre a intervenção articulada e resolutiva por parte dos profissionais em geral na atenção a essas mulheres.

Pesquisadores na área da saúde, muitos especificamente da enfermagem, como Vieira et. al. (2015), Carlos et. al. (2014), Souza et. al. (2009) e Soares et. al. (2013) já vêm desenvolvendo pesquisas na área da saúde e violência nos mais diferentes grupos etários, aliadas aos conceitos de rede social. Desta forma, esta pesquisa não é um pioneirismo do tema em violência, e sim emprega um fortalecimento dos estudos da rede social de mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo.

Vieira et. al. (2015) desenvolveu estudos referentes ao apoio à mulher que denuncia o vivido da violência a partir de sua rede social. Estas pesquisadoras chegaram à conclusão de que a importância da rede social reside na criação de espaços de ajuda à mulher que transcendam o momento da agressão, e que a acompanhem em seu processo de emancipação de um viver anulado pela violência. Ao utilizar também os conceitos de rede social, Carlos et. al. (2014), por sua vez, realizaram uma pesquisa sobre o apoio social sob a ótica de adolescentes vítimas de violência doméstica. Eles descobriram uma complexidade dos perfis de morbimortalidade, em especial de crianças e adolescentes, alertando, inclusive, que se faz urgente uma ressignificação das ações em saúde.

Souza et. al. (2009) defendeu a utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem às mulheres que amamentam. As pesquisadoras discutiram a contribuição deste referencial para as práticas de enfermagem, particularmente para o processo de assistir e pesquisar, acreditando que a apropriação deste referencial por enfermeiros possa constituir importantes subsídios para a eficácia de suas ações e favorecer um olhar mais abrangente acerca do contexto social vivenciado pelas pessoas. Por outro lado, Soares et. al. (2013) estudou a violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre

adolescentes, e a busca por ajuda e rede de apoio. Nesta pesquisa, destacou-se a necessidade de questionar as implicações do sistema de atenção à saúde na prevenção da violência e promoção da saúde dos adolescentes com vistas à adoção de relacionamentos saudáveis.

Estas diferentes pesquisas, com abordagens diferenciadas, descritas aqui, são alguns exemplos da ampliação e desenvolvimento de estudos a respeito das temáticas rede social e violência, diante de outras perspectivas e abordagens. Tudo isto demonstra um desenvolvimento do tema na área da saúde e enfermagem nos últimos anos. Como forma de contribuir para este cenário de desenvolvimento de pesquisas em rede social, este estudo surge com o propósito de evidenciar os tipos de apoio fornecidos pelos membros da rede social nas relações da mulher em situação de violência. A propósito, discutir o mapa de rede social construído, como uma intervenção articulada e resolutiva, é uma ferramenta que possibilitará auxiliar as mulheres em situação de violência no enfrentamento às agressões impostas pelo parceiro.

O conhecimento da rede social das mulheres em situação de violência pelo parceiro permite visualizar esta problemática, não somente na perspectiva da mulher, mas de todos os outros elementos de sua rede social. A família, bem como outras pessoas do seu círculo de convívio, de alguma forma interferem de maneira positiva ou negativa na vida desta mulher, diante da violência vivenciada no ambiente doméstico. As instituições públicas, privadas ou de terceiro setor, das quais as mulheres participam, também possuem um papel primordial no processo de tomada de decisão para a saída do relacionamento violento em ambiente familiar.

1.5 Relevância da pesquisa

A relevância desta pesquisa está em alçar novas possibilidades de promoção à saúde das mulheres que vivenciam a violência pelo parceiro íntimo. Igualmente, permite-lhes reafirmar seus direitos como cidadã, mediante a atenção prestada pela sua rede social. Ademais, é preciso uma aproximação e inserção dos profissionais de saúde, na atenção integral para o acolhimento e a escuta, promovendo atitudes resolutivas diante dos sinais de violência à mulher, de maneira individual e coletiva, formando as redes sociais.

A pesquisa permitiu o aprofundamento da temática, trazendo a percepção detalhada das mulheres em situação de violência sobre a sua própria rede social, que está ao seu redor, quando vivenciam as agressões pelo parceiro. Desta forma, foi possível discutir possibilidades de atenção à saúde que poderão ser empregadas por profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Isto faz com que as mulheres se sintam acolhidas e mais bem

assistidas para exporem suas emoções, liberarem suas angústias, contribuírem para a preservação de sua saúde emocional, permitindo sua reinserção no contexto social e familiar.

A análise e interpretações das categorias analíticas relacionadas à busca por ajuda e atenção poderão fomentar o interesse por novas reflexões e estudos que abordem a compreensão das vertentes relacionadas à mulher em situação de violência, além da construção de uma rede assistencial de segurança e saúde.

Profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, que promovam ações de atenção à saúde destas mulheres, precisam observar as reações e, principalmente, a expressão corporal destes atores sociais. Importante identificar as demandas de apoio psicológico ou de segurança, além das demandas de atenção à saúde em geral, de maneira holística. Tal conduta procede pela necessidade do apoio social e, posterior encaminhamento a serviços de atenção especializados em rede, de modo a assegurar os direitos da mulher em situação de violência.

Como já foi discutido, a violência perpetrada pelo parceiro tende a promover um determinado grau de isolamento da mulher, com a ocultação dos episódios agressivos, e o impedimento da busca por ajuda junto a qualquer pessoa ou instituição. Por outro lado, durante a pesquisa, na ocasião das entrevistas, e com a construção do mapa de rede social das mulheres, ao identificar os elementos da sua rede social, a mulher teve a oportunidade de perceber que não está sozinha diante desta situação.

Cabe salientar os benefícios relacionados ao desenvolvimento desta tese às mulheres em situação de violência nos seus aspectos biopsicossociais. Ao visualizar o seu mapa de rede social, depois de construído, ela percebe que existem elementos diferenciados, bem como os vínculos entre eles. Esta dinâmica permitiu à mulher analisar quais os elementos importantes ou significativos, para buscar uma intervenção articulada e resolutiva, como apoio para o seu empoderamento e tomada de decisão no rompimento com a situação de violência. Esta atitude permitiu, também, a conservação da sua integridade física e psicológica, além da harmonia e inserção no ambiente familiar.

A revelação da rede social das participantes da pesquisa vem como uma proposta de análise reflexiva que promove a ação participativa destes atores sociais na busca pelo apoio social. A construção deste mapa de rede, junto com o pesquisador, fez com que elas identificassem os elementos que lhes podem prestar, de alguma forma, o apoio ou auxílio diante da violência vivenciada pelo parceiro íntimo, possibilitando-lhes sair do relacionamento violento.

Algumas mulheres sentiram-se mais seguras, reconhecendo principalmente as instituições de assistência jurídica, psicossocial ou de saúde, onde receberam o apoio

necessário. A construção do mapa permitiu também o fortalecimento dos laços e vínculos sociais em comunidade, entre família, parentes, vizinhos, amigos e colegas de trabalho ou de tempo livre, que lhes sejam saudáveis, do ponto de vista do amparo na rede social.

De acordo com a teoria e método de rede social de Sanicola (2008, p. 105), pelo menos no que concerne às redes primárias, na fase de exploração, as pessoas se dão conta de que fazem parte de um círculo mais amplo; que compreende a família, e vai além dela. Começam, portanto, a identificar as relações existentes, os tipos de apoio e os vínculos presentes em sua rede, seja ela primária ou secundária. Evidenciam-se os diversos tipos de troca nas redes e entre redes de natureza diversa, e aparece seu caráter de reciprocidade.

No que diz respeito à relevância social, a análise advinda dos resultados deste estudo reafirma o papel e responsabilidade, antes de tudo, da própria família. Esta, como célula primeira da sociedade, e detentora de valores morais que poderão influenciar, ou não, na tomada de decisão das mulheres em romper com o relacionamento violento. Por isso, o resgate dos relacionamentos desta mulher com seus pais, irmãos, tios, primos, dentre outros, todos participantes de sua rede social, serve como apoio quando ela se encontra em estado debilitado pelas agressões vivenciadas no ambiente doméstico.

Outro benefício da pesquisa também fica a cargo de um levantamento, imbricado na construção do mapa de rede, dos programas de prevenção e assistência da violência contra a mulher que se fazem mais presentes e atuantes, de acordo com os discursos das participantes do estudo. As percepções descritas por elas elucidam também as demandas no que diz respeito aos serviços de atenção primária à saúde, unidades hospitalares, serviços sociais, de amparo jurídico e de segurança pública. De tal modo, foi possível evidenciar quais os serviços de assistência profissionais foram mais procurados por estas mulheres, além da qualidade destes atendimentos.

No ponto de vista das mulheres entrevistadas nesta pesquisa, na maior parte, referiram um *vínculo forte*, associado, sobretudo, ao bom atendimento e disponibilidade de escuta atenta por parte das instituições de saúde e de assistência social. Por outro lado, o acolhimento e, portanto, o vínculo com a maioria das instituições de segurança, como Delegacias Especializadas e Institutos de Medicina Legal, mormente na ocasião de exames de corpo de delito, apresentou-se fraco ou rompido. Elas referem, inclusive, que não foram bem atendidas nestas instituições e que não gostariam de voltar lá em outra ocasião.

A relevância da pesquisa se faz presente ainda ao destacar a participação dos setores profissionais na atenção à mulher em situação de violência, e constatar, assim, se há necessidades de melhorias. Esta crítica serve inclusive como uma discussão visando ao

aprimoramento destes serviços de atenção às mulheres. Por outro lado, também foram divulgados aqueles setores que proporcionaram melhor acesso e inclusão a estes atores sociais em situação de violência perpetrada pelos parceiros íntimos.

1.6 Contribuição do estudo

A pesquisa ofereceu significativa contribuição para que a comunidade científica discuta ações de intervenção articulada e resolutiva para atenção às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo. Os profissionais da saúde, em especial, devem estabelecer um vínculo com estas mulheres, com o objetivo de tornar possível a aproximação e identificação dos casos de violência, para que seja viável a estruturação de vínculos entre elementos da rede social, e permitam a essa mulher libertar-se do ciclo de violência.

As discussões podem subsidiar debates com os gestores e profissionais de diversas áreas, principalmente os da segurança, saúde, psicologia e serviço social, além da comunidade científica, em geral. Esta abrangência visa a minimamente prestar um atendimento humanizado a essa clientela, com uma conduta que lhe seja ética e solidária, com a finalidade de ajudá-las a transcender o vivido e encontrar um novo sentido para a sua existência, socialmente.

A abordagem de rede social das mulheres traz subsídios para a discussão de intervenções articuladas de atenção às mulheres que vivenciam a violência interpessoal. Inclusive, o conhecimento dos profissionais, relativo aos elementos da rede social secundária das mulheres, proporciona melhor percepção de suas necessidades e o aperfeiçoamento do atendimento resolutivo à problemática desta população. O mais importante é que estes profissionais se reconheçam cada vez mais como parte de uma rede social, constituída por variadas instituições e atores sociais que podem e devem ser acionados para atender às diferentes demandas que envolvem estes casos.

O referencial teórico-metodológico de rede social descrito por Sanicola (2008) possibilita a indicação de estratégias, instrumentos e recursos necessários para o reconhecimento da posição ocupada pelas pessoas e instituições no núcleo de relações das mulheres em situação de violência pelo parceiro, seja no âmbito da rede social primária ou secundária. Possibilita, ainda, estabelecer novas condutas e atribuições a respeito das propriedades da rede social na perspectiva de alternativas assistenciais.

De maneira particular, as reflexões sobre as formas de agir por meio do mapa de rede social da mulher produzem questionamentos direcionados às estruturas nos serviços de saúde.

O exercício dos profissionais desta área na atenção às mulheres deve ocorrer de forma digna e útil para o fortalecimento da autoestima e empoderamento. Por outro lado, a atenção, nestes casos, deve ir além, pois, conhecendo o mapa de rede social da personagem feminina, este deve representar possibilidades de apoio e de ampliação das intervenções diante da problemática da violência interpessoal. O mapa de rede não deve ser utilizado apenas para uma sistemática de referência e contrarreferência a outros serviços, como uma transferência de responsabilidades, mas como uma rede de comunicação que prima pela integridade da mulher em diferentes instâncias profissionais, principalmente saúde e segurança.

O mapa de rede social também poderá ser utilizado como uma tecnologia leve de atenção à saúde das mulheres, ajudando-as a indicar e reconhecer os elementos significativos de seu círculo comunitário, que poderão ou não as ajudar a se desvencilharem do relacionamento violento com o parceiro. Desta forma, a introdução desta tecnologia leve de mapeamento de rede social disponibiliza à equipe de enfermagem melhores subsídios para a atenção às mulheres em situação de violência.

De acordo com Merhy et. al. (2006), as tecnologias leves são aquelas das relações, e para esta pesquisa, entende-se que sejam relações das redes sociais referentes ao apoio social às mulheres. A humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado. Esta tem como ações intervencionistas para a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde e a humanização do atendimento.

A adoção das tecnologias leves, na ação de diferentes profissionais no atendimento às mulheres em situação de violência, está diretamente relacionada aos processos de acolhimento, vínculo e atenção integral, todos como gerenciadores das ações de saúde. Particularmente, o enfermeiro, ao conhecer, junto às mulheres, o mapa de sua rede social, estará respaldado para aconselhá-las e orientá-las. O atendimento profissional estará sustentado no conhecimento dos elementos da rede social que estejam disponíveis, com a finalidade de promover, de alguma forma, o suporte de apoio a estas mulheres.

Durante todo o processo de construção do mapa de rede, como tecnologia leve, não só enfermeiros, mas profissionais de saúde em geral, poderão desenvolver estratégias de atendimento. Estas devem envolver diferentes elementos da rede social, especialmente da rede secundária, como delegacias, juizados especializados e centros sociais. Apoiado por um trabalho em conjunto, desde o ato do acolhimento à mulher, com uma escuta qualificada e orientações pertinentes, o enfermeiro, como um operador de rede social, poderá contribuir de

forma efetiva com intervenções articuladas que auxiliem no rompimento com o relacionamento violento.

A pesquisa também busca uma contribuição a nível transdisciplinar, rompendo com especialidades estabelecidas, e buscando uma unificação de diversos saberes, práticas e experiências. O essencial é não reduzir a mulher àquela situação de violência vivenciada. O estudo possibilitou aos profissionais de diversas áreas o conhecimento sobre a temática na ótica das redes sociais e, desta forma, entendendo melhor sobre a articulação entre os elementos de rede secundária, estes auxiliaram as mulheres a romper o relacionamento da violência.

Além disso, os desdobramentos deste estudo ampliaram os debates sobre o tema da violência interpessoal contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo e reforçaram as discussões no NUPESM, da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e podem servir a outros que tenham interesses análogos, incluindo as Instituições Públicas, referentes à segurança, saúde, psicologia e serviço social localizadas na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. De todo modo, subsídios aos profissionais que assistem a esta problemática devem ser garantidos, numa perspectiva de melhoria da qualidade de seu atendimento e serviços nas práticas de promoção à saúde da mulher.

CAPÍTULO II – CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA DO ESTUDO

2.1 O conceito de violência contra a mulher

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é qualquer ato de agressão ou negligência à pessoa, ao grupo ou à comunidade, que produz ou possa produzir dano psicológico, sofrimento físico ou sexual, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, tanto em âmbito público como privado (OMS, 2002, p. 05).

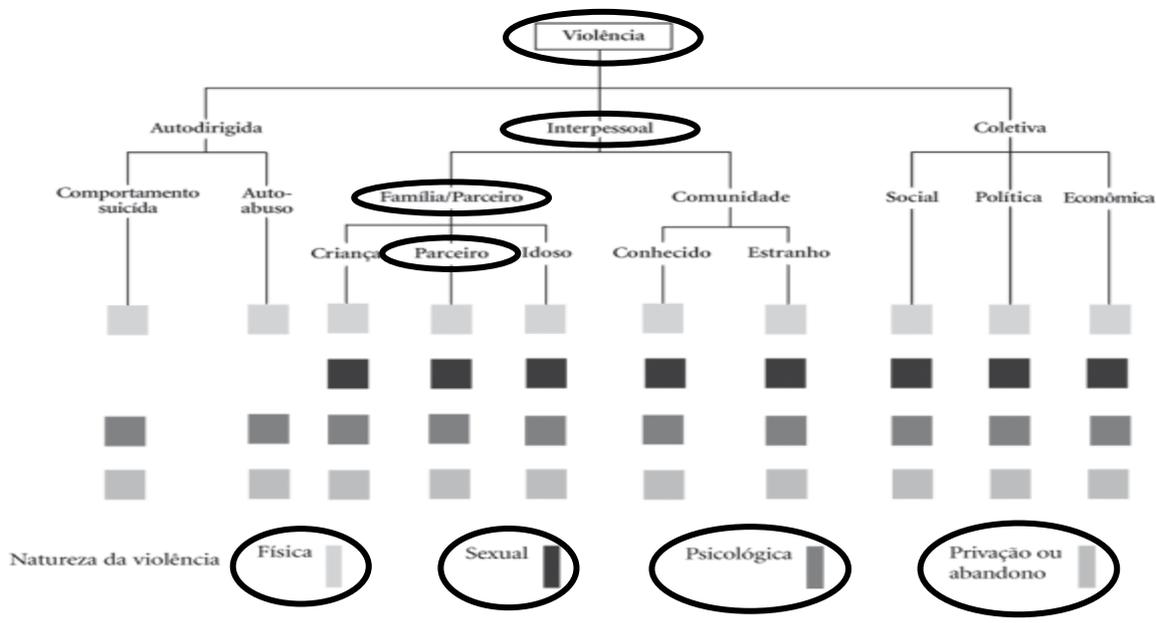
A violência é também caracterizada de acordo com os agentes que a exercem, seja policial, institucional, social, econômica, política, dentre outros; ou conforme a população que atinge (violência étnica ou racial). Também pode ser classificada de acordo com o local em que acontece. Violentar é constranger, tolher a liberdade, incomodar, impedir uma pessoa de manifestar seu desejo e sua vontade, sob pena de viver ameaçada ou até mesmo ser espancada, lesionada ou morta. É um meio de coação, de submeter outrem a seu domínio, e uma violação dos direitos essenciais do ser humano (TELES, 2002). Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade (MINAYO, 2010a, p.13).

A classificação de violência utilizada nesta pesquisa é definida a partir de uma resolução* da OMS. Nesta, destacam-se os diferentes tipos de violência, bem como os eixos que os conectam. Primeiramente, a violência é dividida em três categorias definidas a partir das características daqueles que praticam os atos violentos, determinadas como: violência autodirigida, violência interpessoal e violência coletiva (DAHLBERG & KRUG, 2007, p. 1166), conforme visualizado no gráfico 1, a seguir:

* Na Resolução WHA49.25, de 1996, a OMS declarou a violência como um importante problema de saúde pública. Nesta ocasião, a Assembleia Mundial da Saúde convocou a OMS para desenvolver uma tipologia da violência que caracterizasse os diferentes tipos e os elos conectivos.

Gráfico 1: Tipologia e natureza da violência a partir das características daqueles que praticam os atos violentos, de acordo com a OMS.

Gráfico 1
Tipologia da violência.



Fonte: DAHLBERG & KRUG, 2007, p. 1167.

A violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: violência na comunidade entre indivíduos que podem ou não se conhecerem, e geralmente ocorre fora dos lares, o que inclui violência da juventude, estupro ou ataque sexual, além de violência em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos. O segundo subgrupo inclui a violência interpessoal entre membros da família ou entre parceiros íntimos, que ocorre usualmente nos lares, incluindo abuso infantil, violência entre parceiros íntimos e maus-tratos de idosos (DAHLBERG & KRUG, 2007, p. 1167).

Nesta pesquisa, propõe-se a utilização da denominação *violência interpessoal contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo*. Este tipo de violência pode ocorrer nas esferas física, sexual, psicológica ou, ainda, por atitudes de privação ou abandono. Dentre estas últimas, muitas mulheres são privadas de sua própria liberdade pelos parceiros, limitando-lhes o direito de ir e vir (DAHLBERG & KRUG, loc. cit.).

Nesta pesquisa será utilizada também a expressão *mulheres em situação de violência* em vez de *vítimas*, porque, de acordo com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (2008), a condição de vítima é paralisante, e reforça o posicionamento passivo e dependente da mulher. Portanto, o fato de estar “em situação de” oferece a possibilidade de mudança no contexto da vivência da violência (BRASIL, 2008). Nesta mesma linha de

pensamento, para dar visibilidade às diversidades raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, deficiência e inserção social, econômica e regional existentes entre as mulheres, far-se-á uso da denominação *violência contra as mulheres*.

Especificamente em relação à violência contra a mulher, esta pode ser denominada também como *violência doméstica*, e ser caracterizada como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial à mulher. Esta pode ser praticada por pessoas com ou sem vínculo familiar, que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa, inclusive as esporadicamente agregadas (BRASIL, 2006). É um fenômeno complexo desencadeado por uma multiplicidade de fatores, que afetam não apenas as vítimas, mas seus familiares e a sociedade como um todo (LABRONICI et. al., 2010).

Para compreender a complexidade da violência contra a mulher, é preciso ainda desvendar estruturas e mecanismos a partir do conceito de gênero. Judith Butler (2003) discute gênero e sexo, desenvolvendo a noção de performatividade de gênero, onde este não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado, mas tem de designar também o aparato mesmo de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos. Segundo esta autora, o papel do gênero seria produzir a falsa noção de estabilidade, pela repetição de atos, gestos e signos, do âmbito cultural, que reforçariam a construção dos corpos masculinos e femininos, tais como nós os vemos atualmente. Trata-se, portanto, de uma questão de performatividade, em que gênero é um ato intencional, um gesto performativo que produz significados.

Entende-se gênero como uma construção histórica e sociocultural que atribui papéis e comportamentos aos sexos. Para as mulheres, determina-se a passividade, fragilidade, emoção e submissão; aos homens, a atividade, força, racionalidade 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 (BRASIL, 2012a, p.11). À mulher também cabe condições de reprodução, fidelidade, cuidadora e principal responsável pela educação dos filhos, sendo esses papéis naturalizados e reproduzidos socialmente. Estes, geralmente, condicionam as mulheres à violência, dificultando a ruptura desta situação (VIEIRA et. al., 2010).

Nesta perspectiva, muitas mulheres convivem com parceiros íntimos violentos no dia a dia dos relacionamentos conjugais, o que, muitas vezes, é naturalizado pelas situações impostas culturalmente pela sociedade, embora haja um movimento por parte da sociedade civil, por meio do desenvolvimento de legislações e políticas públicas que consideram a violência como uma infração legal que prejudica ou anula os direitos humanos da população feminina.

2.2 Políticas públicas de atenção à mulher no contexto da violência

A construção histórica dos direitos da mulher no mundo iniciou-se com a Década da Mulher (1975-1985), e houve ainda grandes avanços nos anos 1990. A Conferência de Viena (1993) enfatizou os direitos das mulheres como direitos humanos (universais, inalienáveis e indivisíveis) e reconheceu a violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos. As conferências subsequentes, de Cairo (1994), Beijing (1995) e Durban (2001) também contribuíram para os avanços no reconhecimento desses direitos. Mobilizada pelas decisões de Beijing, a *United Nations Development Fund for Women* (UNIFEM), promoveu uma campanha internacional para que os governos nacionais elaborassem planos com a adoção de medidas efetivas à erradicação da violência contra a mulher (IZUMINO, 2003).

No Brasil, durante os últimos 20 anos, foram alcançados significativos avanços no plano legislativo no que diz respeito à política de atenção à mulher em situação de violência praticada pelo parceiro íntimo. Pode-se então identificar as conquistas, avanços e desafios destas políticas públicas em defesa da mulher por meio de uma breve revisão histórica.

No caso do Brasil, o entendimento da violência como um fenômeno negativo leva à consciência da violação da liberdade e dos direitos humanos. De acordo com a consciência das intensificações e manifestações reais de violência, existe um crescimento e ampliação da democracia e dos processos de reconhecimento social. No fim da década de 1970 e início de 1980, houve uma propagação da consciência nacional sobre o acirramento da violência social e os processos de abertura democrática no país. A partir de então, crescem os movimentos em prol dos direitos civis e sociais e da emancipação da mulher e de outros grupos excluídos (MINAYO, 2010a, p.54).

Segundo Camargo e Aquino (2003, p. 39), desde meados dos anos 80 no Brasil, a ação do Estado na área da violência contra a mulher restringiu-se basicamente à proteção policial e ao encaminhamento jurídico dos casos, visando à punição do agressor e à reparação da vítima. As avaliações em torno desta política apontaram estes como fatores insuficientes para uma intervenção de impacto sobre as repercussões da violência vivida no ambiente familiar. O isolamento das DEAMs reduziu o impacto desta ação e, entre outras consequências, difundiu uma percepção de que essas mulheres acabavam desistindo de apresentar a denúncia de seus agressores nessas unidades ou que, após a denúncia, retiravam-na por arrependimentos, culpa, ou imposições dos agressores.

Ainda durante a década de 80, como conquista da luta contra a violência à mulher, foram instituídas as Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher. Por meio da pressão do movimento de mulheres e do Conselho Estadual da Condição Feminina, foi criada em São Paulo, em agosto de 1985, a primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM). Imediatamente, outras 152 foram instaladas, sendo que mais da metade localizadas no Estado de São Paulo, e as demais, principalmente nas capitais de outros estados. Embora a grande concentração das delegacias tenha permanecido no Estado de São Paulo, e a existência do serviço fosse quase restrito às capitais, houve uma evidente influência no sentido de um incremento de registro de ocorrências policiais em todo o Brasil nas delegacias convencionais (CAMARGO & AQUINO, 2003, p. 41).

O Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) foi criado pela Lei n.º 7.353, de 29 de agosto de 1985, e teve como objetivo promover, em escala nacional, políticas para as mulheres, visando à eliminação do preconceito e da discriminação, inclusive nos aspectos econômicos, a fim de ampliar o processo de controle social sobre as referidas políticas. Portanto, tem como proposta garantir condições de liberdade e de igualdade de direitos da mulher e sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país.

Na sociedade ocidental, especialmente no Brasil, foi na década de 1980 que o tema da violência entrou com mais vigor na agenda dos debates políticos, sociais e no campo da saúde. Oficialmente, somente a partir da década de 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS iniciaram a discussão especificamente de violência, não apenas como causas externas, mas congregando várias outras temáticas. Estas, até então, possuíam pouca legitimidade institucional, mas vinham ocorrendo nos diferentes âmbitos de alguns países (MINAYO, 2010a).

A agressão contra a mulher enquanto violência sexista - praticada por um homem contra a mulher em razão de seu gênero, - é fruto das relações desiguais sociais de sexo, passando a ser reconhecida pelo Estado como um problema público, a partir do final da década de 1970, com as mobilizações protagonizadas pelo Movimento Feminista. Inicialmente, estas mobilizações estiveram mais ligadas à denúncia das violências e, em um segundo momento, houve o desenvolvimento de ações visando à garantia do atendimento e do apoio, por meio de serviços específicos a essas mulheres. Como exemplo está a experiência dos SOS Mulher e das DEAMs criadas em 1985 (QUEIROZ et. al., 2014).

No início dos anos 90, tanto na área da saúde como na área da assistência, surgiram novas ações e abordagens para o problema da violência interpessoal praticada contra a mulher. Neste momento, os serviços de saúde passaram a adotar políticas visando a

diagnosticar o problema e oferecer atenção à saúde nos casos de violência sexual e outros agravos à mulher. Também surgiram as Casas-Abrigo, reivindicadas pelo movimento de mulheres e apoiadas pelas próprias delegacias, uma vez que as providências policiais e jurídicas eram burladas pelos agressores e, muitas vezes, as denunciadas sofriam violência maior, como castigo por sua iniciativa (Ibid.).

Os serviços de proteção às mulheres foram ampliados em todo o Brasil nos últimos anos. O número de centros especializados subiu de 92 para 231, o de Casas-Abrigo cresceu de 62 para 78, as delegacias da mulher e os núcleos de atendimento aumentaram de 328 unidades para 500, e os juizados e varas subiram de 19 para 100 unidades. Houve também um crescimento de 20% no número de mulheres que já realizam a denúncia na primeira vez em que são agredidas (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICA PARA AS MULHERES, 2014). A ampliação destes serviços de atendimento e proteção provoca efeitos de ordem prática e teórica. Com uma rede de apoio mais presente e atuante, a mulher se sente mais encorajada e segura para romper com o ciclo da violência.

Diferentemente da segurança pública e dos cientistas políticos, o setor saúde, quando assume a violência como um dos mais importantes agravos à saúde da população mundial, o faz num tom diferente. A saúde pública está preocupada, fundamentalmente, com as mulheres, crianças e idosos vitimados, e não com a repressão, não no sentido de inocentar agressores, mas de atuar na promoção da vida e da qualidade de vida (MINAYO, 2010a).

Diversas Conferências Internacionais aconteceram ao longo do século XX, estas definiram todo um conjunto de direitos humanos para os habitantes mundiais. Nas discussões específicas sobre os direitos da mulher em situação de violência vivenciada no espaço doméstico, nenhuma reunião foi tão importante como a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará). Esta foi aprovada pela ONU em 1994 e ratificada pelo Brasil em 1995.

A Convenção de Belém do Pará trouxe grandes avanços na atenção à mulher em situação de violência, pois elucida que toda mulher possui o direito ao respeito à sua vida e à sua integridade física, psíquica e moral; direito à sua liberdade e segurança pessoais; direito a não ser submetida a torturas; direito ao respeito à dignidade inerente à sua pessoa e que se proteja sua família; direito à igualdade de proteção perante a lei e da lei; direito a um recurso simples e rápido diante dos tribunais competentes, que a ampare contra atos que violem seus direitos; direito à liberdade de associação, à liberdade de professar a religião e as próprias crenças; direito de ter igualdade de acesso às funções públicas de seu país e a participar dos

assuntos públicos, incluindo a tomada de decisões (CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 1995).

Esta Convenção ainda oferece à mulher, objeto de violência, o acesso a programas eficazes de reabilitação e capacitação que lhe permitam participar plenamente da vida pública, privada e social. Além disso, há também a garantia da investigação e recompilação de estatísticas e demais informações pertinentes sobre as causas, consequências e frequência da violência contra a mulher, com o objetivo de avaliar a eficácia das medidas para prevenir, punir e eliminar esse tipo de violência e de formular e aplicar as mudanças que sejam necessárias.

Os Estados signatários desta Convenção para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher se comprometem a proteger e garantir estes direitos e a agir efetivamente contra essa problemática. Efetivamente as nações signatárias deverão aplicar os serviços especializados apropriados para o atendimento necessário à mulher objeto de violência, por meio de entidades dos setores público e privado, inclusive abrigos, serviços de orientação para toda a família, quando for o caso, e cuidado e custódia dos menores afetados (BANDEIRA & ALMEIDA, 2015).

O Ministério da Saúde no Brasil instituiu um grupo de trabalho para assessorá-lo na formulação de uma Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. Em maio de 2001, culminando o longo processo de reflexão, foi promulgada uma portaria do Ministério da Saúde, oficializando o documento de definição da política, com desdobramentos em todas as áreas de atenção à saúde, informação em saúde, bem como nas linhas de prevenção. Esta política de redução de acidentes e violência trata este tema como um problema social e histórico, e o situa nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida. Também proporciona um diagnóstico geral do problema, das formas como ele afeta o setor saúde e como esse próprio setor, por ser parte da sociedade em que a violência está configurada, também a gera e a reproduz (BRASIL, 2001).

A OMS divulgou um Relatório Mundial, em 2002, em que o termo “causas externas”, que tradicionalmente englobava “acidentes e violência” e era usado para categorizar o tema na Classificação Internacional das Doenças, foi substituído pela expressão “violência e saúde”. Neste documento, a OMS não trata do conceito de “acidentes” por considerar que neles não está presente a “intencionalidade”, termo que determina a concepção de violência e dos atos violentos, principalmente daqueles praticados contra a mulher (OMS, 2002).

Em 2003, a Lei 10.778/2003 instituiu a notificação compulsória da violência contra a mulher. Paralelamente, o Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004, regulamenta, para todo o

território nacional, a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, atribuindo ao Ministério da Saúde a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação destes serviços.

A Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde foi criada em 2004, por meio da Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio, e tem como proposta a implantação/implementação dos núcleos de prevenção das violências e promoção da saúde em âmbito local, voltados para a atenção integral e proteção às pessoas e suas famílias em situação de violência, conforme a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Ainda no ano de 2004, a Portaria MS/GM nº 2.406, de 5 de novembro, instituiu o serviço de notificação compulsória da violência contra a mulher dentro do Sistema Único de Saúde e aprovou um instrumento e o fluxo para a notificação nos serviços de saúde.

Em setembro de 2005, foi aprovada a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências. Esta política contempla as ações de aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes; visa também ao treinamento e capacitação dos profissionais para o gerenciamento e avaliação das intervenções propostas, a partir das informações coletadas.

Em 30 de março de 2006, o MS implantou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por intermédio da Portaria MS/GM nº 687, reforçando medidas anteriores e revalidando o seu caráter transversal e estratégico ao contemplar os condicionantes e determinantes das violências e acidentes no País (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde também implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, com base em vigilância contínua e por meio de inquérito (BRASIL, 2006). A vigilância contínua obtém dados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em serviços de saúde, por outro lado, a vigilância por inquéritos é realizada bianualmente, a partir de dados sobre violências e acidentes coletados em serviços sentinela de urgência e emergência.

Referindo-se ao atendimento aos casos de violência nos serviços de emergência, Deslandes et. al. (2002) declara que, para muitas pessoas, esta é a única vez em que se encontram, diante de um profissional de saúde, na situação de vítimas de uma agressão. Em muitos casos, é um dos únicos momentos em que a violência é declarada.

Em 7 de agosto de 2006, foi sancionada a Lei nº 11.340 pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, e entrou em vigor em 22 de setembro. Também conhecida como “Lei Maria da

Penha”, tem como proposta criar mecanismos para coibir a violência doméstica contra as mulheres e ampliar a proteção a elas (BRASIL, 2006).

Esta nova lei altera o Código Penal à medida que triplica a pena, permitindo que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham a prisão preventiva decretada. Também acaba com as penas pecuniárias, aquela em que o réu é condenado a pagar cestas básicas ou multas. Altera ainda a Lei de Execuções Penais para permitir que o juiz determine o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação.

A rota crítica das mulheres que decidem romper com a violência é longa, atravessada por avanços e retrocessos, desprovida de apoio e, em muitas situações, ocorre revitimização pelos serviços que deveriam acolhê-las. Mesmo com a recente criação de políticas públicas e centros de referência para atender as mulheres e suas famílias, muitos operadores ainda se conduzem com as mulheres de modo autoritário e machista (PRESSER, MENEGHEL & HENNINGTON, 2008).

As ações setoriais e intersetoriais são necessárias para empreender esforços, criando diretrizes e parâmetros, e implementar medidas para a melhoria da qualidade de vida, evitando situações de agressão e morte às mulheres em situação de violência. Nesse âmbito, o setor de segurança pública é responsável por punir e reprimir os perpetradores dos crimes contra a integridade da mulher. Sob outra ótica, o setor saúde implementa um trabalho de prevenção, principalmente em respeito ao cuidado prestado a estes atores sociais. Esta atitude, quando bem implementada, imprime aspectos positivos para a recuperação física e psicológica de mulheres em situação de violência.

As medidas de proteção à mulher agredida, inseridas na lei, determinam a saída do agressor da casa, a proteção dos filhos e o direito da mulher de reaver seus bens e cancelar procurações feitas em nome do agressor. A nova lei determina que o advogado acompanhe a mulher em todas as fases do processo, proíbe que ela seja encarregada de entregar a intimação ao agressor, o que era frequente. Descreve, ainda, que a mulher só pode desistir da denúncia perante o juiz, e não mais na delegacia. Dispõe acerca do direito da mulher se afastar do trabalho por período de seis meses, sem risco de perder o emprego, caso se constate a necessidade de manutenção de sua integridade física e/ou psicológica.

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência, que consolida a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, foi criado em 2007. Este pacto aprofunda a implementação da Lei Maria da Penha; fortalece o combate à exploração sexual de meninas e adolescentes e ao tráfico de mulheres; promove os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos direitos humanos das mulheres em situação de prisão (BRASIL, 2007).

O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), elaborado em 2008, após a Conferência Nacional, propõe uma intervenção pública de caráter multissetorial para desenvolver ações que desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero, interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira, promovam o empoderamento das mulheres, e garantam um atendimento qualificado e humanizado àquelas em situação de violência.

Dados do IBGE, do último CENSO (2010) revelam que, atualmente, no Brasil, existem cerca de 97.342.162 (51,04%) mulheres e 93.390.532 (48,96%) homens. O Ministério da Saúde informa que as mulheres em idade reprodutiva, ou seja, entre 10 a 49 anos, são 58.404.409, e representam 65% do total da população feminina. Este panorama reflete a preocupação com este grupo vulnerável, pois os resultados não diferem da situação mundial, em que a maioria das mulheres vivencia a violência interpessoal durante sua vida e, geralmente, isto ocorre antes dos 10 anos de idade, no ambiente doméstico ou intrafamiliar (IBGE, 2010).

Em estudo de Kronbauer & Meneghel (2005, p. 696), para abordar a violência interpessoal contra a mulher, faz-se necessário o entendimento de gênero como elemento constitutivo das relações sociais, baseadas nas diferenças entre os sexos e como modo primordial das relações de poder. O gênero refere-se à construção social de sexo, e esta palavra designa apenas a caracterização anátomo-fisiológica das pessoas, enquanto gênero se refere à dimensão social da sexualidade humana.

Os conceitos e diferenças de gênero entre masculino e feminino podem influenciar diretamente na atitude das mulheres quando buscam a rede social ao vivenciarem a violência interpessoal pelo parceiro. Muitas preferem ser atendidas por profissionais mulheres, das quais esperam uma sensibilização maior do que dos homens, o que não é uma regra geral, pois estes últimos também podem prestar um atendimento resolutivo nestes casos.

Muitas mulheres não possuem acesso facilitado às delegacias especializadas, onde o atendimento lhes é diferenciado, então elas têm a opção de recorrer às delegacias convencionais. Estas são percebidas, pelos grupos de mulheres na sociedade, como ambientes muito masculinizados e impessoais, onde a lei e a ordem são impostas com o uso da força (RIBEIRO & SILVA, 2014). Portanto, muitas têm uma visão um tanto preconceituosa e não se sentem à vontade para se dirigirem a uma dessas delegacias, com medo da abordagem com que serão recebidas. Os padrões de gênero, desta forma, podem estar arraigados inclusive nestas instituições que têm o dever de acolher as mulheres.

2.3 Políticas de rede de atenção às mulheres em situação de violência interpessoal

Nos primeiros anos da década de 90, são criadas, na maioria dos países, as redes nacionais de combate à violência contra as mulheres, formadas principalmente por organizações feministas, organizações não governamentais e de mulheres independentes envolvidas neste assunto. Nos países que não estabeleceram redes, foram geradas ações específicas e comemorações relacionadas ao dia 25 de novembro, Dia Internacional de Combate à Violência Contra as Mulheres (SAGOT, 2009, p. 217).

A Secretaria de Políticas para as Mulheres foi criada pelo Governo Federal em 2003, e tem como objetivo a promoção da igualdade entre homens e mulheres, além de combater todas as formas de preconceito e discriminação advindas de uma sociedade patriarcal e excludente. Desde então, foram fortalecidas as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres, por meio da elaboração e implementação de conceitos, diretrizes e normas. Esta política também definiu ações e estratégias de gestão e monitoramento relativas à temática (BRASIL, 2011a).

Em 2005, no Brasil, foi implementado um Plano de Ação do Ministério da Saúde, oficializado em 18 de maio de 2004 (Portaria 936). Este documento dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (BRASIL, 2005).

Como parte deste Plano de Ação, foram criados também Núcleos em universidades das mais diferentes regiões do país, com diferentes objetivos, de acordo com suas competências e com uma incumbência específica do Ministério da Saúde para cada uma. Dentre as diversas missões, estavam a criação de redes, apoio na formação de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, monitoramento da implantação de ações em municípios e avaliação de ações de redução. Porém, essas iniciativas atualmente encontram-se em processo de implantação e implementação e, provavelmente, serão necessários mais alguns anos para que estas atividades apresentem resultados (MINAYO, 2010a, p.62).

Posteriormente, o Ministério da Saúde lançou, em 2006, a “matriz pedagógica” para formação de Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Em consonância com a lógica da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e objetivando o cumprimento da meta qualitativa de promover a atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência, a Área Técnica de Saúde da Mulher tem como objetivo aumentar o número de serviços de atenção à violência nos

municípios-polo de microrregiões, apoiando-se na organização de redes integradas, que devem se constituir em ações voltadas à população.

Esta demanda, bastante pleiteada pelos estados e municípios, reforça a necessidade de construção de uma metodologia multissetorial de ensino que, depois de testada e avaliada, venha a se tornar subsídio para processos de qualificação dos profissionais que atuam nos diversos programas e serviços da área de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2011b).

A OMS (2002) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), estabeleceram, em comum, sete diretrizes de ação voltadas para a atenção às mulheres em situação de violência interpessoal praticada pelo parceiro íntimo. Dentre estas, cinco diretrizes possuem aproximação com o objeto de estudo proposto nesta pesquisa. A primeira diz respeito à monitorização da ocorrência de acidentes e violências por meio do estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica. Estas incluem ampliação da abrangência dos sistemas de informação para que incorporem dados de atendimento dos prontos-socorros e dos ambulatórios, além da promoção da qualidade e padronização das informações.

Uma atenção interdisciplinar e intersetorial às mulheres em situação de violência, com o propósito de buscar uma articulação do setor saúde com as áreas jurídicas e de segurança, também é um ponto discutido entre as diretrizes de ação para as mulheres. Estas articulações vão desde os programas de Atenção Básica, como o de Saúde da Família, até os serviços ambulatoriais, emergenciais e hospitalares. Qualquer um destes setores de atenção à saúde está propenso a atender mulheres que tenham sido agredidas pelos parceiros íntimos (BRASIL, 2005).

Segundo Deslandes (2002), a vulnerabilidade das mulheres, caracterizada pelo adoecimento resultante das causas da violência, podem ser evidenciadas com protocolos institucionais, principalmente em serviços de atenção básica de saúde. Nestes, os profissionais estão muito próximo dos usuários. O contexto desta atenção pode ser um espaço de prevenção, desde que os profissionais de saúde estejam instrumentalizados e sensibilizados para identificar, enfrentar e acompanhar este tipo de agravo.

A operacionalização de outra diretriz da OMS (2002) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) compreende a elaboração de normas e o aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento às mulheres em situação de violência praticada pelo parceiro íntimo. Por exemplo, a estas, precisa ser salvaguardado o direito ao atendimento em uma sala reservada, preservando sua privacidade diante os demais pacientes daquela instituição.

Para a atenção específica e resolutiva às mulheres, é essencial também que órgãos governamentais de saúde promovam ações de treinamento e qualificação. Estas devem ser direcionadas aos profissionais, principalmente àqueles responsáveis pela notificação compulsória dos episódios de violência. Ações desta natureza promoveriam uma melhoria da qualidade das informações coletadas, um diagnóstico esclarecedor dos eventos violentos, ações de prevenção e de vigilância epidemiológica, e uma atenção integral às mulheres, envolvendo a reabilitação física, psíquica e social.

O apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas interdisciplinares direcionadas à criação e articulação da rede social de atenção às mulheres em situação de violência interpessoal é imprescindível (BRASIL, 2005). Esta atitude propiciará o desenvolvimento de estratégias, operacionais e avaliativas, em qualquer área de atenção a esta demanda. As pesquisas permitirão o direcionamento das especificidades de determinados elementos das redes de suporte às mulheres que ainda não foram bem explorados.

Em 2011, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres incorporou ações destinadas à prevenção, assistência e garantia dos direitos das mulheres nas áreas de saúde, segurança, educação, assistência social, cultura e justiça. Esta política tem como propósito o estabelecimento de conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, conforme as normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e a legislação nacional (BRASIL, 2011a).

O mais interessante desta Política de Enfrentamento é a perspectiva do combate à violência contra a mulher sob a ótica de diferentes setores de atendimento, desde a saúde até a justiça, passando pela assistência social. Isso caracteriza a importância de órgãos e instituições oficiais diferenciados como constituintes das redes sociais a nível secundário, disponibilizados às mulheres em situação de violência interpessoal. A articulação e comunicação entre esses níveis de atenção é o que permite uma assistência resolutiva às mulheres em situação de violência pelos parceiros íntimos.

Esta Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011a) ainda define que a noção de enfrentamento, nestes casos, não se restringe à questão do combate, mas envolve também outras três dimensões, relacionadas à prevenção, assistência e à garantia de direitos das mulheres. Estes são os quatro eixos estruturantes da Política de Enfrentamento. Uma representação esquemática pode ser visualizada na figura 1, a seguir:

Figura 1 - Eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, 2011.



Fonte: BRASIL, Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, 2011a.

No que diz respeito à prevenção, esta Política de Enfrentamento trabalha com o desenvolvimento de ações educativas e culturais que interfiram nos estereótipos de gênero, com a finalidade de desconstruir os padrões sexistas impostos pela sociedade. Uma cultura arcaica que impõe desigualdades de poder entre homens e mulheres é o que propicia a violência contra a mulher. Além de ações educativas, movimentos culturais podem ainda disseminar atitudes igualitárias e valores éticos de respeito às diversidades de gênero. As campanhas de expressão contra a violência à mulher devem focar principalmente no rompimento com a tolerância da sociedade frente a essa problemática (BRASIL, 2011a).

Ao refletir sobre a rede social da mulher em situação de violência, quando procura ajuda entre amigos, colegas, vizinhos ou membros da família, nota-se que ela está sujeita a vivenciar as mesmas discriminações de gênero. Alguns membros desta rede podem não se disponibilizar a apoiá-la, muitos não querem interferir na situação por medo, e por pensarem que este problema deverá ser resolvido no âmbito familiar, sem a interferência de terceiros. Justamente é esta atitude que perpetua o obscuro da violência contra a mulher ao âmbito doméstico.

O combate a esta forma de violência preconizada pela Política de Enfrentamento fica a cargo do estabelecimento e cumprimento das normas penais que garantam a punição e a responsabilização dos perpetradores da violência contra a mulher. Este âmbito garante a implementação dos aspectos processuais e penais da Lei Maria da Penha, principalmente em

relação à criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (BRASIL, 2011a).

Dentre a rede social das mulheres em situação de violência interpessoal, uma das instituições mais procuradas pelas mulheres são as DEAMs. Estas têm o propósito de assegurar um atendimento digno, por meio de atividades de investigação, prevenção e repressão aos delitos praticados contra a mulher. Quanto às mulheres que procuram a DEAM, embora algumas a reconheçam como um órgão de proteção e defesa de seus direitos, outras ainda não a percebem desta forma. Há uma falta de confiança no serviço e na resolutividade das queixas. Embora tenha-se observado um crescimento da consciência das mulheres sobre seus direitos, em geral, as que comparecem às delegacias são pessoas de baixa renda, que encontram na ida às DEAMs seu último recurso para lidar com a violência vivida, na busca de se empoderar para superar este problema (ABDALA et. al., 2011, p. 595).

As DEAMs localizam-se nas principais capitais do Brasil, sempre em regiões centrais, o que resulta, muitas vezes, em dificuldade de acesso por parte das mulheres que moram nas regiões periféricas das grandes cidades ou nas zonas rurais. A Política Nacional de Enfrentamento (BRASIL, 2011a) reconhece a garantia dos direitos humanos das mulheres como um dos eixos estruturantes do combate à violência. No eixo da garantia de direitos, podem ser implementadas iniciativas que promovam o empoderamento, o acesso à justiça e o resgate da mulher como sujeito de direitos.

Outro órgão importante que faz parte dessa rede social de assistência e atenção às mulheres são os Centros Especializados (CEs) ou Centros de Referência (CRs) e atendimento às mulheres em situação de violência. Estes trabalham por meio de atividades que venham esclarecer os direitos, orientar e resgatar a autoestima dessas mulheres. O propósito é ampliar a prevenção de novos atos violentos de forma individual e coletiva, fortalecendo, encorajando e empoderando as mulheres para a resolução de conflitos, sem gerarem ou se envolverem em situação de violência.

O último eixo estruturante da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres está relacionado à atenção às mulheres em situação de violência. Portanto, esta política visa a garantir o atendimento humanizado e qualificado por meio da formação continuada de agentes públicos e comunitários; além da criação de serviços especializados (Casas-Abrigo, Serviços de Educação do Agressor, e Defensorias da Mulher). Estes serviços incluem também uma articulação dos governos federal, estadual e municipal, e da sociedade civil, para o estabelecimento de uma rede de parcerias para enfrentamento a essa forma de violência (BRASIL, 2011a).

Interessante notar como neste eixo da atenção a Política de Enfrentamento à Violência contra as mulheres inclui os setores de segurança, justiça e serviço social, mas não cita em qualquer momento um atendimento no âmbito da saúde. Cabe, então, o requerimento por atenção em políticas e qualificação a profissionais enfermeiros e médicos que estão à porta de entrada dos serviços de saúde, e se deparam com esta demanda de atendimento às mulheres.

Um conceito de rede de atendimento aos casos de violência interpessoal contra a mulher é elaborado por esta mesma Política de Enfrentamento. Refere-se à atuação articulada entre as instituições e serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento. A rede, nestes casos, tem como responsabilidade a identificação e encaminhamento das mulheres em situação de violência, e o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção. A constituição da rede de atendimento busca dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e do caráter multidimensional do problema, que perpassa diversas áreas (BRASIL, 2011a).

Ainda sobre a Política de Enfrentamento à Violência (BRASIL, 2011a), a rede de atendimento à mulher é composta por serviços, tais como os Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CEAMS), Núcleos de Atendimento à Mulher, Casas-Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, DEAMs, Núcleos ou Postos de Atendimento à Mulher nas Delegacias Comuns, Polícia Civil e Militar, Instituto Médico Legal, Defensorias da Mulher, Juizados de Violência Doméstica e Familiar, Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, Ouvidoria da Mulher da Secretaria de Políticas para as Mulheres, Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica, Postos de Atendimento Humanizado nos Aeroportos, e Núcleo da Mulher da Casa do Migrante, entre outros.

Pesquisa realizada por Schraiber e cols. (2010) enfatiza a importância das redes como estratégia de fortalecimento das mulheres em situação de violência. Segundo estes autores (op. cit., 2010), 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 às mulheres, compartilhando conhecimentos de forma coordenada e recíproca, e buscando soluções para este problema por meio de uma articulação em grupo.

A articulação em rede dos serviços de atenção, desde a delegacia até os serviços sociais e de saúde, trabalhando em grupo, possibilitará também a resolutividade dos casos de

violência, com o empoderamento das mulheres para a tomada de decisão e rompimento da relação violenta.

Por outro lado, os profissionais envolvidos com a atenção a essas mulheres não podem deixar de lado as possibilidades de minimizar a situação da violência intrafamiliar praticada pelo parceiro íntimo. Os centros especializados de atendimento à mulher, entre outras instituições de cunho psicossocial que procuram cumprir seu papel social de apoiar a mulher, ajudam a minimizar os conflitos, além de proteger a família e principalmente os filhos. Estas instituições também implementam medidas para acompanhar a situação emocional e psicológica, e nos casos mais graves, de ameaças e riscos de vida, encaminhar para as casas-abrigo, entre outras providências.

O alcance de uma atenção resolutiva às mulheres em situação de violência poderá ocorrer quando as instituições trabalharem em grupo, realizando sempre os encaminhamentos necessários para os diferentes setores da assistência. Por exemplo, quando uma mulher procura primeiramente a delegacia para denúncia do parceiro, o delegado responsável poderá identificar o estado depreciativo da autoestima e autonomia da mulher, referenciando-a para um serviço de assistência social.

Uma psicóloga, no centro de assistência social, ao atender a mulher, poderá constatar a vivência de relações sexuais não consentidas e forçadas, além da desconfiança da própria mulher de que o parceiro possua um relacionamento extraconjugal, o que traz um risco para uma gestação não desejada ou DSTs. Por sua vez, esta profissional poderá encaminhar a mulher para um serviço de saúde em que serão disponibilizados os procedimentos protocolares da contracepção de emergência ou, até mesmo, a imunoprofilaxia às DSTs. Toda esta rede de atendimento, realizando uma comunicação e diálogo entre si, proporcionará às mulheres uma atenção mais resolutiva.

CAPÍTULO III – REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Referencial Teórico de Rede Social de Lia Sanicola

No Brasil, a Lei nº 11.340, Lei Maria da Penha, prevê algumas medidas a respeito da assistência multidisciplinar às mulheres em situação de violência, principalmente em seus art. 9 e 29, sobre “a assistência à mulher em situação de violência” e “a equipe de atendimento multidisciplinar”, respectivamente. De acordo com o texto legal, a equipe deve “ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde”, e obter as ações articuladas em rede social para a proteção e atenção à mulher em situação de violência.

Um texto de Meirelles & Silva (2007) traz uma definição que traduz estas redes:

A palavra rede vem do latim *retis* e significa “entrelaçamento de fios”. A partir da noção de entrelaçamento, malha e estrutura reticulada, a palavra rede ganhou novos significados ao longo do tempo, passando a ser empregada em diferentes situações. Por vários motivos, a sociedade civil tem procurado desenvolver ações conjuntas, operando nos níveis local, regional, nacional e internacional, contribuindo assim para uma sociedade mais justa e democrática. Tal método de trabalho permite a troca de informações, a articulação institucional e, até mesmo, a formulação de políticas públicas para a implementação de projetos comuns (MEIRELLES & SILVA, 2007, p. 141).

Historicamente, o conceito de “rede social” foi criado por John Barnes, em 1954, quando realizava uma pesquisa a respeito das interações existentes numa pequena comunidade de uma ilha norueguesa. De acordo com Sanicola (2008), o conceito de rede social foi empregado por Barnes para descrever as relações informais de parentesco, vizinhança e amizade, que ele não podia investigar usando os conceitos de relações formais de trabalho e de proximidade territorial. Esta nova abordagem dava conta de diferentes relações para cada indivíduo, estruturadas de acordo com as opções pessoais, não fixas, nem estáveis, e que geram novos laços o tempo todo. Sua principal característica era registrar a diversidade concernente a cada sujeito; de fato, o conceito de rede baseava-se amplamente nas opções pessoais dos indivíduos envolvidos.

Ao considerar o mundo da vivência das mulheres em situação de violência interpessoal perpetrada pelo parceiro íntimo como um mundo social, aponta-se que apreender os motivos que as levam a denunciar a violência requer compreender as relações que estabelecem, seja com o parceiro, os filhos, familiares, ou com os profissionais que atendem esta demanda. Compreendê-las nestas relações aponta para sua rede social (VIEIRA et. al., 2011b).

As redes sociais podem ser consideradas como uma trama de relações que conferem a cada sujeito identidade e sentimento de pertença. A estrutura da rede é formada pelo conjunto de laços perceptíveis que se estabelecem entre pessoas e redes. Estes laços, quando acionados, geram conexões que dão forma às redes, por sua vez, constituídas por laços, conexões, malhas e trocas que têm como ponto de confluência os ‘nós’ de rede. A estrutura confere flexibilidade, transparência, resistência, sinergia das forças e duplicidade à realidade da rede (SANICOLA, 2008, p.52).

Esta abordagem teórica permitirá a compreensão da dinâmica relacional na qual a mulher que vivencia a violência interpessoal está inserida, especificamente dentro de uma trama de relações sociais composta por familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho ou de tempo livre. Incluirá, também, o conhecimento sobre os recursos de atenção profissional nos setores de segurança, saúde, serviço social e psicologia, dentre outros, e que possibilitem intervenções articuladas e resolutivas. Com este apoio, as mulheres poderão se libertar das situações de violência interpessoal por meio do rompimento da relação com o parceiro íntimo.

As redes sociais podem ser de natureza primária e secundária. Nas redes primárias, os vínculos estabelecidos, caracterizados pelas relações de parentesco, família, amizade, vizinhança e trabalho, estão fundados sobre a reciprocidade e a confiança. As redes secundárias podem ser formais e/ou informais, de terceiro setor, de mercado ou mistas. Diferenciam-se entre si pelo tipo de troca intercambiada: a reciprocidade, o direito, o dinheiro, ou uma combinação desses meios (SANICOLA, 2008).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, o referencial teórico descrito por Sanicola (2008) indicou os instrumentos e recursos necessários para o conhecimento da posição ocupada pelas pessoas e o núcleo de relações vividas pelas mulheres em situação de violência no âmbito da rede social. Também possibilitou estabelecer deduções a respeito das propriedades da rede na perspectiva de possibilidades assistenciais, por meio de intervenções articuladas e resolutivas que auxiliem as mulheres no rompimento com o relacionamento violento com o parceiro íntimo.

Com o propósito de estabelecer e discutir estas possibilidades assistenciais às mulheres em situação de violência interpessoal perpetrada pelo parceiro, torna-se imprescindível abordar os aspectos sociais dessa situação. Portanto, o processo saúde-doença deve ser interpretado na singularidade e subjetividade de cada mulher que vivencia as agressões pelo parceiro, e estes fatores são condicionados, principalmente, pelas relações de cada mulher com o seu meio social.

Para Sanicola (2008), o conhecimento da rede social em que a pessoa e a família estão inseridas permite a compreensão da dinâmica relacional, constituindo-se em subsídios para a reflexão e estabelecimento de ações de intervenção junto à clientela atendida. Geralmente, as pessoas que solicitam qualquer tipo de ajuda não vivenciam seus problemas isoladamente, mas sempre no interior de uma rede social.

Na investigação dos fatores que condicionam aspectos relacionais e sociais, a abordagem teórico-metodológica de rede social estabelece recursos apropriados para o entendimento das mulheres em situação de violência interpessoal. Esta reflexão pode concretizar-se de forma inovadora e abrangente na atenção, seja por parte do pesquisador ou dos profissionais de saúde, serviço social, justiça ou segurança, todos envolvidos na prestação de atendimento e cuidado para as mulheres no contexto da violência.

Ao levar em consideração que qualquer pessoa tem a oportunidade de experienciar intencionalmente sua existência, atribuindo-lhe significações, esta pesquisa apropriou-se do referencial teórico de rede social como uma possibilidade de assim compreender a realidade contextual em que a pessoa está envolvida (SANICOLA, 2008). Esta abordagem permitirá a maior e mais abrangente percepção de recursos, limites, vínculos e apoios que podem ser potencializados no cotidiano de mulheres que vivenciam a violência interpessoal praticada pelo parceiro íntimo, com a compreensão dos seus laços interpessoais e de sua rede de relações.

A constante interação das mulheres com seus familiares, amigos, vizinhos, membros da igreja, colegas de trabalho ou de tempo livre, e com os profissionais que as atendem em inúmeros serviços de segurança, justiça, assistência social ou saúde, permite a construção do mapa de rede social para cada uma destas mulheres no decorrer de suas vidas. Deste modo, segundo Sanicola (2008), a rede social fica reconhecida como um somatório de todas essas relações pessoais, profissionais e de mercado que estão em constante contato e interação com a mulher.

Por meio da análise desta rede social da mulher em situação de violência interpessoal, é possível identificar as características estruturais da rede, especialmente no que diz respeito ao tamanho, composição e densidade. As características da qualidade dos vínculos e tipos de apoio social de cada um dos relacionamentos permitiram elucidar os tipos de apoio que estão sendo mobilizados, e a percepção das mulheres em relação à disponibilidade dessa rede social.

As redes sociais primárias e secundárias distinguem-se por meio das relações interpessoais, que se sustentam na reciprocidade, ajuda financeira e direito à inclusão social. De acordo com Sanicola (2008), as redes sociais estabelecem-se como uma forma de relação

social. Estas redes diferem como formais ou informais, e cada uma delas reconhece diferentes subtipos e modalidades.

Quanto à rede social primária, esta é composta pelas relações mais significativas que uma pessoa estabelece ao longo da vida. No contexto desta pesquisa, cada mulher é reconhecida como o centro de sua rede e esta se constitui por familiares, amigos, vizinhos, conhecidos e colegas de trabalho ou de tempo livre.

De acordo com Sanicola (2008), a família é o primeiro grupo social a que se pertence, e constitui-se não somente como a primeira forma de vida em grupo experimentada pela maioria das pessoas, mas também se constitui como mediadora entre indivíduo e sociedade, e o auxilia a ocupar um lugar no mundo. A família é o lugar privilegiado de resposta à transmissão da vida e de seu significado, nela se aprende a responder por seus atos e a valorizar os gestos de gratuidade. Nela ocorre o processo de humanização que perpassa através do tempo, tendo como exemplo as experiências humanas básicas, quase sempre eficazes para propiciar os cuidados aos seus membros.

O apoio da família às mulheres em situação de violência interpessoal é imprescindível. Algumas dessas personagens contam muito com o apoio do retorno à casa dos pais quando resolvem separar-se do parceiro agressor. Irmãos (ãs), cunhados (as), tios (as), sobrinhos (as) e filhos (as) frequentemente também se veem sensibilizados com o impacto negativo das agressões para a mente e o corpo das mulheres.

Quanto aos relacionamentos com a rede de vizinhança, esta pode ser ativada, ou não, pela mulher. Sanicola (2008) afirma que a competência do vizinho vem justamente da proximidade física, que lhe permite mobilizar-se e responder a uma situação de emergência, a uma necessidade que ele “vê” por estar por perto, a uma necessidade de menor peso e circunscrita no tempo.

Os fatos relacionados à violência contra a mulher pelo parceiro geralmente são praticados no âmbito doméstico, e assim ocorrem como uma maneira de manter o fato escondido da comunidade ao redor. Portanto, a mulher poderá recorrer aos vizinhos como uma maneira de busca por auxílio ou pedido de socorro. Entre vizinhas, frequentemente, há uma relação de parceria e cumplicidade, notadamente diante da resolução de problemas do dia a dia. Portanto, no caso de uma agressão vivenciada pelas mãos do parceiro, algumas mulheres podem recorrer a uma de suas vizinhas, procurando proteção ou alguém com quem compartilhar o problema vivido.

Em relações com amigos e colegas de trabalho ou de tempo livre, estas se estruturam de maneiras diferenciadas. Na relação com um amigo, há uma experiência de escolha e de

profunda afeição. A competência do amigo consiste na proximidade afetiva (emocional), que se mantém com a distância física, capaz de compartilhar das alegrias e tristezas do outro, de saber manter um segredo com lealdade, de saber distanciar-se e de saber aproximar-se para lhe dar um conselho (SANICOLA, 2008).

Mesmo que os episódios de violência tenham uma tendência a ficar escondidos nas relações familiares, as mulheres que se encontram nesta situação podem recorrer aos seus amigos (as), até mais do que à sua própria família, com medo dos julgamentos que, algumas vezes, são impostos por esta última. Ao declarar a violência para seus amigos (as), a mulher estará buscando uma válvula de escape emocional, e de certa forma uma orientação mais sensata sobre como proceder neste caso.

A rede social secundária poderá ser formal, informal, do terceiro setor, de mercado e mista. Para Sanicola (2008), as redes secundárias são um desenvolvimento da rede primária, constituídas por grupos informais de ajuda mútua, que possuem um nível de estruturação para menor abertura. Na realidade, as obrigações não são estabelecidas e não existem quaisquer acordos verbais sobre as funções que a rede desempenha. Frequentemente, estas redes são dissolvidas com o desaparecimento da necessidade ou, pelo contrário, são estabilizadas como uma forma mais estruturada e formal.

As redes secundárias formais são constituídas pelo conjunto das instituições estatais que formam o sistema de bem-estar social da população (serviços sociais, de saúde e de educação). Fundamentam-se no princípio da igualdade, caracterizam-se pelas trocas baseadas no direito, em primeiro lugar o da cidadania, e utilizam a redistribuição, como método, e a lei, como meio. As redes secundárias formais se financiam pelo sistema de cotização, prestam serviços ou concedem auxílios. A relação social é caracterizada pelo fato de poder ser exigida por seus usuários (exigibilidade). Estas redes fazem parte do sistema normativo e, em geral, constituem uma obrigação para a realidade social (SANICOLA, 2008).

No Brasil, existe uma ampla rede de instituições responsáveis pelo atendimento às mulheres em situação de violência. No âmbito da segurança, as DEAMs asseguram a integridade e proteção à mulher; nos Centros Especializados de Atendimento à Mulher (CEAMs), assistentes sociais e advogadas trabalham a autonomia e autoestima da população feminina. Os serviços de atenção à saúde estão voltados sobretudo àquelas mulheres que vivenciaram violência sexual, seja por meio da profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis, anticoncepção de emergência ou, até mesmo, pela realização do abortamento previsto em lei nos casos de estupro.

Além de imprimir esforços para a prevenção da violência e resolução das situações de conflitos familiares, é essencial que estes serviços da rede secundária também se comuniquem entre si, promovendo uma articulação entre diferentes saberes profissionais. Neste sentido, será possível realizar os encaminhamentos e referências entre os componentes da rede que sejam resolutivos às mulheres que vivenciam a violência interpessoal. Nenhum profissional ou instituição resolverá sozinho as demandas que envolvem as mulheres em situação de violência, por isso são necessárias diferentes intervenções, em saúde, segurança, educação, serviço social, dentre outras. Estes setores precisam dialogar e atuar frente aos casos, e após referenciar as mulheres para outros profissionais da rede, é importante continuar o acompanhamento.

As redes secundárias informais por vezes se estabilizam e adquirem uma forma mais estruturada e formal, geralmente de cunho associativo. Os grupos de ajuda mútua podem ser considerados redes secundárias informais (SANICOLA, 2008). Quando as mulheres que vivenciaram ou vivenciam a violência organizam-se em um grupo, mesmo que este seja pequeno, podem compartilhar suas experiências, principalmente aquelas relacionadas à superação da relação degradante. Os próprios centros de atenção especializados costumam realizar reuniões em grupo, nas quais mulheres que já vivenciaram a violência, e superaram esta situação, compartilham suas experiências com as outras. Este movimento permite um encorajamento para aquelas que estejam passando por este problema. Estes grupos podem acontecer pelo próprio movimento das mulheres, não dependendo exclusivamente de um centro especializado.

As redes secundárias do terceiro setor são aquelas constituídas por organizações da sociedade civil que prestam serviços, mas sem fins lucrativos. Evidenciam-se pela reciprocidade e intercâmbio de direito e solidariedade e, como tal, existem: associações e organizações da sociedade civil, cooperativas sociais, fundações e associações de voluntários. Estas redes, muitas vezes, surgem a partir das redes primárias, pois nascem quando uma ou mais pessoas, ao encontrar uma necessidade, organizam uma resposta, não porque sejam obrigadas a isso, mas por uma exigência de partilha e proximidade com a realidade humana, a partir de valores comuns. São entidades sociais que se apresentam como suplentes do Estado ou formas alternativas ou inovadoras em relação aos serviços existentes (SANICOLA, 2008).

Um dos principais exemplos de associações que podem prestar assistência às mulheres são as Organizações Não Governamentais (ONGs). Estas são frequentemente caracterizadas por ações de solidariedade e de defesa das políticas públicas voltadas a grupos que vivenciam qualquer forma de discriminação ou preconceito. As ONGs atuam inclusive na cobrança junto

às autoridades por direitos da população, resguardados pela Constituição Federal, mas nem sempre colocados em prática no cotidiano da atenção.

As igrejas e instituições religiosas, como um todo, também fazem parte das redes secundárias do terceiro setor. Em grupos de orações e pastorais, comuns em movimentos católicos e protestantes, muitas mulheres podem encontrar apoio emocional a respeito da relação conflituosa com o parceiro íntimo. Vale ressaltar que, em algumas religiões específicas, e não tão comuns no Brasil, como o islamismo e o hinduísmo, a mulher possui um posicionamento muito delicado. Segundo Hajjami (2008), estas religiões ressaltam a subserviência da mulher ao homem, impondo relações desiguais de gênero, o que propicia a violência nos relacionamentos conjugais.

Quando as mulheres buscam ajuda em instituições religiosas, dificilmente contam com apoio concreto para lidar com o problema. Embora algumas igrejas sejam reconhecidas como elementos componentes da rede social de um indivíduo, a avaliação dos sujeitos ainda é bastante incipiente. Por outro lado, as religiões têm desempenhado um papel importante para mudar a situação, e encorajar a mulher a tomar uma atitude diante dos relacionamentos violentos, por meio, principalmente, de uma assistência espiritual (PEDROSA & SPINK, 2011).

Existem também as cooperativas sociais e as associações de promoção social. Estas redes são frequentemente uma introdução às redes primárias, uma vez que surgem quando uma ou mais pessoas têm uma necessidade de organizar a resposta, não porque são obrigados por lei, mas porque têm a necessidade de partilha e de proximidade com a realidade humana, a partir de valores comuns. São as entidades sociais que se colocam sobre responsabilidade do Estado (SANICOLA, 2008).

As redes secundárias de mercado são aquelas que pertencem à esfera econômica, baseiam-se no princípio da equivalência e utilizam como método o mercado (o que significa o ato de comprar e vender), e, como meio, o dinheiro: são as empresas, os estabelecimentos comerciais, e as atividades dos profissionais liberais. A relação que nelas se estabelece é caracterizada pela possibilidade de saída, uma vez que este tipo de rede não cria vínculos, a não ser em relação ao que se troca (op. cit., 2008).

O principal elemento da rede secundária de mercado é o trabalho da mulher, ou seja, o local onde ela exerce alguma atividade remunerada, com vínculo empregatício ou não. Esta ocupação é essencial para que ela se sinta importante e útil no desenvolvimento da sua função, o que pode diminuir a probabilidade de a violência afetar sua autoestima. A independência financeira da mulher pode ser um fator decisivo que facilita e contribui para o empoderamento,

proporcionando a saída da relação agressiva com o parceiro íntimo. Quando ela possui um trabalho digno, independente de sua remuneração financeira, o papel de cidadã poderá vir à tona de maneira mais forte e evidente, juntamente com o seu posicionamento como detentora de direitos e deveres diante da sociedade.

A rede secundária mista é aquela que combina meios de intercâmbio. Ao mesmo tempo em que presta serviço assegurando o direito, age mediante respectivo pagamento, fazendo gerar também dinheiro, como ocorre nas clínicas de saúde e escolas privadas (SANICOLA, 2008).

Portanto, as redes secundárias são estruturadas conforme suas formas e características, de acordo com níveis de estruturas múltiplas, sejam estas institucionais, organizacionais ou operacionais, todas estruturadas com base nas normas de regras e ações dos Estados.

A rede social primária apresenta uma estrutura que é determinada não somente pelos elementos que a compõem (família, parentes, vizinhos, amigos e colegas de trabalho ou de tempo livre), mas também pelo tamanho, composição e densidade dos laços estabelecidos entre os membros. A estrutura da rede social apresenta alguns indicadores importantes que permitem compreender a forma como as ligações se estabelecem no contexto relacional das pessoas que a compõem (SANICOLA, 2008).

Para explorar a rede do ponto de vista estrutural, Sanicola (2008) considera alguns indicadores, como amplitude, densidade, intensidade, proximidade/distância, proximidade física, frequência e duração.

A *amplitude* diz respeito à quantidade de pessoas presentes e permite afirmar se uma rede é pequena (menos de nove integrantes), média (dez a trinta) ou grande (com mais de trinta), ou seja, indica o número de indivíduos com os quais a pessoa mantém um contato pessoal.

A *densidade* trata-se da interconexão entre as pessoas que fazem parte da rede. A quantidade de pessoas que se conhecem possibilita visualizar quantos laços existem entre os membros de uma rede e identificar os ‘nós’, que são os pontos de maior densidade da rede.

A *intensidade* indica o equilíbrio da relação de intercâmbio entre duas pessoas. Tornando possível verificar se está havendo muita ou pouca troca e se aquele intercâmbio é material, afetivo ou informativo. Observando a intensidade dos vínculos, o pesquisador poderá fazer algumas perguntas, mas, sobretudo, fazer circular as informações entre os membros da rede, à medida que se tornam mais ativos e conscientes.

O indicador *proximidade/distância* permite a reflexão sobre a distância afetiva e revela os graus de intimidade que podem ser de extrema proximidade; de familiaridade; de reserva; de frieza e de ruptura (separação).

A *proximidade física* refere-se ao espaço físico habitado pelos membros da rede, que pode ser no mesmo perímetro ou deslocado a quilômetros. Indica a que distância estas pessoas se localizam (na mesma casa; no mesmo prédio ou comunidade; ou ainda, em outra cidade; estado ou país) em relação a uma determinada dimensão.

A *frequência* manifesta a sistematicidade com que o vínculo é estabelecido. A frequência pode ser delimitada como: todo dia; duas a três vezes na semana; uma vez na semana; de três a seis meses; mais ou menos uma vez por ano.

O indicador *duração* revela há quanto tempo as pessoas da rede se conhecem.

Na medida em que se consegue descrever e compreender as relações interpessoais que se desenvolvem entre a mulher em situação de violência e a sua rede primária e secundária, estabelecem-se as conexões. Deste modo, esta mulher pode, a partir daí, tomar consciência não somente de sua condição, mas também dos vínculos que estas condicionam. Para Sanicola (2008, p.81), emerge a necessidade individual da partilha e, portanto, a necessidade humana, por sua natureza, interpreta e gera um movimento afetivo pelos outros que, muitas vezes, resulta na aceitação da responsabilidade. Este movimento se dá tanto individualmente como em nível comunitário, entre os membros da rede primária, ou seja, família, amigos, vizinhos e colegas de trabalho ou de tempo livre, e também pode envolver os ajudantes naturais, especialmente os relacionados com a esfera de proximidade.

Na atenção às mulheres em situação de violência interpessoal perpetrada pelo parceiro íntimo, tanto na rede primária quanto secundária, as pessoas e profissionais devem deixar de lado os próprios preconceitos sobre o assunto. Muitas pessoas não reconhecem a violência como um problema social grave que compromete a integridade física e emocional, e este comportamento compromete a atenção prestada à mulher. A sensibilidade diante deste tema é um dos requisitos básicos para que qualquer pessoa ou profissional se disponibilize para o atendimento à mulher. A temática da violência, em muitas instâncias profissionais, ainda é um assunto discriminado, polêmico e pouco discutido em algumas academias, inclusive na área da saúde, onde muitos atendentes e usuários têm dificuldade em abordar o tema.

No primeiro passo, como aproximação empática às mulheres, de uma forma mais dinâmica, no momento das entrevistas, foi permitido a elas que falassem livremente sobre as pessoas e instituições que estão presentes na sua vida. Elas tiveram liberdade para expor seus relacionamentos e contatos do dia a dia do cotidiano, com os elementos que fazem parte da sua rede social e que lhes prestaram algum auxílio ou suporte de apoio diante da violência vivenciada. Desta forma, já foi possível iniciar o desenho do mapa de rede, sempre na

presença da mulher, tendo uma noção dos vínculos sociais, em sua amplitude, densidade, intensidade, proximidade entre os componentes, frequência e duração dos relacionamentos.

Por intermédio das primeiras perguntas sobre a rede social, foi possível conhecer quais familiares, parentes, vizinhos, colegas, centros e instituições estiveram mais próximos ou distantes da mulher, qual o tipo de vínculo estabelecido com cada um deles e o porquê. Estes questionamentos serviram como uma orientação para a elaboração do mapa de rede social e identificação daqueles elementos que mais prestaram qualquer forma de ajuda às mulheres em situação de violência.

A teoria e método de rede social permite que as pessoas inquiridas na pesquisa sejam investigadas além delas mesmas. Sanicola (2008) declara que algumas questões específicas podem ser geradas para a identificação da rede social, identificando quais elementos da rede estiveram mais próximos da pessoa, podendo-lhe prestar algum tipo de ajuda frente a alguma situação ou problemática apresentada, como é o caso da violência.

No que diz respeito à representação gráfica da rede, nem sempre os nomes citados em primeiro lugar pelas mulheres poderão ser os mais significativos e importantes (Ibid.). Justamente por esse motivo foi concedida uma maior liberdade para que as mulheres falassem mais de seus relacionamentos com pessoas e instituições. Desta maneira, surgiram novos personagens, dos quais elas iam lembrando-se aos poucos, e relatando os seus vínculos, enquanto era desenhado o seu mapa de rede.

Portanto, com o depoimento das mulheres, foram identificados os elementos que compõem a sua rede social que, em seguida, foi representada graficamente para facilitar o trabalho de abordagem, análise e intervenção. De acordo com Sanicola (2008), o desenho é a representação gráfica da rede por meio da qual é possível visualizar desde as relações estabelecidas até a posição que se ocupa nos grupos, bem como os demais membros dos grupos, concedendo à pessoa a percepção de suas habilidades e capacidades de fazer alianças.

O mapa de rede social das mulheres, depois de pronto, e observando atentamente cada uma daquelas representações gráficas, transforma-se em ferramenta para a identificação dos elementos que estão disponibilizados na vida da mulher. Isto permite viabilizar formas de intervenções articuladas entre determinados componentes para que sejam resolutivas aos episódios de violência, tanto pela punição do agressor como pela proteção à mulher.

Na exploração da rede, foi possível formular o pressuposto da tese sobre alianças, proximidade ou distância afetiva das redes e de seus membros, pois nesta exploração de campo, as pessoas descobrem o seu universo de relações, muitas vezes deficiente ou carente de sentimentos. Os recursos mais preciosos utilizados na metodologia de rede foram os

valores, sensibilidade, intuição e saber do próprio pesquisador envolvido nas entrevistas (SANICOLA, 2008).

Quando uma mulher vivencia a violência interpessoal pelo parceiro, ela se encontra fragilizada emocionalmente, e poderá até mesmo ter dificuldades em pensar sobre quem ou onde buscar ajuda. Ela pode sentir-se desamparada, e a construção do mapa de rede possibilitará revelar-lhe que existem pessoas e instituições dispostas a ajudá-la, desde que receba orientação de profissionais envolvidos ou de pessoas ligadas à rede social.

Segundo Sanicola (2008), é preciso levar em consideração as diferentes maneiras pelas quais as pessoas entendem uma determinada situação. Desta forma, serão constituídos os fatores facilitadores da reflexão, formas concretas de representação e da situação dos membros da rede primária e secundária. Partindo da compreensão de que este é um momento em que a pessoa toma consciência de que pertence a um contexto de relações sociais, o mapa deverá sempre ser elaborado conjuntamente com a mulher que vivenciou a violência praticada pelo parceiro íntimo.

Para a confecção do mapa, é imprescindível a utilização de símbolos. Estes são descritos por Soares (2002) - anexos 1 e 2 -, e assim representados sob a forma de figuras geométricas (que representam os tipos de rede social) e de traçados gráficos (que indicam os tipos de vínculos).

3.2 Operacionalização e intervenção de rede às mulheres em situação de violência: possibilidade assistencial e de empoderamento na intervenção articulada e resolutiva

O conceito de rede tornou-se operacional, como forma de intervenção, quando alguns operadores, ao encontrarem e reconhecerem uma entidade relacional de tipo coletivo que não podia ser identificada nem com a família nem com o grupo, experimentaram empregar este conceito em sua ação e verificaram resultados positivos. Estudiosos como Speck e Atteneave (apud SANICOLA, 2008) foram os primeiros a tornar operacional o conceito de rede na esfera da ação. Eles identificaram a possibilidade de atuar em favor do paciente, mobilizando as redes que o cercam. Neste caso, o campo de intervenção é uma rede de sistemas e subsistemas que podem condicionar o comportamento de um indivíduo, à qual ele vincula a intervenção numa perspectiva de tipo clínico.

Uma das orientações metodológicas do trabalho de rede, que vem a sustentar a atenção prestada pelos enfermeiros às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro, é a *intervenção de rede*. Este modelo teórico valoriza as *redes naturais* da mulher, ou seja, as

relações pessoais que fazem ou podem vir a fazer parte de sua história. No trabalho de rede que salienta a integração dos recursos, o operador possui um papel central, sendo ator, ordenador e detentor das hipóteses de solução de problemas diante dos quais orienta uma rede constituída especificamente para este fim. Sem a sua centralidade e presença ativa, a rede poderá vir abaixo (SANICOLA, 2008).

Outra forma de orientação que tem a intervenção de rede como referência é o *case management* comunitário, caracterizado como uma forma de atuação profissional voltada às pessoas e sua rede social. Este modelo visa à manutenção ou reintegração das pessoas em seu ambiente de vida, assegurando que elas adquiram ou conservem as competências necessárias para ter um bem-estar pessoal e social satisfatório. Os principais objetivos deste modelo são estabelecer uma relação de troca com os recursos de ajuda do ambiente, e ajudar o cliente a reconectar-se ao ciclo da solidariedade. Para isso, toma sob sua responsabilidade as necessidades do indivíduo, oferecendo suporte e serviços, além de reativar os laços que os eventos críticos interromperam e desenvolver práticas inovadoras, como a ajuda mútua e o empoderamento das pessoas (Ibid.).

Seguindo esta linha de pensamento, para as mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro, o enfermeiro poderá orientá-las para a manutenção dos vínculos que elas estabelecem na sua rede social primária ou secundária ao longo de suas vidas, indo além dos cuidados biomédicos disponibilizados no âmbito da saúde. Ao promover a conservação ou resgate dos elementos da sua rede social, a mulher se sentirá melhor e mais consistentemente respaldada para tomar uma atitude mais resolutiva diante dessa situação. Ela tem a capacidade de empoderar-se para tomar qualquer atitude em prol do seu bem-estar, seja com um basta às atitudes agressivas do parceiro, ou mesmo rompendo com o relacionamento violento.

Sanicola (2008) ressalta ainda que, no *case management* comunitário, a dinâmica da ação consiste em três pontos: realização de uma intervenção que não se detenha nos sintomas e nos comportamentos disfuncionais, procurando refazer os laços do cliente com as pessoas do ambiente que o cerca; o apoio na necessidade de mudança do sujeito, compartilhando a tomada de responsabilidade pela situação com as pessoas do ambiente social; e o estabelecimento de uma mediação entre o cliente e as associações locais, substituindo a intervenção individual pela ajuda mútua.

Estas dinâmicas coadunam de forma coerente ao refletir sobre a assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência. Em primeiro lugar, a intervenção não deverá deter-se nos sintomas físicos oriundos das agressões, é preciso ir além, ajudando-a no

estabelecimento dos elementos da rede que, trabalhando por meio de intervenções articuladas e resolutivas, poderão prestar-lhe auxílio diante desta problemática.

Um dos pontos mais importantes é que a mulher precisa querer esta mudança e melhora nas condições de vida e sobrevivência, caracterizadas principalmente pelo rompimento com o relacionamento violento. A atenção à mulher não termina na consulta de enfermagem, é preciso que o profissional ative outros elementos da rede, em nível pessoal ou institucional, que possam apoiar estas mulheres.

No *case management* comunitário, o operador deve ser um profissional próximo que saiba desenvolver uma colaboração com o ambiente social circunstante, seguindo um modelo de intervenção que integra os componentes socioclínicos e comunitários (SANICOLA, 2008). Partindo desta premissa, profissionais de saúde, inclusive enfermeiros que lidam com essa problemática, durante os atendimentos, em uma instituição de saúde, poderão trabalhar como operadores de rede na atenção às mulheres, seja pelo modelo de *case management* ou por *intervenção de rede*. Estes auxiliarão, em primeiro lugar, na formulação do mapa de rede, para depois reconhecer os elementos disponíveis diante da violência vivenciada pela mulher, aperfeiçoando, desta forma, os mecanismos da rede social e de referência na atenção à sua saúde.

A intervenção de rede direcionada às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro pode ser compreendida como uma possibilidade de superação do estado emocional debilitado pela violência. Esta atitude propicia a construção de vínculos fortalecidos, em função da necessidade de encarar eventos críticos ou dificuldades, constituindo-se em recursos importantes para a resolução das necessidades pessoais, familiares ou sociais dessas personagens.

Sanicola (2008) afirma que a intervenção da rede produz uma maneira de ser, em parte ligada à sua humanidade e em parte à sua natureza técnica. O processo de construção dessa rede relaciona-se ao reconhecimento mútuo da pessoa e do sentimento de pertencimento de outras pessoas à sua rede social, gerando conjuntamente a vontade de partilhar uma necessidade e de assumir as dificuldades. Nesse sentido, é necessário intervir sem preconceitos em relação aos acontecimentos da vida, partindo da realidade em si mesma e não de um pressuposto. Reconhecer e valorizar o ocorrido em relação àquilo já projetado exige uma abertura existencial, o interesse pelo cotidiano, o direcionamento do olhar para o modo de vida das pessoas, e não unicamente para as dificuldades que surgem em suas vidas.

Nos próprios Centros de Atendimento às Mulheres, como foi o cenário desta pesquisa, observou-se que assistentes sociais e psicólogas, no momento do atendimento às mulheres,

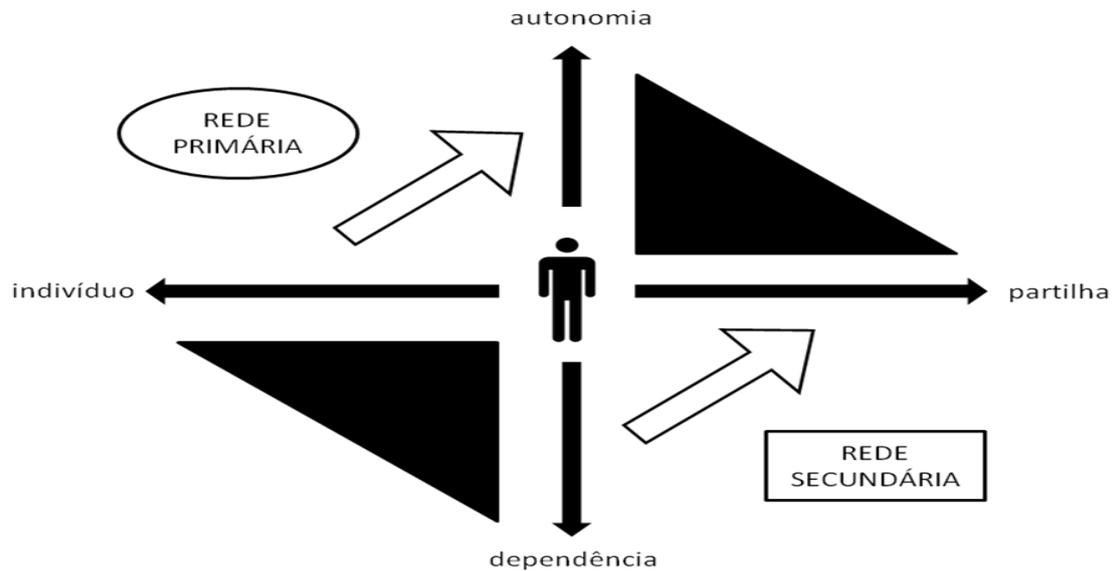
investigavam a respeito dos subsídios sociais de que essas mulheres dispõem para romper com o relacionamento violento. Durante essa abordagem, naturalmente, emergem informações a respeito da sua rede social. A mesma abordagem pode ser utilizada para essa mulher no serviço de saúde, onde o profissional pode ir além, com a construção do mapa de rede, por exemplo, auxiliando-a a reconhecer os membros da rede que já lhe prestaram alguma ajuda, seja afetiva, informativa ou material. A partir daí, valoriza-se o que já foi feito, atuando nas necessidades ainda evidentes, para uma intervenção resolutiva a essa mulher, por meio da articulação com pessoas e instituições.

A perspectiva da intervenção de rede se situa na lógica da subsidiariedade horizontal e inverte, antes de mais nada, o papel do operador, que nunca é considerado alguém que deva agir “no lugar de”, tampouco um terapeuta ou militante, mas é tido como aquele capaz de sustentar uma reflexão sobre as relações de rede, isto é, um processo de conhecimento do nível da realidade que é feito de laços, com a finalidade de compreender tanto as dificuldades e os problemas presentes quanto a riqueza dos laços existentes, encorajando a divisão de uma responsabilidade mediante um movimento de partilha realizado na própria rede (SANICOLA, 2008).

A proposta da tese, em configurar a rede social das mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo, identificando e analisando quais elementos da rede primária e secundária prestaram apoio a essas mulheres, contribuirá também para investigar se algum destes elementos atuou como operador de rede, facilitando ou promovendo os vínculos da mulher com outros elementos que sejam favoráveis a seu bem-estar. Desta forma, não somente profissionais da rede secundária, mas qualquer pessoa pode compartilhar esta responsabilidade, partilhando, além do apoio pessoal, o auxílio jurídico, de saúde, de segurança ou de assistência social. Não se trata de transferência de responsabilidades, mas de compartilhamento de saberes e práticas diferenciadas em prol de um mesmo fim: a saída do ciclo de violência.

Na intervenção de rede, o operador desempenha um papel de orientação e acompanhamento relacional, facilitando processos que conduzem a demanda do usuário do *individual* para o *coletivo* e da *dependência* para a *autonomia*, como dois movimentos dialéticos, conforme elucidamos na figura 2. O operador promove a vida da rede, mas não a substitui nas opções que tem de fazer, nem facilita as trocas, tendo como meta retirar-se quando certo nível de autonomia tiver sido alcançado. O operador de rede trabalha para que aquilo que promove e facilita esteja destinado a permanecer com o passar do tempo, até vir a fazer parte da história da rede (SANICOLA, 2008).

Figura 2 – A posição do operador na dinâmica da ação na intervenção de rede



Fonte: SANICOLA, L. *As dinâmicas da rede e o trabalho social*. São Paulo: Veras, 2008.

Segundo Sanicola (2008), o movimento que vai da dimensão *individual* para a *partilha* é um processo que parte do encontro e do reconhecimento recíproco entre indivíduos, levando-os a adquirir um sentimento de pertencer à rede e, ao mesmo tempo, gera a disponibilidade a compartilhar uma necessidade, encarregando-se das dificuldades criadas por essa necessidade. O efeito último, neste caso, é a consolidação das relações e o reforço da identidade individual e comunitária. Por outro lado, o movimento que vai da *dependência* para a *autonomia* é um processo que, tendo como ponto de partida o sentimento de pertencer, manifestado pela experiência de partilha da necessidade, leva as redes a desenvolverem a dimensão da liberdade ou a capacidade de assumirem responsabilidades e riscos diante das opções que têm que fazer.

As intervenções articuladas entre elementos da rede, em prol da saúde da mulher em situação de violência interpessoal, não serão possíveis se estas estiverem em situação de *isolamento* e *dependência*. Estas condições são sustentadas por atitudes de vigilância constante e ostensiva do parceiro íntimo agressor. O fato de esta mulher estar atrelada e dependente financeiramente deste homem agrava ainda mais a repressão. Quando o parceiro a proíbe de trabalhar, estudar, sair de casa, viajar, falar com amigos ou com parentes, este homem impede o movimento dialético positivo em direção à *autonomia* e *partilha*. Neste momento, cabe o auxílio de um operador de rede, que ajude primeiramente a mulher a reconhecer os elementos de sua rede social, e depois a auxiliie na comunicação e acesso aos círculos da rede secundária, como delegacias e centros de atendimento especializado.

Ao prestar atendimento às mulheres em situação de violência, o enfermeiro deverá sempre buscar uma relação de empatia, pois a possibilidade de resolução da problemática da violência somente será concretizada após um período considerável de tempo, considerando a cronicidade das agressões vividas no ambiente doméstico. Então, faz-se importante trabalhar com essa mulher para o provimento de sua mudança de uma relação de *dependência* para *autonomia*, seja emocional ou financeiramente. Além disso, em outro sentido, é possível promover a saída de uma posição de isolamento (*indivíduo*) desta personagem, em que há o cerceamento da liberdade pelo parceiro, efetuando assim a sua *partilha*, quando poderá contar com a sua rede social como uma forma de apoio.

Sanicola (2008) ainda afirma que estes dois movimentos são copresentes e dialéticos e seu andamento é oscilatório, podendo prevalecer ora o movimento na direção de um polo (individualização/dependência), ora na direção do outro (partilha/autonomia), de acordo com as circunstâncias da vida e a orientação cultural daqueles que fazem parte da rede.

O operador, nas redes secundárias, deverá atuar em prol de uma ação organizacional de orientação estratégica, produzindo e desenvolvendo um processo racional e controlável, desempenhando um papel de governo das redes. O mesmo operador, inserindo-se na rede primária, instaura uma relação de confiança com as pessoas, na medida em que é acolhido e reconhecido como um agente de solidariedade. Ele poderá explorar e observar os movimentos já existentes e, inserindo-se em seu meio, incentivar e apoiar os processos de rede orientados para a partilha e a autonomia (SANICOLA, 2008).

Com as informações obtidas e a análise da rede social das mulheres em situação de violência, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, estarão bem mais respaldados para atuar de maneira articulada e resolutiva, por meio da intervenção de rede, auxiliando as mulheres a se desvencilharem da relação violenta. A atuação dos profissionais, operadores de rede, incluirá o desenvolvimento de estratégias, por meio da operacionalização de uma tecnologia leve nas relações, no âmbito das redes sociais. Do mesmo modo, será possível integrar a mulher em redes de socialização ou, até mesmo, ajudá-la a desarticular alguns elementos da rede que lhe sejam prejudiciais.

Em relação às redes secundárias, a exploração por meio de mapas de rede e de uma grade de distribuição da carga emocional permite destacar quais são os serviços implicados na situação e quais operadores os assumem, gerando uma rede e desenvolvendo um projeto compartilhado. Na exploração, evidenciam-se as organizações de serviço levadas a intervir por competência e que recursos podem oferecer, quais delas têm obrigações formais e podem ser responsabilizadas. Enfim, deixa claro quais os conteúdos das conexões existentes entre

organizações de serviço e operadores, que competências profissionais cada um tem e qual é o seu grau de envolvimento na situação presente.

Em outras palavras, a exploração permitirá visualizar se a rede secundária mobilizada é capaz de se tornar complementar à rede primária e que possibilidades existem de que as redes primárias desenvolvam uma autonomia com a ajuda das redes secundárias.

O operador pode dirigir sua atenção para o processo de consolidação dos laços, mais que para a quantidade de problemas resolvidos, uma vez que é o laço que permite a solução dos problemas.

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

4.1 Método e tipo de pesquisa

O método da pesquisa está ancorado no referencial teórico-metodológico de Rede Social de Sanicola (2008), o que permitiu a compreensão da dinâmica relacional na qual a mulher está inserida. Possibilitou ainda a identificação das pessoas e recursos de que esta dispõe para enfrentar a situação de violência, seja no âmbito primário (família, parentes, vizinhos, amigos e colegas) ou secundário (órgãos de atenção em segurança, justiça, saúde, entre outros).

Com o propósito de desenvolver a investigação vigente, optou-se por realizar uma pesquisa de natureza qualitativa e analítica, tendo como fonte primária os depoimentos das mulheres em situação de violência interpessoal. A pesquisa segue o método analítico, relacionado à busca em esclarecer uma associação entre determinada exposição, em particular, e um efeito específico, como uma condição relacionada à saúde (MARTINS, et. al., 2014), como o conhecimento das redes sociais de mulheres em situação de ajuda ou apoio diante das consequências físicas, psicológicas e estruturais resultantes dos atos agressivos.

Justifica-se a pesquisa também pela proposta de analisar os tipos de apoio fornecidos pelos membros da rede social nas relações da mulher em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo.

A pesquisa remete a um processo inacabado e contínuo que exige uma postura de busca permanente, seja no campo teórico ou metodológico (FREZZA & SPINK, 2004, p. 24). Diante da complexidade e subjetividade das informações referentes ao atendimento às mulheres em situação de violência interpessoal, surgiu a necessidade de se trabalhar com uma abordagem de natureza qualitativa, uma vez que se trata de assunto que não pode ser relativizado por meio de variáveis.

Quanto à pesquisa qualitativa, Minayo (2010b) a define como aquela que se aplica ao estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões. Estes são produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, incluindo como se sentem e pensam. As abordagens qualitativas se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados no objeto de estudo. Esta abordagem fundamenta-se ainda em histórias sociais sob a ótica dos atores envolvidos, das relações em rede, numa perspectiva de investigação dos mapas de rede

social construídos como intervenção articulada e resolutiva que auxilie as mulheres em situação de violência pelo parceiro.

A pesquisa define como proposta descrever as categorias propostas por Sanicola entre os elementos da rede social primária e secundária, além dos operadores de rede social, que proporcionam apoio às mulheres, utilizando-se da intervenção de rede, como o conhecimento das redes sociais de mulheres em situação de violência interpessoal, das quais podem emergir situações de ajuda ou apoio diante das consequências físicas, psicológicas e estruturais resultantes dos atos agressivos.

4.2 Cenário de estudo

Como cenário, utilizou-se o Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM), no município do Rio de Janeiro, que tem como finalidade o atendimento às mulheres em situação de violência.

O Rio de Janeiro é a segunda maior metrópole do Brasil, e é uma das cidades brasileiras mais conhecidas no exterior. De acordo com o Censo Demográfico de 2010, a população total é de 6.323.037 pessoas, divididas entre 2.960.954 homens e 3.362.083 mulheres (IBGE, 2010).

O CEAM é um centro onde as mulheres podem encontrar acolhimento, orientação e atendimento especializado para as situações de assédio moral, sexual e tráfico de mulheres, ou aos casos de violência doméstica, seja física, psicológica, patrimonial, moral ou sexual. Aquelas que procuram este serviço têm acesso a atendimento social, acompanhamento psicológico, orientação jurídica, e no caso de risco iminente de morte à mulher e seus filhos, é realizado o encaminhamento para as Casas-Abrigo, em local seguro e sigiloso.

O CEAM é um equipamento gerenciado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Cidade do Rio de Janeiro (SPM-Rio), criada para garantir a implementação de políticas públicas visando à igualdade de gênero e à valorização da mulher. A Secretaria atua em parceria com outros órgãos públicos na observação dos direitos da população feminina, e defendendo a inclusão dessas mulheres na economia da cidade (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2014).

A SPM-Rio tem por missão identificar, promover, coordenar, implementar e acompanhar políticas públicas de atenção às mulheres, com recorte de raça e etnia, respeitando as diferenças geracionais e a livre orientação sexual e religiosa. Busca o

estabelecimento de parcerias com a Secretaria de Políticas para as Mulheres do Governo Federal, dentre outras (Ibid.).

Entre suas áreas de atuação, estão a capacitação política para o exercício de liderança e ocupação de espaços de poder; capacitação, qualificação profissional e complementação da escolaridade; geração de emprego e renda; identificação, mediação e promoção de convênios que possibilitem o empreendedorismo das mulheres; prevenção e combate à violência; implementação da Lei Maria da Penha; direitos sexuais e reprodutivos; proteção contra a utilização discriminatória da imagem da mulher nos meios de comunicação; fortalecimento da organização popular de mulheres e desenvolvimento de projetos comunitários por elas protagonizados; além do apoio aos programas de saúde, educação, cultura e outros desenvolvidos pela prefeitura, de modo a estimular o desenvolvimento integral dessas mulheres (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2014).

Para a solicitação do cenário de pesquisa, realizou-se uma aproximação, estabelecendo-se um contato com o CEAM, considerando o início das atividades de campo para obtenção dos dados neste ambiente. Houve uma solicitação formal (APÊNDICE A), para autorização da utilização deste Centro, com receptividade, obtendo-se a carta de anuência, encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa. Após aprovação, iniciaram-se os primeiros contatos para agendamento à pesquisa com as mulheres em situação de violência interpessoal. Estes encontros possibilitaram-me o conhecimento a respeito do espaço físico, fluxograma de atendimento, interagindo com as normas e rotinas do serviço prestado às mulheres, além da apresentação da proposta do estudo com os profissionais daquele Centro.

Durante os quatro meses em que estive envolvido como pesquisador na coleta de dados junto ao CEAM, pude entender e aprender, na prática, sobre os fluxogramas de atendimento a essa população feminina em situação de violência. Este CEAM atende em regime de “porta aberta”. Qualquer mulher que procurar o CEAM diretamente no horário comercial, entre 08 e 17 horas, será atendida. Neste caso, uma das assistentes sociais prestará um primeiro atendimento com o propósito de conhecer o contexto de vida social em que essa mulher se encontra e a orientará a respeito dos tipos de violência, sobre os termos da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e também a aconselhará a respeito dos seus direitos diante da vivência desta situação de violência.

De acordo com sua vontade e necessidade, esta mulher poderá decidir por diferentes encaminhamentos. O CEAM não somente irá encaminhá-la, mas também a acompanhará à DEAM se ela quiser denunciar as agressões do parceiro, ao Centro de Referência em Assistência Social para buscar algum apoio ou benefício social concedido pelo Estado, ou

poderá levá-la inclusive à Casa-Abrigo. Para este último local são encaminhadas aquelas mulheres e seus filhos que estejam em situação de ameaças ou risco de morte pelo parceiro íntimo e que não tenham um segundo lugar para morar ou a quem recorrer.

Ainda dentro do fluxo de atendimento, as mulheres também podem ir até o CEAM, encaminhadas das DEAMs. Quando uma dessas mulheres decide ir primeiramente a uma delegacia, ela busca denunciar a agressão sofrida pelo parceiro íntimo. Este procedimento é realizado por este órgão por meio da emissão do Boletim de Ocorrência. Em segundo lugar, essa mulher é levada até o Instituto Médico Legal (IML) para realização do exame de corpo de delito. Em seguida, enquanto esta mulher espera muitos dias pelo andamento do processo judicial pela violência, evidencia-se que ela também precisa ser protegida e amparada, de maneira social e psicológica. Então, ela é encaminhada para o CEAM, onde a psicóloga realizará ao menos uma consulta semanal, como uma forma de acompanhamento e apoio psicológico a essa mulher em situação de violência.

Para aquelas mulheres com baixo nível socioeconômico, as assistentes sociais do CEAM buscam cursos profissionalizantes, matrículas em escolas ou empregos formais para que essas mulheres conquistem alguma renda, e tenham assim uma forma de independência e autonomia, promovendo uma rede de apoio social. Estas profissionais têm a responsabilidade também de ajudar na emissão de documentos pessoais e profissionais, como Carteira de Trabalho, Registro Geral ou Cadastro de Pessoa Física (CPF), dentre outros.

O CEAM presta fundamental apoio psicossocial às mulheres, tanto àquelas que já se separaram do parceiro íntimo ou às que ainda desejam romper com o relacionamento conflituoso, mas não sabem como fazê-lo. O CEAM busca a independência das mulheres para maior segurança e estabilidade emocional no processo de tomada de decisão em prol da sua saúde e da família.

4.3 Participantes da pesquisa

Os atores sociais foram 20 (vinte) mulheres que vivenciam ou haviam vivenciado a violência interpessoal física, psicológica ou sexual, perpetrada pelo parceiro íntimo, seja este (ex-) companheiro, esposo ou namorado, e recorreram a um CEAM-Rio.

Como critério de inclusão, estas mulheres deveriam ser maiores de idade (mais de 18 anos), que vivenciaram ou vivenciam casos de violência psicológica, física e sexual, exclusivos ou com sobreposições, infligidos pelo atual ou ex-parceiro, independentemente da união formal e da coabitação, ocorridos antes ou durante a procura da mulher pelo CEAM.

Para participar da pesquisa, foi essencial a aceitação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Entre as 61 (sessenta e uma) mulheres acompanhadas no CEAM no período do estudo, o universo inicial foi de 40 (quarenta), em que 20 (vinte) não aceitaram participar da pesquisa. Expressaram como justificativa a vergonha, a intimidação do pesquisador na questão de gênero sobre a situação da violência, pela indisponibilidade do tempo e necessidade de cumprimento das atividades domésticas e buscar os filhos na escola. Portanto, ao final, foram entrevistadas vinte (20) mulheres, atendendo ao critério de saturação teórica dos dados. O fechamento deste grupo, por saturação teórica e operacionalmente, foi definido como a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA, RICAS & TURATO, 2008).

Os critérios de exclusão referem-se àquelas mulheres portadoras de distúrbios psiquiátricos ou psicológicos que inviabilizassem as respostas no momento das entrevistas individuais, bem como a própria interação entre a mulher e o pesquisador para a construção do mapa da rede social; e as mulheres que vivenciaram situações de violência em uma relação de homoafetividade. Portanto, para esta pesquisa em particular, foram consideradas as relações afetivas entre homens e mulheres, levando em consideração que a afinidade entre pessoas do mesmo sexo requer uma discussão e aprofundamento de questões comportamentais, sociais, psicológicas e teóricas para além das próprias questões de gênero, também incluídas nesses casos.

Para a captação das participantes à pesquisa, após as consultas com as psicólogas ou assistentes sociais, as mulheres eram convidadas para as entrevistas individuais de forma reservada. O pesquisador integrou-se na equipe de profissionais, participando das reuniões, palestras e movimentos realizados pelo CEAM-Rio. Esta articulação permitiu um compartilhamento das atividades com os profissionais no campo, possibilitando maior interação com o grupo e melhor articulação entre as mulheres assistidas neste Centro Especializado.

4.4 Técnica e procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados somente após a concordância das mulheres à pesquisa, e as informações obtidas em fontes primárias, diretas, originárias do discurso dessas mulheres em situação de violência interpessoal praticada pelo parceiro íntimo, por ocasião do atendimento

individual. O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2014.

No período de coleta de dados, foram necessários quatro meses para a aproximação com o cenário de pesquisa e entrevista com as vinte mulheres participantes da pesquisa. O estranhamento pela inserção de um homem, pesquisador da área da violência à mulher, em um CEAM, onde havia somente profissionais-mulheres, foi uma das dificuldades encontradas. Por este motivo, muitas mulheres não aceitaram participar da pesquisa, mas a partir do momento que perceberam que o pesquisador praticamente fazia parte daquela equipe, em um relacionamento amistoso com as profissionais que ali trabalhavam, concederam suas entrevistas.

Como pesquisador, participava das atividades do campo, de três a quatro vezes por semana, obedecendo aos horários de funcionamento do CEAM. Em algumas semanas, já estava inserido na equipe, inclusive acompanhando todo o processo de trabalho e em relação empática com as profissionais. Ficava de plantão no cenário, durante todo o dia, em uma sala reservada de atendimento, esperando que alguma mulher, agendada ou não, aparecesse para consulta com a psicóloga. Como desafios enfrentados no cenário, algumas vezes, nenhuma mulher aparecia ou, por outra, surgiam de três a quatro e mais de uma aceitava participar do estudo.

Considerando o objeto de estudo e os objetivos desta pesquisa, foi utilizado um instrumento semiestruturado e individual para a obtenção dos dados na entrevista, combinando perguntas objetivas e discursivas (APÊNDICE C). No primeiro momento, foram investigadas informações referentes ao perfil sociocultural das mulheres, utilizando as variáveis de idade, cor, relação conjugal, escolaridade, ocupação, renda, bairro de procedência na cidade Rio de Janeiro e religião. Em seguida, após ter estabelecido uma interação e uma relação de confiança, iniciou-se a construção do mapa das redes primária e secundária. Estas apresentam o suporte oferecido às mulheres diante da situação de violência e os vínculos mantidos durante esta situação.

Para a entrevista, foi solicitada a cada uma que auxiliasse o pesquisador na confecção de um desenho, representando as pessoas e instituições que estiveram próximas ou distantes no contexto da violência. Nessa ocasião, foi apresentado um quadro com o modelo das figuras geométricas que representam os membros da sua rede (ANEXO 1), e outro com a representação gráfica do traçado correspondente ao tipo de vínculo estabelecido (ANEXO 2). Com esses anexos, as mulheres indicaram o tipo de vínculo que possuíam com os diferentes membros de sua rede social primária e secundária.

Os depoimentos foram gravados com o consentimento de cada uma das entrevistadas, por intermédio de um gravador digital (modelo MP3). Posteriormente, as entrevistas coletadas foram transcritas na íntegra, visando à fidedignidade dessas informações, e arquivadas por 5 (cinco) anos em mídia digital (CD-ROM), a serem deletadas após este período. Estes recursos foram fundamentais para o registro, construção e finalização do mapa de rede, e preservação dos detalhes dos depoimentos das participantes.

De acordo com o referencial de Sanicola (2008), os recursos e instrumentos são meios utilizados para alcançar os objetivos da abordagem das redes sociais. O primeiro recurso é o profissional/pesquisador, sua pessoa com sua sensibilidade, a intuição, seus valores, sua experiência, seu saber e todo o seu ser (SOARES, 2002).

A primeira etapa procedeu-se em identificar uma rede social e entender as situações que acontecem de forma sistemática e cotidiana a partir de uma questão precisa, segundo Sanicola (2008). Para a compreensão do significado que a mulher atribui à sua rede de relações primária e secundária, foram formuladas algumas questões orientadoras para auxiliar na construção desse mapa da rede social. Deste modo, a obtenção dos depoimentos foi iniciada por meio de perguntas referentes às pessoas que estão presentes em sua vida (parentes, amigos, vizinhos, colegas, pessoas de associações, das instituições ou do trabalho); o quanto estas pessoas estão próximas ou distantes; os tipos de vínculos e como se estabelecem estes em sua rede social, e o apoio oferecido a esta mulher durante a situação de violência vivenciada.

Para elaborar o mapa da rede social de cada mulher, foi solicitado que falassem a respeito das pessoas e instituições que conhecem e estiveram presentes em sua vida durante o período em que vivenciou os episódios de violência pelo parceiro ou ex-parceiro. Os elementos das redes sociais podem ser parentes, amigos, vizinhos, colegas, pessoas do trabalho ou de tempo livre (lazer) e, também, os membros de instituições, como delegacias da mulher, centros de referência psicossocial, casas-abrigo, juizados especializados em questões de família e violência, hospitais de referência ou unidades de atenção básica em saúde, dentre outros.

De acordo com as respostas das mulheres no momento da entrevista, o pesquisador elaborava o desenho do mapa de rede social, ocasião em que foi estabelecendo um vínculo com as participantes. Utilizou-se para esta atividade um notebook, por meio do programa PowerPoint. Este permitiu o desenho de todas as figuras geométricas e traçados gráficos, nas diferentes cores, referentes aos elementos da rede social e tipos de vínculos estabelecidos com as mulheres. Desta forma foi se construindo esses elementos das redes primárias e secundárias

à medida que transcorria a entrevista. Percebeu-se, na confecção do mapa da sua rede social, o entusiasmo e a motivação das participantes no sentido de maior confiabilidade e resolução no processo de atendimento e no apoio que estariam buscando frente à situação de violência.

No decorrer da construção do mapa, foi se dialogando e expondo às mulheres alternativas de pessoas ou instituições presentes em sua rede social que poderiam lhes prestar alguma forma de apoio. Ao final, o mapa era mostrado à mulher, permitindo uma percepção dos elementos ativos em sua rede social e dos diferentes tipos de apoio que poderia obter para sair da situação de violência. O tempo médio de cada uma das entrevistas foi de quarenta minutos a uma hora.

De acordo com os interesses de estudos de rede social, esta relação de elementos da rede pode ser gerada a partir de um elenco de nomes com quem a pessoa está em contato regularmente, ou de uma descrição do cotidiano da pessoa. É importante, ainda, que o pesquisador estabeleça uma relação de confiança com a entrevistada, o que possibilita a identificação e exploração das redes com maior veracidade (SANICOLA, 2008).

Para a construção dos elementos do mapa de rede, adotou-se as figuras geométricas e representações gráficas, determinadas por Soares (2002) (anexos 1 e 2), de acordo com a legenda abaixo:

Rede primária: círculo.

Branco: mulher em situação de violência interpessoal no seu domicílio e família.

Roxo: parceiro ou ex-parceiro íntimo.

Verde claro: parentes.

Vermelho: amigos/as.

Amarelo: vizinhos/as.

Rosa: colegas de trabalho ou de tempo livre.

Rede secundária: retângulo.

Verde escuro: instituições de saúde.

Laranja: instituições de educação.

Salmão: instituições de assistência social.

Cinza: órgãos de reclusão/segurança/ justiça.

Rede secundária de mercado: triângulo.

Marrom: estabelecimento de trabalho.

Rede de terceiro setor: retângulo com elipse interna.

Azul: instituições religiosas.

Redes secundárias mistas: retângulo com triângulo interno.

Azul escuro: advogados particulares.

De acordo com o referencial teórico-metodológico de Sanicola (2008), o marido ou ex-marido é considerado como um parente, caracterizado no mapa de rede como um círculo verde claro. Durante a elaboração do mapa de rede social junto às mulheres, explicitando suas relações sociais, ao referir-se ao ex ou atual parceiro íntimo, elas não o consideravam como um familiar, parente, amigo, vizinho ou colega, independente de já estarem separadas ou não. Desta forma, este elemento da rede foi expresso por meio de um círculo de cor roxa.

No desenho do mapa da rede social, a entrevistada foi representada com a inicial E, em sequência numérica crescente (E1, E2, E3,...), de acordo com a ordem das entrevistas. Os outros membros do seu domicílio foram também citados na descrição do mapa. Os parentes devidamente identificados conforme o grau de parentesco, além do próprio (ex-) parceiro íntimo de quem vivenciou a violência, incluiu algumas pessoas, como os amigos, vizinhos, colegas de trabalho ou de tempo livre (lazer). Todos estes elementos da rede foram descritos e identificados por seu grau de relacionamento e tipo de vínculo com a mulher, sempre guardando o anonimato.

Para os processos de descrição do mapa de rede social e estruturação da análise, as mulheres entrevistadas foram mencionadas de uma maneira menos impessoal, utilizando-se termos mais adequados, como “mulher”, “participante”, “entrevistada”, dentre outros.

Aqueles membros da rede social que estiveram mais envolvidos com as mulheres durante a situação de violência, seja da rede primária ou secundária, foram identificados com um *asterisco*. Estes prestaram diferentes formas de auxílio à mulher ou, até mesmo, revelaram-se como um elemento operador de rede, promovendo intervenções articuladas e resolutivas para auxiliá-las a sair do ciclo da violência.

No momento da entrevista, foram realizadas perguntas às mulheres para elucidar informações qualitativas a respeito do seu relacionamento com a rede social, bem como os tipos de vínculos com cada um dos elementos da rede. Além disso, se esta precisou de ajuda de alguém ou de alguma instituição para enfrentar essa situação, com quem pôde contar e como esse elemento da rede social colaborou e a auxiliou. Foi perguntado também se o apoio de alguma pessoa ou instituição contribuiu para que tomasse alguma atitude diante da violência vivenciada.

4.5 Análise e interpretação dos resultados

Em um momento posterior à transcrição das entrevistas, foi disponibilizada especial atenção às expressões mais significativas presentes nas falas das participantes, com o propósito de captar o sentido geral de cada uma das expressões explicitadas pelas mulheres em situação de violência. Desta forma, foi possível perceber o sentido daquilo que foi dito pelas mulheres ao responderem às questões durante a elaboração do mapa de rede social.

Inicialmente, o pesquisador elaborou um relatório descritivo a respeito do mapa de rede social, explicando a amplitude, densidade, intensidade, proximidade física e frequência da rede social de cada uma das participantes da pesquisa. Posteriormente, com as entrevistas transcritas em mãos, foi realizada uma leitura exaustiva e repetida de cada um dos depoimentos, por meio de uma análise mais aprimorada e reflexiva. Isto possibilitou identificar elementos da rede que se colocam como um operador de rede, cujo papel central é atuar na solução de problemas, contribuindo com intervenções articuladas e resolutivas na promoção de alternativas para apoio às mulheres em situação de violência (SANICOLA, 2008).

Os elementos que compuseram a rede social dessas mulheres foram identificados através das primeiras perguntas, e estas nortearam seus vínculos com pessoas, instituições e centros presentes em sua vida. Os mapas de rede social foram representados graficamente por um desenho individual de cada participante da pesquisa. O mapa da rede permite visualizar graficamente as relações que a mulher mantém, por meio dos vínculos, com elementos das redes primária e secundária. A elaboração do mapa é um momento em que a mulher toma consciência de que pertence a um contexto relacional com a finalidade de se obter o apoio dos elementos da rede social (SOARES, 2002).

Os depoimentos obtidos foram analisados por meio do método de análise de conteúdo, utilizando os conceitos de Laurence Bardin (2011), ao buscar o encontro das ideias dos depoimentos para a formação dos núcleos de análise.

A análise de conteúdo é definida como um método empírico. Trata-se de um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) diversificados. Uma análise de conteúdo vai além de uma análise de significados, e ocupa-se de uma descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação. Os critérios de organização da análise são divididos em pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados – inferência e interpretação (BARDIN, 2011, p. 125).

Na fase inicial de pré-análise, o material é organizado, compondo o corpus da pesquisa. Segundo Bardin (2011), escolhem-se os documentos, formulam-se pressupostos e elaboram-se indicadores que norteiam a interpretação, porém é fundamental seguir as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. A leitura flutuante ocorre por meio do contato inicial com os documentos, quando se procura responder às questões norteadoras, direcionando às afirmações iniciais que podem ser comprovadas ou refutadas ao final do estudo (BARDIN, 2011).

No momento posterior de exploração do material, os dados são codificados, processo em que passam por uma transformação sistemática e são agregados em Unidades de Registro (URs), que podem ser um tema, palavra ou frase (BARDIN, 2011). A elaboração e construção das categorizações surgiram da releitura das transcrições das entrevistas para identificação das unidades de significado, na forma de temas para análise. Por meio da leitura e releitura de cada depoimento, foi estabelecida a classificação por temas para a construção das unidades de significação.

As URs nesta pesquisa foram definidas por meio de frases e parágrafos, de maneira a permitir a aplicação de regras de quantificação. Estes trechos dos depoimentos foram devidamente marcados no texto de cada uma das entrevistas transcritas (corpus de análise), definindo o início e o final de cada UR observada.

Na terceira etapa, o tratamento dos resultados corresponde à inferência e à interpretação, caracterizados pela fase da reflexão e intuição, com embasamento dos materiais empíricos. As unidades de significação, correspondentes aos temas ou categorias de análise de dados, foram elaboradas pela associação de um conjunto de URs em quantidade e qualidade representativa das informações que viabilizasse uma análise consistente dos dados disponibilizados em cada uma das entrevistas (BARDIN, 2011).

Cada uma das categorias de análise foi composta por um grupo de URs extraídos das 20 (vinte) entrevistas analisadas. Estas geraram, no total, 304 URs. Desta forma, a análise temática dos agrupamentos de URs foi precedida da quantificação dos temas em números de URs, para o conjunto das entrevistas analisadas (corpus de análise total). O APÊNDICE D apresenta as URs das entrevistas agrupadas em unidades de significação ou categorias.

Um quantitativo maior e mais significativo de URs dentro de alguns assuntos e temas foi justamente o que definiu as unidades de significação, e que foram definidas, deste modo, como as categorias emergentes de análise dos dados. Muitas mulheres expressaram situações de fragilidade para além dos tipos de violência física, psicológica, sexual, moral e patrimonial, e falaram do isolamento social pessoal ou imposto pelo parceiro agressor. Outro fator de

vulnerabilidade exposto foi a dependência financeira ou emocional diante do parceiro íntimo, o que faz com que eles imponham a violência na relação conjugal. Neste intento, foram definidas as duas primeiras categorias analíticas da pesquisa, a respeito das situações de isolamento social e dependência impostos pelo parceiro íntimo às mulheres.

Nas entrevistas, as mulheres também falaram muito a respeito dos seus relacionamentos com os elementos da sua rede primária e secundária. Expressaram quais foram as pessoas e instituições oficiais ou governamentais que mais lhes deram apoio diante da violência vivenciada, dizendo inclusive como foi essa ajuda: material, emocional, em serviços ou informações. Portanto, a terceira e quarta categorias de análise deste estudo foram definidas no que diz respeito à importância das redes sociais primária e secundária no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo.

Quando as participantes da pesquisa apontaram também os elementos da rede social que estiveram mais presentes no seu mapa de rede, atuando como operadores de rede social, definiu-se uma quinta categoria de análise. Nesta, as mulheres participantes da pesquisa expressaram justamente as pessoas e instituições que as ajudaram a buscar e a se deslocar entre os outros elementos da rede social que poderiam prestar mais ajuda. Com o foco no pedido de apoio, os operadores de rede social ajudaram as mulheres a buscar sua autonomia, independência e autoestima, e a se libertarem das amarras impostas pela violência no relacionamento conjugal.

A apresentação dos resultados ocorreu em forma de constituição de alguns depoimentos mais significativos para cada uma das categorias de análise, seguidos das descrições discursivas e análise associado ao referencial teórico utilizado no estudo, além de outras pesquisas publicadas em periódicos nacionais ou internacionais. Nesta ótica, posteriormente foi realizado o confronto das categorias analíticas sob orientação do referencial de rede social de Sanicola (2008). A partir daí, ocorreu a leitura transversal de cada conjunto sob a perspectiva da discussão metodológica, trazendo o referencial teórico da rede social, o que possibilitou um movimento de análise dos depoimentos e temas das unidades significativas.

4.6 Questões éticas da pesquisa

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 (CEP/EEAN/HESFA/UFRJ), de acordo com o Parecer 774.804/2014 (ANEXO

3). Foi assegurado o cumprimento das normas para a pesquisa com seres humanos, presentes na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b).

O TCLE foi utilizado, impresso em duas vias, ficando uma de posse do pesquisador, e outra, da participante do estudo. Todas foram informadas sobre os objetivos e, quando de acordo, assinaram o termo de consentimento, sendo-lhes garantido o anonimato na divulgação das informações e a liberdade para participar ou não da pesquisa (APÊNDICE B).

Estas informações foram disponibilizadas para a análise nesta pesquisa, acessadas exclusivamente pelo pesquisador, e arquivadas em mídia eletrônica (CD-ROM), não contendo a identificação das participantes. Este material será também arquivado por cinco (5) anos e deletado após este período.

CAPÍTULO V – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Descrição e análise do perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência interpessoal

A análise das informações advindas dos depoimentos das mulheres ocorreu, primeiramente, com a descrição do perfil sociodemográfico das participantes do estudo. Esta ocorreu por meio das variáveis de idade, cor da pele (informação autorreferida), escolaridade, profissão, renda da mulher (em salários-mínimos), relação conjugal, tempo de relacionamento com o parceiro íntimo, coabitação, número de filhos deste relacionamento, bairro de moradia e religião. Com o propósito de facilitar a visualização desses dados, segue-se a apresentação de um quadro demonstrativo do perfil sociodemográfico das participantes (APÊNDICE E), com a caracterização do universo de mulheres, possibilitando uma visão geral do perfil das mulheres entrevistadas.

Ao verificar a idade das vinte mulheres entrevistadas, constatou-se que possuíam entre 25 a 72 anos. Dentre aquelas que procuraram o Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM), cinco tinham entre 25 a 34 anos, quatro entre 35 a 44 anos de idade; as duas faixas etárias encontram-se na fase reprodutiva. Nove mulheres possuíam idade mais avançada, entre 45 a 54 anos de idade; e duas tinham mais de 55 anos, uma com 59 e a outra com 72 anos de idade, respectivamente. Frente a estes resultados, verifica-se que a violência interpessoal atinge todas as faixas etárias; entretanto, nesta pesquisa, a maioria encontrava-se na fase climatérica, entre 45 a 54 anos de idade.

Segundo Moraes et. al. (2012), a violência doméstica e sexual contra a mulher pode implicar em maior ocorrência de comorbidades no climatério. O conhecimento sobre as repercussões da violência nesta fase ainda é escasso, mas algumas comorbidades são mais aparentes nesta etapa da vida da mulher, como a depressão, os transtornos psiquiátricos, distúrbios do sono, vida sexual insatisfatória, entre outros.

A situação de violência interpessoal vivenciada é um fator que influencia negativamente na vivência dessa experiência no período de mudanças hormonais da mulher, seja na fase reprodutiva ou no climatério. Os atos agressivos prejudicam de forma significativa o ciclo vital feminino, quando estão mais ativas no mercado de trabalho e nas atividades domésticas. Cada vez mais, no Brasil, essas mulheres assumem a responsabilidade social e financeira sobre a família, desempenhando o papel de provedora do lar, com participação direta no sustento e apoio aos filhos, sejam jovens ou adultos.

A cor da pele foi a informação autorreferida pelas participantes, quando 12 (doze) declararam-se brancas, 7 (sete) referiram-se como pardas e apenas uma considerou-se preta. É importante ressaltar como a violência à mulher acontece entre toda a população feminina, independente da cor, lembrando que a cultura do machismo e submissão da mulher perpassa por diferentes costumes e grupos sociais ao redor do mundo.

Cor, raça e etnia são variáveis pouco valorizadas nas análises da produção científica sobre a saúde no Brasil. A partir da década de 1990, diante das lutas dos movimentos sociais, estas começaram a ser discutidas nas reflexões e em modelos de atenção à saúde. Embora as desvantagens das pessoas negras possam ser atribuídas à pobreza, pela parcela da população que recebe os mais baixos salários, especialmente as mulheres, admite-se a existência de um racismo institucional responsável por desigualdades na prestação do cuidado, relacionado à atenção a essas mulheres (SACRAMENTO & NASCIMENTO, 2011).

A análise de questões atinentes à saúde da população brasileira tem sido enriquecida pelo crescente número de informações sobre a identificação racial ou da cor, permitindo o estabelecimento de diferentes perfis epidemiológicos. Em algumas situações, a desagregação de dados por raça e cor revela que as pessoas negras exibem piores condições de saúde quando comparadas às brancas, seja em relação ao risco de adoecer e morrer, ou em relação às oportunidades de acesso a um atendimento especializado em saúde (Ibid.).

Estas informações diferem dos achados nesta pesquisa, pois dentre as nove mulheres que não estavam trabalhando no momento da entrevista, encontrando-se, deste modo, em pior situação de vulnerabilidade pela dependência financeira do parceiro, apenas três eram pardas, as outras seis eram brancas. Esta situação não evidenciou, portanto, qualquer predomínio étnico desfavorável às mulheres negras, em situação de violência interpessoal pelo parceiro ou ex-parceiro íntimo.

No que se refere à escolaridade das mulheres, a maioria, oito, declarou ter o ensino médio completo; enquanto três das entrevistadas possuem o ensino fundamental completo; outras três informaram o ensino médio incompleto. Uma informação mais evidente e significativa entre algumas destas mulheres foi o envolvimento com o ensino superior, em que duas tinham o ensino superior incompleto, nas faculdades de farmácia e marketing, respectivamente. Além dessas, outras quatro haviam cursado integralmente uma universidade e concluído os cursos nas áreas de arquivologia, biblioteconomia, psicologia e direito.

Para alguns autores, como Moura et. al. (2009), a baixa escolaridade é apontada como um dos fatores que levam à prática da violência. A redução da tolerância às agressões acontece quando existe um maior nível de escolaridade por parte da mulher, já que esta passa

a ter um domínio pessoal. Entretanto, isso não significa que o fenômeno da violência não atinja todas as classes sociais e sim que as mulheres com mais escolaridade ou mais esclarecidas enfrentam a violência, buscando outras alternativas à saúde e apoio com outros profissionais.

O fato de terem um nível de escolaridade mais elevado talvez torne essas mulheres mais esclarecidas e orientadas sobre os seus direitos diante de uma relação interpessoal marcada pela violência, permitindo um melhor conhecimento e acesso à rede social secundária de atenção à sua problemática. Desta forma, o nível educacional também parece propiciar o rompimento do ciclo da violência pelo parceiro, considerando que, dentre catorze mulheres com melhor grau de escolaridade, onze já não moravam mais com o (ex-) parceiro no momento da entrevista. Estes já haviam saído de casa por vontade própria ou por ordem judicial.

O Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, traçados pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano 2000, em que uma das metas é promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, evidencia que o maior aproveitamento das oportunidades de ingresso no ensino superior da população feminina está relacionado ao seu melhor desempenho na educação básica. Por outro lado, o sucesso educacional ou acadêmico das mulheres não significa a superação das desigualdades de gênero. Ainda que elas tenham níveis educacionais superiores aos homens, a segmentação do conhecimento, associada a fatores como a distribuição desigual das atividades domésticas, levam a um quadro persistente de diferenças entre os dois sexos no acesso a postos de trabalho, na renda e na qualidade dos vínculos de emprego (OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO, 2014).

O nível de escolaridade satisfatório das mulheres desta pesquisa não necessariamente teve uma relação direta com a ascensão profissional em sua atividade laboral, ou seja, no seu trabalho em atividade remunerada. Dentre as vinte mulheres participantes deste estudo, nove não estavam trabalhando, e destas, duas tinham o ensino superior completo, uma o ensino superior incompleto e outras duas o ensino médio completo.

Entre as onze mulheres que exerciam atividades remuneradas, oito declararam atividades laborais com baixa remuneração, como auxiliar de limpeza, vendedora autônoma, corretora de imóveis, governanta, administrativa na empresa Correios, administrativa em um hospital do Estado do Rio de Janeiro, cabeleireira e manicure. Todas afirmaram receber entre meio a dois salários-mínimos. Para seis destas mulheres, esta remuneração servia para o seu sustento e a dos filhos, considerando que o parceiro já havia saído de casa.

A inserção da mulher no mercado de trabalho é um fato real e de enorme incidência no processo de emancipação da mulher e de reformulação dos critérios de distribuição de papéis sociais no interior da estrutura familiar. O significado do trabalho assalariado no contexto social das mulheres pobres é mediado pelo seu lugar de mãe e de dona de casa. Em muitos casos, mais do que uma conquista pessoal, a inserção no mercado de trabalho representa para essas mulheres a possibilidade de suprir o que ela sabe que está faltando e que ela pensa ser indispensável (RODRIGUES & IZQUIERDO, 2014).

As outras três mulheres, que trabalhavam como bibliotecária, gerente de empresa e organizadora de eventos, possuíam uma renda entre 3 a 4 salários-mínimos. Estas estavam em processo de divórcio com o parceiro íntimo, ainda não oficialmente, mas já não moravam juntos. Desta forma, infere-se que o trabalho remunerado tem, por conseguinte, uma relação direta ou mesmo indireta com o empoderamento para a busca do distanciamento do parceiro agressor.

Facuri et. al. (2013), em um estudo descritivo sobre o perfil de mulheres vítimas de violência sexual no Estado de São Paulo e atendidas em um serviço universitário de referência, constataram que, dentre as 687 participantes da pesquisa, 277 (41,6%) estavam empregadas em alguma situação profissional regular e outras 262 (39,4%) eram estudantes. Estas mulheres, a princípio, não se encontravam em situação de vulnerabilidade para a violência do estupro, o que vem a desmistificar o imaginário de que a violência à população feminina é um problema de saúde pública voltado às populações mais vulneráveis social ou economicamente.

Nesta tese especificamente, quando as mulheres foram questionadas a respeito da sua atual situação conjugal, a maioria, dezesseis, afirmaram estarem já separadas do ex-parceiro íntimo agressor e, o mais importante, já não coabitavam com esses homens. Por outro lado, quatro das mulheres entrevistadas estavam ainda morando com o parceiro íntimo e ainda subjugadas a formas de violência, principalmente psicológica. Uma delas relatou que ainda morava sob o mesmo teto que o ex-marido, mas que já não tinham contato próximo ou íntimo; e aguardava uma próxima audiência no Fórum para solicitação de medidas protetivas, considerando que o parceiro continuava a violentá-la física e psicologicamente.

A Lei 11.340/2006 elenca uma série de atribuições que devem ser implementadas pelos policiais, ao se depararem com uma situação de violência contra a mulher. Estes devem remeter, dentro de 48 horas, os autos apartados para o juiz, contendo o pedido da ofendida quanto à concessão de medidas protetivas de urgência. Estas são medidas cautelares que o juiz poderá conceder à mulher para proteger sua integridade física, dentre as quais estão: a suspensão do

porte de armas do agressor, o afastamento do agressor do lar e o distanciamento da vítima (BRASIL, 2006).

As mulheres, quando assistidas por CEAMS, ou mesmo quando recebem apoio de pessoas próximas, têm maiores chances de se livrar da companhia do ex-parceiro íntimo que continua a violentá-la. Rodrigues & Izquierdo (2014), declaram que, para o processo de empoderamento, é importante não somente a atenção de pessoas externas à situação, mas também a própria autoconfiança. Esta deverá extrapolar a sua dimensão social, promovendo mudanças em sua vida íntima. Neste processo de socialização, elas reformulam os modos de construção identitária e sentem a necessidade de cuidar de si, cultivando o ‘amor próprio’ que as leva a se reconhecerem como pessoas livres, capazes de superar limites, dignas de respeito e de amor.

Entre as dezesseis mulheres que já não estavam morando com o parceiro íntimo, o tempo de convívio com o agressor variou entre 7 meses a 25 anos. Durante este tempo, essas mulheres vivenciaram a violência interpessoal em diferentes tipos, física, psicológica, sexual, moral ou patrimonial. Destaca-se o trabalho do CEAM, cenário deste estudo, que acompanha semanalmente essas mulheres, em atendimento numa abordagem psicológica e de assistência social, trabalhando a sua autoestima e autonomia, numa perspectiva de fortalecer o enfrentamento da violência.

Algumas mulheres, cinco entre as vinte entrevistadas, ressaltaram o longo tempo de convívio no relacionamento violento com o (ex-) parceiro íntimo. Afirmaram que conviveram de 15 a 25 anos em um mesmo cenário doméstico onde a violência era a principal forma de comunicação, educação e punição, praticamente como uma forma de expressão no convívio familiar. Um dos fatores que levou ao rompimento no relacionamento violento ou mesmo à busca por ajuda foi o fato de os filhos já estarem adultos e independentes, não mais necessitando de cuidados diretos. Outra questão relaciona-se à divulgação das políticas e leis em defesa das mulheres em situação de violência; a partir do momento em que elas conhecem os meios legais de proteção à sua integridade, encorajam-se para a busca por apoio visando principalmente ao rompimento com o relacionamento violento.

As mulheres foram indagadas se tinham filhos, como frutos destes relacionamentos nos quais vivenciaram a violência. Neste sentido, doze relataram ter de um a três filhos; e as demais, oito mulheres, não tinham filhos com o parceiro. Os filhos menores de idade, sobretudo as crianças, frequentemente são expostas a um cotidiano de violência familiar durante a infância e juventude, apresentando dificuldades no aprendizado escolar e desenvolvimento psicossocial e emocional. Como um agravante, estes tendem a reproduzir os

atos agressivos como forma de solucionar os conflitos interpessoais nas relações sociais, inclusive dentro dos seus grupos de convivência, especialmente na escola (GOMES & ERDMANN, 2014). Os mesmos significados foram atribuídos, pelas mulheres nesta pesquisa, no que tange às implicações negativas e prejudiciais da violência interpessoal do parceiro sobre o comportamento e a vida dos filhos.

Quanto ao local de residência, estas mulheres residiam nos mais variados bairros das quatro principais regiões do município do Rio de Janeiro. Destaca-se uma das mulheres que veio de outro município da região metropolitana, de Duque de Caxias, buscando atendimento no CEAM. Dentre as outras dezenove mulheres, dez vieram da zona norte, cinco da região do centro da cidade, quatro da zona oeste e zona sul, respectivamente. Portanto, fica evidente a maior participação das moradoras do centro e da zona norte.

Atualmente, no Estado do Rio de Janeiro, há uma rede de atendimento para mulheres em situação de violência que pode ser acionada a qualquer hora do dia. Dentre os principais elementos desta rede social secundária, estão o CEAM, a Central de Abrigamento Provisório da Mulher Vítima de Violência Doméstica (CEJUVIDA), o Núcleo Especial de Direito da Mulher e de Vítimas de Violência (NUDEM), o Conselho Estadual de Direitos da Mulher (CEDIM), e os Juizados e Varas Especializadas em Violência Doméstica contra a Mulher (TJERJ, 2011).

Integrando ainda a rede de atendimento a essas mulheres, há 11 DEAMs no Estado do Rio, 4 estão na cidade do Rio de Janeiro (uma no centro e três na zona oeste). As outras instituições estão nos municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Niterói, Nova Iguaçu, São Gonçalo, São João de Miriti e Volta Redonda, envolvendo a região dos Lagos, Metropolitana e do Vale do Paraíba. Nota-se como ainda é desigual a distribuição deste importante equipamento da rede de atendimento, pois as regiões norte e sul da capital são desprovidas destas delegacias, bem como as outras regiões do Estado (TJERJ, 2011).

Aquelas mulheres residentes da zona oeste contam com Delegacias Especializadas de Atendimento mais próximas de onde moram, pois duas localizam-se no bairro de Campo Grande. Muitas mulheres também possuem dificuldade em deslocar-se até um dos equipamentos da rede de assistência por morarem longe e não terem a condição financeira para custear gastos, como foi apresentada na situação por 4 (quatro) mulheres neste estudo. Estas tinham dificuldades em comparecer às consultas semanais com a psicóloga, porque nem sempre dispunham do valor para pagar a viagem de ida e volta.

A última variável sociodemográfica investigada foi relativa à religião das mulheres, que mostrou que oito mulheres relataram ser evangélicas e três seriam católicas. A doutrina

espírita foi declarada por sete mulheres como manifestação de prática religiosa, e duas mulheres afirmaram não praticar qualquer religião.

Os achados do perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência interpessoal nesta pesquisa foram muito singulares. A maioria estava na faixa etária correspondente à fase climatérica, seguida da fase reprodutiva; eram brancas, com nível de escolaridade média a alta. Entretanto, a maior parte destas mulheres trabalhava em atividades pouco ou mal remuneradas. Quanto à relação com o parceiro íntimo, a maior parte já estava separada, tendo constituído a família com os filhos deste relacionamento. As mulheres, em sua maioria, residiam em bairros próximos ao Centro de Atendimento, o que facilitava o acesso, e praticavam a fé através da religião evangélica.

5.2 Apresentação, descrição gráfica e características dos mapas de rede social das mulheres em situação de violência interpessoal

Neste capítulo, aplica-se o referencial teórico de Rede Social de Sanicola (2008) e, ao buscar a sustentação nas ideias de Souza et. al. (2009a), a descrição possibilitou a compreensão de como estas redes condicionam as ações tomadas pelos indivíduos diante de suas necessidades específicas. O processo de identificação e caracterização dos elementos pertencentes à rede social das mulheres permitiu também descobrir quais os membros mais ajudaram ou apoiaram essa população de maneira emocional, material, em serviços ou informações. Estas pessoas foram aquelas que atuaram como operadores de rede, ajudando as mulheres no seu processo de empoderamento e resgate da autoestima, visando principalmente o rompimento com o ciclo da violência interpessoal pelo (ex-) parceiro íntimo.

Segundo Sanicola (2008), o conceito de rede indica um “objeto” que cria uma relação entre pontos mediante ligações entre eles que, cruzando-se, são amarrados e formam malhas de maior ou menor densidade. Nos pontos de ligação, por meio dos nós, acontecem trocas sinérgicas. Amparados neste conceito, procedeu-se às transcrições das entrevistas e construção dos mapas de rede social das mulheres participantes da pesquisa. A partir destes, foram elaborados relatórios descritivos de cada um dos mapas das vinte mulheres entrevistadas, procurando atender aos objetivos propostos representados nos mapas de rede social, descritos a seguir:

Rede social da Entrevistada 1

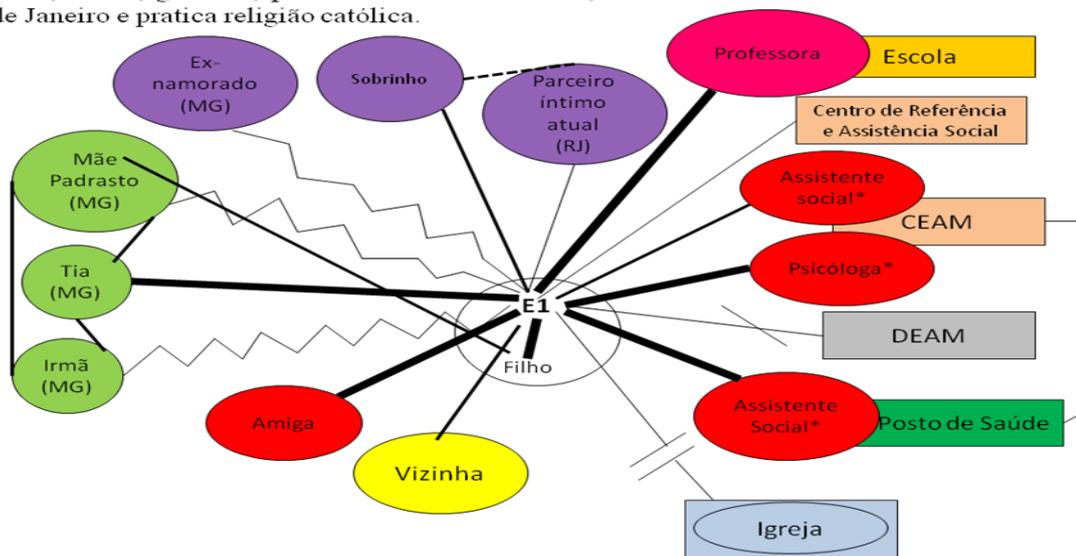
A entrevistada 1 tem 27 anos, gestante de 5 meses, branca e é natural de Juiz de Fora, Minas Gerais. Tem um filho de 5 anos de um primeiro relacionamento. Como nível de escolaridade, possui o ensino fundamental completo, não tem qualquer vínculo empregatício e conta com a renda do Programa Bolsa-Família².

Conheceu o parceiro íntimo nas redes sociais (via internet), há 11 meses. Este a convidou para morar no Rio de Janeiro, com promessas de moradia, emprego e ajuda mútua. Nos primeiros meses, o relacionamento entre os pares ocorreu de forma harmoniosa, mas, posteriormente, percebeu quem ele realmente era pelas ocorrências dos episódios de violência psicológica sofrida junto a seu filho.

No momento da entrevista, na companhia da mulher, foi elaborado o mapa de sua rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 3 – Rede social da Entrevistada 1

Rede social de E 1: Solteira, 27 anos, branca, ensino fundamental completo, do lar, gestante, possui um filho de 5 anos, reside no centro do Rio de Janeiro e pratica religião católica. **Data:** 04/09/2014



Fonte: Autor.

Ao observar o mapa de rede social desta mulher, verifica-se uma rede de média amplitude, composta por 17 (dezessete) membros que praticamente não estabelecem relacionamentos entre si, o que caracteriza a baixa densidade da rede. Na rede primária, estão

² O Bolsa-Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. O Bolsa-Família integra o Plano Brasil Sem Miséria, que tem como foco de atuação os milhões de brasileiros com renda familiar per capita inferior a R\$ 77,00 (setenta e sete reais) mensais e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos (BRASIL, 2013).

presentes os parentes (mãe, padrasto e irmã), com os quais ela possui um *vínculo conflituoso*³. Declara ainda um *vínculo forte* com uma tia que mora em Minas Gerais e sempre ofereceu apoio emocional, mesmo estando distante.

Apresenta uma *relação conflituosa* com o pai do seu filho, o ex-namorado, que mora em Juiz de Fora, referente ao pagamento atrasado da pensão alimentícia. Com o parceiro íntimo atual, ela refere ter um *vínculo frágil*, porque embora não queira mais relacionar-se com ele intimamente, considera importante manter este relacionamento cordial em prol do bebê que está para nascer. Esta mulher também declara um *vínculo normal* com um sobrinho do parceiro, que já lhe ajudou com a doação de mantimentos quando ela não tinha o que comer com o filho. No que diz respeito aos amigos, refere-se um *vínculo forte* com uma senhora que conheceu na escola de seu filho, com a qual compartilhou sua história e recebeu apoio material, acolhendo-a em sua casa.

A rede social secundária desta depoente é ampla e composta por sete elementos: DEAM, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), unidade de atenção básica em saúde, CEAM, a escola do filho e a igreja.

Apresentou um *vínculo interrompido* com a igreja pelo fato desta instituição não ter feito nada para lhe ajudar quando souberam da violência. Quando procurou a DEAM, não gostou do atendimento, justificando o *vínculo rompido*. No Centro de Referência e Assistência Social, a mulher mostra um *vínculo frágil*. Afirma que este Centro não poderia fazer nada para ajudá-la. Assim, nestes serviços, não constou nome de pessoas que evidenciassem algum contato além do contato profissional.

A escola do filho, por meio de uma colega, professora, com a qual define ter um *vínculo forte*, foi quem lhe doou um colchonete e merenda escolar. A mulher procurou ainda o posto de saúde, e a médica, ao conhecer sua situação, a encaminhou para a assistente social desta unidade de saúde. Esta é considerada uma amiga, com quem estabelece *vínculo forte*, a qual considera como a profissional que lhe deu mais atenção.

Com a Instituição CEAM, a mulher refere um *vínculo forte* com uma das psicólogas que presta atendimento e um *vínculo normal* com a assistente social, considerando ambas como amigas, que lhe ajudaram principalmente com a disponibilidade de vaga em um curso de manicure.

O elemento da rede social primária que esteve mais envolvido com a mulher diante da violência foi a sua amiga, que cedeu abrigo na sua residência. Entre os profissionais da rede

³ Os tipos de vínculos estabelecidos com os membros da rede social, relacionados com o referencial teórico-metodológico proposto por Sanicola (2008) estarão em itálico.

secundária, a professora, as assistentes sociais e a psicóloga foram os componentes que prestaram uma atenção mais efetiva em serviços e informações, para romper com a situação de violência em que se encontrava.

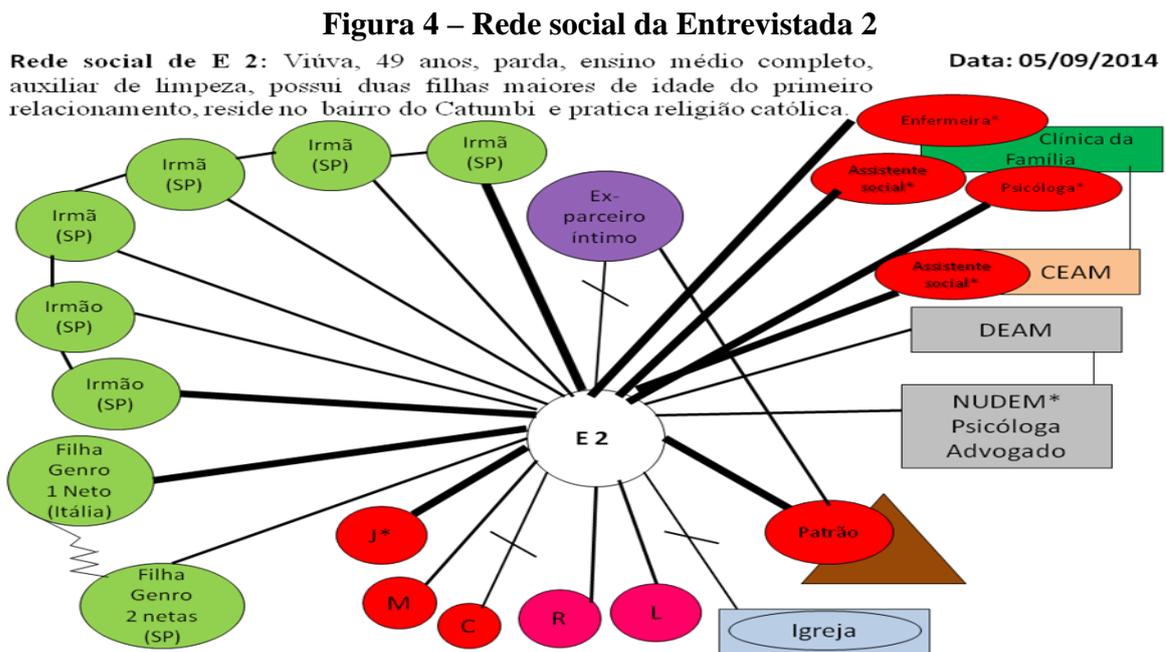
Rede social da Entrevistada 2

A entrevistada 2 possui 49 anos de idade, declarou-se parda, é natural de Ourinhos, São Paulo. Como nível de escolaridade, possui o ensino médio completo e trabalha como auxiliar de limpeza. É viúva do seu primeiro marido, pai de suas filhas.

Em 2002, mudou-se para o Rio de Janeiro, onde começou a namorar um homem e os dois moraram juntos de 2003 a 2014. Em 2008, compraram um apartamento, e a partir de 2010 formalizaram uma relação de união estável, a qual foi anulada pela mulher em 2014, após a vivência de episódios de violência interpessoal.

Inicialmente, os dois mantinham um bom relacionamento até que o parceiro começou com a restrição à liberdade da mulher. Em seguida, os episódios de violência foram se agravando no âmbito psicológico, físico e sexual. Recentemente, resolveu dar um basta no relacionamento com a anulação do regime de união estável, o parceiro saiu de casa e ela está morando sozinha.

No momento da entrevista, na companhia da mulher foi elaborado o mapa de sua rede social, que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:



Fonte: Autor.

O mapa de rede social da mulher caracteriza uma rede de média amplitude, composta por 29 (vinte e nove) membros que estabelecem poucos relacionamentos entre si. Na rede primária, estão presentes os parentes (irmãos, filhas, genros e netos). Declara um *vínculo forte* com dois irmãos e uma das filhas que cederam ajuda financeira para a manutenção da sua subsistência. Com os outros irmãos e a outra filha, afirma ter um *vínculo normal*, pois tiveram conflitos e brigas entre eles há mais de 10 anos, mas que, atualmente, há uma convivência pacífica. Afirma ainda um *vínculo conflituoso* entre as duas filhas por ciúmes e inveja mútua. A mulher declara um *vínculo rompido* com o ex-parceiro íntimo, pois há um conflito pela posse do apartamento do casal.

Quanto aos amigos, declara a presença de três em sua vida. Com o primeiro, estabelece *vínculo forte*, pois contribuiu com a manutenção da sua autoestima. Com o segundo, há *vínculo normal*, que soube do seu caso, mas não se envolveu. Uma terceira amiga, com a qual *rompeu o vínculo*, era comum ao parceiro íntimo, mas ela acreditou na versão dele diante dos fatos da violência. Ainda na rede primária, existem dois colegas de trabalho, com os quais se sente à vontade para conversar, mas não para falar sobre a violência, portanto existe um *vínculo normal* com os dois.

No que diz respeito à rede secundária, apresenta-se ampla e é composta por seis elementos: trabalho, DEAM, NUDEM⁴, Clínica da Família⁵, CEAM e igreja.

Em sua atividade laboral, embora não seja registrada, afirma ter um *vínculo forte* com o emprego e, principalmente, com o patrão que lhe deu esta oportunidade e o considera um amigo. Recebe um salário-mínimo, que é a sua única fonte de renda.

Quando vivenciou o episódio de violência física mais grave, com presença de hematomas e sangramento intenso, procurou primeiramente a DEAM, com a qual relata um *vínculo normal*. Declara que teve um ótimo atendimento e os profissionais foram muito atenciosos. Neste ponto da rede, não constam nomes de profissionais, o que indica o contato formal por parte desta instituição, sem qualquer proximidade.

A DEAM, por sua vez, a encaminhou para o NUDEM, com o qual ela afirmou ter um *vínculo normal*. Segundo a depoente, a psicóloga e o advogado deste Núcleo prestaram uma

⁴ O Núcleo Especial de Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM) é um setor especializado da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, que tem como finalidade a defesa das mulheres em situação de violência doméstica e que nessa condição precisam da assistência do Estado. Disponível em: <http://www.portaldpge.rj.gov.br/impressos/20091202_15524>.

⁵ As Clínicas da Família são unidades de saúde de Atenção Primária, e tem como objetivos trabalhar a prevenção e a promoção da saúde do cidadão. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia1>>.

atenção psicossocial e jurídica, principalmente quanto ao processo judicial pela posse do apartamento onde ela morava com o ex-parceiro.

Como um primeiro contato com o serviço de saúde, relata que recebeu a visita de uma agente comunitária, por meio da qual chegou até a Clínica da Família para consulta com a enfermeira e dois psicólogos. A mulher afirmou um *vínculo forte* com esses profissionais, que ofereceram atenção à saúde e apoio emocional.

Apresentou *vínculo interrompido* com a igreja, o primeiro lugar em que buscou ajuda, primeiramente com o padre. Este a aconselhou que separar do parceiro poderia ser o melhor, mas na época ainda não tinha coragem para isso.

Depois de alguns meses de acompanhamento na Clínica da Família, a entrevistada foi encaminhada para o CEAM, onde afirma que há uma assistência psicológica excelente, com *vínculo forte*. Desde então, o acompanhamento é realizado pelas duas unidades, e a mulher ressalta, em especial, a atenção da enfermeira à sua integridade física e psicológica. Ela tem sentimentos de estima e agradecimento com estes profissionais, além de considerá-los como aqueles que estiveram mais envolvidos na delicada situação de violência em que se encontrava.

Rede social da Entrevistada 3

A entrevistada 3 é natural do Rio de Janeiro, tem 49 anos de idade e declarou-se de cor parda. Quanto à escolaridade, possui o ensino fundamental completo e trabalha como vendedora autônoma. Em relação à situação conjugal, é viúva, tem três filhos e conviveu bem com o marido até o seu falecimento. Afirma ter estabelecido um *vínculo frágil* com ele, embora fosse um ótimo pai, mas não o amava.

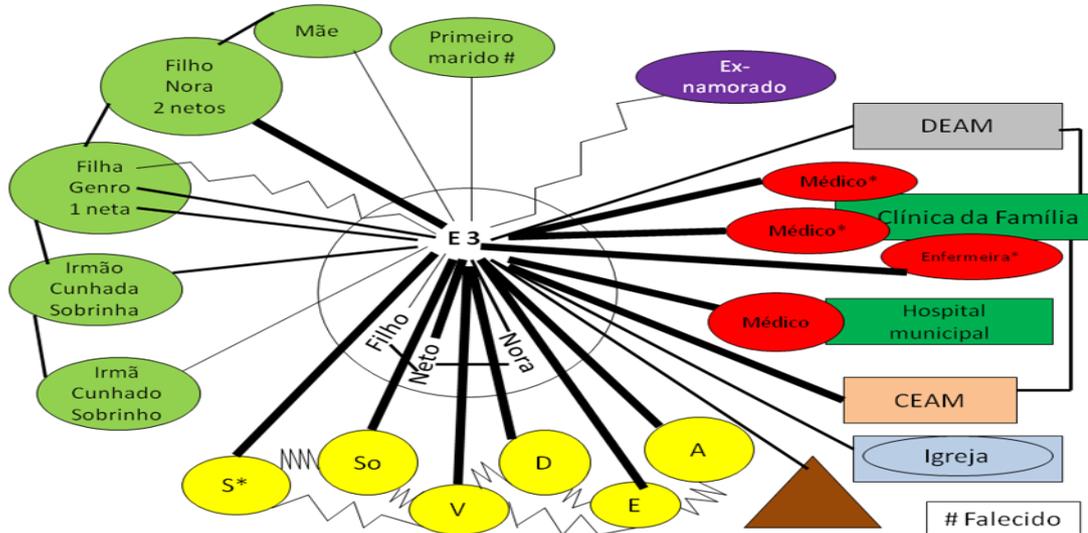
Há cinco anos, começou a namorar outro homem, gostava dele, embora o considerasse estranho, pois este restringia a sua liberdade. Ocorreram insultos, caracterizando violência psicológica. Quando ela manifestou o desejo de romper o relacionamento, ele, inconformado, utilizou a violência física e saiu de casa. No momento da entrevista, ela vivia em sua casa, com um filho, a nora e o neto.

Na companhia da mulher, foi elaborado o mapa de sua rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 5 – Rede social da Entrevistada 3

Rede social de E 3: Viúva, 49 anos, parda, ensino fundamental completo, vendedora autônoma, possui três filhos adultos, reside no bairro de Santa Teresa e pratica religião evangélica.

Data: 11/09/2014



Fonte: Autor.

Ao conhecer o seu mapa de rede social, explicita-se uma rede de grande amplitude, composta por 33 (trinta e três) elementos que estabelecem relacionamentos entre si. Na rede primária, estão presentes, primeiramente, aqueles que moram com ela; afirma um *vínculo frágil* com o filho mais novo que considera egoísta e individualista. Com a nora, declara um *vínculo normal*, pois esta ajuda nas tarefas domésticas. Afirma ainda um *vínculo forte* com o neto, um bebê de 11 meses, que traz sensações de alegria e renovação. O filho mais velho, sua nora e dois netos, possuem um *vínculo forte* com a mulher. O filho significa muito para ela, pois é um ótimo pai, marido e filho. Em tudo que ela precisa na vida, afirma contar com ele. Por outro lado, a relação com a sua filha é *conflituosa*, embora tenha melhorado nos últimos anos; considera esta como uma pessoa difícil de lidar em todos os aspectos, pois tem um temperamento muito forte.

Com o ex-namorado, afirma *vínculo conflituoso*, e ele ainda a procura por telefone ou em sua casa, ameaçando e coagindo para tentar reatar o relacionamento.

Esta mulher possui um casal de irmãos. Com o primeiro, um homem, juntamente com sua esposa e filha, possui um *vínculo normal* e, embora se falem pouco, sente que pode contar com ele em momentos difíceis. No que refere à irmã, afirma um *vínculo frágil*, pois entre as duas existe um clima de disputa desde a infância que foi levada à vida adulta. Quanto à sua mãe, declara um *vínculo frágil*, o relacionamento é instável, em que não pode contar com ela em momentos difíceis.

A entrevistada declara não ter amigos ou colegas, pois o ex-namorado restringia suas amizades e sempre a convencia a não sair de casa para ficar com ele. Por outro lado, possui muitos vizinhos, que embora tenham um *vínculo conflituoso* uns com os outros, ela mantém com todos eles um *vínculo forte*. Segundo ela, esses vizinhos são pessoas de boa índole e já a ajudaram muito em momentos difíceis.

A sua rede social secundária é ampla e composta por seis elementos, dentre eles: trabalho, DEAM, Clínica da Família, Hospital Público Municipal, CEAM e a igreja.

A mulher trabalha como autônoma, vendendo cosméticos, roupas, bijuterias e artigos para presentes; em todos os lugares por onde passa, diz estabelecer um *vínculo normal* nessa atividade laboral, pois é o que garante o seu sustento, e complementa a renda para a sua subsistência com a pensão do falecido marido.

Quando procurou o hospital, revelou ao médico sobre a violência. Este se mostrou surpreso e orientou sobre os seus direitos, como forma de preservar sua saúde. Refere um *vínculo forte* com o médico, considerando um amigo que ofereceu apoio.

Procurou também uma Clínica da Família, onde dois médicos e uma enfermeira foram os que mais a ajudaram, demonstrando profissionalismo, comprometimento e sensibilidade. Declarou um *vínculo forte* com estes profissionais, considerando-os amigos, pelo apoio emocional e informativo que recebeu quanto aos seus direitos. Orientaram-na ainda a procurar a DEAM para denúncia, além do CEAM para acompanhamento psicológico.

Na DEAM, a mulher afirma um *vínculo normal*, pois a atenderam muito bem, ouvindo suas queixas atentivamente e realizando todo o registro. Por outro lado, considerou que o atendimento não foi resolutivo, pois não houve punição do agressor, como esperava. Neste serviço de atenção à mulher, também não constou qualquer nome de pessoa que evidenciasse algum tipo de contato, além do formal e profissional.

Quanto ao CEAM, afirmou que foi muito bem atendida, com um *vínculo forte*, pois a psicóloga procurava o tempo todo encontrar soluções para os seus problemas. Declarou o desejo de retornar para mais consultas, o que tem certeza que melhorará sua autoestima, pois ainda se sente frágil e fraca diante do que aconteceu.

Com a igreja afirma *vínculo normal*, pois vai aos cultos uma vez por semana e sente que lhe faz bem. Por outro lado, nenhuma pessoa da igreja soube de qualquer situação de violência que tenha passado pelo ex-parceiro íntimo, pois não contou.

Vale ressaltar que os médicos e enfermeira da Clínica da Família foram os únicos elementos de toda a rede social que estiveram mais envolvidos com esta mulher diante da

situação de violência. Eles prestaram, além da assistência à saúde, o apoio informativo, emocional e prático, conforme o referencial de Sanicola (2008).

Rede social da Entrevistada 4

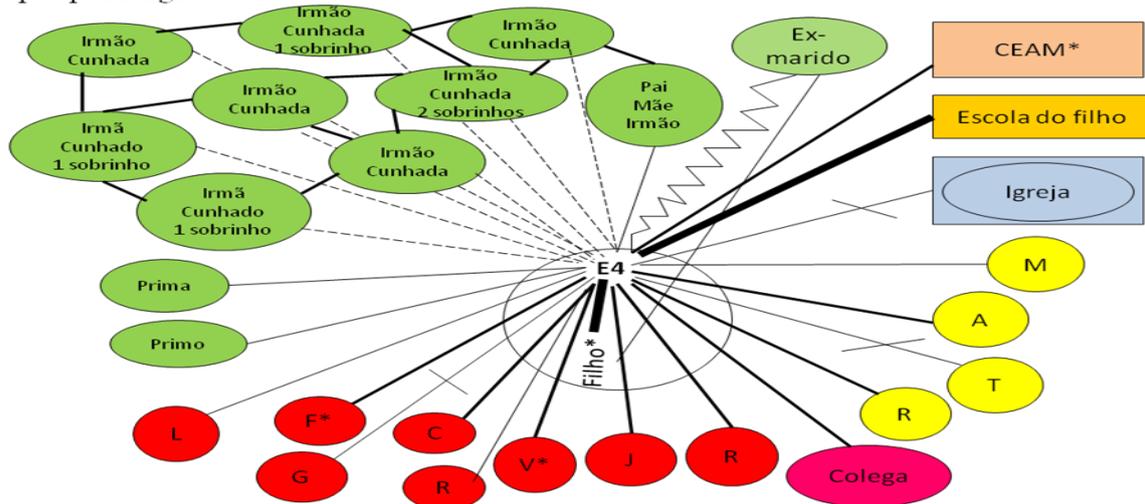
A entrevistada 4 é natural do Rio de Janeiro, tem 42 anos e declarou-se de cor branca. Possui nível superior completo, porém não está trabalhando. Tem um filho de 12 anos com o ex-marido, com quem foi casada por 16 anos e está divorciada há 3. Declara que o relacionamento conjugal sempre foi conturbado, por meio de conflitos que resultavam em violência que diminuiram sua autoestima e autoconfiança.

Mora com o filho na casa do ex-marido, e para a subsistência de ambos recebe a pensão de um salário-mínimo. Declara que esta situação a deixa vulnerável e deprimida, pelo fato de ainda depender dele financeiramente. Em uma das visitas recentes do ex-marido ao filho, houve outra discussão entre o casal, que resultou em violência física contra a mulher, assistida pelo filho.

No momento da entrevista, na companhia da mulher, foi elaborado o mapa da sua rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 6 – Rede social da Entrevistada 4

Rede social de E 4: Divorciada, 42 anos, branca, ensino superior completo, não trabalha, possui um filho, reside no bairro de Olaria e não pratica qualquer religião. **Data:** 17/09/2014



Fonte: Autor.

O mapa de rede mostra uma rede social de grande amplitude, composta por mais de 41 (quarenta e um) elementos, porém esta rede é pouco densa, porque somente os familiares e parentes estabelecem relacionamentos entre si. Na rede primária, estão presentes

primeiramente, os parentes (pai, mãe, irmãos, cunhados, sobrinhos e primos). A depoente afirma que possui um *vínculo frágil* com os seus pais, pois estes consideram-na culpada pela própria separação, mas a ajudam financeiramente. Com os irmãos, cunhados e sobrinhos, declara um *vínculo descontínuo* porque estão distantes há muito tempo, sem estabelecer qualquer contato. Ainda como membros da família, expressa um *vínculo frágil* com dois primos, já não se veem com tanta frequência, após o seu divórcio.

A depoente estabelece um *vínculo forte* com o filho, afirmando que este, muitas vezes, é o seu grande confidente e ponto de apoio, além do principal motivo que a faz querer superar as adversidades advindas da violência interpessoal. Garante que todas as suas atitudes na vida são definidas tendo como prioridade o bem-estar de seu filho.

Esta mulher assegura um *vínculo conflituoso* com o ex-marido, pois as brigas e discussões ainda ocorrem nos momentos em que este vai visitar o filho. Afirma que o ex-marido tem um temperamento grosseiro, provocando humilhações, insultos e ridicularizações. Sente-se mal pelo fato de ainda depender dele financeiramente.

No que diz respeito aos amigos e colegas, entre os nove declarados pela entrevistada, os *vínculos* estão entre *normal, frágil e rompido*. Afirma que quatro amigas foram as que mais a ajudaram diante da violência interpessoal, seja financeira ou emocionalmente, prestando apoio informativo, ou encorajando-a na busca pelo acompanhamento psicológico.

Com uma colega, a única expressa em sua rede, afirma ter um *vínculo normal*, que embora sinta que é uma boa pessoa, se conhecem há pouco tempo, e não se sente à vontade para falar sobre o relacionamento com o ex-marido.

Dentre as vizinhas, há um *vínculo normal* com duas delas, enquanto há um *vínculo frágil e rompido* com as outras duas. Afirmou claramente que as vizinhas sabiam do seu conflito com o ex-marido, mas que não intervinham. Por outro lado, colocavam-se à sua disposição para ajudar nas atividades domésticas, sem comentar que haviam visto ou ouvido qualquer situação de violência.

Declarou que, por ter vivenciado a violência no ambiente doméstico, isto a deixou uma pessoa intransigente, que se lamentava muito com seus amigos e vizinhos. Afirma ainda ser uma pessoa muito sincera, que diz o que pensa, por este motivo está com dois *vínculos rompidos*, com um amigo e um vizinho.

A rede social secundária desta mulher é pequena e composta apenas de três elementos, dentre eles, a igreja, a escola onde o filho estuda e o CEAM.

Quanto à igreja, afirma um *vínculo rompido* com a instituição, aonde deixou de ir aos cultos pela falta de tempo, há alguns meses. Por outro lado, como um elemento especial na

rede secundária, está a escola do filho, com a qual afirma ter um *vínculo forte*, em que participa voluntariamente de um movimento de pais de alunos, sempre integrada nas decisões e políticas do colégio.

O último elemento da rede social secundária foi o CEAM, com o qual o *vínculo é normal*. Quando uma de suas amigas indicou este Centro, teve medo e vergonha de procurá-lo. Mas quando decidiu ir, sentiu-se bem, e descreveu ser um ambiente leve e calmo, transmitindo-lhe paz. Na primeira vez que veio ao CEAM, refere ter sido bem atendida pelas assistentes sociais e que, desde então, participa das consultas com a psicóloga. A mulher reforça o bom acolhimento e tratamento humanizado deste Centro.

Os elementos da rede que estiveram mais envolvidos com esta mulher durante a situação de violência foram os seus pais e os amigos, além do CEAM. Os pais a ajudam financeiramente, pois a pensão do ex-marido não é suficiente para o seu sustento e a do filho. As amigas, além de oferecer apoio emocional, também ajudaram de modo informativo, pois foram elas que indicaram o Centro. O apoio do CEAM foi considerado pela mulher como o mais importante, porque permitiu o resgate da sua autoestima, voltando a reconhecer-se como ser humano, capaz de cuidar de si mesma, e de estabelecer as prioridades na sua vida para o próprio bem-estar social e psicológico.

Rede social da Entrevistada 5

A entrevistada 5 é natural do Rio de Janeiro, tem 49 anos de idade e declarou-se cor branca. Possui o ensino médio completo, no momento está fazendo um curso técnico de enfermagem e trabalha como corretora de imóveis. Sente-se infeliz nesta atividade, principalmente pelo baixo retorno financeiro, declarando um *vínculo frágil* no trabalho. Ela e o ex-parceiro moraram juntos por 13 anos, mas não tiveram filhos.

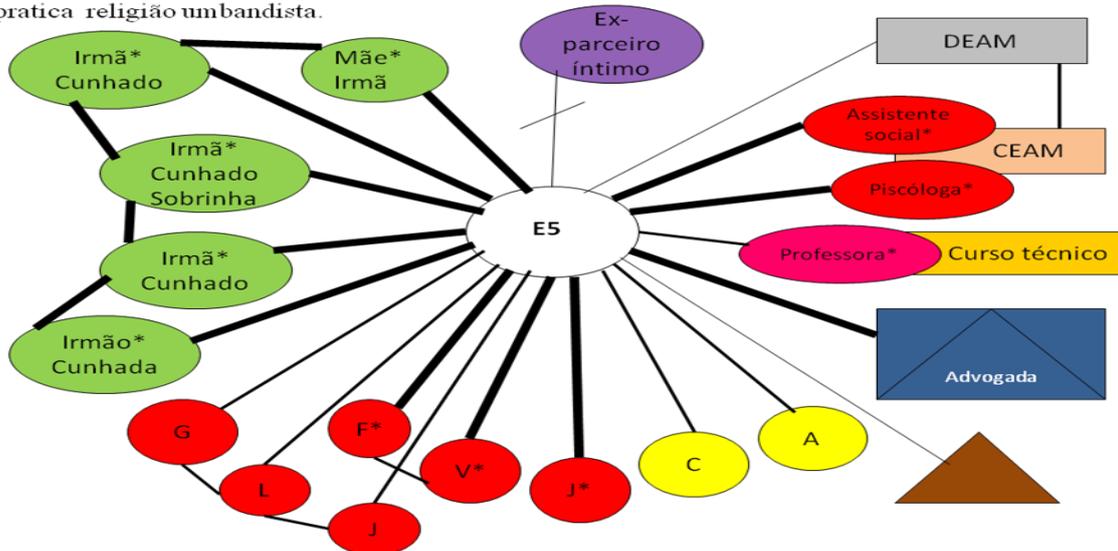
Nos últimos anos, recebia humilhação do parceiro, chamando-a de burra e incapaz, usando vocabulário obsceno e desagradável, com injúria e calúnia, insultando-a por não obter sucesso profissional, caracterizando-se a violência psicológica e moral. Ao descobrir a traição conjugal por parte dele, sentiu-se cada vez mais deprimida.

No momento da entrevista, já estava separada do ex-parceiro, com o *vínculo rompido*. Ainda move duas ações judiciais contra ele, uma pelos atos de violência e outra pela divisão dos bens. Uma determinação judicial já assegurou 10% do salário do ex-parceiro e é esta a renda que garante o seu sustento.

Na companhia da mulher foi elaborado o mapa da sua rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 7 – Rede social da Entrevistada 5

Rede social de E5: Solteira, 49 anos, branca, ensino médio completo, corretora de imóveis, não possui filhos, reside no bairro de Guaratiba e pratica religião umbandista. **Data:** 18/09/2014



Fonte: Autor.

O mapa de rede social caracteriza-se por uma rede de média amplitude, composta por 26 (vinte e seis) elementos e de média densidade, pois os parentes estabelecem relacionamentos entre si, além dos amigos que se conhecem e estabelecem vínculos. Na rede social primária, estão os parentes (mãe, irmãos, cunhados e uma sobrinha), e com todos eles mantém um *vínculo forte*, pois a família prestou apoio emocional e financeiro quando saiu da casa do ex-parceiro.

Dentre os seis amigos citados pela mulher, mantém um *vínculo forte* com três, que a ajudaram emocionalmente, orientando a romper com a relação violenta. Por outro lado, outros três amigos são seus confidentes, porém, embora soubessem da problemática da violência, não interferiram; com estes, estabelece um *vínculo normal*.

Define um *vínculo normal* também com dois vizinhos que são pessoas com quem mantém contato, mas que não souberam da situação de violência com o ex-parceiro, não sendo necessário qualquer ajuda da parte deles.

No que se refere à rede social secundária, esta se apresenta de tamanho médio e é composta por cinco elementos: trabalho, DEAM, curso técnico (Instituição de Educação), CEAM e uma advogada particular.

O *vínculo normal* com o curso técnico de enfermagem (instituição de educação) veio por meio de uma professora que se sensibilizou com a sua história. A entrevistada considera

esta docente como uma colega, que a ajudou de maneira prática, por meio de uma segunda chance nas provas em que não havia obtido bom resultado.

Quando resolveu tomar uma atitude diante da violência, procurou o CEAM. Com este, declarou um *vínculo forte*, principalmente com a assistente social e a psicóloga, considerando-as como amigas. No CEAM, afirma que foi bem atendida e que as profissionais fazem um serviço muito humanizado. Reforça ainda que o Centro é o responsável pelo resgate das suas forças. As profissionais do CEAM aconselharam-na sobre a denúncia do ex-parceiro junto à DEAM. Com esta delegacia, a mulher afirmou que o *vínculo foi frágil*, porque os policiais só a atenderam de maneira digna quando apresentou uma carta de encaminhamento do CEAM. Quanto à DEAM, não constam nomes de profissionais, o que indica o contato formal e profissional por parte da delegacia à mulher.

Há dois meses do momento da entrevista, contratou uma advogada particular, com quem mantém um *vínculo forte*, pois a defensora presta os serviços relacionados aos dois processos que move contra o ex-parceiro, no caso da violência e partilha dos bens. A entrevistada sente-se muito grata à profissional pela conquista dos 10% que recebe da renda do ex-parceiro. Ela paga os honorários da advogada em reduzidas prestações, o que lhe permite arcar com a despesa de forma amigável.

Os elementos da rede social que estiveram mais envolvidos com esta mulher na situação de violência foram: mãe, irmãos, amigos, professora, além da assistente social e psicóloga do CEAM. A mãe e irmãos auxiliaram-na pelo apoio emocional e financeiro para o pagamento do seu aluguel. Os amigos apoiaram emocionalmente, encorajando-a para a busca por apoio psicológico junto a um Centro Especializado, e também, para a denúncia do parceiro íntimo na delegacia. A professora, como uma colega, auxiliou na remarcação de provas para que não se atrasasse na sua formação técnica.

Rede social da Entrevistada 6

A entrevistada 6 é natural do Rio de Janeiro, tem 25 anos de idade e declarou-se de cor preta. Declara como nível de escolaridade o ensino fundamental completo. Não estava estudando ou trabalhando no momento da entrevista. Viveram ela e o marido juntos por cinco anos e tiveram três filhos. Ele trabalhava como mecânico e sua renda era de um salário-mínimo e meio para o sustento da família.

Relata que, uma noite, o marido chegou em casa muito alcoolizado e desferiu socos e chutes contra a mulher na presença dos filhos. Aproveitando um momento de distração do

marido, saiu de casa com os três filhos (de 6, 3 e 2 anos), apenas com a roupa do corpo e sem qualquer dinheiro. Andaram cerca de duas horas até uma DEAM.

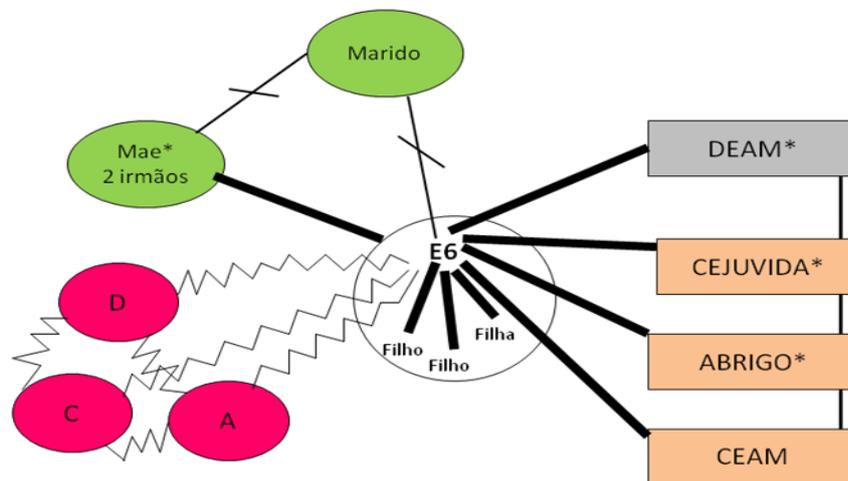
No momento da entrevista, estava morando com os filhos na Casa-Abrigo (Casa Viva Mulher Cora Coralina⁶), no Rio de Janeiro. Foi encaminhada para este local pela DEAM e CEJUVIDA⁷.

Na companhia da mulher, no momento da entrevista, foi elaborado o seu mapa de rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 8 – Rede social da Entrevistada 6

Rede social de E 6: Casada, 25 anos, preta, ensino fundamental completo, não trabalha, possui três filhos, reside na Casa Abrigo no momento da entrevista e pratica religião evangélica.

Data: 02/10/2014



Fonte: Autor.

O mapa de rede social apresenta uma rede de pequena amplitude, composta por apenas 14 (catorze) membros, de média densidade, porque somente alguns elementos estabelecem vínculos entre si, como os colegas e a família. Na rede primária, faz-se presente primeiramente, seus três filhos, além de sua mãe, dois irmãos, três colegas e o marido agressor.

⁶ As Casas-Abrigo oferecem atendimento temporário para mulheres em risco de morte. Os endereços são sigilosos para garantir a segurança e integridade física da mulher. O objetivo destas casas é oferecer subsídios para que a mulher consiga viver de forma autônoma, sem precisar voltar para a antiga residência. O contato pode ser feito por meio de qualquer Centro de Referência ou pelo CEJUVIDA (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014).

⁷ A Central de Abrigamento Provisório da Mulher Vítima de Violência Doméstica (CEJUVIDA) é um serviço especializado direcionado à mulher que necessita de atendimento emergencial fora do horário comercial, por estar em situação de risco de morte iminente, em razão de violência intrafamiliar.

Com os filhos declara um *vínculo forte*. Sente muito por eles terem presenciado a violência, e gostaria muito de lhes oferecer uma condição de vida melhor. Enfatiza que as únicas pessoas que tem no mundo, com as quais sabe que pode contar, são sua mãe e os dois irmãos, com os quais declara um *vínculo forte*. Afirma ainda que precisa deles o tempo todo, tanto para o afeto quanto nas questões financeiras, e estes estão sempre dispostos a ajudá-la. Sua mãe e irmãos também têm um *vínculo forte* com os filhos, porque estão dispostos a ajudar na criação e sustento das crianças.

No que diz respeito ao marido, garante um *vínculo rompido* e um sentimento de muito ódio por suas atitudes violentas. Ele já a havia agredido outras vezes, tanto ela como os filhos, mas nunca de maneira tão grave quanto desta última vez. Declara que sua família também rompeu o vínculo com o seu marido.

Quanto aos amigos e colegas, afirma que não os tem, e possui apenas três colegas, com as quais mantém um *vínculo conflituoso*. Essas colegas afirmavam sempre que não deveria mais aguentar a violência e tinha que denunciar o marido. Por outro lado, quando ela o fez, recebeu críticas incoerentes dessas mesmas colegas.

Ao se investigar a rede social secundária, apresenta-se de tamanho médio, composta por quatro elementos, dentre eles: DEAM, CEJUVIDA, Casa-Abrigo e CEAM.

Declara um *vínculo forte* com a DEAM, pois afirma que foi bem atendida. Pelo seu relato, é possível perceber que houve um acolhimento e tratamento humanizado por parte desta instituição, salvaguardando sua integridade física. Afirma ainda que o apoio na DEAM foi um dos mais importantes, justamente por ser o primeiro lugar em que ela procurou ajuda. O apoio desses profissionais marcou uma impressão positiva da rede de atendimento à mulher em situação de violência.

Os profissionais da DEAM fizeram o encaminhamento desta mulher para o CEJUVIDA. Neste local, também afirma que foi bem acolhida, definindo um *vínculo forte*. Sentiu-se muito agradecida e aliviada pelo fato de a instituição ter proporcionado o encaminhamento dela com os filhos para a Casa-Abrigo. Afirma que, embora tenha passado menos de uma hora no CEJUVIDA, as psicólogas e assistentes sociais lhe prestaram um socorro imediato e resolutivo à sua situação.

A mulher declara *vínculo forte* com a Casa-Abrigo, afirmando que esta foi a melhor coisa que lhe aconteceu, pois lhe permitiu ficar em um lugar seguro com os filhos e longe do marido. Uma vez por semana, as assistentes sociais trazem esta mulher e seus filhos até o CEAM, para encontrar com a avó, permitindo a troca de carinho por algumas horas. No CEAM, com o qual declara também um *vínculo forte*, faz consultas com a psicóloga e

assistente social, nas quais o objetivo é providenciar algum curso ou trabalho que permita buscar uma independência financeira.

Os elementos da rede social que estiveram envolvidos com a mulher na situação de violência vivenciada foram, além dos equipamentos assistenciais, a sua família, composta pela mãe e os dois irmãos. Embora estes não tenham influenciado no último episódio de agressão, declara que proporcionam um apoio emocional e financeiro que é essencial, principalmente neste momento em que está na Casa-Abrigo e sem qualquer renda. A ajuda informativa e assistencial veio das instituições de atenção à mulher, principalmente a delegacia e a Casa-Abrigo, que asseguraram um local de estada em segurança, reconhecendo o seu risco de morte iminente pelo marido.

Rede social da Entrevistada 7

A entrevistada 7 é natural do Rio de Janeiro, tem 72 anos de idade e declarou-se de cor branca. Possui o ensino superior incompleto, não estava trabalhando na ocasião da entrevista e ainda não conseguiu se aposentar, portanto, não possui renda própria. Declarou-se solteira. Tem três filhos adultos, de um primeiro relacionamento não duradouro. Estabeleceu uma união com outro homem e viveram juntos por 23 anos. Relata que o considera como ex-parceiro e declara que ele faz uso de drogas, o que o transformou em um homem agressivo.

A mulher afirma que, nos últimos anos, aumentaram as situações de violência psicológica, e que vivenciou humilhações, ameaças, constrangimentos, insultos e chantagens no seu cotidiano. Após receber uma violência física, buscou ajuda no CEAM, onde vem sendo acompanhada.

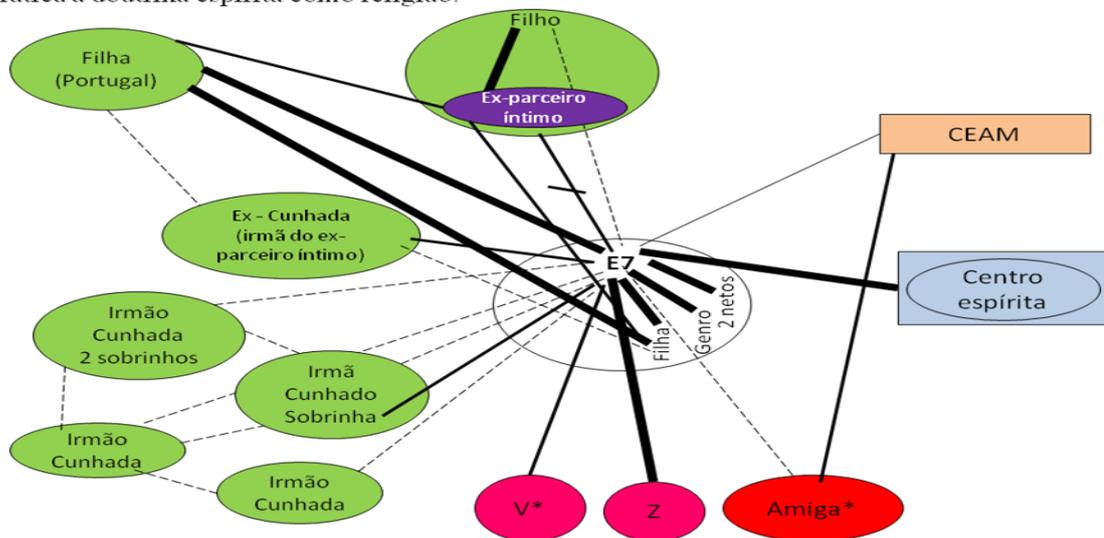
Estava morando de favor na casa de uma das filhas e conta com o seu apoio e a do genro. Afirma o desejo de separar-se definitivamente do ex-parceiro, não quer mais morar com ele e deseja resolver a situação judicialmente com a partilha dos bens. Vive um paradoxo ao declarar ser totalmente dependente dele, tanto financeira quanto emocionalmente e pelo próprio sentimento de amor que ainda sente por ele.

No momento da entrevista, na companhia da mulher, foi elaborado o seu mapa de rede social, em que mostra seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 9 – Rede social da Entrevistada 7

Rede social de E 7: Solteira, 72 anos, branca, ensino médio completo, não trabalha, possui três filhos adultos, reside no bairro do Catete e pratica a doutrina espírita como religião.

Data: 02/10/2014



Fonte: Autor.

O mapa de rede social evidencia uma rede de média amplitude, composta por 24 (vinte e quatro) membros que estabelecem vínculos entre si, principalmente entre os familiares, embora seja, na maior parte, com *vínculos descontínuos*, porque ela não pode contar com qualquer tipo de apoio emocional ou material deles.

Na rede social primária, estão os filhos, genro, irmãos, cunhados, sobrinhos, uma amiga e duas colegas. Primeiramente, descreve um *vínculo forte* com uma das filhas, o genro e os dois netos, pois foram estes que a abrigaram depois da violência, com apoio em sua residência. Quanto a outra filha, que mora em Portugal, a mulher declara um *vínculo forte*, pois estabelecem contato pela internet, obtendo o equilíbrio emocional.

Com o filho que mora com o ex-parceiro, define um *vínculo descontínuo*, pois trabalha e quando está em casa quase não conversa com a mãe. Ela não vê no filho um elemento da rede com o qual possa contar em momentos de fragilidade, principalmente porque ele tem com o padrasto, seu ex-parceiro, um *vínculo forte*.

Ao falar sobre o ex-parceiro, a mulher altera-se emocionalmente, irritando-se, e parece reviver os conflitos anteriores. Relata que a violência física foi inadmissível, e não pretende mais voltar a morar com ele, definindo o *vínculo rompido*. Presente na vida dela há uma ex-cunhada, irmã do seu ex-parceiro, com quem afirma ter um *vínculo normal*. Esta pessoa sempre foi prestativa, e ajudava nos serviços domésticos até pouco tempo, além de fornecer apoio emocional.

No que diz respeito a seus irmãos, destaca um *vínculo descontínuo* com todos, bem como com os cunhados e sobrinhos. Isso ocorre pela distância em que viveu ausente de contatos e por acreditar que não possa contar com a ajuda deles em qualquer situação de fragilidade. Enfatiza o *vínculo descontínuo* na relação de todos os irmãos entre si. Destaca-se, nesta rede, uma sobrinha, com a qual define um *vínculo normal*, pois esta se mostra preocupada e disposta a ajudá-la.

Quanto aos amigos, afirma que praticamente não os tem, declarando apenas um *vínculo descontínuo* com uma amiga que se destaca na rede social pelo fato de ter falado sobre o CEAM, e a motivou, encorajando-a a buscar apoio para obter informações sobre os seus direitos.

Duas colegas estão presentes na vida desta mulher. Com a primeira, define *vínculo normal*. Trata-se de uma senhora que passa por dificuldades financeiras desde que se separou do ex-marido. A relação entre elas define-se pela ajuda mútua emocional e material. Outra colega é uma conhecida de infância que a reencontrou há algumas semanas, resgatando os laços de uma antiga amizade, definida como *vínculo forte*.

A rede social secundária é pequena e composta por apenas dois elementos, o centro espírita, como rede secundária do terceiro setor, e o CEAM, uma instituição de assistência pertencente à rede secundária formal.

Define um *vínculo forte* com o centro espírita, participando das reuniões e estudos institucionais. Declara que, diante da violência, a religião lhe permitiu pensar de maneira racional, levando à sua valorização, propiciando a saída do ciclo da violência.

A mulher chegou ao CEAM aconselhada por sua amiga. No momento da entrevista, definiu um *vínculo frágil* com este Centro. Alegou que, embora tenha sido bem atendida e informada, não sabe se o CEAM vai de fato ajudá-la, mostrando-se um pouco desconfiada em relação às suas expectativas de resolução rápida do caso relatado.

Os elementos de sua rede social que estiveram envolvidos durante a situação de violência foram uma colega, que a ajudou a arrumar as malas para ir embora de casa, e uma amiga, que lhe falou sobre o CEAM. Ambas lhe prestaram ajuda emocional e informativa, essenciais para que a mulher se sentisse apoiada na busca pela separação do ex-parceiro.

Rede social da Entrevistada 8

A entrevistada 8 é natural do Ceará, tem 53 anos, declarou-se branca, possui o ensino médio completo e trabalha como governanta. É casada há 30 anos com o marido e teve dois

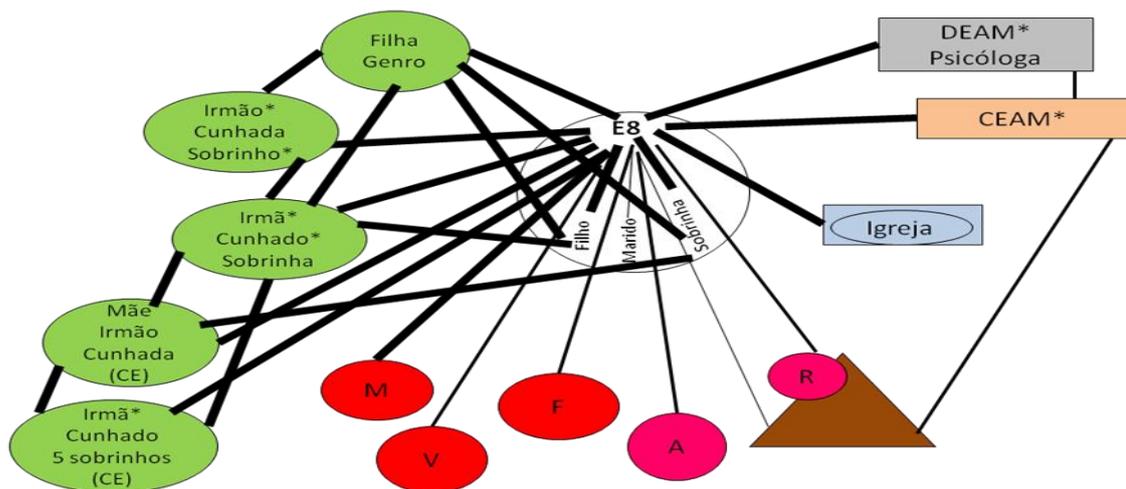
filhos. Em sua residência, moram quatro pessoas, o casal, o filho e uma sobrinha, de 26 e 20 anos de idade, respectivamente.

Declara que o marido é um homem bom e ótimo pai, porém o consumo regular de bebidas alcoólicas promoveu a mudança de seu comportamento. Ele se torna agressivo, o que resulta na violência psicológica e física contra a esposa. Depois da última agressão, resolveu denunciá-lo à DEAM. Desta instituição foi encaminhada para o CEAM, onde faz acompanhamento psicológico.

No momento da entrevista, na companhia da mulher, foi elaborado o mapa da sua rede social, onde se configuram os vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 10 – Rede social da Entrevistada 8

Rede social de E 8: Casada, 53 anos, branca, ensino médio completo, governanta, possui dois filhos, reside no bairro de Vila Isabel e pratica religião evangélica. **Data:** 09/10/2014



Fonte: Autor.

O mapa de rede social mostra a presença de uma rede de média amplitude, composta por 29 (vinte e nove) elementos. Na rede primária, estão presentes os familiares (marido, filhos e sobrinha), os parentes (mãe, irmãos, cunhados, genro e sobrinhos), três amigas e duas colegas. Esta é de alta densidade somente no âmbito familiar, pois somente os parentes e familiares têm relacionamentos entre si, caracterizados exclusivamente por *vínculos fortes*.

Primeiramente, no relacionamento com o marido, afirma um *vínculo frágil*. Apesar de ser uma ótima pessoa, que inclusive a ajuda nas tarefas do dia a dia, o principal fator para o desencadeamento da violência é o uso e abuso de bebida alcoólica.

Quanto ao filho, declara *vínculo forte*, pois o considera bom rapaz, e está cursando uma faculdade. Está preocupada, porque percebe que este também vem exagerando no

consumo de álcool. Uma sobrinha mora com eles, com a qual a mulher afirma *vínculo forte*, pois é uma grande confidente, de quem sempre recebe um apoio emocional, e com quem pode conversar sobre as questões do universo feminino. A filha mais velha já é casada e mora com o marido em um bairro próximo; elas fazem contato diariamente por telefone, e sempre estão em sua casa nos fins de semana. Ressalta que pode contar com esses filhos e sobrinha, para todo tipo de apoio, emocional ou material.

Quanto a seus parentes, fala primeiramente de um irmão com quem mantém um vínculo forte; este mora longe, com a cunhada e sobrinho, mas possuem um bom relacionamento, estabelecido por uma relação de ajuda material, recíproca, financeira e também pelo um apoio afetivo e emocional.

Com uma irmã, além do respectivo cunhado e sobrinha, também possui um *vínculo forte*; mora em um bairro mais próximo e recebe dela visitas frequentes. Esta já a ajudou, conversando com seu marido, aconselhando-o a diminuir o consumo de bebidas.

Uma parte da família mora no Ceará, especificamente sua mãe que vive com o seu irmão mais novo e a cunhada. Outra irmã mora com o marido e os cinco filhos. A mulher afirma ter com eles um *vínculo forte*, pois além de sempre estarem em contato por telefone, ocorrem visitas nas férias.

Ainda na rede social primária, declara a presença de três amigas. Com a primeira, declara um *vínculo forte*, pois é uma pessoa que sempre lhe presta apoio emocional e informativo, principalmente em relação à busca pelos seus direitos como cidadã. Com as outras duas amigas, estabelece *vínculos normais*, sabe que pode contar com elas em momentos de dificuldade ou necessidades pessoais.

Uma colega, com quem a mulher mantém contato somente no local de trabalho, conhece a sua história de vida conjugal, e declarou que já foi agredida pelo namorado, mas registrou a violência em boletim de ocorrência na delegacia, e a aconselhou a fazer o mesmo. Neste caso, o apoio informativo vindo desta colega serviu para o encorajamento na busca pela DEAM.

A rede social secundária é mediana e composta por quatro elementos, dentre eles: o trabalho, a igreja, a DEAM e o CEAM.

Quanto ao trabalho, declara ter muitas atividades para fazer no dia a dia de suas funções como governanta, além de outros empregados a quem coordena no trabalho, o que a deixa muito cansada e estressada, assegurando, portanto, um *vínculo frágil* com a sua atividade laboral.

Enfatiza que gosta muito de ir à igreja, com *vínculo forte*. Participa das reuniões e celebrações semanais, e relata que a religião colabora para ser uma pessoa melhor e mais paciente, no dia a dia, com aqueles que estão ao seu redor, em casa ou no trabalho.

Após ter vivenciado a última violência física, dirigiu-se à DEAM, onde fez o registro em boletim de ocorrência. Teve um *vínculo forte*, principalmente pelo atendimento de uma psicóloga que trabalhou sua autoestima e, após algumas consultas, fez o encaminhamento para o CEAM.

No CEAM, sente-se segura e amparada em suas necessidades, estabelecendo um *vínculo forte*. Antes de ir para o trabalho, semanalmente, comparece às consultas semanais com a psicóloga, que a auxilia como apoio emocional e informativo.

Os elementos da rede social que estiveram envolvidos com esta mulher durante a situação de violência foram sua filha, genro, irmãos e cunhados. Além da contenção física do marido no momento da última violência, os parentes auxiliaram-na com apoio emocional, material e informativo; e foram a DEAM e CEAM as instituições que mais tiveram envolvimento com a atenção à mulher.

Rede social da Entrevistada 9

A entrevistada 9 é natural do Rio de Janeiro, tem 30 anos de idade, declarou-se branca, estudou até o primeiro ano do Ensino Médio e não estava trabalhando ou estudando no momento da entrevista. Conviveu com o ex-parceiro íntimo durante 7 anos, tiveram três filhos, dois meninos de 12 e 9 anos, e uma menina de 11 anos de idade. Neste período, todos vivenciaram a violência física e psicológica infligida pelo pai.

Depois que a família mais uma vez foi violentada, ela tomou uma decisão, e antes do ex-parceiro acordar, arrumou as bolsas e saiu de casa com os filhos. Abrigaram-se na casa de uma de suas irmãs por um pouco mais de um mês. Paralelamente, procurou o Juizado da Infância e da Juventude⁸, buscando seus direitos pela guarda dos filhos.

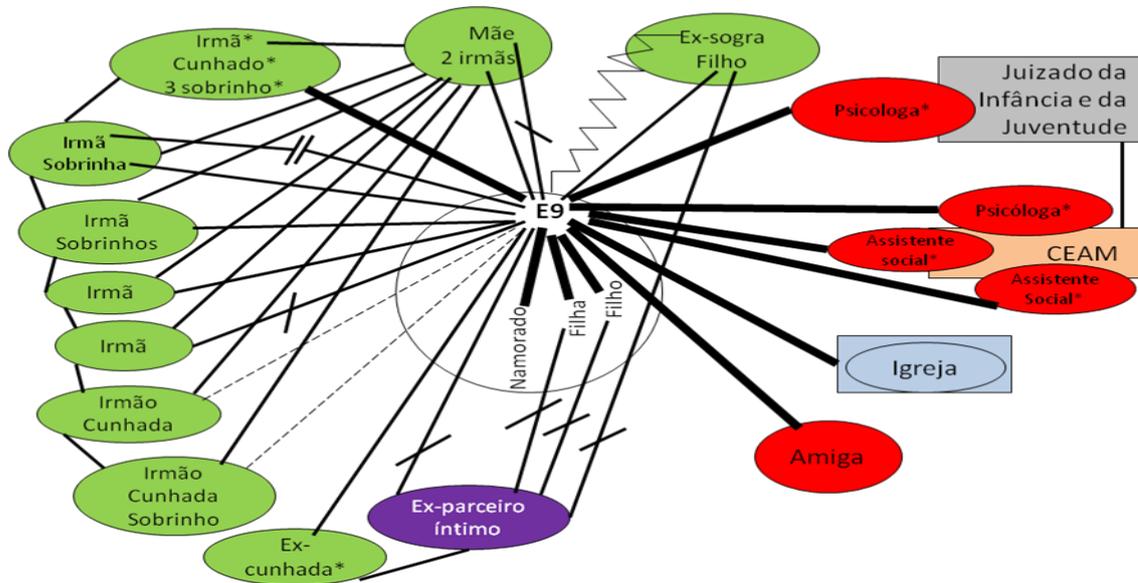
Até o momento da entrevista, morava em Madureira, na casa de um novo parceiro íntimo, seu namorado, a quem tinha conhecido havia pouco mais de um mês, com quem dizia estar feliz, pois cuidava muito bem e garantia o sustento também de seus filhos.

No momento da entrevista, na companhia da mulher, foi elaborado o mapa da sua rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

⁸ O Juizado da Infância e da Juventude é o órgão responsável pela prestação jurisdicional à criança e ao adolescente e o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <<http://www.tjgo.jus.br/index.php/comarcas/jij>>.

Figura 11 – Rede social da Entrevistada 9

Rede social de E 9: Solteira, 30 anos, branca, ensino fundamental completo, **Data:** 22/10/2014 não trabalha, possui três filhos, reside no bairro de Madureira e pratica religião evangélica.



Fonte: Autor.

Ao observar o mapa de rede social, evidencia-se uma rede de grande amplitude, composta por 33 (trinta e três) membros, em sua maioria familiares e parentes (filhos, mãe, irmãos, cunhados, sobrinhos, ex-sogra, além do namorado atual). Os elementos da rede primária estabelecem *vínculos normais* entre si, o que caracteriza uma densidade considerável da rede. Ainda estão presentes o ex-parceiro íntimo, uma ex-cunhada e uma amiga.

No momento da entrevista, define um *vínculo rompido* com o ex-parceiro, assim como o rompimento da relação com os filhos. A justiça reconheceu a gravidade da violência vivenciada por ela e pelos filhos, concedendo a guarda integral à mãe. O contato do ex-parceiro com os filhos restringe-se a uma vez por semana.

Com os dois filhos mais novos, que moram com ela e o namorado atual, define um *vínculo forte*, embora tenham expressado comportamento rebelde após a separação dos pais. O *vínculo normal* fica na sua relação com o filho mais velho que mora com a avó; este passou por traumas ao presenciar brigas e conflitos na família.

Enfatiza um *vínculo forte* com o namorado atual, porque este a ajudou muito após a separação, fornecendo um apoio muito maior do que a sua família em si, em todos os sentidos, do emocional ao material. Está feliz, pois este parceiro sempre a ajuda e a incentiva a terminar os estudos e a conseguir trabalho.

Em relação à sua família, destaca um *vínculo rompido* com sua mãe, que assumiu o filho mais velho. A depoente queixa-se de que a matriarca nunca a ajudou quando estava necessitada e que, hoje em dia, não falam uma com a outra. Apresenta um *vínculo rompido* também com uma das irmãs, em que a relação sempre foi conturbada.

Esta mulher possui nove irmãos, o *vínculo é forte* com apenas uma das irmãs, considerando o apoio e o abrigo em sua casa com os filhos, ao desvencilhar-se do ex-parceiro. Com uma outra irmã, declara já ter brigado e discutido muitas vezes, sempre por ideias discordantes em relação à sua separação com o ex-parceiro, afirmando que o *vínculo está interrompido* entre elas. Por outro lado, enfatiza que possui um *vínculo normal* com todos os seus sobrinhos, e que estes não estão envolvidos nos desentendimentos que tem com os seus pais.

Com os dois irmãos, declara um *vínculo descontínuo*, pois estabelece pouco contato com eles. O primeiro, não vê há anos, quanto ao segundo, afirma que não tem um bom caráter, não trabalha e aplica golpes financeiros em outras pessoas, causando problemas com dívidas para a toda a família. Dentre as outras quatro irmãs, embora morem próximo, a mulher faz questão de não estabelecer uma maior proximidade, não permitindo que visitem a sua casa.

A mulher estabelece vínculo ainda com sua ex-sogra e ex-cunhada. Com a primeira, afirma um *vínculo conflituoso*, porque também entrou com uma ação judicial solicitando a guarda dos seus netos, sem sucesso. Com sua ex-cunhada, enfatiza um *vínculo normal*, baseado numa relação de ajuda material para seus filhos no que diz respeito a material escolar e livros para a escola.

Ainda na rede primária, afirma a presença de apenas uma amiga, com quem mantém um *vínculo forte*. Esta mora perto de sua casa e a ajuda principalmente no cuidado com os filhos, declarando-a como uma segunda mãe.

A rede social secundária é pequena, composta por três elementos: igreja, Juizado da Infância e da Juventude e CEAM.

Estabelece um *vínculo forte* com a igreja, pois gosta muito de ir aos cultos, buscando apoio espiritual para superação dos traumas da violência. Atribuiu o fato de estar hoje com os filhos e com o novo parceiro íntimo a uma dádiva divina.

O Juizado da Infância e da Juventude foi o primeiro órgão público ao qual a mulher recorreu depois da violência. Ela define um *vínculo forte* com esta instituição, em especial com uma psicóloga, a qual considera uma amiga. Esta lhe proporcionou um atendimento

especializado, além da orientação no acompanhamento do seu caso junto ao processo de separação. Posteriormente, esta psicóloga a encaminhou para atendimento no CEAM.

A mulher declarou *vínculo forte* com o CEAM, de amizade com a psicóloga e assistentes sociais, embora não se estenda para fora da instituição. Essa relação de proximidade perpassa por um atendimento humanizado e de acolhimento.

Particularmente para esta mulher, as pessoas que mais estiveram envolvidas, prestando-lhe apoio na situação de violência, foram sua irmã e uma amiga, com as quais mantém um *vínculo forte*. A ex-cunhada também a ajudou de forma significativa ao cuidar dos seus filhos. Na rede secundária, o envolvimento do Juizado da Infância e Adolescência e CEAM foram essenciais para sua orientação em informações.

Rede social da Entrevistada 10

A entrevistada 10 é natural do Rio de Janeiro, tem 47 anos de idade e declarou-se de cor branca. Possui curso superior completo em psicologia e trabalha em um cargo administrativo na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (Correios).

Foi casada por 24 anos com o pai de seus dois filhos. A violência psicológica sempre esteve presente entre o casal, mas nos últimos anos agravou-se com a inclusão da violência física. No momento da entrevista, já estava separada com o processo de divórcio tramitando na justiça. Houve a separação de corpos, com a saída do ex-marido da residência, onde mora atualmente com a filha mais nova do casal.

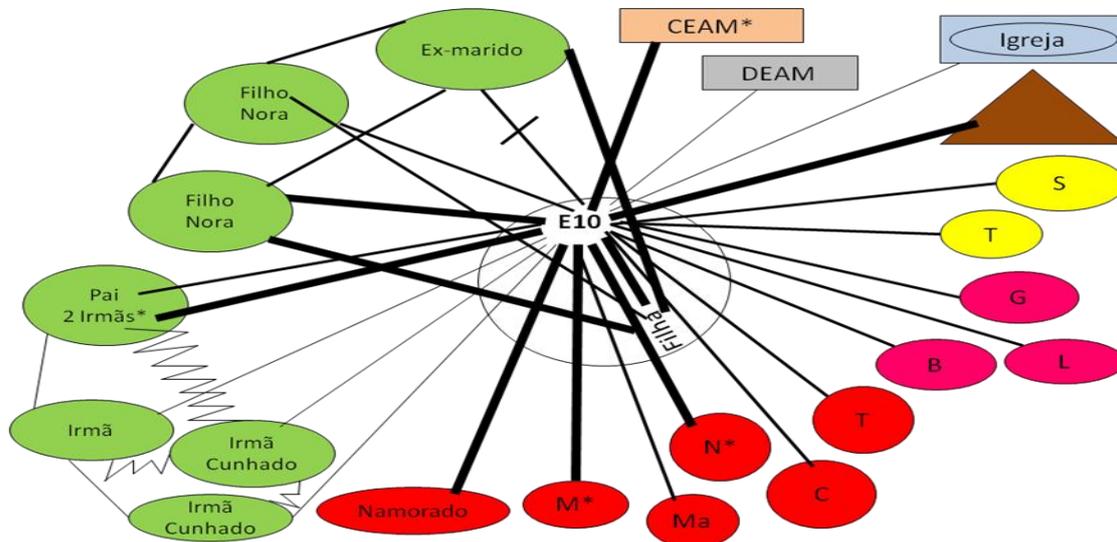
Os dois filhos são um rapaz de 23 e uma moça de 18 anos. O casal também adotou mais um, que tem a mesma idade do filho biológico mais velho. Os dois filhos homens já são casados e vivem com suas respectivas esposas.

No momento da entrevista, na companhia da mulher, foi elaborado o mapa de sua rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 12 – Rede social da Entrevistada 10

Rede social de E 10: Divorciada, 47 anos, branca, ensino superior completo, administrativa na empresa Correios, possui dois filhos, reside no bairro do Méier e pratica religião evangélica.

Data: 23/10/2014



Fonte: Autor.

O mapa caracteriza-se por uma rede social de média amplitude, composta por 29 (vinte e nove) membros que estabelecem poucos relacionamentos entre si, estando estes mais restritos ao âmbito familiar e de parentesco, portanto, a rede social é de baixa densidade. Na rede primária estão presentes os filhos, noras, ex-marido, pai, irmãs e cunhados, além dos amigos, colegas e vizinhos.

A mulher declara um *vínculo forte* com sua filha, pois as duas possuem uma relação de cumplicidade e confidências. Por outro lado, assume vínculos diferentes na sua relação com os dois filhos homens. Com o primeiro, o filho biológico, ela assume um *vínculo normal*, porque sentiu que o mesmo se afastou da família depois do divórcio dos pais. Com o outro filho, sente um *vínculo forte*, porque ele é mais atencioso nas relações do dia a dia e faz questão de manter-se presente, sempre perguntando se a mãe necessita de algo. Declara ainda um *vínculo de normal a forte* com as suas noras, considerando-as boas moças.

A mulher afirma um *vínculo rompido* com o ex-marido. No momento, existem dois processos em andamento contra ele, pelo divórcio e pela violência. Mesmo tendo recebido uma ordem judicial de afastamento do lar, o ex-marido demorou a sair de casa e só fez isso depois que ela ameaçou denunciá-lo novamente na delegacia.

A entrevistada possui cinco irmãs. Com duas, estabelece um *vínculo forte*. Afirma que estas são as que estão mais presentes em sua vida. Com as outras três, afirma um *vínculo frágil*, pois não apoiaram sua atitude diante da violência, declarando que deveria ter mais

paciência com as difamações do ex-marido. Somente as duas irmãs que moram com o seu pai têm um *vínculo forte* entre si; entre as outras três, o *vínculo é conflituoso*, o que é resultado de desentendimentos familiares anteriores.

A mulher estabelece um *vínculo normal* na relação com o pai. Ela e suas irmãs acharam melhor não se preocupar com essas questões devido à sua idade avançada, declarando amor e carinho pelo pai.

Quanto ao atual namorado, a depoente afirma que estão se relacionando há alguns meses, e que há um *vínculo forte* entre eles, porque o convívio lhe tem feito muito bem e melhorado a sua autoestima.

A entrevistada declara duas amigas com quem estabelece um *vínculo forte*. A primeira é uma amiga do trabalho que a acompanhou até o CEAM na primeira consulta. Já a segunda é uma amiga de infância que sempre lhe fornece um apoio emocional muito significativo. Com outras duas amigas, tem um *vínculo normal*, porque sempre lhe ofereceram ajuda, principalmente material, embora não tenha aceitado.

A mulher revela a presença de três colegas que são mais importantes em sua rede social, com as quais estabelece *vínculos normais*. Elas são sempre atenciosas e acredita que pode contar com a ajuda destas diante de alguma situação difícil. No que diz respeito aos vizinhos, declara ter duas mais próximas, com quem define *vínculos normais*, no relacionamento cotidiano, mas sem intimidade para falar sobre a violência.

A rede social secundária é pequena e composta por quatro elementos, dentre eles: trabalho, igreja, DEAM e CEAM.

Apresentou primeiramente um *vínculo forte* com o seu trabalho. Apesar do salário baixo, afirma gostar muito do que faz. Declara ainda que é muito bom contar com o apoio prático dos colegas de trabalho, durante uma hora por semana, tempo em que está na consulta com a psicóloga do CEAM.

A mulher define *vínculo frágil* com a igreja, porque tem medo de discriminações pelo fato de ser divorciada, pois ela sabe que esta instituição religiosa não aceita a separação no casamento.

Conheceu o CEAM quando as profissionais deste Centro realizaram uma palestra para a divulgação do serviço no seu local de trabalho. Desde a primeira visita, definiu um *vínculo forte* com o CEAM, enfatizando a importância deste equipamento no âmbito informativo e emocional.

No CEAM, foi orientada de que poderia registrar a violência junto à DEAM. Enquanto esteve na delegacia, definiu um *vínculo frágil*, porque sentiu frieza, medo e falta de

acolhimento dos agentes públicos no segmento. Neste serviço, não constaram quaisquer nomes de pessoas que pudesse evidenciar algum tipo de contato, além do formal e profissional.

Ao investigar os elementos da rede social que estiveram mais envolvidos diante da situação de violência, constata-se, primeiramente, as suas duas irmãs, das quais ela teve um apoio emocional e incentivo para o rompimento da relação com o ex-marido. As amigas foram aquelas que sempre ofereceram um apoio material, pois, caso precisasse sair de sua casa, sabia que poderia ficar na residência de alguma delas. Por último, o apoio do CEAM foi essencial na questão informativa, onde o apoio psicológico contribuiu para o empoderamento.

Rede social da Entrevistada 11

A entrevistada 11 é natural do Rio de Janeiro, declarou-se de cor parda e possui 45 anos de idade. Quanto à escolaridade, possui o ensino superior completo e trabalha como bibliotecária há 10 anos, tendo sua independência financeira e mora sozinha em um apartamento alugado.

Namorou um homem que veio morar em seu apartamento, quando algumas discussões resultaram em violência física e psicológica. Desejava terminar o relacionamento há meses, mas ele não aceitava, e continuava morando em sua casa. Finalmente, conseguiu romper quando solicitou a ajuda de um porteiro do seu prédio, que interveio na situação e fez com que o ex-namorado fosse embora.

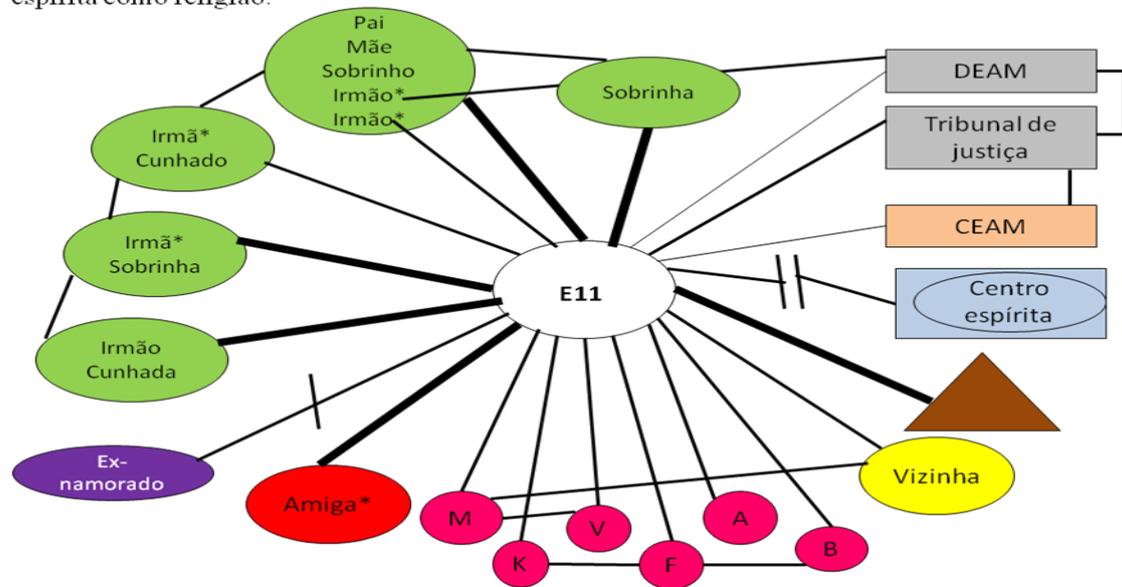
Após o ocorrido, a mulher buscou ajuda na DEAM, com o auxílio de um irmão, advogado, registrando em boletim de ocorrência a violência vivenciada. Posteriormente, recorreu ao CEAM, buscando orientações sobre como proceder nesta situação, onde realiza o acompanhamento psicológico e social.

Na companhia da mulher, tendo como base o seu discurso, foi elaborado o mapa de sua rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 13 – Rede social da Entrevistada 11

Rede social de E 11: Solteira, 45 anos, parda, ensino superior completo, bibliotecária, não possui filho, reside no bairro da Lapa e pratica a doutrina espírita como religião.

Data: 23/10/2014



Fonte: Autor.

No mapa, apresenta-se uma rede social de média amplitude com 26 (vinte e seis) elementos, entre parentes, amiga, vizinha e colegas, além do ex-namorado. A rede primária também possui uma densidade média, pois os seus parentes e colegas estabelecem *vínculos de normal a forte* entre si, o que aponta densidade maior em sua rede social.

A depoente define um *vínculo rompido* com o ex-namorado. Considera este uma pessoa manipuladora e de má índole, principalmente por não aceitar o fim do relacionamento e querer continuar morando em sua casa.

No que diz respeito aos parentes, declara um *vínculo forte* com os seus pais, dois irmãos e um sobrinho, que moram juntos. Enfatiza que não gostaria que os seus pais soubessem da violência, mas que, inevitavelmente, estes descobriram por meio de seus irmãos. Afirma ainda que os pais sempre a ajudaram muito em todos os sentidos e acredita que pode contar com o apoio deles sempre que precisar.

Quanto aos irmãos que residem com os seus pais, revela um *vínculo forte* com o primeiro deles, que é advogado. Este foi a primeira pessoa com a qual procurou ajuda e que a acolheu emocionalmente e forneceu informações sobre o processo de denúncia, colocando-se à disposição para acompanhá-la até a delegacia. O segundo irmão é referido como uma pessoa egoísta, com quem ela firma um *vínculo normal*, em que os encontros não vão além das

comemorações e festas em família. Com o terceiro irmão, manifesta um *vínculo forte*, considerando que se mostrou prestativo para ajudá-la quando soube da violência.

Sobre as duas irmãs, com a primeira, declara também um *vínculo forte*, mostrando-se grata pelo apoio emocional oferecido. Quanto a outra irmã, apresenta um *vínculo normal* entre ela e seu cunhado, pois estes vivem mais afastados e não se veem com muita frequência. A entrevistada revela a presença de uma sobrinha em sua vida, com a qual firma um *vínculo forte* pelo apoio material e emocional.

Em relação aos amigos, relata *vínculo forte* com uma amiga, a qual considera fiel, com encontros constantes e troca de conselhos e experiências, funcionando como apoio emocional significativo para a manutenção da sua autoestima.

Ainda inseridos na rede social primária, estão suas colegas com as quais declara um *vínculo normal*. Estas saem juntas ao lazer em restaurantes, cinemas, teatros, shows, entre outros. Garante que elas não sabem sobre a situação da violência vivenciada, mas que estes entretenimentos e reuniões sociais possibilitam momentos saudáveis, proporcionando-lhe alegria e satisfação em viver.

Dentre as vizinhas, afirma um *vínculo normal* com uma senhora que, além de incentivar a denúncia do ex-namorado na delegacia, auxiliou na organização de seus documentos para dar andamento no processo, ficando evidenciado um apoio em nível material e em serviços, conforme menciona Sanicola (2008).

A rede social secundária apresenta-se de tamanho médio e é composta por cinco elementos em análise: trabalho, DEAM, Tribunal de Justiça, CEAM e centro espírita.

A entrevistada afirma um *vínculo forte* com o seu trabalho, porque tem autonomia e reconhecimento na função que exerce. Assegura, inclusive, que consegue ser útil e ter uma posição de liderança entre as colegas no cargo que ocupa.

No que se refere à religião, declara que o *vínculo está interrompido* com o centro espírita. Mesmo assim, assegurou que os aconselhamentos espirituais sempre lhe fizeram bem e que poderiam ajudar muito neste momento, pois se sentia melhor consigo mesma quando frequentava o centro.

Ao dispor do apoio do irmão advogado, decidiu por ir à DEAM realizar o registro em boletim de ocorrência. Mostrou que foi bem atendida, mas que define um *vínculo frágil*, porque, enquanto permanecia no local, só pensava em ir embora.

Depois da DEAM, foi encaminhada para o Tribunal de Justiça, onde a juíza emitiu a medida protetiva definindo que o ex-namorado deveria manter, no mínimo, 500 metros de

distância da mulher. Sentiu-se grata e mais segura diante da intervenção, definindo um *vínculo normal* com o Tribunal.

O Tribunal de Justiça, por sua vez, a encaminhou para o CEAM, para um acompanhamento psicológico. A mulher definiu *vínculo frágil* com este Centro, afirmando que não pretende vir a muitas consultas, porque existem outras mulheres que vivenciaram situações mais graves e precisam mais desse atendimento.

Na situação de violência interpessoal, foram os elementos da rede social primária os que mais apoiaram essa mulher diante da situação de violência, com destaque para os seus irmãos. Estes a ajudaram em consultas e encaminhamentos, no apoio, possibilitando que não perdesse a sua autoestima e equilíbrio emocional.

Rede social da Entrevistada 12

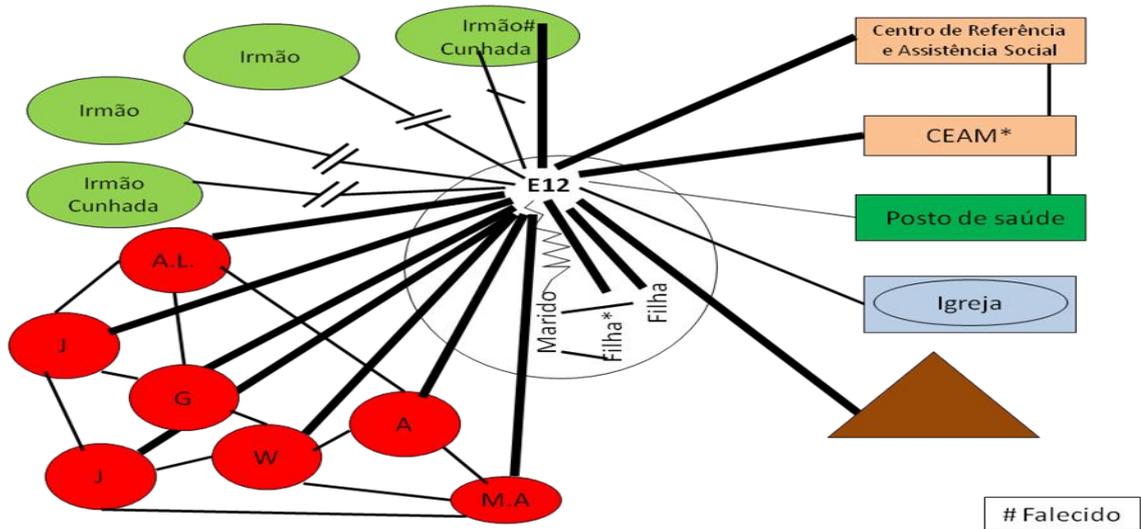
A entrevistada 12 é natural do Rio de Janeiro, possui 59 anos de idade, e declarou-se de cor parda. No que se refere à escolaridade, possui o ensino médio completo, e trabalha na administração em um hospital do Estado do Rio de Janeiro.

Relata que é casada, mas demonstra arrependimento, referindo-se que são 28 anos de união conjugal, vivenciando violência interpessoal psicológica no dia a dia. No momento da entrevista, mesmo compartilhando do mesmo domicílio, não mantinham uma relação íntima e afetiva. Moram com duas filhas, de 25 e 23 anos, respectivamente, e a primeira é portadora de Síndrome de Down.

Na companhia da mulher, e sustentado em seu discurso, foi elaborado o mapa de rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 14 – Rede social da Entrevistada 12

Rede social de E 12: Casada, 59 anos, parda, ensino médio completo, administrativa em um hospital do Estado do Rio de Janeiro, possui duas filhas, reside no bairro de Irajá e pratica religião evangélica. **Data: 06/11/2014**



Fonte: Autor.

O mapa de rede social mostra-se de média amplitude, composto por 21 (vinte e um) membros, entre familiares, parentes, amigos, CEAM, Centro de Referência e Assistência Social, Posto de Saúde, igreja e trabalho. A rede primária evidencia-se densa entre os amigos que estabelecem *vínculos normais* entre si.

No âmbito da família, a depoente afirma um *vínculo conflitioso* com o marido, porque não consegue mais aceitar seu comportamento indiferente, grosseiro e violento no ambiente doméstico. As agressões físicas e psicológicas são uma constante na relação familiar e conjugal.

Declara *vínculo forte* com as filhas. Com a mais velha, portadora de Síndrome de Down, pela dependência e cuidados especiais, que requer uma atenção mais diferenciada; em relação à filha mais nova, algumas vezes ajuda nos cuidados com a irmã, embora nem sempre de boa vontade.

No que diz respeito aos parentes, a mulher declara quatro irmãos, dos quais um já é falecido. Afirma que tinha um *vínculo forte* com este último, que eram muito parceiros, pois se ajudavam mutuamente em vários momentos. Após uma discussão com a sua cunhada, mulher deste irmão, o *vínculo foi rompido*.

A mulher mantém um *vínculo interrompido* com os outros três irmãos. Um deles é dependente de álcool e o outro é usuário de drogas. A ligação entre eles restringe-se ao fato de oferecer-lhes ajuda, como ocorreu na busca de várias clínicas para tratamento dos dois, mas

não aceitaram. Com o último irmão, também apresenta um *vínculo interrompido*, porque mantém pouco contato. Relata que não gosta da esposa dele, considerando-a uma mulher vulgar e adúltera.

Quanto aos amigos, garante que sete estão mais presentes em sua vida e define um *vínculo forte* com todos. São amigos e amigas que fazem reuniões constantes em suas casas, ocasiões em que conversam muito. Relata que estes sabem da situação de violência que vivencia no relacionamento com o marido, e sente-se muito acolhida por eles, afetiva e emocionalmente.

A rede social secundária é ampla e composta por cinco elementos: trabalho, igreja, Posto de Saúde, Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) e CEAM.

Esta mulher define um *vínculo forte* com o seu trabalho, referindo gostar da estabilidade de um emprego público, mas reclama do baixo salário. Queixa-se também de sua renda salarial insuficiente para assumir sozinha a despesa da casa e das duas filhas, e de ainda depender financeiramente do marido.

No que se refere à igreja, declara um *vínculo forte*, enfatizando a participação em um grupo de autoajuda nesta instituição, no qual cada pessoa pode contar suas experiências de vida, apoiando-se emocional e espiritualmente.

Frente aos 28 anos de relação conjugal vivenciando a violência interpessoal, somente nos últimos meses resolveu buscar ajuda especializada; em primeiro lugar, em um Centro de Referência e Assistência Social. Neste local, estabeleceu-se um *vínculo forte*, obteve o apoio da uma assistente social que prestou atendimento e, em algumas semanas, a referenciou para o CEAM.

Depois que conheceu o CEAM, afirma que chegou no lugar certo, e sente-se feliz por isso. Relata que este Centro presta muitas orientações, apoio informativo e aconselhamento psicológico. Garante um *vínculo forte*, porque agora percebe que é possível resolver a situação de violência, primando pela sua autoestima.

Ao acompanhar a filha às consultas com um psicólogo em um posto de saúde, também buscou o mesmo serviço para si. Na ocasião, foi encaminhada para uma terapia em grupo que já vem realizando há algumas semanas. Afirma que esta abordagem não tem agradado muito como uma forma de tratamento, definindo um *vínculo frágil* com este Posto de Saúde, mas segue com o acompanhamento, compartilhando sua experiência de vida com os demais participantes no local.

Ressalta que sua filha mais nova e o CEAM foram os elementos da rede social que estão mais envolvidos no seu dia a dia diante da situação de violência. Ao compartilhar suas

inquietações com a filha, esta vem prestando um apoio emocional significativo. Por outro lado, a mulher assegura que viria até o CEAM, mesmo se não tivesse o apoio da filha, enquanto na rede secundária destacou a atenção singular e humanizada prestada por este Centro com um bom suporte psicológico.

Rede social da Entrevistada 13

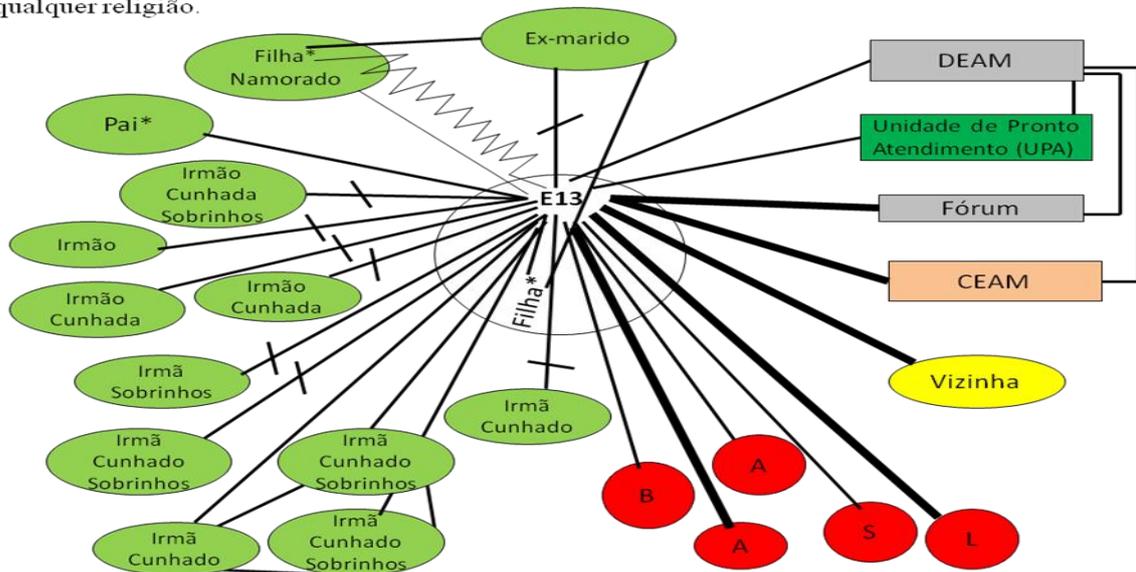
A entrevistada 13 é natural do Rio de Janeiro, tem 54 anos de idade e declarou-se de cor parda. Estudou até o fim do ensino médio e não estava trabalhando no momento da entrevista. Possui duas filhas, de 28 e 25 anos, do ex-marido, com quem conviveu por 22 anos e está divorciada há quase um ano. Para a sua subsistência e de uma das filhas, conta com a pensão mensal de três salários-mínimos do ex-marido, determinada judicialmente no processo de divórcio.

A depoente ressalta que vivenciou episódios de violência física por parte do ex-marido, entre os anos de 2011 a 2014. Já nos primeiros meses de 2015, o casal estava separado, mas ainda morando na mesma residência. Em julho, ela entrou com o pedido de divórcio, o marido não se opôs, mas continuava morando na mesma casa e violentando a mulher. Esta recorreu à DEAM, determinando o afastamento imediato do marido do lar.

No momento da entrevista, na companhia da mulher, foi elaborado o mapa da sua rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 15 – Rede social da Entrevistada 13

Rede social de E 13: Divorciada, 54 anos, parda, ensino médio completo, não trabalha, possui duas filhas, reside no bairro da Tijuca e não pratica qualquer religião. **Data:** 06/11/2014



Fonte: Autor.

O mapa de rede social evidencia uma rede ampla, composta por 43 (quarenta e três) elementos, porém de pouca densidade, pois os membros quase não estabelecem vínculos entre si e existem muitos *vínculos rompidos* com os seus parentes. Os *vínculos fortes* na rede social desta mulher aparecem com alguns amigos e uma vizinha.

Considera o *vínculo rompido* com o ex-marido, afirmando que, infelizmente, ele ainda frequenta a sua casa, uma vez por semana, sempre pedindo favores à filha. A mulher garante que não conversa mais com ele e não gosta sequer de olhar para ele.

Com a filha que mora com ela, define um *vínculo normal*, declarando que tem uma maneira diferente de pensar, conflituosa com a mãe. Reclama da impaciência da filha, no convívio diário, por situações corriqueiras, influenciando negativamente no bom relacionamento entre ambas. Por outro lado, firma um *vínculo conflituoso* com a filha mais velha. Esta mora com o namorado em outra residência, e a mãe não concorda, porque não o considera um bom rapaz, definindo um *vínculo frágil*. Garante que seu ex-marido nunca agrediu as duas filhas e que eles mantêm um *vínculo normal*.

O pai da entrevistada possui 89 anos, com quem define *vínculo normal*. Declara que sempre conversa com ele, e este presta aconselhamentos e palavras de conforto. Dentre os parentes, assegura que seu pai foi o elemento que mais a apoiou emocionalmente diante da violência interpessoal, incentivando-a sempre a reagir.

A depoente possui dez irmãos e com sete expressa um *vínculo rompido*, o principal motivo é a troca de afirmações não verdadeiras entre eles. Com três irmãs, afirma *vínculo normal*, com as quais sempre conversa. Por outro lado, declara que não pode contar com a ajuda delas em qualquer circunstância.

No que diz respeito a amigos, relata cinco em sua vida, que são os mais próximos. Com o primeiro, afirma ter um *vínculo normal*, pois é um amigo que já lhe prestou apoio emocional. Outro amigo é um taxista que mora no mesmo condomínio e, por saber da situação de violência, sensibilizou-se e a ajudou com bens materiais.

Das três amigas, garante *vínculo normal* com duas e um *vínculo forte* com a terceira. As duas primeiras são professoras do colégio onde suas filhas já estudaram, e com outra amiga tem um relacionamento de muitos anos. Ressalta que elas sabem de sua situação de violência e que sempre ofereceram ajuda material e emocional.

A depoente declara apenas uma vizinha com quem confessa ter um grande carinho e um *vínculo forte*. A convivência entre elas é baseada em muitas conversas, troca de experiências e aconselhamentos emocionais. Afirma que há uma troca de favores no dia a dia, apesar da mesma não saber da situação de violência.

A rede social secundária é mediana e composta por quatro elementos: DEAM, Unidade de Pronto Atendimento⁹ (UPA), Fórum e o CEAM.

A mulher dirigiu-se primeiramente à DEAM após a violência física abrupta, com o propósito de registrar o boletim de ocorrência. Ao chegar nesta instituição, os policiais a levaram de imediato até uma UPA para a realização de curativos em seu rosto, que estava com hematomas e escoriações resultantes das agressões do marido. Posteriormente, voltou à DEAM e fez o registro sobre a violência. Afirma que os profissionais da delegacia a atenderam muito bem e ouviram suas queixas, declarando um *vínculo normal*.

Quando foi assistida na UPA, declarou um *vínculo normal*, considerando que a assistência realizada e curativos foram satisfatórios. Porém, sua percepção a respeito dos médicos e enfermeiros que a atenderam foi de que eles sabiam o motivo de seus ferimentos, mas não abordaram o assunto.

Dentre os elementos da rede social secundária, assegura *vínculo forte* com o Fórum, onde obteve consulta com assistente social, que a orientou sobre os seus direitos como cidadã. Do Fórum, foi encaminhada para o CEAM, tendo em vista o acompanhamento psicológico.

No CEAM, a mulher afirma um *vínculo forte*, porque foi muito bom ter um lugar onde se pode conversar, falar e desabafar a respeito da violência, sem medo de ser ridicularizada ou questionada sobre a veracidade dos fatos.

Além das instituições da rede secundária que ajudaram com informações e serviços, os elementos da rede primária que estiveram mais envolvidos com esta mulher diante da violência foram o seu pai e suas duas filhas. Este apoio esteve mais presente no âmbito emocional, incentivando-a a buscar assistência especializada.

Rede social da Entrevistada 14

A entrevistada 14 é natural do Rio de Janeiro, possui 48 anos e refere cor branca. Possui o ensino médio completo e trabalha como gerente em uma empresa de dedetização.

Aos 17 anos, teve um relacionamento em que conviveram juntos por alguns anos e tiveram duas filhas. Saiu de casa depois de desentendimentos, criou as filhas sozinha. Hoje, as filhas têm 35 e 28 anos de idade, respectivamente, sem nunca terem contado com qualquer ajuda do pai, e mantêm contato entre si em reuniões de família, em relação de amizade.

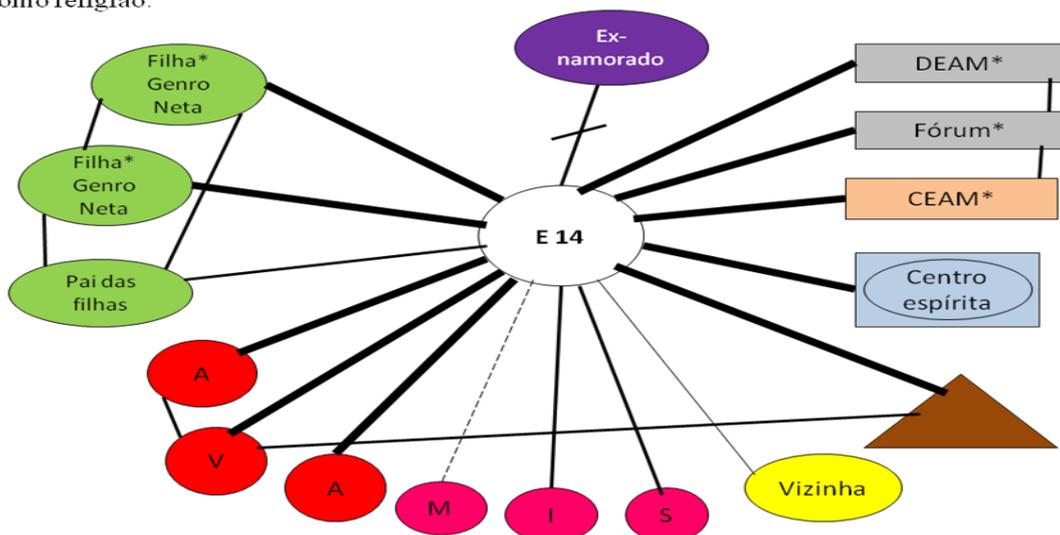
⁹ As Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, situadas entre a Atenção Básica à Saúde e a Rede Hospitalar, onde, em conjunto com esta, compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/upas_-24-horas.html

Após vários anos, a depoente alega que conheceu outro homem, com quem estabeleceu um namoro, nos últimos dois anos. O problema veio à tona quando ela descobriu que ele se relacionava também com outra mulher. Sentiu-se traída e humilhada e, ao terminar o relacionamento, cobrando explicações do namorado, este a ameaçou de forma contundente, o que caracterizou a violência psicológica.

No momento da entrevista, na companhia da mulher, foi elaborado o mapa de sua rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 16 – Rede social da Entrevistada 14

Rede social de E 14: Solteira, 48 anos, branca, ensino médio completo, gerente em uma empresa de dedetização, possui duas filhas do primeiro elacionamento, reside no bairro do Andaraí e pratica a doutrina espírita como religião. **Data: 18/11/2014**



Fonte: Autor.

O mapa de rede social mostra uma rede de média amplitude, composta por 20 (vinte) membros, dentre o ex-namorado, parentes, amigos, colegas, vizinha, Delegacia Especializada, Fórum, CEAM, centro espírita e trabalho. Todos estabelecem poucos vínculos entre si, ficando mais em torno dos parentes, o que caracteriza uma baixa densidade da rede social, com *vínculos de normais a fortes*.

No que diz respeito ao ex-namorado, define um *vínculo rompido*, porque, posteriormente às ameaças, ficou apavorada diante da possibilidade de que estas se concretizassem e ele a fizesse algum mal, esperando que seja punido pela justiça.

Quanto aos parentes, assegura um *vínculo normal* com o pai de suas filhas, que não são muito próximos intimamente, mas se comunicam quando necessário. Declara que convivem muito bem no meio social, pois sempre se encontram e conversam nos encontros e

eventos familiares. As filhas também estabelecem um *vínculo normal* com o pai, que se mostra presente em visitas periódicas.

As duas filhas, com quem define *vínculos fortes*, moram com os respectivos maridos e filhas, em outro município. Certifica que tem uma relação de boa parceria com as filhas, de quem teve muito apoio emocional no momento da violência, sendo encorajada a buscar a denúncia na delegacia.

Declara ainda que tem muitos amigos, mas foram poucos os que a ajudaram. Por outro lado, ressalta que aquelas amigas que não souberam da situação de violência vivenciada também a ajudaram, em reuniões sociais, ao saírem juntas para o lazer, distraíndo-a das preocupações com as ameaças do ex-namorado.

Dentre as amigas, estabelece *vínculo forte* com duas. A primeira forneceu apoio emocional e a encorajava a reagir diante da violência. A segunda, com quem também define um *vínculo forte*, de quem teve um apoio material, foi quem conseguiu para ela um emprego na empresa em que trabalha. Com um terceiro amigo, mantém um *vínculo forte*, conversam bastante e este presta um apoio emocional.

Ainda na sua rede social primária, refere três colegas. Com o primeiro, define *vínculo descontínuo*, porque o encontra pouquíssimas vezes. Afirma ainda que ele é advogado, assegurando que ele fará algo para ajudá-la. A mulher possui ainda outras duas colegas com quem define *vínculo normal*, embora desconheçam a situação sobre a violência interpessoal; mantém contato, mas considera que elas não têm meios para ajudá-la.

No que se refere à vizinhança, estabelece relacionamento com apenas uma vizinha do apartamento ao lado, caracterizando um *vínculo frágil*. Refere que há uma troca de favores no cotidiano, de bens materiais.

A rede social secundária é ampla e composta por cinco elementos: trabalho, DEAM, Fórum, CEAM e centro espírita.

Em relação ao trabalho, define um *vínculo forte* e afirma que esta atividade propicia sua autoestima. Recebe dois salários-mínimos, afirmando que o rendimento é baixo, mas consegue cobrir suas despesas, porque sua casa é própria e suas filhas são independentes.

Ao vivenciar a violência, recorreu primeiramente à DEAM, garantindo que foi bem atendida, com respeito e dignidade, e define um *vínculo forte*, uma vez que os atendentes reconheceram de fato a ameaça como forma de violência.

Posteriormente, foi encaminhada para o Fórum, a dar seguimento ao processo contra o ex-namorado, e relatou um *vínculo forte*, pois, nesta instituição, oficializou ações como a

Medida Protetiva, além de ter recebido um primeiro suporte psicológico que lhe permitiu um cuidado sobre si mesma.

A psicóloga do Fórum providenciou o seu encaminhamento para CEAM, visando a um atendimento psicológico mais específico. Assegura com este um *vínculo forte*, considerando que o apoio principal ocorreu pela ajuda emocional, sem qualquer recriminação, e muito presente; foi um local onde se sentiu muito bem acolhida.

Quanto à sua crença, determina um *vínculo forte* com o centro espírita, pois acredita que sua fé colaborou para a libertação do ciclo da violência em que se encontrava, clareando a sua mente e auxiliando-a no seu processo de autonomia.

Diante da violência interpessoal vivenciada no ambiente doméstico, afirma que, além das instituições e equipamentos de atendimento, as suas duas filhas estiveram mais presentes, ajudando-a efetivamente neste processo de superação e retorno à dignidade. Afirma que havia se isolado emocionalmente de todos, e que foram suas filhas que a ajudaram, resgatando a sua autoestima e coragem para o enfrentamento social.

Rede social da Entrevistada 15

A entrevistada 15 é natural de São José dos Campos, São Paulo, possui 43 anos e declarou-se branca. Quanto à escolaridade, possui o ensino superior incompleto. Possui dois filhos do seu primeiro casamento, uma de 22 e outro de 13 anos de idade.

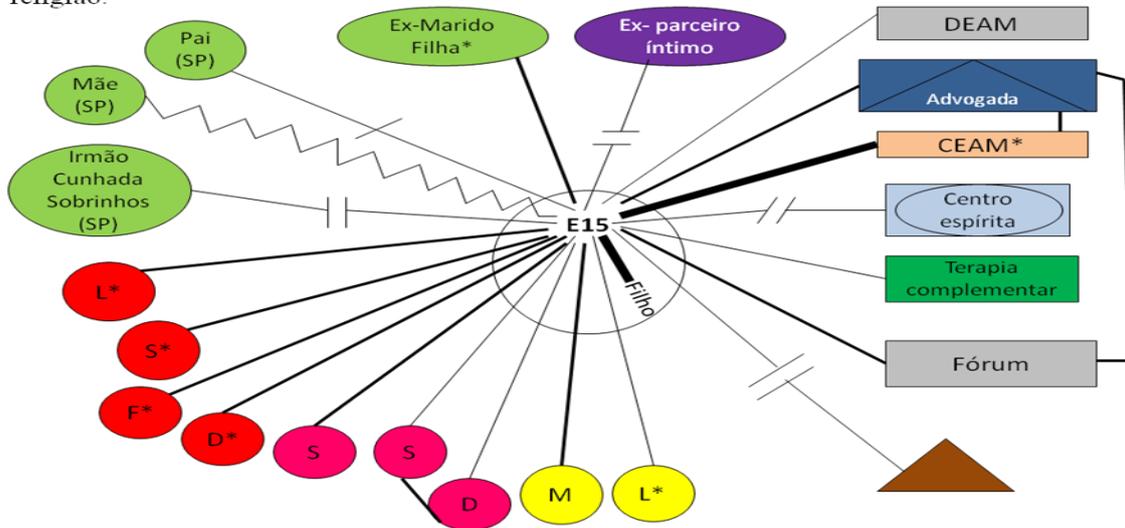
A depoente conheceu o ex-parceiro íntimo há dois anos, montaram juntos uma empresa de organização de eventos, onde trabalharam e cresceram financeiramente. Com o passar do tempo, afirma que ele demonstrou egoísmo, não permitindo que a mulher se desenvolvesse pessoal ou profissionalmente. Este comportamento foi aliado a atitudes de violência psicológica e patrimonial.

No momento da entrevista, na companhia da mulher, foi elaborado o mapa de sua rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 17 – Rede social da Entrevistada 15

Rede social de E 15: Divorciada, 43 anos, branca, ensino médio completo, organizadora e promotora de eventos, possui dois filhos do relacionamento anterior, reside no bairro do Grajaú e pratica a doutrina espírita como religião.

Data: 02/12/2014



Fonte: Autor.

O mapa de rede social evidencia uma rede de média amplitude, composta por 25 (vinte e cinco) elementos, porém de baixa densidade, pois praticamente os seus membros não estabelecem vínculos entre si.

Especificamente, declara um *vínculo interrompido* com o ex-parceiro íntimo, porque embora tenha pedido desculpas e expressado a vontade de voltar a morar com ela, ao mesmo tempo, impõe exigências, as quais ela não aceitou.

Os dois filhos são de seu primeiro casamento com o ex-marido, com quem ela mantém um *vínculo normal*. Confessa que há muitos anos brigaram judicialmente pela guarda das crianças e, ao fim do processo, ela ganhou. Após algum tempo, os filhos passaram a ter mais o convívio do pai durante alguns dias na semana.

Com a filha que mora com o pai, define um *vínculo normal*, pois, apesar de divergirem em ideias a respeito de relacionamentos, respeitam-se muito. Com o filho mais novo, afirma um *vínculo forte* pelo fato de morarem juntos. Assegura que recebe muito carinho do filho e que é muito amoroso.

Declara um *vínculo interrompido* com o seu irmão, pois afirma que é muito perturbado psicologicamente, pelo uso de maconha e cocaína, e com ele nunca pôde contar com qualquer tipo de ajuda.

Os pais desta depoente são divorciados e o *vínculo é rompido* com o seu pai, pois este não concordava com o casamento do ex-marido, o que provocou brigas no relacionamento

entre eles. Por outro lado, define um *vínculo conflituoso* com sua mãe, porque ainda sente muitas mágoas de anos passados, quando a genitora ficou ao lado do seu ex-marido, para que ele ficasse com a guarda dos filhos.

No que se refere aos amigos, assegura que quatro estão presentes no seu convívio social, com os quais tem *vínculos normais*. A primeira foi quem conseguiu seu primeiro emprego em uma empresa de marketing. As outras amigas foram aquelas que prestaram apoio emocional e material diante da violência vivenciada.

Enfatiza a presença de três colegas em sua vida. Neste círculo, há um casal com quem afirma *vínculo frágil*, pois, embora tenham incentivado a reaproximação dela e do parceiro, não confia neles. Com a outra colega, mantém um *vínculo normal*, pois elas foram sócias em um trabalho, há alguns anos.

No relacionamento com vizinhas, define um *vínculo normal* com a primeira, expressando grande consideração, pois esta ofereceu apoio emocional e material. Com a segunda vizinha, afirma um *vínculo frágil*, porque elas não têm intimidade. Em contrapartida, esta última, por ser advogada, orientou-a sobre os trâmites para que pudesse registrar a violência na delegacia.

A rede social secundária é ampla e composta pelo trabalho, terapia complementar, advogada, DEAM, Fórum, CEAM e centro espírita.

A depoente demonstra um *vínculo interrompido* com o seu trabalho, porque, no momento da entrevista, já não exercia qualquer atividade na empresa do ex-parceiro. Está trabalhando como *freelancer* em outra firma, da mesma especialidade, de onde consegue obter o seu sustento e do filho.

A primeira instituição onde procurou atenção foi a DEAM, com a qual determinou um *vínculo frágil*, porque faltava alguém que a ouvisse atentamente, e lhe explicasse como ocorre o procedimento para a denúncia. Mesmo assim, aponta que foi bem atendida, mas a abordagem deveria ser mais humanizada.

A entrevistada precisou da ajuda de uma advogada para conseguir a medida protetiva junto ao Fórum, com quem mantém um *vínculo normal*. Esta magistrada é uma amiga de sua filha que cobrou valores menores relativos a seus honorários. Declara um *vínculo normal* com o próprio Fórum, onde observou que sua denúncia se transformou em inquérito e sentiu-se agradecida pela resolutividade do caso.

Após análise psicológica realizada pela equipe técnica do Fórum, foi encaminhada ao CEAM, com quem definiu um *vínculo forte*, pois este tem colaborado para o seu empoderamento diante das adversidades que foram impostas pela violência.

A depoente buscou também uma forma de terapia complementar denominada ‘*hashua*’, assegurando um *vínculo frágil*, em que o foco é uma técnica de meditação que promove relaxamento e revigora a energia pessoal. Mas, infelizmente, tem comparecido pouco às sessões por serem dispendiosas.

Quanto à religião, a mulher considera-se espírita. Ela confessa que não espera receber deste centro nenhuma atenção especial para o caso da violência, mas obter um reforço emocional e psicológico que lhe permita manter uma posição de empoderamento diante desta adversidade em sua vida.

Além dos elementos componentes da rede social secundária, os membros da rede primária que estiveram mais envolvidos com esta mulher diante da situação de violência foram sua filha, quatro amigas e uma vizinha. Todas lhe prestaram um apoio de cunho emocional, material e informativo, principalmente com o incentivo para a denúncia do ex-parceiro na DEAM, e também com informações sobre os seus direitos como cidadã para romper o relacionamento violento e obter uma vida mais saudável.

Rede social da Entrevistada 16

A entrevistada 16 é natural do Rio de Janeiro, tem 47 anos de idade e refere cor parda. Quanto ao nível de escolaridade, possui o ensino superior completo em direito e não estava trabalhando no momento da entrevista.

O casamento com o ex-marido durou 16 anos, período em que tiveram uma filha, atualmente com 14 anos de idade. Há algumas semanas, ficou indignada ao encontrar indícios de que ele tinha um relacionamento extraconjugal e, movida por forte emoção, agrediu o ex-marido fisicamente. Este, por sua vez, revidou a violência. Após este episódio, se separaram, embora continuassem vivendo na mesma casa.

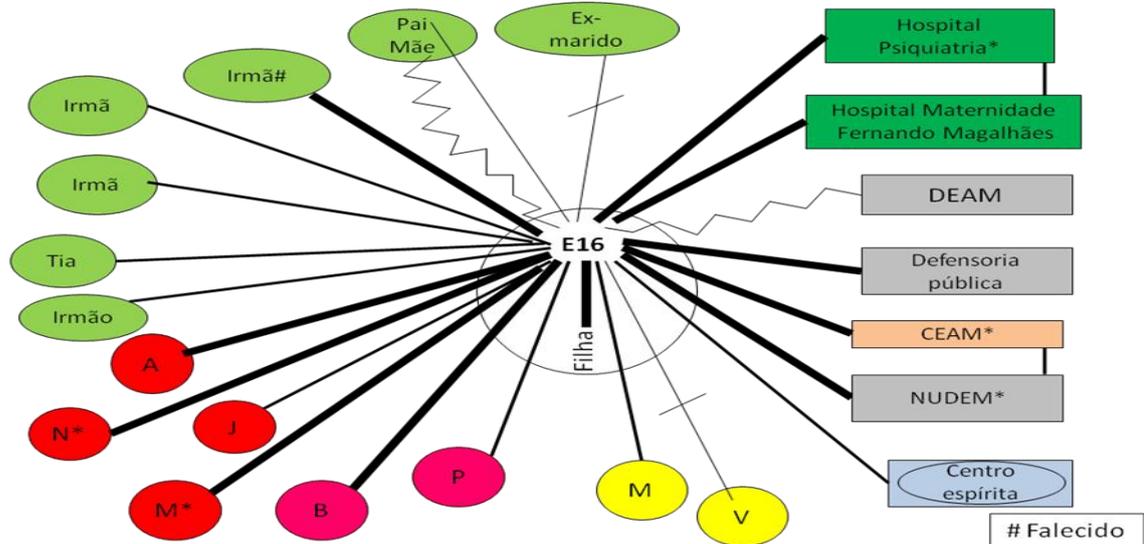
No momento da entrevista, ainda mantinha um processo judicial contra o ex-marido por uma pensão alimentícia para a sua filha. Recebe um valor de quinhentos e quarenta reais (R\$540,00) mensais, estipulado pela vara de família. Relata que este valor não é suficiente sequer para as despesas básicas.

Na companhia da mulher, no momento da entrevista, foi elaborado o seu mapa de rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 18 – Rede social da Entrevistada 16

Rede social de E 16: Divorciada, 47 anos, parda, ensino superior completo, não trabalha, possui uma filha menor, reside no bairro Anchieta e pratica a doutrina espírita como religião.

Data: 02/12/2014



Fonte: Autor.

O mapa de rede social apresenta uma rede de média amplitude, composta de 24 (vinte e quatro) membros, entre família, parentes, amigos, vizinhos, colegas, hospitais, delegacia, defensoria pública, CEAM e Centro Espírita. Dentre esses elementos, não existem vínculos entre si, o que caracteriza uma rede social de baixa densidade.

Na relação com o ex-marido, caracteriza um *vínculo rompido*, pois não se comunicam há mais de três meses. Os atos de violência resultaram em agressões sexuais que provocaram um trauma de difícil reparação. Define um *vínculo forte* com sua filha e está preocupada, porque já soube que a filha está fazendo uso de drogas. A mãe sente-se responsável pelo comportamento rebelde da filha nos últimos meses.

Com o seu pai, confessa ter um *vínculo frágil*, pois quase não conversam, mas sempre foram ligados emocionalmente. Com sua mãe, tem um *vínculo conflituoso*, declarando que sempre foi muito agressiva, severa e que nunca a apoiou nos seus planos de estudar e trabalhar.

Possui quatro irmãos, sendo uma falecida há dois anos e, com esta última, tinha um *vínculo forte*, definido por uma relação de ajuda mútua. Afirma ainda ter um *vínculo normal* com as outras duas irmãs e um irmão. Estes souberam da violência vivenciada, mas não lhe deram qualquer auxílio, porque não estão presentes em sua vida.

Relata ainda a presença de uma tia, com quem tem um *vínculo normal*. Embora tenha pouco contato, confessou a ela toda a problemática da violência, e esta se mostrou indignada e incentivou a sobrinha a procurar uma delegacia.

Quanto aos amigos, afirma um *vínculo forte* com três. O primeiro, conheceu na sala de espera da sua consulta psiquiátrica, de quem recebeu apoio emocional. As outras duas amigas foram aquelas que reconheceram sua situação de violência, acompanhando a mulher às instituições de atenção. Com um último amigo, mantém um *vínculo normal*, mas não soube da situação de violência.

A depoente destaca a presença de duas colegas em sua rede social. Na primeira, com quem tem um *vínculo forte*, relata que encontrou conselhos, consideração e carinho. À segunda colega, conhecida há muitos anos e por quem possui muita consideração, não revelou sobre a violência.

No que diz respeito às vizinhas, destaca duas. Com a primeira, tem um *vínculo normal* e com a segunda, um *vínculo rompido*. Contou para uma delas sobre a violência, e recebeu apoio emocional juntamente com um incentivo para que fosse à delegacia. Sobre a outra vizinha, afirma que a ajudou muito em sua vida, mas que não houve reciprocidade.

A rede social secundária é ampla e composta por sete elementos: Hospital de Psiquiatria, Maternidade, DEAM, Defensoria Pública, CEAM, NUDEM e centro espírita.

Com o seu médico psiquiatra, possui um *vínculo forte*, pois relatou que havia sofrido a violência sexual. Então, este a referenciou para uma maternidade especializada na atenção às situações de abusos sexuais, com a qual definiu um *vínculo forte*, afirmando que realizou toda a profilaxia para as DSTs e foi atendida de forma acolhedora pelos profissionais de saúde.

Posteriormente, expressou o desejo de denunciar a violência na DEAM, com que teve um *vínculo conflituoso*, considerando a não emissão de uma ordem de afastamento do lar para o ex-marido. Este só saiu de casa, por vontade própria, muito tempo depois.

Afirmou que não havia mais sido orientada a respeito dos próximos passos para a busca por seus direitos, então procurou a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, com a qual definiu um *vínculo forte* por ter sido bem atendida, porém, considera que foi pouco resolutivo, na medida em que o defensor público disse que era preciso esperar algum retorno da DEAM, que estava apurando o caso.

Posteriormente, a mulher procurou o CEAM, com o qual assegura um *vínculo forte*, pela atenção recebida e por ter gostado do atendimento e auxílio nos trâmites judiciais. As assistentes sociais a levaram ao NUDEM, e definiu um *vínculo forte*, porque sentiu maior credibilidade dos profissionais em resolver suas pendências no processo contra a violência em

relação à pensão alimentícia. Ela gostou do atendimento, porque, após duas semanas, foi emitida sua medida protetiva.

No centro espírita, a mulher define *vínculo normal*, destacando que as reflexões propostas pela sua crença a ajudam no entendimento em busca de uma paz e orientação para o seu bem-estar e saúde.

Quando questionada a respeito das pessoas ou instituições que estiveram mais presentes em sua vida, prestando-lhe auxílio diante da violência, citou duas amigas, além do CEAM e NUDEM. No que se refere às amigas, relata o apoio emocional e material. Quanto àquelas duas instituições que mais a ajudaram, o que manifestou como mais significativo foi o atendimento humanizado recebido. Lembra também do seu psiquiatra que a ajudou a dar o primeiro passo em direção à libertação da violência.

Rede social da Entrevistada 17

A entrevistada 17 é natural do Rio de Janeiro, tem 42 anos, declarou-se de cor branca e não trabalhava no momento da entrevista. Quanto ao grau de instrução, possui o ensino médio incompleto, estuda à noite em um colégio público. Frequenta as aulas escondida do parceiro, pois ele nunca permitiria a ascensão profissional da parceira e iria agredi-la ainda mais física ou psicologicamente.

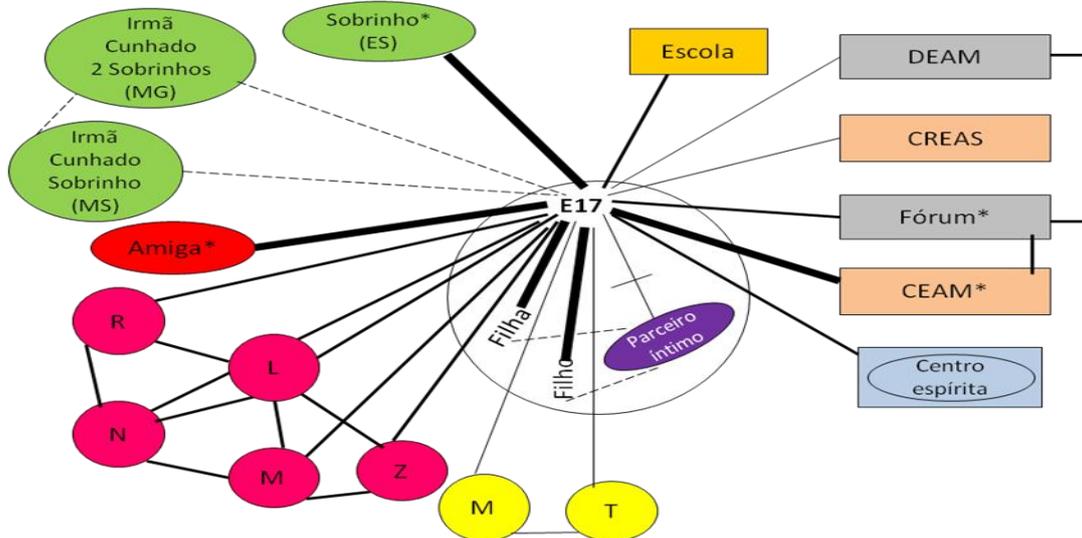
O casal possui uma união estável há 27 anos, não oficializada judicialmente, tem dois filhos, uma de 22 e outro de 14 anos. A família possui uma renda de 4 (quatro) salários-mínimos das atividades do parceiro como advogado. Declara que dormem em quartos separados há mais de um mês, embora isso não o impeça de continuar praticando a violência. Afirma que ele nunca agrediu os filhos, mas não lhes presta atenção, classificando um *vínculo descontínuo* entre eles.

Na companhia da mulher, no momento da entrevista, foi elaborado o seu mapa de rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 19 – Rede social da Entrevistada 17

Rede social de E 17: Divorciada, 42 anos, branca, ensino fundamental completo, não trabalha, possui dois filhos, reside no bairro do Estácio e pratica a doutrina espírita como religião.

Data: 02/12/2014



Fonte: Autor.

Analisando o mapa de rede social, configura-se uma rede de média amplitude, composta de 25 (vinte e cinco) membros, entre parceiro íntimo, familiares, parentes, amigos, colegas, vizinhas, Delegacia Especializada de Atendimento, Centro de Referência em Assistência Social, Fórum, CEAM e centro espírita. Somente os colegas e vizinhos exercem *vínculos normais* ou *frágeis* entre si, o que caracteriza a alta densidade entre estes elementos na rede social.

Define um *vínculo rompido* com o parceiro íntimo, embora ainda morem juntos. A mulher tem dificuldade em classificá-lo como membro da família, porque revela que ele nunca participou da educação dos filhos, além de tratá-la com atitudes e comportamentos machistas, oprimindo-a psicologicamente, restringindo sua liberdade e utilizando-se da violência como forma de controle e submissão.

No que se refere aos filhos, assume um *vínculo forte* com eles, pois, na ausência do pai, sente-se responsável por sua educação. Conta com o apoio emocional da filha que a encorajou para que procurasse ajuda profissional diante da violência. Por outro lado, esta mulher preocupa-se com o filho adolescente, que tem tendência a imitar o comportamento agressivo do pai no convívio com a família, principalmente utilizando palavras obscenas ou imorais, além de não ter um bom rendimento na escola.

A depoente afirma que suas duas irmãs, com quem possui *vínculos descontínuos*, moram em Minas Gerais e no Mato Grosso do Sul. Declara que sempre teve vontade de viajar

para revê-las, mas o parceiro não permite. Pela própria distância, suas irmãs nunca souberam da violência e, portanto, nunca puderam ajudá-la.

Mantém contato com um sobrinho que reside no Espírito Santo, com quem assegura um *vínculo forte*. Mesmo por telefone, estabelece um diálogo mais aberto, confiando a ele sobre a violência. Ele ofereceu ajuda para que ela e os filhos se mudassem para o seu estado, mas ela não aceitou, pois teme e sente-se insegura para abandonar tudo, com o risco dos filhos passarem necessidades.

A mulher relata que não tem amigos e a única seria uma com quem tem um *vínculo forte*. Esta conhece o ambiente familiar de violência e apoiou a amiga na procura pela delegacia especializada. Os colegas da escola foram destacados, pois, embora não soubessem da situação de violência vivenciada pela mulher, prestaram apoio nas atividades discentes, por isso declara que o *vínculo é normal* com todos eles que, por sua vez, estabelecem também *vínculos normais* entre si.

Conhece e conversa casualmente com muitos vizinhos no prédio onde mora, mas somente duas são mais próximas, com quem ela manifesta um *vínculo frágil*, pois não houve qualquer forma de auxílio.

A rede social secundária é ampla e composta por seis elementos: escola, DEAM, CREAS, Fórum, CEAM e centro espírita.

No que diz respeito à escola, afirma que está gostando das aulas, mas que encontra dificuldades para estudar, por isso o *vínculo é normal*. Assegura que não deixa de fazer as atividades domésticas, mas que é difícil conciliar com os estudos, enfatizando que tudo seria muito mais fácil se houvesse o apoio do parceiro íntimo.

A depoente recorreu primeiramente à DEAM, com que definiu um *vínculo frágil*, pois não gostou do atendimento e teve a impressão de que os policiais pensaram que ela não levaria o processo adiante. Por insistência, conseguiu com que registrassem a violência em boletim de ocorrência.

Em um segundo momento, também por conta própria, foi até um CREA, com o qual afirmou um *vínculo também frágil* e ressalta que sentiu que as assistentes sociais não eram qualificadas para lidar com mulheres em situação de violência.

A denúncia na DEAM resultou em audiência no Fórum, onde ela e o parceiro compareceram, quando a juíza assegurou ao homem que ele seria preso caso não interrompesse a violência. O *vínculo normal* justifica-se, porque foi o Fórum que prestou um apoio informativo à mulher sobre a Lei Maria da Penha. Depois disso, o parceiro parou com a violência por algumas semanas, mas posteriormente voltou a agredi-la.

O próprio Fórum a indicou para o CEAM, única instituição da rede secundária com a qual a mulher define um *vínculo forte*, levando em consideração a humanização do atendimento como essencial para o resgate da cidadania da mulher.

A respeito de sua religião, a entrevistada frequenta há três anos um centro espírita, com um *vínculo normal*, pois participa de palestras e reuniões ao menos uma vez por semana, que, segundo afirma, fazem bem para a alma, com a renovação de suas energias.

O sobrinho, a amiga e a filha foram citados como as pessoas que estiveram mais envolvidas diante da violência, prestando apoio emocional e incentivando-a para o término da união conjugal. Paralelamente, o Fórum e o CEAM foram essenciais para o esclarecimento de que estava vivenciando uma violência severa – física e psicológica –, procedendo a uma ajuda informativa.

Rede social da Entrevistada 18

A entrevistada 18 é natural da Paraíba, tem 45 anos de idade, declarou-se de cor branca e possui o ensino médio completo. Trabalha como cabeleireira e proprietária de um salão de beleza, onde obtém um rendimento de dois a três salários-mínimos mensais.

Durante 25 anos, esteve em uma união estável com o ex-parceiro íntimo. Embora não fossem casados oficialmente, moraram juntos e tiveram dois filhos, atualmente com 21 e 17 anos de idade. Nos últimos dois anos, a violência presente na relação intensificou-se fisicamente. As últimas agressões fizeram com que a mulher desse um basta no relacionamento, embora continuassem morando juntos. Somente após a última agressão física, buscou a delegacia e conseguiu a ordem de afastamento do lar para o ex-parceiro.

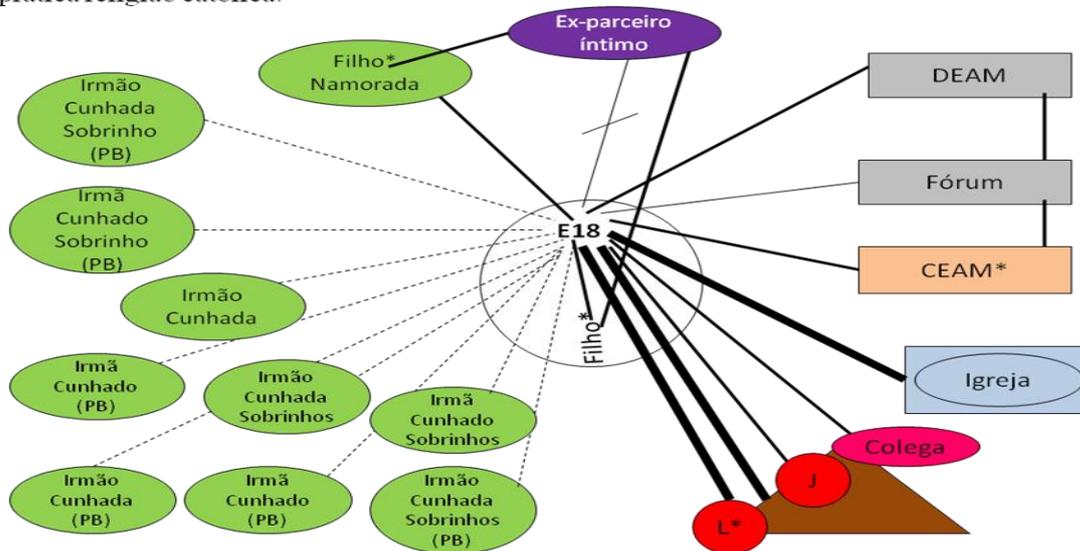
Quanto aos filhos da depoente, o primeiro trabalha, possui sua independência e reside com a namorada em outro bairro. O rapaz mais novo mora com a mãe. Esta, após a separação do ex-parceiro, alugou uma casa e foi morar com o filho.

No momento da entrevista, na companhia da mulher, foi elaborado o mapa de sua rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 20 – Rede social da Entrevistada 18

Rede social de E 18: Divorciada, 45 anos, branca, ensino médio completo, cabeleireira, possui dois filhos, reside no bairro de Benfica e pratica religião católica.

Data: 08/12/2014



Fonte: Autor.

Ao analisar o mapa de rede social, constata-se uma rede de grande amplitude, composta por 37 (trinta e sete) elementos, entre eles o ex-parceiro íntimo, filhos e namoradas, irmãos, cunhados e sobrinhos, duas amigas, uma colega, Delegacia Especializada de Atendimento, Fórum, CEAM e igreja. Na rede social primária, há baixa densidade, pois os elementos não estabelecem vínculos entre si.

No que diz respeito ao ex-parceiro íntimo, a mulher afirma *vínculo rompido*. Declara que a pior fase do relacionamento foi após o rompimento, quando ele ainda não havia saído de casa e continuava a agredi-la. Ele sempre utilizou da violência psicológica, mas ultimamente agravou-se com a violência física.

Quanto à relação com os filhos, afirma um *vínculo normal* com os dois que são carinhosos no dia a dia, colocando-se sempre à disposição. Quando resolveu denunciar o ex-parceiro na delegacia, teve o apoio deles, o que contribuiu para a sua segurança na tomada de decisão. Declara ainda que, entre o ex-parceiro e os filhos, o vínculo é normal, pois o pai apoia os filhos em seus projetos de vida.

A depoente possui nove irmãos, dos quais somente três moram no Rio de Janeiro e os outros na Paraíba. Confessa que, infelizmente, tem um *vínculo descontínuo* com todos eles, porque não se comunicam. Há alguns anos, contou para um dos irmãos sobre as brigas do casal, este ofereceu sua casa, mas ela não aceitou, pois não queria interferir na vida dos parentes.

Declara que nunca teve muitas amigas, porque o ex-parceiro tratava todas com ignorância. Assegura que atualmente suas amigas estão ligadas a seu trabalho, com destaque para uma delas, que é uma cliente com quem mantém *vínculo forte* e a quem contou sobre a violência. Esta amiga lhe prestou apoio emocional, encorajando-a a buscar a delegacia. Enquanto, com a outra amiga, tem um *vínculo normal*, e quando falou a respeito das agressões, ajudou-a emocionalmente.

A única colega a quem a entrevistada se refere é outra cliente do salão, com a qual tem um *vínculo normal*. O relacionamento mais próximo entre as duas aconteceu por ter sido esta colega a grande incentivadora para que alugasse uma casa maior, onde pudesse montar também o seu salão de beleza.

A rede social secundária é ampla e composta de cinco elementos, dentre eles: trabalho, DEAM, Fórum, CEAM e igreja.

Quanto ao trabalho como cabeleireira, declara que é cansativo, porque passa horas em pé. Mesmo assim, ama o que faz e gosta de ter sua independência financeira.

Realizou dois registros em boletim de ocorrência contra o ex-parceiro na DEAM. Na primeira vez, quando chegou com muito medo, foi bem acolhida por um policial que lhe deu atenção, reconhecendo sua fragilidade. Na segunda vez, ao vivenciar a última violência, disse que não foi bem tratada e demorou muito para as autoridades darem credibilidade às informações relatadas, mesmo com as evidências físicas da agressão. Afirma um *vínculo normal* com a delegacia, por ter sido um primeiro passo necessário, mas situação nada fácil ou confortável.

O outro elemento da rede secundária pela qual passou posteriormente foi por duas audiências no Fórum, onde a juíza concedeu a ordem de afastamento do lar para o ex-parceiro e a medida protetiva. Esta instituição assumiu um *vínculo frágil*, porque se sentia insegura e mal informada sobre as etapas do processo judicial.

Ainda no Fórum, foi encaminhada ao CEAM, com que declarou um *vínculo normal*, porque gostou do atendimento e por lhe ter sido concedida liberdade para falar a respeito de sua vida. Por outro lado, não sabe se vai continuar a participar das consultas, porque não pode deixar o seu trabalho em um dia de semana.

A depoente frequenta a igreja católica, participando da missa aos domingos pela manhã, assumindo um *vínculo forte* com sua religião. Esclarece que sempre faz suas orações no dia a dia e na igreja, mas não falou a ninguém sobre a violência vivenciada pelo parceiro, porque afirma que seria improvável qualquer ajuda desta instituição.

Quando questionada sobre as pessoas que mais se envolveram diante da violência interpessoal, afirma que teve apoio dos filhos para romper o relacionamento com o ex-parceiro, pois notavam seu desgaste físico e emocional. Na rede secundária, destaca o CEAM como um lugar diferenciado, onde as mulheres têm todo apoio psicológico, permitindo-lhes maior encorajamento diante da situação de violência.

Rede social da Entrevistada 19

A entrevistada 19 é natural do Rio de Janeiro, tem 29 anos de idade, refere cor parda e trabalha como manicure. No que concerne à escolaridade, possui o ensino médio incompleto. A sua renda, constituída pelo benefício do Programa Bolsa-Família e pensão alimentícia paga pelo pai de sua filha, soma menos de um salário-mínimo.

Tem dois filhos, uma menina de 7 e um menino de 3 anos de idade. A menina é fruto de um primeiro relacionamento com o ex-namorado; este reconheceu a paternidade em juízo e paga pensão alimentícia. Por outro lado, o pai do filho mais novo é o seu ex-parceiro íntimo, de quem vivenciou a violência. Este não reconheceu a paternidade e ela recorreu à justiça, da qual aguardam o resultado de exames.

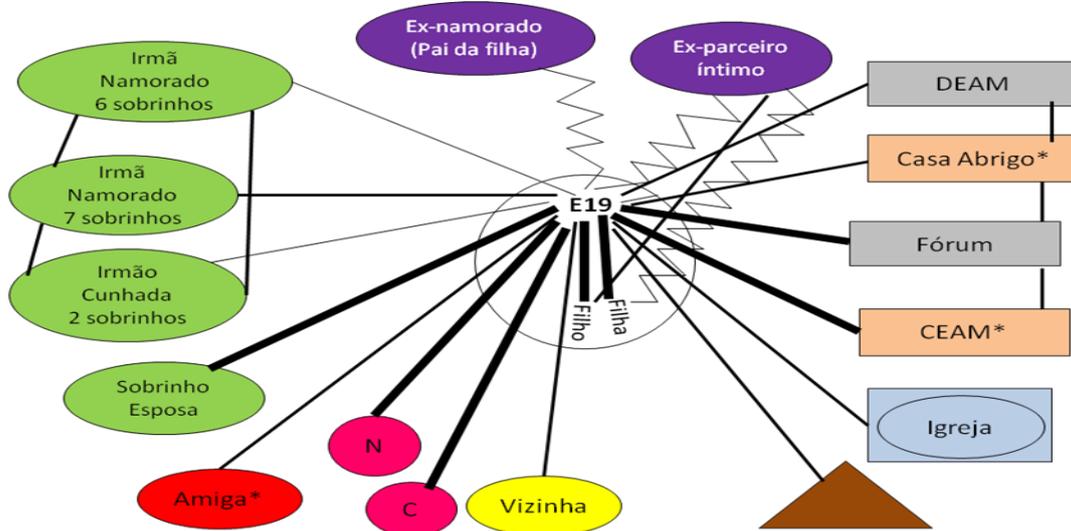
Durante seis anos, esta mulher conviveu com o ex-parceiro agressor. Nos últimos meses, ela e a filha vivenciaram violência interpessoal frequente de todas as formas, inclusive sexual. Há três anos, quando o homem descobriu que a mulher estava grávida, os episódios de violência física se agravaram.

Na companhia da mulher, no momento da entrevista, foi elaborado o seu mapa de rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 21 – Rede social da Entrevistada 19

Rede social de E 19: Solteira, 29 anos, parda, ensino fundamental completo, manicure, possui dois filhos, reside no bairro de Campo Grande e pratica religião evangélica.

Data: 10/12/2014



Fonte: Autor.

A observação do mapa de rede social permite constatar uma rede de média amplitude, composta por 38 (trinta e oito) elementos, entre ex-namorado, ex-parceiro íntimo, filhos, irmãos, cunhados, sobrinhos, amiga, colegas, vizinha, Delegacia Especializada de Atendimento, Casa-Abrigo, Fórum, CEAM e igreja. Somente os seus irmãos formam vínculos e se relacionam entre si, caracterizando a baixa densidade da rede.

No que se refere ao pai de sua filha, o ex-namorado, declara um *vínculo conflituoso*, porque ele não paga a pensão regularmente. Com o ex-parceiro íntimo, assume um *vínculo* também *conflituoso* pela convivência com a situação da violência.

A mulher revela um *vínculo forte* com os dois filhos, mas que sente muito não poder proporcionar a eles melhores condições de vida. Sua maior preocupação é pagar mensalmente o aluguel do quarto onde moram para que não fiquem desabrigados.

Quanto aos três irmãos, afirma que nunca teve qualquer apoio diante da violência ou de suas dificuldades. Somente com uma das irmãs o *vínculo é normal*, com os outros dois é *frágil*. Ela se indignou quando eles naturalizaram a violência do seu ex-parceiro, declarando que eram apenas ciúmes; tal opinião fez com que se afastasse deles. Estabelece um *vínculo forte* somente com um dos sobrinhos, que lhe deu apoio emocional diante do seu estado psicológico abalado.

Quanto ao relacionamento com amigos, assegura que só tem uma, com quem constitui *vínculo normal* e que a incentivou a buscar independência por meio do trabalho, para que

assim pudesse romper com o ciclo da violência e renovasse a autoestima. Também se sentiu encorajada por essa amiga para realizar o registro de ocorrência das agressões do ex-parceiro.

A entrevistada define um *vínculo forte* com duas colegas que moram próximas de onde reside. A ajuda entre as três acontece na criação e vigia dos filhos no dia a dia, pois, sempre que qualquer uma delas precisa sair de casa para algum compromisso, sabe que pode deixar as crianças aos cuidados de uma das outras duas, caracterizando uma ajuda material e em serviços mútuos.

A única vizinha presente na vida desta mulher é a proprietária do quarto onde mora, para quem paga o aluguel mensalmente, firmando um *vínculo normal*. O apoio desta vizinha foi essencial à mulher, pois lhe permitiu uma melhor sobrevivência, proporcionando-lhe um lugar para morar. Assegura que não falou para essa vizinha a respeito da violência, porque considera que recebeu o apoio suficiente.

A rede social secundária é ampla e composta por cinco elementos: trabalho, DEAM, Fórum, Casa-Abrigo para Mulheres em Situação de Violência, CEAM e igreja.

Com o seu trabalho, garante um *vínculo normal*, porque, embora receba muito pouco, gosta do convívio e conversa com as clientes no cotidiano de seu trabalho como manicure, e considera-se útil e bem-disposta nessa atividade.

Ao buscar ajuda profissional, dirigiu-se à DEAM, e afirmou *vínculo normal*, apesar de ter sentido constrangimento por parte do escrivão que a atendeu. Este prestou melhor atendimento à mulher quando foi chamado à atenção pelo delegado. Diante do relato e evidência de hematomas, os profissionais reconheceram o risco de morte, encaminhando a mulher e seus filhos para uma Casa-Abrigo.

Na ocasião deste abrigamento, onde esteve instalada por dois meses, definiu como um *vínculo normal*, porque sentia-se mais segura longe do ex-parceiro. A mulher reconhece que precisava muito ficar lá devido ao risco de morte a que estava exposta.

Posteriormente, ocorreram duas audiências no Fórum, com que assumiu um *vínculo normal* por um sentimento de gratidão, pois foi decretada a prisão do ex-parceiro, libertado após 21 dias. Acredita que algum amigo pagou sua fiança e, infelizmente, ele voltou a procurá-la, ameaçando-a. Espera, desde então, que a juíza lhe conceda a medida protetiva, somente assim o ex-parceiro íntimo irá manter-se afastado da família.

Começou a frequentar as consultas psicológicas no CEAM quando saiu da Casa-Abrigo, por indicação do Fórum, e afirma um *vínculo forte* com este Centro. O apoio desta instituição vem ocorrendo de duas formas: a atenção emocional para o resgate da autoestima e as informações sobre os direitos das mulheres e etapas do processo judicial.

Com a igreja, a mulher revela um *vínculo normal*, pois frequenta o templo uma vez por semana, mas não tem contato com qualquer outra pessoa de lá. Confessa que prefere passar discretamente, porque tem vergonha de falar a respeito da violência, além do medo do preconceito dos outros fiéis pelo fato de ela já ter morado em um abrigo.

A respeito dos elementos da sua rede social que estiveram mais presentes em sua vida, tendo em vista a violência, declara que teve o apoio emocional apenas de uma das amigas, com o incentivo à denúncia. Por outro lado, afirma que a ajuda informativa e em serviços veio dos elementos da rede secundária, que proporcionaram segurança e reconhecimento de direitos, em especial a Casa-Abrigo e o CEAM.

Rede social da Entrevistada 20

A entrevistada 20 é natural de Buenos Aires, na Argentina, tem 27 anos de idade e declarou-se de cor branca. Mora há mais de dez anos no Brasil, onde se casou. Ela e o marido tiveram três filhos, dois meninos e uma menina, com 7, 5 e 3 anos de idade, respectivamente. Como nível de escolaridade, possui o ensino médio completo e não exerce qualquer atividade remunerada. O marido é comerciante, atividade de onde obtém um rendimento de quatro salários-mínimos para o sustento da família.

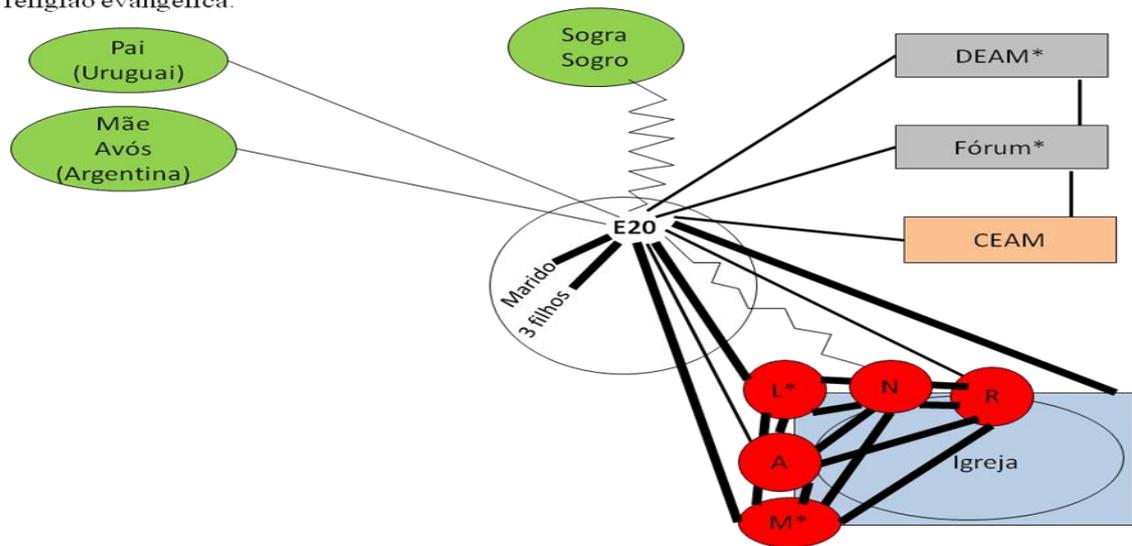
A mulher chegou ao Rio de Janeiro sem recursos financeiros. Em pouco tempo, conseguiu um emprego que garantia pelo menos o aluguel para moradia. Em alguns meses, conheceu o atual marido, começaram a sair juntos à noite e, como ele já usava drogas, como maconha e cocaína, não demorou para que ela também fizesse uso destes entorpecentes. Engravidou logo após os primeiros encontros e foram morar juntos em um apartamento alugado. No momento da entrevista, afirma que ela e o marido não fazem mais uso de drogas há dois anos, desde que começaram a participar de um grupo de apoio social para dependentes químicos na igreja que frequentam.

Na companhia da mulher, no momento da entrevista, foi elaborado o seu mapa de rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 22 – Rede social da Entrevistada 20

Rede social de E 20: Casada, 27 anos, branca, ensino médio completo, não trabalha, possui três filhos, reside no bairro do Catete e pratica religião evangélica.

Data: 10/12/2014



Fonte: Autor.

Por meio da análise do mapa de rede, verifica-se a presença de uma rede de média amplitude, composta por 19 (dezenove) elementos, entre eles seu marido, três filhos, o casal de sogros, pai, mãe, avós, cinco amigas, Delegacia Especializada de Atendimento, Fórum e Centro Especializado de Atendimento. Ela tem uma relação distante com os pais, um mora no Uruguai e a mãe na Argentina. A rede social é de baixa densidade, pois somente suas amigas da igreja possuem *vínculos fortes* entre si, porque houve uma relação de apoio mútuo para vencer o vício das drogas.

No que diz respeito ao marido, afirma que é um homem bom e convivem bem no cotidiano e no relacionamento com os filhos, mas que não suporta mais vê-lo envolvido com o uso de álcool. Embora a mulher já tenha vivenciado violência física, garante que o marido somente torna-se agressivo nos momentos em que ‘bebe muito’. Desta forma, assume um *vínculo normal* com ele, porque o ama e acredita na sua recuperação, principalmente por meio da abstinência da bebida alcoólica.

A depoente declara um *vínculo forte* com os três filhos, afirmando que as consequências emocionais para eles só não foram piores porque, muitas vezes, os seus sogros intervieram nos cuidados prestados às crianças. Alega que, graças a isso, os filhos não sofreram piores consequências ao conviverem em um ambiente de violência.

Embora os sogros tenham ajudado muito a esta mulher e a seus filhos, assume um *vínculo conflituoso* com eles. Declara inclusive que foi por causa de uma educação errônea,

de superproteção de seus pais, que o marido começou a usar drogas, pois teve dificuldades em encarar os seus problemas.

A depoente revela um *vínculo frágil* com o pai e a mãe que moram no exterior. Ele está no Uruguai e a filha não o vê há dez anos. A mãe está na Argentina, esta também é dependente de álcool, a filha já tentou aconselhar a mãe a parar de beber diversas vezes, mas sem sucesso. Neste relacionamento distante com seus pais, a mulher nunca pôde recorrer a eles na situação de violência pela qual vem passando no Brasil.

Relata que não tem colegas ou vizinhos no seu convívio cotidiano, em contrapartida, possui as amigas da igreja que frequenta, com as quais tem uma relação saudável. As primeiras são colegas, mostrando um *vínculo forte*, porque a apoiaram emocionalmente e também de forma material, quando pôde ficar hospedada na casa de uma delas. Com as outras duas amigas, têm um *vínculo normal*, pois também se recuperaram do vício em álcool e drogas no mesmo movimento social da igreja. Com uma das amigas, mantém um *vínculo conflituoso*, e a entrevistada manifesta consideração, declarando que divergem em opiniões, mas não abalam o respeito mútuo.

A rede social secundária é mediana e composta por quatro elementos, dentre eles a DEAM, Fórum, CEAM e a igreja.

Após a última violência, relata que foi até a DEAM para registrar a agressão em boletim de ocorrência. Afirma que teve um bom atendimento e por isso define um *vínculo normal*, pois prestaram toda assistência com muito respeito naquela ocasião.

Em um segundo momento, o casal foi chamado à audiência no Fórum com a juíza, onde esta chamou a atenção do homem, avisando-o que seria preso se voltasse a agredir a esposa. A entrevistada declara que ele chorou e pediu desculpas pelos seus atos, terminando por retirar a queixa. Com o encerramento do caso nesta instância, considerou *vínculo normal* com o Fórum, diante da assistência prestada.

A promessa em juízo de não mais violentar a esposa não durou para o marido, que voltou às humilhações e agressões físicas à mulher. Sem mais saber a quem recorrer, lembrou-se de que no próprio Fórum a haviam aconselhado a buscar o CEAM. Foi então a este Centro, procurando acompanhamento psicológico e também orientação a respeito de locais para assistência ao marido, que considera necessitar de ajuda tanto quanto ela. Portanto, definiu um *vínculo normal* por ter gostado do atendimento.

Esta mulher expressa um *vínculo forte* com a igreja, porque foi por meio desta que ela e o marido conseguiram parar com o uso de drogas. A relação de proximidade com a instituição religiosa também ocorre pelas amizades neste ambiente.

Entre os elementos da rede social que estiveram mais envolvidos com a mulher diante da situação de violência, cita as duas amigas, afirmando que seu relacionamento com elas é muito próximo, em que uma a apoiou emocionalmente e incentivou a denúncia do marido, enquanto a outra ofereceu sua casa para que se hospedasse até curar-se dos ferimentos. Por outro lado, na rede social secundária, estiveram mais atuantes a DEAM e o Fórum, que proporcionaram uma advertência a seu marido para não mais violentar a esposa.

5.3 Categorias de análise fundamentadas na Teoria de Rede Social

Ao adotar a metodologia de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2011), seguindo a busca e análise das Unidades de Registro (URs) dentre os resultados das 20 entrevistas analisadas, chegamos a cinco categorias analíticas de unidades de significação. Estas foram as mais relevantes na forma quantitativa, conforme exposto na contabilidade das URs, como apresentado no APÊNDICE D. Em relação à análise qualitativa, observou-se também a relevância nos depoimentos ou aderência aos objetivos da pesquisa.

As unidades de significação ou categorias analíticas mais significativas e emergentes nesta pesquisa foram: 1) o isolamento social como determinante na violência interpessoal contra a mulher: uma situação em rede; 2) a dependência do parceiro íntimo como determinante na violência interpessoal contra as mulheres; 3) a importância da rede social primária no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo; 4) a importância da rede social secundária no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo; e 5) a atuação dos operadores de rede social no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo.

Para apresentação e discussão dos depoimentos das mulheres, foram expostos exemplos de alguns discursos (URs) mais relevantes. Desta forma, explicitando cada uma das categorias analíticas trabalhadas, seguida da análise de conteúdo com referências bibliográficas atualizadas e associadas ao referencial teórico de rede social de Lia Sanicola (2008).

Considerando primeiramente a necessidade da mulher em situação de violência de desvencilhar-se do relacionamento íntimo violento, é essencial que ela tenha a consciência para sair de um posicionamento de individualismo e dependência para a autonomia e partilha. Neste contexto, foram elucidadas duas categorias iniciais referentes às mulheres que fizeram parte deste estudo. A primeira diz respeito ao isolamento social e a segunda é indicativa da

situação de dependência emocional ou financeira destas mulheres. As duas categorias seguem expressas e foram analisadas a seguir, indicando principalmente uma violência psicológica.

CATEGORIA 1: O isolamento social como determinante na violência interpessoal contra a mulher: uma situação em rede

A primeira categoria tem como tema/unidade de significação *O isolamento social como determinante na violência interpessoal contra a mulher: uma situação em rede*. Entre os 20 (vinte) corpos de análise (entrevistas), houve 304 (trezentas e quatro/100%) URs no total. Destas, 42 (13,8%) são referentes a esta categoria, sobre a situação de isolamento, provocado pela violência, em que as participantes da pesquisa se encontravam no momento da entrevista.

No discurso das mulheres, o isolamento social ocorre de diferentes formas, seja pela imposição de restrição da liberdade pelo próprio parceiro íntimo, ou pelo desenvolvimento de um quadro depressivo por conta das atitudes de repressão daquele homem. Esta depressão é representada e expressa por essas mulheres quando, diante de todas as manifestações de violência interpessoal, privam-se do convívio com a família ou amigos. O isolamento tem como principal motivo a vergonha e o medo de novas atitudes violentas por parte do parceiro.

Eu não tenho parente, nem amigo, não tenho ninguém. Quando ele [parceiro íntimo] me agrediu, não contei nada pra ninguém. Ele não gostava que eu fosse ver minha família e também não podia levar as amigas em casa (E2, 49 anos, viúva).

A gente tem vergonha de dizer que foi agredida. Eu estava em depressão porque não queria ver ninguém. É como se estivesse num lugar cheio de gente, mas me sinto sozinha. Não queria que ninguém soubesse [da violência] (E4, 42 anos, divorciada).

Os sentimentos de culpa, vergonha, isolamento e, em especial, o estigma, parecem ser os grandes obstáculos para a denúncia da violência do parceiro íntimo. Essa experiência estigmatizada resulta da vergonha de serem reconhecidas pela sociedade como mulheres espancadas e maltratadas pelos parceiros e, portanto, encontrar-se-iam em situação de inferioridade e desvantagem social (MOREIRA, BORIS & VENÂNCIO, 2011). À falta de reconhecimento da violência como problema e a sua desvalorização sobrepõe-se o receio das mulheres de revelarem o que vivem ou sentem, e o medo de serem mal entendidas ou humilhadas pelos outros, o que as conduz a um progressivo isolamento e imobilização (LEITÃO, 2014).

Durante as entrevistas, quando as mulheres foram questionadas a respeito dos elementos da rede social primária, incluindo parentes e amigos que estiveram presentes em sua vida, a maioria delas, doze (12), em um primeiro momento, diziam que simplesmente não os tinham. Mas, quando o pesquisador estabelecia um diálogo com essas mulheres, sempre se lembravam de pelo menos um parente, amigo, colega ou vizinho que as ajudou de alguma forma, diante da sua problemática expressa pela violência interpessoal.

A minha família nunca viu nada da violência que eu sofria, e também não contava nada pra ninguém, até hoje eles não sabem. Guardava tudo pra mim. Antes dele [do parceiro íntimo] eu tinha muitos amigos, mas depois me fechei, não saía mais, e meus amigos se afastaram de mim (E3, 49 anos, viúva).

Na minha vida somos só eu e minha filha, não temos mais ninguém que possa ajudar a gente. Eu demorei muito a conseguir falar sobre esse assunto da violência porque a gente não gosta nem de pensar nisso (E16, 47 anos, divorciada).

Na relação intersubjetiva da mulher com o parceiro, há carência de intercâmbios de pontos de vista. Elas possuem o direito de trabalhar, de alimentar-se, de dormir, descansar e se relacionar com familiares, amigos e vizinhos, além do direito de viver e gozar de sua liberdade, da qual, por muitas vezes, foram privadas, pelas ameaças deste homem. Expressam a necessidade do respeito do parceiro diante de suas escolhas. Desejam resgatar seus planos de trabalho, estudos e o relacionamento com sua família, deixando de ser submissas (VIEIRA et. al, 2012).

Quaisquer comportamentos do homem sobre a mulher com o propósito de controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, configuram-se como atos de violência psicológica, de acordo com a Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha). Estas são as primeiras atitudes que culminam para que a mulher permaneça em sua individualidade, isolando-se, e não compartilhando os seus problemas e demandas com as pessoas que poderão vir a ajudá-la eventualmente.

O meu relacionamento é muito solitário, sou uma pessoa solitária. Nessa violência que passei, não acredito que possa contar com a ajuda de alguém. Não me sinto à vontade para pedir a ajuda de ninguém (E7, 72 anos, solteira).

Ele [parceiro íntimo] me proibia de estudar e trabalhar, ia me restringindo e eu não conseguia sair. Não podia sair de casa e não tinha amigos (E17, 42 anos, divorciada).

Toda violência, em especial a psicológica, compromete a saúde mental da mulher, de forma a acarretar distúrbios na sua habilidade de se comunicar, bem como reconhecer seus recursos para o cumprimento das tarefas relevantes em sua vida. O isolamento social é uma das principais formas de manifestação da violência psicológica, no qual o companheiro busca, por meio de ações que enfraquecem sua rede de apoio, afastar a mulher de seu convívio social, proibindo-a de manter relacionamento com seus familiares e amigos, trabalhar ou estudar (CUNHA & NASCIMENTO, 2015).

No caso de algumas mulheres nesta pesquisa, os parceiros não permitiam ou dificultavam o seu contato com parentes e amigos, limitando o espaço da mulher ao ambiente do lar, submetendo-a às atividades de rotina, manutenção da casa e deixando os cuidados com os filhos sob a sua total responsabilidade. Esta imposição é contrária à tendência das relações contemporâneas de atividades das mulheres, que vêm conquistando cada vez mais espaço no mercado de trabalho. Do mesmo modo, as tarefas domésticas e os cuidados com os filhos têm sido compartilhados e distribuídos entre homens e mulheres de maneira mais igualitária.

Sobre este aspecto, Dutra et. al. (2013) ressaltam que a obrigação dos cuidados com a família e afazeres domésticos produz um gradativo isolamento das mulheres, ainda que ocupar o lugar da domesticidade na dinâmica conjugal confirme suas concepções sobre amor e relação com o parceiro íntimo. As mulheres não percebem que a exigência por parte dos parceiros, da sua dedicação exclusiva ao lar, muitas vezes, pode representar um ato de violência e opressão.

Algumas mulheres, mesmo após o término do relacionamento violento, continuam a receber ameaças ou até mesmo agressões físicas dos ex-parceiros íntimos, o que propicia o recolhimento e uma situação de isolamento. Este comportamento dos homens também contribui para que sintam medo, e vergonha, no caso daquelas que ainda permanecem no relacionamento com o parceiro. Tudo isto estimula as mulheres a não falarem ou expressarem situações sobre a violência vivida.

De acordo com um estudo realizado por Leitão (2014, p. 8), existem diferentes tipos de violências organizadas em torno de questões de poder e relações de controle, como o terrorismo íntimo, que envolve um controle coercivo que integra a intimidação, o abuso emocional, abuso econômico, isolamento, minimização, negação, culpa, uso das crianças e a afirmação do privilégio masculino. Todas essas formas de opressão são modos de aterrorizar a mulher em situação de violência.

Mesmo diante do isolamento criado pela violência no âmbito doméstico, muitas mulheres querem demonstrar, para um determinado grupo de pessoas que a visitam

frequentemente e das quais não consegue evitar o contato, uma falsa aparência de harmonia no lar. Isto ocorre quando os parentes visitam o casal e seus filhos, quando, mesmo diante da percepção ou suspeita de qualquer forma de violência, a mulher nega eventos agressivos em sua família. Desta forma, há um agravamento do isolamento social diante da problemática vivenciada, o que prejudica a busca por apoio, seja material ou emocional, dentre os membros da sua rede social primária que poderiam ajudá-la.

Entre aquelas mulheres que ainda convivem no mesmo domicílio que os parceiros violentos, frequentemente também evitam contatos considerados indesejados por este homem. Não se comunicam ou estabelecem qualquer relacionamento com outras pessoas, principalmente do sexo masculino, pelo temor de que deem origem a novos episódios de ciúmes exacerbados do parceiro íntimo, levando à violência interpessoal. Estas mulheres refugiam-se num silêncio e isolamento absoluto, que se estende até as instituições que poderiam oferecer-lhe algum suporte (DUTRA et. al., 2013, p.1298).

As situações de ciúmes exacerbados são aquelas que muitas vezes geram formas de violência do homem contra a mulher. Em conformidade com uma diferença de papéis sociais e de gênero entre o sexo masculino e feminino, muitas vezes imposta pela própria sociedade, os homens sentem-se proprietários do corpo e da vida de suas parceiras íntimas. Quando elas estão em situação de vulnerabilidade social e econômica, juntamente com os filhos, ficam subjugadas à dominação destes homens agressores.

Neste contexto, o 'ciúme' é frequentemente inserido em um contexto terapêutico, observando-se o grave sofrimento envolvido na relação da mulher com o seu parceiro íntimo agressor. Consideram-se ainda as consequências negativas produzidas por respostas emocionais ciumentas para as mulheres que vivem em constante fuga ou esquiva dos aversivos presentes nessa relação. Para as mulheres que vivenciam a violência, o comportamento emocional ciumento apresentado por seus parceiros pode ser considerado como 'patológico' (LACERDA & COSTA, 2013).

As mulheres em situação de violência encontram-se em um estado crítico, instável, de insegurança, em que, se elas conseguirem partilhar a sua problemática com outras pessoas, haverá a possibilidade de que os elementos da sua rede social a ajudem de alguma forma. Estes só poderão apoiá-la a partir do momento que conhecem esta mulher, seus conflitos e as demandas trazidas no contexto da violência, para que possam fortalecer os vínculos.

Sanicola (2008), em sua teoria, afirma que, quando inseridos nas redes, ou seja, na presença das dificuldades imprevisíveis ou eventos críticos, orientam-se claramente para a partilha da necessidade, e torna-se o momento de dificuldade em uma oportunidade de

consolidação dos laços já existentes ou de criação de novos laços. Neste caso, as redes sociais são capazes de desenvolver iniciativas para enfrentar as necessidades.

Em situações adversas, em outras redes sociais, numa situação análoga, podem gerar isolamento, fragmentação ou conflitos, pois se orientam para a individualização e uma dependência em relação à necessidade que aparece (SANICOLA, 2008). Para muitas dessas mulheres, os vínculos frágeis e descontínuos, expressos principalmente com os seus parentes, bem como a pouca densidade dessas redes, na medida em que os elementos não estabelecem vínculos entre si, propicia mais uma vez a individualização. Esta mulher não tem a quem recorrer na rede social primária, levando suas necessidades para as instituições, hospitais, igrejas, centros e delegacias que compõem a sua rede social secundária, de onde espera obter ajuda e orientação profissional, em busca da partilha de sua problemática e saída do isolamento.

Ao analisar as mulheres que se isolaram da rede social primária, mas buscaram a rede secundária, principalmente em hospitais e postos de saúde, Kiss & Schraiber (2011) descrevem que, na maioria das vezes, a mulher em situação de violência procura um hospital ou UBS para consultas médicas. Estas ocorrem, muitas vezes, de forma recorrente, com queixas ginecológicas, cefaleia ou, até mesmo, para buscar auxílio na resolução de algum problema de saúde de um familiar. A partir destas estratégias, terminam por revelar seu problema no que diz respeito à violência interpessoal vivenciada no ambiente doméstico.

Esta situação esteve presente entre algumas mulheres entrevistadas que, pelo seu estado de individualização e isolamento, não conseguiram expressar sua problemática e necessidades. Procuraram unidades de atendimento em saúde, sempre com queixas, sinais e sintomas consequentes da violência que estavam vivenciando. Muitas vezes, não revelaram a origem do problema, e cabe, nestes casos, aos profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, em suas consultas, terem uma escuta atenta e um olhar holístico para captar estas situações, oferecer ajuda diante das primeiras necessidades e dar o encaminhamento que cada caso exige.

Todas as participantes nesta pesquisa expressaram, de diferentes formas, uma situação de individualidade ou isolamento e uma dependência do ex ou atual parceiro íntimo. Esta situação ocorreu tanto no âmbito financeiro, para aquelas que não trabalhavam e ainda não tinham renda própria, quanto para aquelas que declaravam uma dependência emocional. Nesta última, três mulheres expressaram que, mesmo após terem vivenciado a violência do parceiro, relataram que eles não são pessoas ruins, confiantes de que, futuramente, possam mudar suas atitudes agressivas.

CATEGORIA 2: A dependência do parceiro íntimo como determinante na violência interpessoal contra as mulheres

Dentre as 20 (vinte) entrevistas analisadas (corpus da pesquisa) e as 304 (trezentas e quatro/100%) URs emergentes, 41 (13,5%) depoimentos descrevem a respeito da dependência financeira ou emocional. Desta forma, emergiu uma nova categoria *A dependência do parceiro íntimo como determinante na violência interpessoal contra as mulheres*, em forma de uma segunda Unidade de Significação, a qual será descrita, discutida e analisada a seguir, com a exemplificação de depoimentos das mulheres participantes.

Nesta pesquisa, embora a maioria simples das mulheres exerça atividade remunerada em seus trabalhos, com estabilidade ou não, ainda recebem uma baixa remuneração, entre meio a dois-salários mínimos. Isso faz com que muitas apenas complementem o sustento do lar financeiramente, somando aos rendimentos do parceiro íntimo, que, geralmente, são maiores quantitativamente. Desta forma, ainda dependem economicamente do ex ou atual parceiro, principalmente para as despesas do lar e provimento dos filhos. Esta situação leva à perpetuação da violência interpessoal e maior dificuldade para o rompimento do ciclo de agressões na esfera conjugal e familiar.

Vivo com um salário-mínimo, que é 10% do salário dele [do ex-parceiro íntimo], determinado na justiça. Eu trabalho, mas só recebo por comissão, e é muito pouco. Queria fazer faculdade, ele disse que ia pagar pra mim, mas depois não pagou, disse que era besteira (E5, 49 anos, solteira).

Tive que colocar ele [o ex-parceiro íntimo] na justiça pra ele pagar a pensão alimentícia, mas ele não paga, aí eu não posso contar com o dinheiro dele. Aí tem mês que ele me dá o dinheiro da menina [filha do casal] e mês que ele não dá (E19, 29 anos, solteira).

O fenômeno da violência contra a mulher tem incidência mundial e ocorre de forma aleatória, sem distinção de classes sociais. Logo, a mulher dependente financeiramente do parceiro agressor, de forma geral, enfrenta maior dificuldade em alcançar ajuda ou mesmo ter acesso às políticas públicas de enfrentamento à violência doméstica. Esses atos violentos caracterizam uma forma de ultraje à mulher, que afeta, acima de tudo, sua dignidade humana, além de seu bem-estar físico e mental, sua segurança, as possibilidades de educação, o desenvolvimento pessoal, dentre outros (RIBEIRO & SILVA, 2014).

A dependência financeira não foi a única manifestação no discurso das mulheres, pois, neste estudo, três (3) delas declararam também uma dependência de caráter emocional do parceiro íntimo. Esta dependência é caracterizada principalmente pelo fato de elas ainda ‘gostarem muito’ ou serem ‘apaixonadas por ele’, além de acreditarem em sua recuperação e que eles não vão mais utilizar da violência interpessoal no relacionamento conjugal.

Queria voltar a ser independente. A gente demora pra tomar uma decisão porque você ainda gosta do cara e não quer mal pra ele. Tem hora que ele está bonzinho, aí deixo tudo pra lá. Queria alugar uma casa pra ficar longe dele, mas não dá com o pouco que eu ganho (E10, 47 anos, divorciada).

Eu sempre trabalhei e tenho minha independência, mas como ele [o ex-parceiro íntimo] morou comigo 5 meses, você acaba criando um vínculo emocional. Era apaixonada por ele, então era como uma dependência afetiva, mas depois consegui me desvencilhar, mesmo sofrendo (E11, 45 anos, solteira).

No contexto de violência conjugal, Gomes et. al. (2014a) evidenciam uma relação de dependência emocional da mulher ao seu cônjuge, expressa, por exemplo, pela ideia de que um não vive sem o outro. Essa dependência emocional pode ser entendida como um padrão persistente de necessidades psicológicas que não foram atendidas na infância, sendo então projetadas em relacionamentos íntimos futuros. Pode estar associada ainda à necessidade excessiva que uma pessoa sente pela outra. Em se tratando da temática violência à mulher, estão presentes, além da necessidade do outro, características como carência de autoestima e, até mesmo, idealização do homem perpetrador da violência.

As mulheres têm medo de denunciar inclusive porque se preocupam com a sua subsistência e a de seus filhos, pois, além da dependência do parceiro íntimo, também não possuem informações, subsídios ou suporte para que possam buscar ajuda de qualquer elemento da sua rede social primária ou secundária. Portanto, muitas permanecem isoladas, desassistidas e desamparadas, sendo necessário um episódio agudo e grave de violência, sobretudo física, para que possam recorrer a alguma instituição de atenção especializada ou até mesmo refugiar-se na casa de algum parente ou amigo.

Os profissionais de saúde que prestam atendimento a essas mulheres compartilham da percepção de que a vergonha, os filhos e a dependência econômica contribuem na decisão da mulher pela não denúncia, sinalizando para a complexidade do fenômeno. Contudo, além do constrangimento da revelação pública e da dependência financeira, pode coexistir o desejo de se manter a família como uma instituição sagrada, a dependência emocional, o medo de represálias, acrescida da sensação de impunidade frente à denúncia (GOMES et. al., 2014b).

A maior parte das mulheres, no momento da entrevista, relata que, enquanto ainda moravam com o ex-parceiro íntimo agressor, mantinham um *vínculo conflituoso* com este. Por outro lado, o casal seguia uma determinada religião com a qual a mulher afirmava um *vínculo de normal a forte*. Algumas doutrinas pregam a subserviência ou subordinação da mulher às vontades e desejos do cônjuge, o que cria praticamente uma legitimação de formas de opressão do homem à mulher que, por sua vez, propiciam a violência no âmbito conjugal. Portanto, para manter seu casamento no modelo de família convencional, dificilmente revelam as agressões por parte do parceiro íntimo.

O isolamento social, bem como a dependência emocional ou financeira das mulheres no relacionamento com o parceiro íntimo, leva a uma situação de vulnerabilidade física ou psicológica. Segundo Sanicola (2008), a vulnerabilidade é utilizada para definir um estado permanente de dificuldade, de um modo um tanto estático, como se fosse uma forma de rotulação do sujeito ligado a um ou mais tipos de situações de risco. Na verdade, essa vulnerabilidade, por mais que às vezes possua o caráter de permanência, pode ou não representar um risco, dependendo da relação que se estabelece entre os desafios da necessidade e os recursos disponíveis para enfrentá-los. Quando o equilíbrio entre desafios e recursos é rompido, surge o risco de vulnerabilidade, que pode ser atenuado por um aumento de recursos.

Inseridas na relação conjugal com o parceiro íntimo, existem aquelas mulheres que possuem uma condição socioeconômica pessoal favorável, proveniente, principalmente, dos rendimentos deste homem, mas ainda se encontram vulneráveis sob a ótica emocional e afetiva, com a violência interpessoal que lhe é imposta. Por outro lado, há aquelas mulheres inseridas em famílias com poucos recursos materiais e financeiros, em que, junto ao parceiro íntimo agressor e aos filhos, estão vulneráveis em nível de sua própria subsistência alimentar ou de estrutura de moradia. Toda essa situação agrava-se pela perpetração da violência, como forma de comunicação e ainda regimento do lar e da família, levando-a à vulnerabilidade.

Ele [o ex-parceiro íntimo] falava pra mim: ‘vai embora, se vira, sai porque a casa é minha!’ Ele me deixava sem comer, daí eu tinha que pedir as coisas na casa dos outros. Mesmo morando na casa dele, ele dizia que não tinha dinheiro para comprar comida, mas um dia eu vi ele almoçando no bar. Isso me doeu muito (E1, 27 anos, solteira).

Primeiro eu estava dependendo das minhas filhas e depois eu fiquei dependendo dele [ex-parceiro íntimo]. Durante um mês eu vivi um luto, porque eu ainda gostava dele, né!? Quando comecei a vir aqui [CEAM], eu tinha dificuldade de pagar a passagem, pedia dinheiro pros outros (E14, 48 anos, viúva).

As desigualdades de gênero, impostas culturalmente, fazem ressurgir um novo contexto de vulnerabilidade, propiciando atitudes de violência contra a mulher, já que o homem detém as decisões no relacionamento. A busca pela 'igualdade de gênero' pode representar uma possibilidade de tomada de decisões pelas mulheres, tornando-as ativas e participantes na escolha das práticas sexuais que querem seguir, na utilização de insumos de prevenção, na autonomia sobre seu corpo e sua sexualidade (OLIVEIRA & ALMEIDA, 2013). Estas atitudes positivas que dizem respeito à sua vida sexual e reprodutiva facilitarão a saída da situação vulnerável, principalmente daquelas mulheres subjugadas a uma violência sexual pelo próprio parceiro íntimo.

Nos momentos em que ocorrem incidentes críticos, pode-se ver diante de redes sociais que se orientam claramente para a partilha e acolhem a dificuldade como oportunidade de consolidação dos laços já existentes ou de criação de laços novos; ao passo que outras redes, na mesma situação, podem gerar conflitos, fragmentação e isolamento, orientando-se para a individualização e, conseqüentemente, para a dependência diante da necessidade que aparece. Esses dois movimentos podem ser observados tanto nas redes sociais primárias quanto nas redes sociais secundárias (SANICOLA, 2008).

Um incidente crítico claro na vida dessas mulheres é a violência interpessoal imposta frequentemente. O fato de se isolarem ou permanecerem dependentes dos parceiros agressores vai depender muito do meio social e, principalmente, das pessoas com quem se relacionam, em nível de rede social primária ou secundária. Estes elementos da sua rede social podem ser indiferentes, apáticos ou insensíveis diante da vulnerabilidade desta mulher, ou podem fortalecer os seus laços, promovendo a ajuda em suas demandas sociais e, especificamente, emocionais, materiais, em serviços ou informações.

O relacionamento interpessoal entre homens e mulheres está também atrelado a uma relação de poder, nas instâncias física, econômica, política, social e, até mesmo, intelectual. Estes aspectos, individualmente ou sobrepostos, implicam em diferentes situações de vulnerabilidade das mulheres à violência (VIEIRA et. al, 2012). Para aquelas que conseguiram romper com o relacionamento violento, o reajuste a uma nova vida é um período difícil que requer experiências de autonomia, independência e segurança. Estas mulheres requerem um aumento da autoconfiança, com o resgate da identidade que haviam perdido, redefinindo e concretizando uma nova vida (LEITÃO, 2014).

Muitas dessas mulheres em situação de violência nunca tiveram uma autonomia ou autossuficiência bem desenvolvidas. Isso vai muito além da própria independência financeira, mas está diretamente relacionado com atitudes e comportamentos que demonstrem uma firme

capacidade intelectual e prática de desenvolver-se, encarar os problemas ou mesmo enfrentar as adversidades da vida diante de quaisquer circunstâncias. Algumas sempre foram subservientes aos pais ou responsáveis, e após a união consensual com o parceiro íntimo, passam a ser dependentes e subordinadas a eles. Por outro lado, esse quadro pode ser revertido se a mulher tiver o apoio de elementos do seu convívio social, desde amigas que a aconselhem até instituições de segurança ou saúde que prestem um apoio mais concreto, prático e resolutivo, diante das sanções legais cabíveis.

Sanicola (2008) declara ainda que a rede social pode livrar seus membros da dependência, perante o provimento de suas necessidades individuais e coletivas. Quando as pessoas tendem a procurar umas às outras quando estão em dificuldades, da mesma forma, costumam buscar não tanto ou apenas a autossuficiência, mas sua autonomia pessoal, ou seja, uma capacidade de se encarregar das próprias necessidades em conjunto com as pessoas mais próximas, em termos não apenas de conhecimento e compreensão dos problemas, mas, também, de obtenção de soluções originais e criativas.

As mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo foram aquelas que estavam realizando um acompanhamento junto ao Centro Especializado de Atendimento. Isto já se configura que estão buscando alguma forma de apoio, o que caracteriza o seu processo de autonomia, na busca por sua própria autossuficiência. Mesmo aquelas que contaram com ajuda de alguma amiga ou de outra instituição para o encaminhamento ao CEAM, o que mais importa é que em algum momento elas tomaram uma atitude e decisão de reagir diante da vulnerabilidade e dependência imposta pela violência interpessoal.

A necessidade humana dessas mulheres em situação de violência, isolamento e dependência, por sua natureza, interpela e gera um movimento afetivo que se traduz, de acordo com Sanicola (2008), no fato de os elementos da sua rede social assumirem a responsabilidade pela resposta às suas necessidades. Esse movimento implica individual e comunitariamente os membros da rede social primária – familiares, parentes, amigos, vizinhos e colegas de trabalho ou tempo livre, envolvendo igualmente aqueles ajudantes naturais, sobretudo os ligados à esfera da proximidade.

Sobre este aspecto, se expressa a seguir a terceira categoria de análise ou unidade de significação, referente ao apoio social dos elementos da rede social primária às mulheres em situação de violência interpessoal, que será descrita, discutida e analisada a seguir:

CATEGORIA 3: A importância da rede social primária no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo

Esta categoria emergiu em 101 (cento e uma) URs, correspondentes a 33,3% de um total de 304 (trezentas e quatro/100%) URs extraídas das 20 entrevistas (corpus da pesquisa) realizadas com mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo. Esta categoria será discutida e analisada a seguir, com a exemplificação dos depoimentos mais significativos das depoentes do estudo.

Entre os discursos das mulheres, predominou uma relação de ajuda no âmbito emocional, material e informativo prestado às mulheres em situação de violência, apoio este proporcionado por parentes, especialmente irmãos e filhos, além de amigas e colegas. A proximidade física desses membros da rede social primária, em relação à mulher participante do estudo, proporciona um *vínculo normal* ou *forte*, sendo uma base de apoio para muitas, diante das adversidades impostas pela violência do ex ou atual parceiro íntimo.

Minha ex-cunhada, irmã do meu ex-parceiro, é que me ajuda a cuidar das crianças [filhos] porque ela compra os materiais da escola. Na época que saí da casa do meu ex, quem me acolheu foi minha irmã e me ajudou com comida, casa, e cuidando dos meus filhos quando saía pra trabalhar (E9, 30 anos, solteira).

Tenho uma pessoa que é muito minha amiga, sempre tem a mão estendida pra mim e já me deu muito apoio psicológico. Outra amiga da igreja me levou pra casa dela quando sofri a última violência mais grave, aí fiquei lá uns dias, até me recuperar (E20, 27 anos, casada).

Os relacionamentos interpessoais geralmente 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 as pessoas, enquanto o apoio informativo relaciona-se com as orientações e informações disponibilizadas sobre recursos da comunidade (CARLOS et. al., 2014).

De acordo com a teoria de rede social de Sanicola (2008), as redes primárias têm muitas características próprias das famílias, dos grupos e dos sistemas, mas, ao mesmo tempo, os transcendem. No caso das mulheres em situação de violência, como se evidenciou neste estudo, suas amigas as ajudaram a procurar por instituições, elementos da rede social secundária, que oferecessem um atendimento profissional qualificado.

No decorrer da pesquisa, evidenciou-se que as mulheres em situação de violência mostraram um perfil pessoal que vai além das suas próprias características físicas ou psicológicas. As atitudes e comportamentos do indivíduo são diretamente influenciados pelas pessoas que estão ao seu redor, ou seja, sua rede social, incluindo as instituições oficiais de reclusão, saúde, segurança ou assistência social. O primeiro círculo social em que a mulher se encontra é sua própria família, onde ela deveria sentir-se bem, segura e tranquila. Portanto, ao considerar as atitudes violentas advindas do próprio parceiro íntimo, inferimos o quão prejudicada e conflituosa poderá ser esta relação familiar em um ambiente em que deveria ser resguardada a integridade pelos seus próprios membros.

Sanicola (2008) afirma ainda que o parentesco, na lógica da pertinência à família, tem como ponto mais precioso de sua competência o cuidado que oferece a seus membros. Essa competência, tendo por base o critério da proximidade, se manifesta quando surgem necessidades específicas, em situações de emergência. Estas podem manifestar-se quando a mulher não suporta mais as agressões do parceiro íntimo no ambiente doméstico e solicita auxílio para pessoas ou instituições.

A maioria das participantes da pesquisa teve pelo menos um familiar ou parente, de vínculo *forte*, que a ajudou de alguma forma, com apoio material ou emocional. As principais ações foram doação ou empréstimo de dinheiro, acomodação na residência de parentes, doação de bens ou mantimentos para a subsistência, além do acompanhamento a alguma instituição da rede social secundária para atendimento profissional especializado. O apoio emocional desses parentes foi caracterizado pelo diálogo com vista à manutenção da autoestima das mulheres, pelo incentivo para que buscassem o CEAM ou a DEAM para a denúncia do parceiro íntimo.

Foi minha amiga que me falou do CEAM e para vir aqui procurar ajuda, dizendo que existia esse Centro de apoio onde poderiam me orientar melhor. A outra minha colega, foi quem me ajudou a arrumar minhas coisas para sair de casa e ir para a casa da minha filha (E7, 72 anos, solteira).

O meu irmão foi a primeira pessoa que procurei ajuda, porque ele é advogado, então me orientei com ele, que me deu uns conselhos sobre o que fazer pra acabar com isso [violência interpessoal]. Minha irmã me ajudou no lado afetivo e prático também, porque fiquei uns dias na casa dela (E11, 45 anos, solteira).

Analisando a assistência específica da família à mulher, Sanicola (2008) afirma que este núcleo social desempenha algumas funções, como a *educação do eu*, estabelecendo a experiência da primeira socialização, o que permite o desenvolvimento de confiança,

reciprocidade 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 sociais primárias e aciona o acesso às redes sociais secundárias. A função de *transação* ocorre de dentro da família para as redes sociais e vice-versa, uma vez que se abre à dimensão social, transmitindo e recebendo valores, recursos e competências; enquanto a função de *proteção* vem de modo a proteger e defender seus membros, tendo como fim o bem comum.

O quantitativo de amigos/as na rede social primária variou muito, dez mulheres referiram presença em sua vida de apenas um a três deles, que as ajudaram emocionalmente, defendendo sua autonomia e incentivando também a procura por apoio profissional junto à rede de assistência, como o próprio CEAM, cenário deste estudo. Vale ressaltar que duas mulheres referiram não ter qualquer relação de amizade em suas relações de rede social. Segundo Sanicola (2008), a rede de amigas constitui uma trama de relações específicas e qualitativamente inconfundíveis, que podem configurar um âmbito de apoio, a ponto de se constituírem em dinâmicas de solidariedade de grande fôlego coletivo.

Quanto mais uma pessoa envelhece, menor é o número de amigos presentes na rede social. Isso é determinado por dois fatores de significado cultural: a maneira de viver o trabalho como realidade que abrange a totalidade dos interesses, de modo que toda a vida de relações se dá no âmbito profissional; e a maneira de viver a família como âmbito que engloba todas as expectativas, desejos e possibilidades de uma vida com relação familiar (SANICOLA, 2008).

A violência interpessoal 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 com os filhos que, por vezes, vivenciam a violência no núcleo familiar; frequentemente, estes são os mais prejudicados em seus cuidados, pelo desequilíbrio emocional da mulher proporcionado pela violência.

Os filhos são membros importantes na rede social dessas mulheres, com quem praticamente todas elas mantêm um vínculo forte, independente da idade ou de coabitarem ou não com as mães. Elas se preocupam com a integridade e saúde desses jovens que, em alguns casos, também vivenciaram a violência interpessoal por parte do pai. Em especial, os filhos mais velhos são aqueles que apoiam emocionalmente suas mães, consolando-as nos momentos posteriores às agressões, ou ainda aconselhando-as a procurarem um centro de atendimento especializado.

Minha filha estava me dizendo que não preciso passar por tudo isso [violência interpessoal], e que também não tenho que me sentir culpada. Minhas filhas também me acudiram quando sofri a violência. Uma delas foi na delegacia da mulher comigo (E15, 43 anos, divorciada).

Os meus filhos me apoiaram com afeto quando denunciei o pai deles, porque eles viam o que sofria. Conversei sobre a violência com um dos meus filhos, e ele falava pra denunciar o pai. Ele me apoiava de um jeito emocional pra eu reagir nessa situação [violência interpessoal] (E18, 45 anos, divorciada).

Estudiosas como Trigueiro et. al. (2014) descrevem que, diante do sentimento materno de proteção e preservação da vida, assim como da necessidade de prover um ambiente familiar saudável para o desenvolvimento dos filhos, as mulheres sentem a necessidade de enfrentar e romper com o ciclo da violência.

A violência às crianças resulta em graves consequências para o seu desenvolvimento psíquico e comportamental. Aquelas expostas à violência doméstica são vítimas e testemunhas de um fenômeno que constitui uma séria ameaça para o seu desenvolvimento adaptativo. Logo, é importante protegê-las, sem negar o seu direito de participação em qualquer assunto central nas suas vidas, sobre o qual têm direito a serem ouvidas (GONÇALVES & SANI, 2015).

O desenvolvimento neuropsíquico das crianças está ligado à participação ativa em um ambiente familiar que seja harmonioso, promovendo as oportunidades para o seu desenvolvimento físico e emocional. Para isso, é imprescindível a participação ativa dos pais no processo de educação dos menores. Essa responsabilidade é, primeiramente, da família, mas também compartilhada com a esfera escolar, onde a criança aprenderá a desenvolver atividades em grupo. Em contrapartida, quando a criança vivencia ou presencia a violência entre os pais no ambiente doméstico, o desenvolvimento de suas habilidades psicológicas ou mesmo comunicativas é prejudicado. Portanto, a violência contra a mulher prejudica também toda a rede social primária no que se refere aos parentes, amigos e vizinhos mais envolvidos no contexto familiar desta mulher.

As redes sociais primárias são geradas ao longo do tempo, 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. 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 (SANICOLA, 2008).

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 por diversos motivos, dentre eles, a violência do parceiro íntimo. No momento da entrevista, elas estiveram livres para escolher e definir os indivíduos e os vínculos estabelecidos, que variaram principalmente de acordo com o apoio recebido ou com as diferentes reações diante da ciência dos atos agressivos. Por vezes, ainda há uma naturalização da violência por parte de parentes e amigos, que tendem a culpabilizá-la pelos atos agressivos dos parceiros.

As minhas irmãs nunca me davam razão. Elas diziam que ele [o ex-parceiro íntimo] me agredia porque ele tinha ciúmes e me amava muito. Eu nunca entendi assim, porque violência é ruim de qualquer jeito (E19, 29 anos, solteira).

O meu pai já agredia a minha mãe quando eu era pequena, então era como se isso fosse comum na minha família. Então quando eu falei pras minhas irmãs que eu estava sofrendo violência, elas nem ligaram e muito menos me ajudaram (E13, 54 anos, divorciada).

Neste momento, quando muitas vezes as mulheres não têm o apoio ou ajuda da rede social primária, recorrem às instituições da rede social secundária, por vezes sozinhas, como relataram catorze (14) mulheres neste estudo. Sobre este movimento, o método desenvolvido pela intervenção de rede postula que as redes sociais primárias – a família, em primeiro lugar – devem estabelecer uma relação de autonomia com as redes sociais secundárias, as quais, por sua vez, devem prestar ajuda sem, com isso, substituir as redes sociais primárias e expropriá-las de seu potencial de protagonismo social (SANICOLA, 2008).

Diante da análise dos relatos das participantes da pesquisa sobre a atenção das instituições e centros aos quais recorreram, emergiu uma quarta categoria/unidade de significação para elucidar o apoio prestado pela rede social secundária, denominada na categoria a seguir:

CATEGORIA 4: A importância da rede social secundária no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo

Entre as 20 (vinte) entrevistas analisadas (corpus de análise), correspondentes ao total de 304 (trezentas e quatro/100%) das URs, 72 (23,7%) referem-se ao apoio prestado pelos elementos da rede social secundária às mulheres em situação de violência. Esta unidade de

significação também será descrita por meio da análise de conteúdo, com a exemplificação de depoimentos das participantes da pesquisa.

Dentre as redes sociais secundárias formais, caracterizadas pelas trocas de direitos, dezesseis (16) mulheres em situação de vulnerabilidade pela violência interpessoal recorreram à DEAM como uma instituição de reclusão. Este cenário foi o primeiro local onde a maioria dessas mulheres buscou um atendimento institucionalizado, do qual requeriam, principalmente, a sua proteção e a dos filhos. A reclusão dos parceiros íntimos não era uma prioridade para essa população, pelo menos naquele momento. A procura por um lugar seguro configurou-se como uma necessidade dessas mulheres quando buscaram a delegacia.

A DEAM me ajudou demais, porque me acolheu, foram muito atenciosos, e me deixaram abrigada num quarto com os meus filhos, até que me levaram para o Casa-Abrigo. Então, penso que eles me deram todas as informações que precisava, mas também, tiveram afeto e sensibilidade comigo (E6, 25 anos, casada).

A DEAM me ajudou mais dando-me informação, porque não sabia dos meus direitos. Foi ali que fui conhecendo o que podia fazer pra não viver mais uma vida tão difícil, com a violência dentro de casa. Nas conversas com a psicóloga, ela sempre me ajuda a tomar minhas decisões, sempre dizendo o que é pro meu bem (E8, 53 anos, casada).

Nas DEAMS, predominou um apoio informativo e em serviços a essas mulheres, que receberam, principalmente, instruções a respeito dos seus direitos em justiça e cidadania, sobre o registro da violência vivenciada em boletim de ocorrência, bem como as formas de punição e reclusão a serem impostas aos parceiros íntimos. Posteriormente, no caso de metade das vinte mulheres entrevistadas, a delegacia as orientou e encaminhou para o CEAM, aconselhando esta população de que lá teriam um atendimento psicológico especializado e resolutivo para o quadro depressivo em que muitas dessas mulheres se encontravam.

Para alguns autores, como Gomes et. al. (2013), chama a atenção à percepção da violência contra a mulher como um problema apenas policial. Eles observam que vários profissionais de diferentes áreas, como saúde e serviço social, restringem sua conduta 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 situação de violência. Na verdade, este é um paradigma que não reflete o fenômeno sócio-histórico-cultural da violência interpessoal, tendo em vista suas repercussões para as diversas áreas do conhecimento em ciências sociais, econômicas, políticas, jurídicas e biológicas.

Um quantitativo de oito mulheres entrevistadas nesta pesquisa, posteriormente à DEAM, foi encaminhado para o Fórum. Neste local, ocorreram as audiências, ainda com a

presença do parceiro agressor, onde foram definidas medidas protetivas de urgência, como o afastamento do lar e da convivência com a mulher.

Primeiro passei pela DEAM, onde fui bem atendida, as pessoas [profissionais] que falaram comigo me respeitaram muito. Depois eles me mandaram para o Fórum, para prosseguir com o processo. Lá me atenderam com muita atenção e também dignidade (E9, 30 anos, solteira).

A DEAM me ajudou dando-me proteção, depois me encaminharam para o Fórum de onde saiu a medida protetiva. As informações que me deram também foram importantes. Tiveram muito respeito por mim na DEAM. No Fórum falei com uma psicóloga que me orientou sobre o processo. Acho que a ajuda maior do CEAM vem no sentido afetivo, aqui tratam a gente de uma maneira muito humana (E14, 48 anos, viúva).

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. Esta atitude propiciou a formação de vínculos fortes com esta instituição e com as profissionais que ali trabalham, as quais consideram amigas pelo tratamento oferecido; entretanto, restritas ao ambiente do CEAM.

Aqui no CEAM estou sendo orientada sobre o que é melhor fazer. Só aqui é que estou vendo solução para o meu problema [da violência interpessoal]. Aqui é ótimo, as consultas com a psicóloga são um conforto e me fazem bem, e acho que abrem os meus olhos para uma vida melhor (E12, 59 anos, casada).

O CEAM é um lugar que se compromete em ajudar e dar um suporte. As instituições me ajudaram mais do que as pessoas. Tanto na delegacia como no CEAM, fui informada sobre os meus direitos nesse caso da violência. Mas a psicóloga daqui também conversa com a gente e acaba melhorando a nossa autoestima e a vontade de vencer (E13, 54 anos, divorciada).

Neste aspecto, Oliveira e cols. (2012) afirmam que as condições de violência interpessoal demonstram a importância de uma ampla, integrada e eficaz rede intersetorial na atenção à saúde da mulher. Esta rede deverá ser composta minimamente por Casas-Abrigo, Centros de Referência e Reabilitação, Defensorias e Delegacias da Mulher. Poderão ser assumidos contornos relevantes para a garantia da integralidade e da efetividade do atendimento às mulheres.

Entre as vinte mulheres entrevistadas, somente sete, em algum momento, procuraram por instituições de saúde diante das consequências da violência interpessoal. Dentre estes estabelecimentos, predominaram Unidades Básicas de Saúde, Clínicas da Família e Unidades de Pronto Atendimento. As duas primeiras foram cenários que as mulheres procuraram, referindo múltiplas queixas, mas sem revelar a violência vivenciada na relação com o parceiro. Diante do olhar atento, aproximação e formação de vínculo com médicos, enfermeiros e psicólogos, estes perceberam a origem das queixas e os traumas da violência às mulheres; prestaram os cuidados físicos e estruturais em saúde e as encaminharam também para o CEAM.

Foi o posto [de saúde] que me ajudou, o pessoal que trabalha lá sempre me dá muita atenção, porque é lá que faço o pré-natal também. Eles sempre ficam preocupados comigo e perguntam se estou me alimentando bem. Porque eles sabem da violência que vivo em casa (E1, 27 anos, solteira).

Os psicólogos e a enfermeira da Clínica da Família que mais estiveram juntos comigo nessa situação [violência]. Foram eles que mais me ajudaram. Na Clínica da Família, o tratamento é mais humano, não tem uma coisa específica, e é uma ajuda afetiva, de informação e orientação também (E2, 49 anos, viúva).

Por vezes, a falta de percepção da violência conjugal como objeto da área da saúde acaba por vulnerabilizar ainda mais as mulheres, levando-as ao adoecimento pela vivência de um cotidiano permeado por ações desrespeitosas. Quando não se sentem acolhidas pelos profissionais de saúde e decididas a não realizar a denúncia, as mulheres permanecem no silêncio. A articulação da área da saúde com outros serviços, como os de segurança e justiça, é relatada pelos profissionais enfermeiros e médicos como estratégia indispensável no enfrentamento da violência conjugal (GOMES et. al, 2014b).

No atendimento dos serviços de saúde às mulheres em situação suspeita ou confirmada de violência, um dos detalhes mais importantes é explicar a diferença entre a notificação compulsória da violência e a denúncia do agressor às esferas de segurança. Faz-se importante explicar às mulheres que a primeira, realizada exclusivamente pelos serviços de saúde, serve para a criação e aperfeiçoamento de políticas públicas para o apoio e defesa das mulheres em quaisquer situações de vulnerabilidade. Isto não tem relação direta com a denúncia do parceiro íntimo às autoridades policiais que, se ela assim o desejar, poderá realizar em qualquer delegacia convencional ou DEAM. Com esta última atitude, busca-se, em primeira mão, a reclusão do agressor com o suporte da Lei Maria da Penha.

Destaca-se o papel fundamental da Estratégia Saúde da Família (ESF) no reconhecimento dos casos de violência à mulher. Esta problemática é traduzida e revelada a partir de uma demanda da população feminina por outros cuidados de saúde e no enfrentamento das necessidades de bem-estar de mulheres que vivenciam a violência interpessoal. A intervenção em saúde nesses casos é facilitada pelo vínculo propiciado por sua lógica de atenção e sua atribuição em promover a intersetorialidade (GUEDES e cols., 2013).

Apenas quatro mulheres contaram com a ajuda de instituições de educação. Destas, duas estavam estudando, e declararam que os professores as ajudaram com a remarcação de avaliações, a partir do momento que souberam da fragilidade da mulher, causada pelas situações de violência. Uma dessas mulheres ainda estava estudando escondida do marido, pois sabia que ele nunca apoiaria sua determinação. Em situação especial, outra mulher recebeu um apoio material da escola onde o seu filho estudava, quando uma professora doou mantimentos para a sua subsistência.

A professora da escola do meu filho me deu um colchão pra eu dormir melhor com o meu filho. E toda vez que tinha sopa na escola, essa professora também me dava um pouco para levar pra casa, pra ter o que comer com ele mais tarde (E1, 27 anos, solteira).

A professora do meu curso de técnico de enfermagem me apoiou muito também quando soube da minha história. Eu acabei contando tudo pra ela, com muita vergonha, depois que tinha perdido um dia de prova e ela ficou chocada. Então me deu outra chance de fazer a prova. Desenvolvi um vínculo normal com ela, porque no final das aulas ela sempre pergunta se estou bem e se estou precisando de alguma coisa (E5, 49 anos, solteira).

Todos os elementos das redes sociais secundárias formais aqui descritos foram fundados na reciprocidade, direito, dinheiro ou combinação desses meios. Eles atuaram sobre o princípio da igualdade, com trocas baseadas no direito ou na cidadania, e utilizaram a redistribuição como método e a lei como meio. Um de seus principais critérios é a exigibilidade, quando podem justamente ser exigidas pelos usuários. Estas redes ainda se financiam pelo sistema de cotização, prestando serviços ou concedendo auxílios (SANICOLA, 2008).

Em outro plano, os elementos pertencentes às redes sociais secundárias do terceiro setor foram as igrejas ou centros espíritas, onde dezoito mulheres declararam praticar alguma religião, pelo menos uma vez por semana, sendo oito com um vínculo forte. Afirmaram que iam à igreja para manifestar a sua crença e sua fé, mas que não revelaram para qualquer pessoa a respeito da violência vivenciada. Essas mulheres tinham muito medo da repressão

dos seus líderes religiosos, pelo fato de quererem se separar ou já estarem separadas dos parceiros íntimos.

As redes sociais secundárias de terceiro setor, a exemplo das igrejas, adquirem um significado particular, ocupando uma posição intermediária entre o informal e o formal. Essas redes, mesmo não pertencendo à esfera das relações primárias, estão próximas culturalmente, pois são animadas pelo espírito da doação e se fazem intérpretes das necessidades da comunidade (SANICOLA, 2008).

Vale ressaltar que uma das depoentes e seu marido contaram com a ajuda de um grupo de apoio social para dependentes químicos, na igreja evangélica que frequentam. As reuniões em grupo proporcionaram apoio emocional e psicológico a eles para conseguirem a abstinência do uso de drogas. A mulher declara que eles já não fazem uso de drogas há dois anos, porém o marido continua com o abuso de bebidas alcoólicas, o que propicia comportamentos hostis de violência contra a mulher.

A igreja me ajudou mais, porque me tirou das drogas, e também porque me fez acreditar mais em Deus, foi uma ajuda muito legal que tive. Na DEAM fui bem atendida, as pessoas [profissionais] me informaram e me respeitaram muito. No Fórum também me atenderam com muito respeito e dignidade (E20, 27 anos, casada).

As redes sociais secundárias do terceiro setor, como elementos de voluntariado organizado, cooperativas sociais, associações e fundações, como igrejas e ONGs, são baseadas nas trocas de solidariedade e de direitos. Evidenciam-se pela reciprocidade e intercâmbio de direito e solidariedade e são compostas basicamente por organizações da sociedade civil que prestam serviços, mas sem fins lucrativos (SANICOLA, 2008).

A maioria das mulheres entrevistadas na pesquisa, doze, estava empregada e tinha uma renda própria, ainda que baixa, o que caracterizou uma relação razoável com a sua rede social secundária de mercado. Nove depoentes sentiam-se bem em suas atividades remuneradas, com que definiram vínculos normais ou fortes, enquanto outras três mulheres não estavam satisfeitas com suas funções, seja pelo baixo retorno financeiro ou pelo cansaço excessivo em vivenciar uma dupla jornada, entre trabalhar fora e as atividades domésticas e cuidados com os filhos.

Uma pesquisa realizada na Espanha a respeito da violência por parceiro íntimo contra as gestantes demonstrou o emprego de algumas dessas mulheres no mercado de trabalho como um fator de proteção significativa contra qualquer uma das três formas de violência pelo parceiro, seja física, sexual ou psicológica (VELASCO et al., 2014). Esta pesquisa

particularmente investigou aquelas mulheres que buscaram apoio junto ao CEAM, direta ou indiretamente; para isto, o fato de estarem inseridas no mercado de trabalho foi um fator determinante para a tomada de decisão pelo rompimento da relação com o parceiro íntimo.

Sanicola (2008) afirma que as redes sociais secundárias de mercado utilizam como meio o dinheiro, onde há possibilidade de saída, havendo vínculos somente em relação ao que se troca. Estas redes pertencem à esfera econômica, baseiam-se no princípio da equivalência e utilizam como método o mercado, no ato de comprar e vender. Por outro lado, as redes sociais secundárias mistas combinam meios de intercâmbios, prestam serviços assegurando direitos e agem mediante respectivo pagamento, fazendo gerar também o dinheiro.

Duas mulheres definiram vínculos normal e forte com advogados, membros pertencentes às redes sociais secundárias mistas, onde pode haver trocas de direito e de dinheiro. Estes magistrados intervieram nas ações judiciais e protetivas às mulheres, quando estas não viam resolutividade nas instâncias dos serviços públicos em segurança e justiça.

As discussões sobre essas redes sociais permitem elaborar um novo paradigma, útil à compreensão de um princípio de organização da sociedade inovador, que supera os tradicionais, segundo os quais o laço social se estabelece graças a papéis instituídos e às funções a estes correspondentes, ou em consequência de trocas entre sistemas e subsistemas (SANICOLA, 2008), principalmente nesta pesquisa, onde cada instituição exerceu seu papel e funções em rede social secundária, por um sistema de referência e contrarreferência, proporcionando uma atenção à integridade física e psicológica das mulheres.

Segundo Santos e cols. (2014), para que ocorra a resolução do problema da violência contra a mulher, é necessário que órgãos competentes, como as Delegacias de Defesa da Mulher, apoio jurídico, suporte psicológico, Casas-Abrigo e Organizações não Governamentais (ONGs) estejam aptas para fazer a intervenção. Estas instituições devem decidir, juntamente com a mulher agredida, quais seriam as melhores estratégias para solucionar o seu caso. Para isso, a mulher deverá ser incluída como participante ativa, na responsabilidade pelo destino de sua vida.

O primeiro passo na busca por apoio é de responsabilidade efetiva da própria mulher, quando procura a assistência profissional diante da violência vivenciada. Por outro lado, deve haver uma boa interação e comunicação efetiva entre os órgãos governamentais e oficiais responsáveis pelo suporte a essa população feminina. Os elementos em segurança, saúde, assistência social e jurídica devem conhecer bem e melhor os trabalhos uns dos outros, articulando atividades efetivas em rede social. Esta interação ainda não é clara e evidente no discurso das mulheres entrevistadas nesta pesquisa, o que demonstra como ainda é preciso

aperfeiçoar os modelos de referência e contrarreferência no auxílio em rede às mulheres violentadas pelos parceiros íntimos.

No processo de atenção às mulheres que vivenciaram violência pelo parceiro íntimo, é necessário compreender seus comportamentos, sentimentos, ideias e significados dentro de um contexto de rede social (SOUZA et. al., 2009b, p.70). Deve haver também um empenho em considerar as dimensões das necessidades dessa clientela, seja pela falta ou pelo desejo de encontrar ajuda junto a pessoas ou instituições, com o objetivo de se buscar a operacionalização entre os elementos da rede social e o apoio de que necessitam para romper o ciclo da violência pelo parceiro.

Sanicola (2008) considera ainda que este movimento do personagem central da rede social, neste caso a mulher em situação de violência, entre os elementos que lhe podem servir de apoio, também é efetivado pelo operador de rede. Este deve promover um processo cognitivo, encorajando um movimento de transformação, em um movimento dialético, da individualização para a partilha e da dependência para a autonomia. Portanto, esta pesquisa se propôs também a identificar e analisar quais pessoas ou instituições mais auxiliaram essas mulheres em situação de violência a saírem do isolamento e a procurarem por sua independência, seja no âmbito emocional ou financeiro.

CATEGORIA 5: A atuação dos operadores de rede social no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo

Dentre as 20 mulheres entrevistadas nesta pesquisa (corpus de análise), geraram 304 (trezentas e quatro/100%) URs, e em 48 (15,7%) depoimentos foram identificados os operadores de redes sociais característicos. Estes estão descritos nesta quinta categoria/Unidade de Significação, analisada a seguir, por meio da análise de conteúdo, com a exemplificação de alguns depoimentos mais significativos das mulheres entrevistadas.

Os operadores de rede social descritos neste estudo foram pessoas e instituições, pertencentes às redes sociais primária e secundária. Todos tiveram a principal intenção de ajudar as mulheres de alguma forma, levando até a delegacia, por exemplo, como fizeram alguns amigos. Por outro lado, as instituições, como o Fórum, Centros de Atenção ou Delegacias Especializadas também estabeleceram contatos entre si, definindo uma relação de referência e contrarreferência às mulheres em situação de violência, sempre direcionando o atendimento para os serviços ou equipamentos especializados.

Uma amiga procurou na internet vários endereços que atendiam mulheres, e foi ela que me falou que tinha o CEAM, foi quando vim pra cá e me ajudaram muito. O Centro aqui também me sugeriu um curso gratuito, onde posso aprimorar minha escrita, porque quero concorrer a um mestrado (E4, 42 anos, divorciada).

Foi uma amiga que me falou do CEAM, me dizendo que existia esse centro de apoio onde poderiam me orientar melhor. Ela até ligou pra cá antes e perguntou se poderia vir. A assistente social daqui já marcou uma consulta com a advogada pra me orientar sobre a separação (E7, 72 anos, solteira).

A princípio, esses operadores de rede aqui descritos atenderam ao pedido de auxílio ou atenção das mulheres em situação de violência interpessoal. Sanicola (2008, p.165) descreve que o operador de rede não enfoca a necessidade ou o problema específico que precisa ser resolvido, mas volta sua atenção ao pedido de ajuda, como sinal de contradição nas relações de rede. O pedido de ajuda não é irrelevante, pelo contrário, é a parte do problema que se manifesta, vem à tona, torna-se audível, enquanto o resto continua escondido, mas já atuante, no momento em que o portador do pedido tomou a iniciativa de fazê-lo.

Em algum momento, vivenciando a problemática da violência, essas mulheres pediram ajuda a algum elemento da rede, diante da sua vontade pela superação da opressão em que se encontravam. Ou ainda, alguns desses membros notaram a necessidade expressa pelas mulheres, mesmo que não verbalizada, mas pela sua fragilidade diante das agressões. Seguindo esta lógica, Sanicola (2008) especifica que o pedido de ajuda se estabelece a partir de uma necessidade, mas indica, ao mesmo tempo, o desejo atuante de um sujeito, um desejo vital de existir e ser feliz. Esse desejo só se revela na relação com outro sujeito, ou com um âmbito de relações que esteja atento a reconhecê-lo, acolhê-lo e valorizá-lo.

Os elementos da rede social primária dessas mulheres que atuaram ou serviram como operadores de rede foram alguns parentes, amigos, colegas ou vizinhos. Estes as ajudaram quanto às informações, disponibilidade de recursos financeiros e, principalmente, acompanhando as mulheres até as instituições de assistência, na rede social secundária. Os elementos da rede social primária apoiaram as mulheres para a busca pela rede social secundária. Estas pessoas atuaram na solução de problemas e contribuições, com intervenções articuladas e resolutivas para a promoção e procura por soluções para as mulheres em situação de violência interpessoal.

Eu me senti fortalecida pelas minhas filhas pra ir até a DEAM denunciar. O que também foi bom pra mim foi a minha amiga que me arrumou um emprego na empresa em que estou agora porque ela disse que estava precisando trabalhar. Depois que fui na DEAM, eles me encaminharam para o Fórum, de onde me indicaram o CEAM (E14, 48 anos, viúva).

A minha vizinha é que me acudiu quando sofri violência, ela é advogada aposentada e me falou de tudo o que tinha que fazer pra denunciar. Depois, a irmã de uma das minhas amigas, que também é advogada, é que me explicou como era o procedimento. Ela foi no Fórum comigo e pediu a minha medida protetiva. O Fórum depois me encaminhou para o CEAM (E15, 43 anos, divorciada).

Nas entrevistas, a maioria das mulheres (catorze), fez questão de dizer que foram muito bem atendidas por vários elementos da rede social secundária, entre as instituições de atenção, principalmente o CEAM e a DEAM, além do Fórum, Hospitais e Postos de Saúde. O bom atendimento relatado pelas participantes desta pesquisa teve uma relação direta com o acolhimento prestado pelos serviços, além da atenção humanizada, escuta atenta e empatia. As seis mulheres que referiram vínculo normal ou frágil com o CEAM ou DEAM expressaram o fato de terem participado de poucas consultas, sendo difícil definir um vínculo, a partir do momento em que não tinham muito tempo de convivência.

Nesta instância, o acolhimento é entendido como uma postura e prática que promove a construção da relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, objetivando respostas resolutivas aos problemas identificados. Esse pressuposto é a base para uma prática assistencial mais assertiva à mulher em situação de violência (SILVA e cols., 2013). Os momentos em que estas mulheres buscam as delegacias ou centros de referência são reconhecidos como ocasiões desconfortáveis e tensas, justamente pelo medo e receio de um atendimento inadequado e não sensibilizado por parte dos profissionais.

Na mesma linha de pensamento, a empatia também é essencial para uma boa atenção às mulheres. Esta faz parte de um mecanismo de atendimento humanizado e se faz necessário para possibilitar o tratamento das queixas físicas, a construção do vínculo, o que oportuniza uma atenção eficaz, gerando os encaminhamentos, orientações e, possivelmente, prevenção da recorrência de outras violências. Para compreender os motivos que levaram a mulher a permanecer na situação de violência, será necessário que o profissional entenda as experiências e sentimentos desta população (BARALDI et. al., 2012).

A ideia de um operador de rede serve justamente para que este promova uma intervenção de rede. Esta ação tem como principal objetivo proporcionar apoio à mulher, ajudando-a a sair de sua individualidade e dependência para a partilha e sua autonomia. Deste modo, poderão libertar-se do ciclo de violência interpessoal, principalmente por meio do rompimento do relacionamento conflituoso com o parceiro. Quando alguns elementos, entre pessoas ou instituições, promovem ações articuladas e relacionadas em rede social, propõem-se alternativas para a intervenção de rede. Tal situação estará baseada efetivamente no

movimento dialético em favor da independência e sociabilidade das mulheres em condição de violência interpessoal.

Na Clínica da Família uma enfermeira e dois psicólogos ligaram para o CEAM primeiro e conversaram sobre o meu caso com a psicóloga daqui. Daí que eles falaram para vir no CEAM. A enfermeira nunca me deixou, ela não transferiu o meu caso e me largou, ela sempre me acompanha (E2, 49 anos, viúva).

Foi minha amiga que me incentivou a ir até a DEAM, ela também foi comigo na delegacia na primeira vez. Ela me ajudou até com o dinheiro de passagem pra eu ir na delegacia, e depois nas audiências (E19, 29 anos, solteira).

A intervenção de rede se apoia em dois pilares. A primeira está ligada ao risco da vulnerabilidade como relação de equilíbrio/desequilíbrio entre desafios e recursos; segundo o método da intervenção de rede, esse tipo de vulnerabilidade pode ser reduzido com o aumento de recursos. A segunda hipótese propõe considerar, como recursos, as redes sociais primárias a que o sujeito pertence, e as redes sociais secundárias, enquanto capital social com o qual pode contar para enfrentar os desafios da vida. A intervenção de rede, portanto, trabalha sobre o risco de vulnerabilidade das pessoas e pode reduzi-lo, consideravelmente, na medida em que consegue ampliar, em quantidade e qualidade, o capital de relações humanas à disposição (SANICOLA, 2008).

Diante de sua vulnerabilidade, as mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo contaram com o apoio de alguns elementos da rede social, que favoreceram a sua tomada de decisão. No discurso das depoentes, oito mulheres declararam que foram até à delegacia ou centro de atendimento sozinhas, por vontade própria, expressando um orgulho e coragem pelo direcionamento individualizado. Ao mesmo tempo, revelam que o apoio emocional anterior, de amigos ou parentes, foi justamente o que mais influenciou, de maneira positiva, em seu empoderamento para a busca de apoio especializado.

Quando a intervenção de rede se direciona na perspectiva da liberdade de ação do povo, realiza capilarmente o princípio de subsidiariedade. Esta ocorre tanto nas relações interpessoais quanto no desenvolvimento de redes que não são estabelecidas por lei, nem sustentadas pela lógica da economia, mas que, animadas pelo valor da gratuidade, visam a cuidar do coração do homem, do qual estão mais próximas que o Estado e o mercado (SANICOLA, 2008).

Neste pensamento, as pessoas da rede social primária que atuaram como operadores de rede foram aqueles elementos mais próximos das mulheres no seu cotidiano e conhecem os seus problemas em proximidade. Portanto, são amigos ou parentes que, por meio do apoio

emocional, transmitem confiança, segurança e sentimento de companheirismo, para que essas mulheres não se sintam sozinhas diante do processo vulnerável imposto pela violência interpessoal.

De acordo com pesquisadores como Dutra et. al.(2013), a abordagem de redes sociais nos estudos sobre a violência doméstica parece ser útil, na medida em que permite avançar na compreensão da dimensão relacional existente entre seus atores. O enfoque das redes sociais proporciona ainda a identificação de fenômenos, ao mesmo tempo, individuais e sociais, integrados pelos diferentes níveis de redes que compõem o tecido social.

A função do operador de rede é proporcionar a ampliação da rede social dessas mulheres, reconhecendo novos membros ou resgatando os antigos. Todos poderão fazer parte do círculo de convívio dessas mulheres, principalmente aqueles que pretendem auxiliá-la. As interações e vínculos com a rede social ajudarão no seu processo de partilha dos problemas do âmbito doméstico, deixando de introjetar, somente para si, toda a problemática. O processo de isolamento e dependência, se permanente, poderá levar as mulheres à cronicidade da violência e perpetuação das consequências impostas.

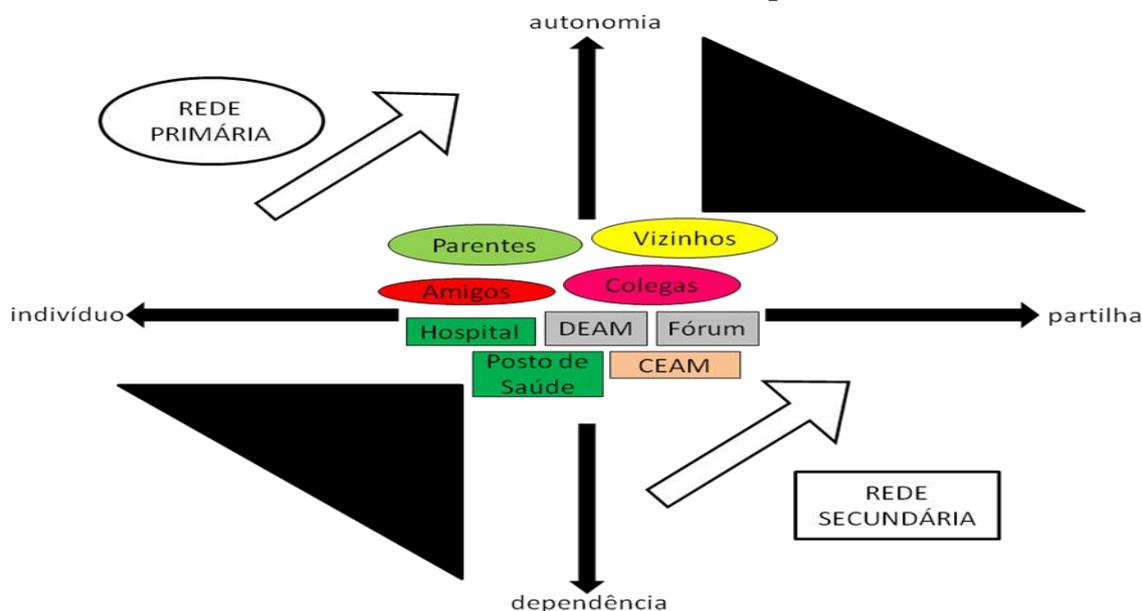
As redes sociais foram objeto de um conjunto de práticas, até muito disseminadas; realmente, não é raro encontrar operadores sociais que afirmam sempre terem trabalhado em rede, referindo-se ao fato de terem ido além dos limites de seu serviço e trabalhado com outras entidades, outros recursos, o conjunto dos usuários, da população ou do voluntariado (SANICOLA, 2008).

Um operador de rede não é aquele que simplesmente encaminha uma demanda de atendimento para outro serviço de assistência, mas aquele que acompanha de perto o elemento central da rede. Com a mulher em situação de violência, o operador pode ajudá-la, informando e orientando quanto aos caminhos que precisa trilhar na busca pelos seus direitos e cidadania. Ao concentrar esses esforços, a intervenção de rede vem à tona para garantir minimamente a integridade pessoal e estrutural dessas mulheres.

O nível operacional de toda essa rede social é o nível da ação, no qual aparecem mais claramente as duas dimensões fundamentais de todas as organizações de serviços, a cultura e as estratégias. Efetivamente, os operadores são o ponto terminal da cultura que caracteriza os níveis superiores e se traduz em ideias-base, modelos de comportamento e instrumentos. Ao mesmo tempo, as estratégias assumidas para a ação expressam tanto as opções das organizações a que os operadores pertencem quanto as suas convicções pessoais e profissionais (SANICOLA, 2008).

A figura 23 (abaixo) expressa uma ilustração adaptada do modelo original de Sanicola (2008). Esta evidencia os elementos das redes sociais primária e secundária que atuaram como operadores de rede. Por meio de intervenções articuladas em rede social, estes elementos levaram as mulheres em situação de violência ao movimento dialético do posicionamento individual e de dependência para a partilha e autonomia.

Figura 23 – Os elementos da rede social que atuaram como operadores na dinâmica da ação e intervenção de rede para apoio às mulheres em situação de violência interpessoal.



Fonte: SANICOLA, L. *As dinâmicas da rede e o trabalho social*. São Paulo: Veras, 2008. Adaptado por ALBUQUERQUE NETTO, L. *Redes sociais de mulheres em situação de violência: contribuições do mapeamento para atenção em saúde*. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (Tese de doutorado), p. 217, 2016.

Além dos parentes, amigos, vizinhos, colegas e profissionais inseridos nas delegacias, centros especializados de atendimento, fóruns, hospitais e postos de saúde, o enfermeiro pode inserir-se como um operador de rede, dentro da sua prática profissional. A identificação e reconhecimento do mapa de rede social dessas mulheres seria o primeiro passo em prol de iniciativas resolutivas. Dentre as necessidades apresentadas e demandas dessa população feminina, os enfermeiros devem seguir firmes na proposta de trabalhar com a rede social, encontrando os membros que possam dar apoio a esses atores sociais. Segundo Sanicola (2008), a rede social está sempre em movimento e os operadores devem privilegiar os espaços de vida da rede, ajustando-os às suas realidades.

A articulação intersetorial, reconhecida pelos profissionais como estratégia essencial de enfrentamento da violência, busca assegurar o envolvimento de diversos campos da

sociedade. O desenvolvimento de habilidades profissionais se faz importante para tais articulações, no sentido de favorecer os encaminhamentos das mulheres, considerando as suas demandas. Acredita-se que, desta forma, os encaminhamentos não se restringirão às delegacias, aumentando as chances de se promover, de fato, o cuidado à mulher em situação de violência (GOMES et. al., 2014b).

O enfermeiro, na prática cotidiana, reconhecendo uma mulher com indícios de violência, pode atuar como operador de rede, para além dos simples encaminhamentos às Delegacias ou Centros de Atendimento. Entre as vinte mulheres entrevistadas nesta pesquisa, somente duas citaram enfermeiras em suas redes sociais. Estas atuavam especificamente na Atenção Primária à Saúde, por meio das Clínicas da Família. As depoentes consideraram estas profissionais como amigas restritas ao ambiente da UBS, tendo em vista o acolhimento e a humanização da atenção prestada. Os relatos dessas duas mulheres estão descritos por considerarem a contribuição do enfermeiro na construção do mapa de rede social com a intervenção articulada e resolutiva que auxilie as mulheres em situação de violência pelo parceiro.

A primeira que me ajudou mesmo na violência foi a enfermeira do Posto, porque foi a ela que recorri primeiro, e depois ela foi me encaminhando. Ela foi a chave principal, chegou a ir até a minha casa, ouviu a minha história, sem pressa e chorei muito. Ela se sensibilizou e me motivou a reagir. E foi a partir dela que tive força para tomar uma atitude, primeiro de cuidar de mim e depois de procurar e fazer presença nas consultas com os psicólogos (E2, 49 anos, viúva).

A enfermeira foi muito boa pra mim. Notei como naquela Clínica da Família, todo mundo tinha que falar com ela. Era a enfermeira pra tudo, ela que resolvia quase tudo. E ela sempre dá um jeitinho de poder atender a gente, ela nunca deixa pra depois. Sentou comigo, me ouviu, conversou e orientou. Eu tive consulta com ela, assim como tive a consulta com o médico. Então essa enfermeira é como uma irmã pra mim, porque pude compartilhar tudo com ela, e me ajudou a ter mais força (E3, 49 anos, viúva).

Na atenção primária à saúde, os enfermeiros possuem muita autonomia diante da prática em serviço e dos demais membros da equipe de saúde, se comparado a outros cenários. Cada vez mais é requerido a estes profissionais que, no momento das consultas de enfermagem, realizem uma anamnese e exame físico detalhado e abrangente. Prática essa sempre atrelada a um olhar atento e escuta qualificada diante das reações, sinais, sintomas e queixas dos usuários dos serviços de saúde. Esse olhar holístico é o que permite revelar ou mesmo minimamente fazer com que desconfiem de situações de violência no âmbito intrafamiliar, principalmente contra a mulher.

Neste sentido, a inserção do enfermeiro nos serviços de acolhimento institucional é fundamental, visto a possibilidade de realizar atendimento individual, mediante consulta de enfermagem, a fim de desenvolver ações técnicas de cuidado relacionadas aos aspectos fisiológicos, assim como ações que envolvem a subjetividade e cultura das mulheres, identificando fatores de risco, prevenindo doenças, promovendo a saúde e auxiliando para melhorar a qualidade de vida (TRIGUEIRO & LABRONICI, 2011).

A personagem feminina ainda é reconhecida como o pilar estruturante principal do núcleo familiar. A organização do lar e cuidados com os filhos ainda estão muito atrelados à responsabilidade da mulher, sendo ainda difícil o compartilhamento desses compromissos com os parceiros íntimos, atrelados às relações desiguais de gênero. Especificamente são essas mulheres que procuram mais os serviços de saúde, mesmo que seja para a assistência aos filhos. Desta forma, é no cenário de atenção à saúde que, muitas vezes, elas revelam a problemática vivenciada pela violência no âmbito doméstico.

O operador de rede, na intenção de compreender e ajudar as pessoas, pode, mesmo que involuntariamente, assumir uma visão totalizante, reduzindo a uma prática técnica toda a riqueza de relacionamentos que constituem a trama da vida. A abordagem de rede, na verdade, é uma chave de acesso a uma realidade de relações humanas, cuja profundidade, tanto quanto o futuro, em última análise, continua a ser insondável (SANICOLA, 2008).

Ao se deparar com uma mulher que vivenciou a violência interpessoal do parceiro, o enfermeiro poderá organizar suas ações. Estas deverão voltar-se primeiramente para a proteção da integridade física e psicológica da mulher e de seus filhos. O profissional de saúde deverá conhecer bem o trabalho de instituições e centros de atendimento, assistenciais ou de emergência para otimizar ao máximo a assistência a essas mulheres, inclusive com o seu encaminhamento para abrigo, se comprovado o risco iminente de morte. O conhecimento da rede social primária também é importante, pois parentes, amigos, colegas ou vizinhos são pessoas próximas que também podem auxiliar essas mulheres.

O enfermeiro, ao prestar cuidado direcionado para a multidimensionalidade da mulher em situação de violência doméstica, poderá incitar o desenvolvimento do processo de resiliência, mediante postura de acolhimento, flexibilidade, abertura, escuta e diálogo. Essa atitude possibilitará conhecê-la, a fim de captar a dor íntima, aquela que não se trata com curativos e medicamentos, mas sim por meio de uma inter-relação ética, solidária e humanizada (TRIGUEIRO et. al., 2014).

Cabe ressaltar que as únicas duas mulheres que referiram a assistência de enfermeiras em sua rede social declararam a conduta acolhedora, com a propiciação de um espaço para o

diálogo, atendimento humanizado nas ações de anamnese e cuidados à saúde. Aliado a isso, houve também o reconhecimento e admiração pelas funções e papéis realizados pelas enfermeiras naquele cenário, incluindo a consideração pela posição de liderança que essas profissionais exercem entre os seus domínios de ação, e que ainda é pouco conhecida da maior parte dos usuários dos serviços de saúde.

A exigência de levar em consideração a dimensão coletiva dos problemas e, ao mesmo tempo, de continuarem ancorados de alguma forma ao sujeito portador de um pedido de ajuda, à pessoa e à família, gera nos operadores sociais a necessidade de práticas, não somente de cunho clínico, mas também atitudes que lhes permitem atuar no âmbito comunitário, mesmo contemplando a possibilidade de assumir uma responsabilidade sobre problemas individuais (SANICOLA, 2008).

No caso dos enfermeiros atuantes na rede de atenção primária à saúde, o seu trabalho vai muito além das Clínicas da Família onde atuam. As práticas de reconhecimento do território de atuação, por meio de visitas domiciliares e busca ativa por agravos à saúde daquela população, são ações que permitem uma maior aproximação dos usuários com os serviços de saúde. O enfermeiro tem a oportunidade de conhecer mais de perto o contexto financeiro, social, histórico e cultural em que vivem aquelas famílias, deparando-se com as situações de violência interpessoal, tantas vezes presentes nessas comunidades.

Sanicola afirma ainda que as práticas dos operadores sociais surgiram a partir de diversos impulsos, oriundos da sensibilidade individual de cada um, do contexto operacional territorial – ao facilitar o envolvimento de determinado serviço com um ambiente mais amplo – e de algumas transformações sociais significativas que levaram ao surgimento de novos sujeitos sociais, capazes de dialogar com os operadores e as organizações de serviço (SANICOLA, 2008).

Uma assistência de qualidade às mulheres em situação de violência interpessoal, por qualquer caráter ou nível de assistência, só será disponibilizada a partir do momento em que esses profissionais se sensibilizarem diante desta situação. Para isso, é preciso que todas as pessoas (membros) atuantes na rede social secundária libertem-se de seus preconceitos pessoais, não imprimindo qualquer juízo de valor às mulheres, já tão fragilizadas pela violência do parceiro íntimo no ambiente doméstico.

Uma pesquisa realizada por Sakata, Egry & Narchi (2014), por meio de referenciais de análise de políticas públicas referentes à Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, enfatiza que as ações de prevenção na área da violência são ainda pouco pensadas, institucionalizadas e empreendidas. Apenas metade dos serviços que

atendem a vítimas de acidentes e violência cuida desta importante ação que tem centralidade nas políticas, que coloca como sua diretriz principal a promoção da qualidade de vida e não apenas o tratamento dos agravos.

Em instituições de saúde, o enfermeiro, principalmente na atenção primária, pode promover grupos de reuniões com as mulheres, visando a processos de educação em saúde em diferentes temáticas. Ao elucidar assuntos sobre planejamento familiar, pré-natal, puerpério, amamentação e câncer de mama ou de colo de útero, será aberto um espaço para que estas mulheres criem um vínculo maior com a instituição de saúde na qual são assistidas, pois somente diante da possibilidade da obtenção da confiança e confidencialidade no serviço, as mulheres revelam algum problema no que diz respeito à violência interpessoal no âmbito doméstico, contra ela ou os seus filhos.

A atenção em saúde prestada às mulheres em situação de violência advém inclusive da obrigatoriedade da notificação compulsória desses casos de agressão. Pela Lei 10.778, de 2003, todo caso suspeito de violência doméstica deverá ser notificado. Este conjunto de informações servirá para a construção do perfil epidemiológico da população de uma determinada área, mapeando a incidência da violência contra a mulher, o perfil do autor, da pessoa submetida à violência e os tipos de agressão perpetrados, além do local de ocorrência.

A organização do trabalho nos serviços de saúde apresenta dificuldades de sobrecarga de alguns profissionais e a exigência de preencher mais um formulário pode ser considerada excessiva, sobretudo quando não se percebe a razão e a importância desta exigência. Na maioria dos casos, os profissionais de enfermagem são os encarregados do preenchimento da notificação. Isso é coerente com o modelo de trabalho que, costumeiramente, se observa nos serviços, no qual os profissionais de enfermagem costumam ser responsáveis pelo preenchimento de diversos formulários, tarefas que acumulam com a assistência propriamente dita. Sobretudo nos serviços de emergência, isto pode representar uma grande dificuldade a ser superada e uma atitude que pode, inclusive, resultar na falta de preenchimento ou no preenchimento incompleto da ficha de notificação (SOUSA et. al, 2015).

As prioridades das ações em saúde são definidas a partir do preenchimento dessas fichas de notificação compulsória, para que ações e políticas de saúde sejam desenvolvidas em defesa dessas mulheres e para que haja também uma organização das redes de atendimento e cuidado. Se a violência contra a mulher não for notificada, ela sequer será reconhecida como um problema de saúde pública. Cabe, então, aos profissionais de saúde, o compromisso e responsabilidade para esta ação em defesa dos direitos e interesse das mulheres.

Mediante este problema de saúde pública, compete à enfermagem o cuidado, investigação, notificação e tratamento das necessidades humanas básicas comprometidas pela violência. Cuidar do ser humano em sua totalidade inclui elaborar e aplicar medidas de promoção e prevenção que podem ser potencializadas pela educação permanente, com esclarecimentos sobre os direitos e prerrogativas das vítimas. Também, assegurar que toda mulher, independente de classe, raça, etnia, religião, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goze dos direitos fundamentais e inerentes à pessoa humana (LIMA et. al, 2015).

Posteriormente à notificação, os enfermeiros podem acompanhar o estado de saúde dessas mulheres, atentando sempre para o comprometimento das suas necessidades humanas básicas, gerado pela violência do parceiro íntimo. As mulheres podem estar com déficit nutricional, alteração no padrão de sono e repouso alterado, além do alto nível de estresse e ansiedade que podem resultar em quadros depressivos ou de ansiedade exacerbada; como a síndrome do pânico, tendo sempre como foco o medo do atual ou ex-parceiro. É possível traçar um plano de cuidados para essa mulher com o foco na sua integridade física e psicológica, de tal modo que estará mais bem estruturada para reagir diante da violência.

Para o seguimento destas ações em saúde, é importante investigar os elementos da rede social que fazem parte do convívio cotidiano na vida dessas mulheres, seja com a família, no trabalho ou lazer, identificando, portanto, como afirma Sanicola (2008), se alguns elementos da rede social primária ou secundária podem fornecer alguma forma de apoio informativo, emocional, material ou em serviços. Este auxílio, aliado aos serviços de saúde, proporcionará empoderamento às mulheres para que possam libertar-se do ciclo da violência pelo parceiro, mesmo que seja com a interrupção ou rompimento do vínculo com este homem.

A proposta de seguimento e acompanhamento, além das próprias ações de promoção e prevenção da saúde da mulher, podem ser mais bem desenvolvidas pelos enfermeiros no contexto da Atenção Primária à Saúde. Neste nível de atenção, é possível também conhecer o contexto social e familiar em que esta paciente está inserida. Por meio das propostas de orientações e acompanhamentos em planejamento familiar, abordagens em doenças crônicas e prevenção do câncer de colo de útero e mama, é possível criar um laço e vínculo de proximidade da enfermeira com esta mulher. Diante de qualquer situação de suspeita ou confirmada a violência, esta usuária do serviço de saúde verá sempre na enfermeira aquele elemento da equipe que é mais próxima dela, com quem ela pode falar a respeito de sua vulnerabilidade.

O enfermeiro na Atenção Básica pode atuar na escuta ativa a esta mulher, ajudando-a a descobrir os elementos da sua rede social que podem prestar apoio efetivo. Muitos profissionais de saúde, inclusive enfermeiros, ficam ocultos diante da complexidade desses casos de violência, algumas vezes por não saber o que fazer ou simplesmente por terem medo de abordar a personagem feminina nesta situação. As fichas de notificação compulsória da violência ainda são pouco preenchidas nos serviços de saúde. Todos precisam entender que notificação não é denúncia, e que cabe a nós profissionais notificar para o aperfeiçoamento das políticas públicas em defesa das mulheres em situação de violência.

A construção da rede social requer uma potencialização das ações de investigação qualitativa, além de uma inovação nos processos de intervenção à mulher no momento do rompimento com o vínculo da violência. Na prática, a sua utilização remete à complexidade das relações, visualizando a construção do mapa de rede como uma possibilidade de intervenção articulada e resolutiva que auxilie as mulheres a sair do ciclo da violência interpessoal perpetrada pelo parceiro. A apropriação deste referencial por pesquisadores da área da saúde é um importante instrumento para a compreensão da dinâmica da rede social na qual a mulher está inserida.

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o alcance dos objetivos, a pesquisa foi conduzida utilizando-se a abordagem qualitativa e analítica, e o referencial teórico da Rede Social de Sanicola (2008), o que permitiu a compreensão da dinâmica relacional na qual a mulher em situação de violência estava inserida; isto permitiu a identificação dos elementos das redes sociais primária e secundária de que ela dispõe para enfrentar esta situação. A teoria concebe a mulher dentro de uma trama relacional – a rede social – composta por pessoas (família, parentes, vizinhos, amigos e colegas) e instituições (profissionais de instituições em assistência, saúde, educação e reclusão). Estes constituem subsídios para o desenvolvimento de intervenções articuladas na atenção à saúde dessa população.

As mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo, entrevistadas nesta pesquisa, apresentaram um perfil sociodemográfico com características vulneráveis, evidenciadas desde a falta de recursos econômicos e financeiros para a sua subsistência até o seu isolamento, pela fragilidade ou rompimento de vínculos com membros de sua rede social primária ou secundária.

Em relação ao perfil, a maioria das mulheres tinha entre 45 a 55 anos de idade, faixa etária correspondente à fase climatérica, eram brancas e com nível de escolaridade de média à alta. Trabalhavam em atividades de baixa remuneração, recebendo de um a quatro salários-mínimos e residiam em bairros próximos ao Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica (CEAM). Quanto ao relacionamento com o parceiro íntimo, uma maior proporção de mulheres já havia se separado, embora alguns deles ainda utilizassem de ameaças e intimidações para coagi-las, promovendo situações de violência psicológica.

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

A rede social das mulheres em situação de violência apresentou-se de média amplitude (com dez a trinta membros), com quem elas mantêm um contato pessoal no convívio

cotidiano. Porém, esta 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, as instituições de assistência, de saúde, de educação e de reclusão comunicam-se entre si, demonstrando uma maior densidade neste domínio da rede social das mulheres, o que ocorre, principalmente, pela referência e contrarreferência entre os serviços assistenciais.

Ao estudar a intensidade da rede social, indicam-se as relações de intercâmbio entre as mulheres e os elementos da rede. As participantes da pesquisa tiveram boas relações de troca tanto com a rede primária como com a rede secundária. Entre parentes, amigos, colegas e vizinhos, estas mulheres encontraram apoio emocional e material, enquanto as instituições de assistência, educação, reclusão e saúde ajudaram as depoentes, principalmente, com a disponibilidade ou encaminhamentos para serviços assistenciais, ou com informações orientadoras para a libertação do ciclo da violência pelo parceiro.

O indicador de proximidade e distância também evidencia algumas particularidades e reflexões sobre a rede social dessas mulheres. Estas tiveram um grau de intimidade, revelando grande 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 dessas mulheres, para quem, muitas vezes, elas não quiseram revelar sobre a problemática da violência, não desejando incomodá-los, agravando o quadro de isolamento social das depoentes. Os vínculos rompidos, caracterizando a separação, ficaram evidenciados na relação com o parceiro íntimo agressor.

No que diz respeito à proximidade física entre as mulheres e os elementos da sua rede social, elas estão distantes dos membros de sua rede social primária e mais próximas dos centros de atendimento e delegacias especializadas na rede social 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 da violência praticada pelo parceiro íntimo. 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.

De acordo com o discurso das mulheres, alguns elementos da rede social primária e secundária revelaram-se como operadores de rede social. Estes, por meio do processo de intervenção de rede, prestaram diferentes formas de auxílio à mulher, promovendo ações articuladas e resolutivas para auxiliá-las a sair do ciclo da violência. Entre a rede social

primária, alguns parentes, amigos, colegas e vizinhos foram os que mais ajudaram as mulheres a saírem de um posicionamento de individualidade e dependência em direção à autonomia e partilha.

Os membros da rede secundária que auxiliaram as mulheres neste mesmo movimento em prol de sua autonomia, autoestima e empoderamento foram as instituições, como os hospitais, postos de saúde, Delegacias Especializadas, Centros de Atendimento e Fórum. Nestes estabelecimentos, destacaram-se enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, advogados e defensores públicos. Estes profissionais se envolveram no atendimento com as mulheres e, quando preocupados em ajudá-las a reconhecerem os elementos da sua rede social, auxiliaram-nas também na busca por outras pessoas e instituições que pudessem apoiá-las em diferentes perspectivas diante da sua vulnerabilidade.

Entre os elementos pertencentes às redes sociais secundárias informais, no que diz respeito às trocas de serviço em solidariedade, houve poucas representações nos discursos das mulheres. Quanto às redes secundárias de terceiro setor, em trocas de solidariedade e de direito, houve manifestações entre as participantes da pesquisa referente às igrejas ou centros espíritas, com os quais a maioria declarou um vínculo forte. A maior parte destas mulheres também estava empregada e tinha uma renda própria, ainda que baixa, caracterizando vínculos de normal a forte com a sua rede social secundária de mercado. Já em redes secundárias mistas, onde há trocas de direito e de dinheiro, apenas duas mulheres declararam vínculos normal e forte com advogados particulares que contrataram pessoalmente, arcando com as despesas de seus honorários para a facilitação dos trâmites na busca por seus direitos em justiça.

A construção do mapa de rede social junto às mulheres pode ser um primeiro passo para uma intervenção articulada e resolutiva de apoio. Ao reconhecer sua inserção em uma rede social dinâmica e mutável, com diferentes pessoas e instituições, estas mulheres têm a possibilidade de organizar suas atitudes na tomada de decisão, recorrendo àqueles elementos que têm melhores condições de auxiliá-las diante da sua problemática e fragilidade.

Alguns membros da rede social primária ou secundária, seja por meio das relações de proximidade, troca de direitos, serviços, solidariedade ou de dinheiro, apoiaram a busca da autoestima e encorajamento das mulheres. Essa ajuda deve ser resolutiva, devido à atenção que cada caso requer, na individualidade das suas necessidades. O rompimento do vínculo com o parceiro íntimo pode ser a medida mais efetiva para que as mulheres encerrem o ciclo da violência. Porém, a problemática se estende quando esta atitude de rompimento é muito

radical para aquelas que já se encontram há algum tempo isoladas pela violência interpessoal, ou dependentes do parceiro íntimo agressor.

A reversão desses quadros de individualidade e dependência só será possível com o comprometimento e inserção cada vez maior dos operadores de rede social. Na área da saúde, estes podem ser os enfermeiros, que atuarão com a integração de recursos, atuando como ordenadores das hipóteses de solução da problemática da violência. Para isto, uma rede deverá ser constituída e articulada para resgatar a mulher de uma situação de vulnerabilidade. O enfermeiro poderá acompanhar constantemente essa mulher junto com a sua rede social, ajudando na manutenção de alguns vínculos que sejam favoráveis à conservação da sua autoestima e autonomia, bem como à sua integridade física e psicológica.

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

Muitas entrevistadas relataram que foram na primeira vez à Delegacia ou ao CEAM sozinhas e sem a ajuda de qualquer pessoa. Em contrapartida, no decorrer das entrevistas, ficou evidente o apoio emocional e informativo prévio de alguns elementos da rede primária, como parentes e amigos. Esta ajuda foi justamente o que propiciou o encorajamento dessas mulheres para a tomada de decisão na busca por auxílio diante da violência interpessoal.

Quando os profissionais de saúde, particularmente enfermeiros, atendem a uma mulher com suspeita ou caso confirmado de violência pelo parceiro íntimo, realizará primeiramente uma anamnese da paciente. Nesta ocasião, todo o histórico de vida, biológico, social e econômico é importante de ser investigado. Este levantamento de informações, geralmente, está focado em uma única pessoa. A contribuição da construção do mapa de rede social vem como uma nova proposta, para que os profissionais possam observar e conhecer os elementos que vão além da própria mulher, e que estão ao seu redor na sua vida cotidiana. Assim é possível entender as articulações, relacionamentos e vínculos entre os elementos de rede social.

Os enfermeiros, como operadores de rede, no apoio às mulheres em situação de violência, podem acionar os outros órgãos de assistência social e em segurança para essas pacientes, dependendo das demandas assistenciais e vulnerabilidades de cada paciente. Ao entrar em contato com um CEAM, Central Judiciária de Abrigamento Provisório da Mulher

Vítima de Violência Doméstica (CEJUVIDA) ou Casa-Abrigo, o enfermeiro pode explicar, além do quadro clínico, todo o contexto social de violência em que esta mulher está inserida e levantar as possibilidades assistenciais disponibilizadas pelo Estado. Desta forma, ajudará a traçar meios e mecanismos que sustentem a mulher a manter-se fora de um relacionamento violento com o parceiro íntimo no contexto doméstico.

A violência contra a mulher envolve todo o núcleo familiar, com consequências, sobretudo, para os filhos, prejudicando também as relações sociais da mulher com amigos ou afetando diretamente sua produtividade no trabalho. Analisar a mulher isoladamente em um contexto de violência é impossível, e o reconhecimento de sua rede social predispõe a uma visão ampliada da sua vivência em um ambiente de constantes agressões. A construção do mapa de rede social permite ao profissional de saúde justamente esse conhecimento sobre o contexto relacional em que vive essa população feminina.

Somente conhecer a rede social e os seus membros que podem ajudar as mulheres não é suficiente, é preciso também que algum elemento operador de rede promova uma intervenção de rede. Esta deverá acontecer primeiramente com o mínimo conhecimento da rede social para o auxílio dos encaminhamentos e direcionamentos das mulheres em situação de violência. Tanto a rede social primária quanto secundária poderá promover ações que sejam resolutivas às mulheres em situação de violência.

No momento das entrevistas, procurei prestar o máximo de atenção no discurso dessas mulheres. As perguntas do instrumento de coleta de dados serviram como um guia norteador para o alcance dos objetivos propostos. Além disso, sempre houve possibilidade para que elas falassem livremente de seus sentimentos, medos, angústias e ressentimentos nas relações com o parceiro íntimo e com a rede social. Somente desta forma é que foi possível realizar o levantamento da densidade e intensidade da rede, ou seja, os relacionamentos que os membros estabeleciam entre si, para além da própria mulher em situação de violência.

Ao término de cada entrevista, como pesquisador, sentia-me emocionalmente cansado e indignado, pois todas as vivências destas mulheres, nas relações violentas com os parceiros, foram sempre carregadas de sentimentos densos, conflituosos e negativos, com muitas decepções e desilusões. Portanto, conseguia realizar, no máximo, duas entrevistas por dia, sendo difícil neutralizar a emoção ou a revolta diante desta situação, de modo que não comprometesse ou influenciasse a interação e a confiança durante a coleta de dados, diante de histórias de vida tão brutais, desumanas e complexas, em um contexto de violência interpessoal, intrafamiliar, que abala e afeta toda a relação afetiva e estrutura familiar.

O contato com estas mulheres permitiu um amadurecimento pessoal, inclusive nas relações com minha própria rede social. O desenvolvimento de habilidades na abordagem da comunicação e trato pessoal, ao saber como e quando falar de determinados assuntos, além dos sentimentos de superação e coragem percebidos ao longo desta trajetória, também me permitiram um desenvolvimento profissional, e uma reflexão sobre a importância do apoio das redes sociais na área da violência às mulheres.

O estudo desenvolvido contribui também para a pesquisa, ensino e extensão. O conhecimento da rede social de mulheres em situação de violência e dos operadores de rede que as apoiam, visando à partilha e independência desses sujeitos, é um conceito novo em pesquisas na saúde. Isso permite inclusive que o mapa de rede social seja empregado como uma possibilidade de ensino, de intervenção ou estratégia para os futuros profissionais enfermeiros, que atuarão nos atendimentos às mulheres, principalmente no ciclo gravídico-puerperal.

Propõe-se aqui a defesa da tese de que a discussão do mapa de rede social das mulheres em situação de violência é uma possibilidade assistencial para esse público. A implementação da investigação ou construção do mapa de rede social dessas mulheres é também uma forma de empoderamento para elas, pelo reconhecimento dos seus vínculos mais significativos. Esta intervenção articulada e resolutiva, aliada a outras instituições além da saúde, como as de segurança, reclusão e educação, auxilia essas personagens femininas a romperem com o ciclo da violência. A associação dos elementos operadores de rede social, que auxiliam as mulheres a acessarem pessoas e instituições que possam ajudá-las, retirando-se quando a mulher encontra sua autonomia, também é determinante para o alcance da independência, autonomia e autoestima da mulher.

As demandas de casos de violência à mulher podem surgir em quaisquer contextos ou cenários de atendimento, seja em locais de alto ou baixo desenvolvimento socioeconômico. As situações de violência no contexto doméstico ocorrem em diferentes classes sociais ou ambientes com muita ou pouca infraestrutura sanitária. Nestes locais, como comunidades mais afastadas geograficamente dos centros urbanos, muitas vezes a universidade chega até lá, por meio de projetos de extensão.

A limitação da pesquisa refere-se ao fato de a coleta de dados ter ocorrido somente entre mulheres que buscaram o CEAM ou que foram devidamente encaminhadas para este local por meio de outros órgãos públicos, elementos da rede social secundária. Desta forma, o estudo ocorreu por meio daquelas mulheres que resolveram buscar apoio diante da vivência da violência interpessoal do parceiro íntimo. Para pesquisas futuras, é preciso investigar

também aquelas que ainda não buscaram qualquer forma de assistência e que estão escondidas no isolamento e na dependência ocasionada pelo parceiro agressor. Um primeiro passo principal é a informação e divulgação de todos os órgãos e equipamentos da assistência social, saúde, segurança e justiça. Isto proporcionará o reconhecimento de sua frágil situação como consequência da violência vivenciada, reconhecendo sua necessidade de busca por apoio.

REFERÊNCIAS

ABDALA, C.; SILVEIRA, K.; MINAYO, M.C.S. Aplicação da Lei Maria da Penha nas delegacias de mulheres: O caso do Rio de Janeiro. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, vol. 4, n. 4, out-nov-dez, p. 571-600, 2011.

AGENDE. Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento. **10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**. Convenção de Belém do Pará. Brasília, 36 p., 2004.

AGUIRRE, D.P. et. al. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. **Revista Chil Neuro-Psiquiat**, v. 48, n. 2, p. 114-122, 2010.

ALEMÁN, M. et. al. Detección de violencia basada em género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud em ciudad de Buenos Aires. **Revista Argent Salud Pública**, v. 1, n. 5, p. 22-27, 2010.

ALBUQUERQUE NETTO, L. **A tomada de decisão das mulheres em situação de violência interpessoal: subsídios para a Enfermagem**. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ (Dissertação de Mestrado), 2013.

BANDEIRA, L.M.; ALMEIDA, T.M.C. Vinte Anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 501-17, mai./ago., 2015.

BARALDI, A.C.P. et. al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Revista Bras Saúde Mater Infant**, v. 12, n. 3, p. 307-18, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p., 2011.

BOTTON, A. et. al. Os Papéis Parentais nas Famílias: Analisando Aspectos Transgeracionais e de Gênero. **Pensando Famílias**, v. 19, n. 2, dez, p. 43-56, 2015

BRASIL. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

_____. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2003/L10.778.htm>>. Acesso em: 24 out. 2013.

_____. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

_____. **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006j. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2013.

BRASIL. Portaria nº 1.356/GM, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). 2006i. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.brasil-sus.com.br/legislacoes/gm/768-356?q=>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. **Diário Oficial União**, 8 ago. 2006.

_____. **Enfrentamento à violência contra a mulher** – Balanço das ações 2006-2007. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as mulheres, 2007.

_____. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Secretaria de Políticas para as mulheres – Presidência da República. Brasília – DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 60 p., 2010.

_____. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Coleção Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. Brasília, 46 p., 2011a.

_____. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 64 p., 2011b.

_____. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Norma Técnica. 3. ed. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6. Ministério da Saúde. Brasília, 2012a.

_____. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Brasília: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), 2012b.

BRIERE, J.; JORDAN, C.E. Violence Against Women: Outcome Complexity and Implications for Assessment and Treatment. **J Interpers Violence**, v. 19, p.1252-1276, 2004.

BRUSCHI, A.; PAULA, C.S.; BORDIN, I.A.S. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 256-64, 2006.

BUTLER, J. P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMARGO, M. & AQUINO, S. **Redes de cidadania e parcerias** – Enfrentando a rota crítica. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher – Plano Nacional. Brasília, p. 39 – 41, 2003.

CARLOS, D.M. et. al. O apoio social sob a ótica de adolescentes vítimas de violência doméstica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 610-7, 2014.

CHUANG, C.H. et. al. Longitudinal association of intimate partner violence and depressive symptoms. **Mental Health in Family Medicine**, v. 9, p. 107-14, 2012.

CONSTANTINO, R.E.; BRICKER, P.L. Social Support, Stress, and Depression Among Battered Women in the Judicial Setting. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 3, n.3, p. 81-88, 1997.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER – “Convenção de Belém do Pará (1994)” Adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos em 06 de junho de 1994 - ratificada pelo Brasil em 27 nov. 1995.

CUNHA, V.B.; NASCIMENTO, P.D. Pensando a educação popular e participação social para mulheres em situação de violência doméstica em Teresina. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 6, supl. 1, p. 734-50, mar, 2015.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11 (Supl.), p. 1163-1178, nov. 2007.

DANTAS-BERGER, S.M. Violência entre Parceiros Íntimos: Desafios no Ensino e Atenção em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica** (Impresso), v. 35, p. 526-534, 2011.

DESLANDES, S.F. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. **Coleção Antropologia e Saúde**, v. 8, Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2002.

_____ et. al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, sup., p. 1279-1290, 2007.

D’OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 134-40, 2013.

DOSSIÊ MULHER 2013, Instituto de Segurança Pública. Orgs. Paulo Augusto Souza Teixeira, Andréia Soares Pinto e Orlinda Cláudia R. Moraes. Série Estudos 1, 8. ed. Secretaria de Segurança Pública. Governo do Estado do Rio de Janeiro, p. 11, 2013.

DUTRA, M.L. et. al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1293-304, 2013.

FACURI, C.O. et. al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio do Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013.

FAISAL-CURY, A. et. al. Temporal relationship between intimate partner violence and postpartum depression in a sample of low income women. **Matern Child Health J**, v. 17, p. 1297-1303, 2013.

FERRAZ, M.I.R. et. al. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 4, p. 755-9, 2009.

FLEET C.; HIEBERT-MURPHY, D. Social Support Related to Women Who Have Remained with Their Partners After the Physical Violence has Ceased. **J Fam Viol**, v. 28, p. 219-224, 2013.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008.

FREZZA, M.R.; SPINK, M.J. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teórico metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, p. 17-39, 2004.

GARBIN, C.A.S. et. al. Reconhecimento e notificação de violência pelos profissionais da estratégia de saúde da família. **Arch Health Invest**, v. 5, n. 1, p. 8-12, 2016.

GARCIA, L.P. et. al. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf> Acesso em: 21 mai. 2014.

GLASS, N.; PERRIN, N.; CAMPBELL, J.C.; SOEKEN, K. The protective role of tangible support on post-traumatic stress disorder symptoms in urban women survivors of violence. **Research in Nursing & Health**, v. 30, p. 558-568, 2007.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S.; EGRY, E.Y. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 304-11, 2013.

GOMES, N.P.; ERDMANN, A.L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2014.

GOMES, N.P. et. al. Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. **Psicologia USP**, v. 25, n. 1, p. 63-69, 2014a.

GOMES, N.P. et. al. Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**; v. 22, n. 4, p. 477-81, 2014b.

GOMES, N.P. et. al. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**; v. 22, n. 3, p. 789-96, 2013.

GONÇALVES, M.J. & SANI, A. A participação da criança na justiça: estudo com crianças expostas à violência doméstica. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, v. 6, n. 1, 2015.

GOODMAN, L.; EPSTEIN, D. Refocusing on Women: A New Direction for Policy and Research on Intimate Partner Violence. **J Interpers Violence**, v. 20, p. 479-487, 2005.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S.; EGRY, E.Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 304-11, 2013.

HAJJAMI, A.E. A condição das mulheres no Islã: uma questão de igualdade. **Cadernos pagu**, v. 30, jan-jun, p.107-120, 2008.

HIGA, R. et. al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2. São Paulo, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios de 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40>. Acesso em: 22 mai. 2014.

IZUMINO, W.P. **Justiça para todos: os Juizados Especiais Criminais e a Violência de Gênero**. São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas (Tese de Doutorado), Universidade de São Paulo, 2003.

JEANJOT, I.; BARLOW, P.; ROZENBERG, S. Domestic Violence During Pregnancy: Survey of Patients and Healthcare Providers. **Journal of Women's Health**, v. 17, n. 4, p. 557-567, 2008.

JONG, L.C.; SANDALA, M.L.A.; TANAKA, A.C.D. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 80, dez., 2008.

KAUKINEN, C. The help-seeking strategies of female violent-crime victims: the direct and conditional effects of race and the victim-offender relationship. **J Interpers Violence**, v. 19, p. 967-990, 2004.

KISS, L.B. & SCHRAIBER, L.B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 3, p. 1943-52, 2011.

KRONBAUER, J.F.D. & MENEGHEL, S.N. Perfil da Violência de Gênero Perpetrada por Companheiro. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

LABRONICI, L.M. et. al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, mar., v. 44, n. 1, p. 126-33, 2010.

LACERDA, L.; COSTA, N. Relação entre comportamentos emocionais ciumentos e violência contra a mulher. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 15, n. 3, p. 21-36, 2013.

LAM, N. et. al. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de gênero. **Revista Peruana de Epidemiología**, v. 12, n. 3, p. 1-8, dez. 2008.

LEITE, F.M.C.; MOURA, M.A.V.; PENNA, L.H.G. Percepções das mulheres sobre a violência contra a mulher: uma revisão integrativa da literatura. **Av. enferm.** XXXI; v. 2, p. 136-143, 2013.

LEITÃO, M.N.C. Mulheres sobreviventes de violência exercida por parceiros íntimos – a difícil transição para a autonomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe, p. 07-15, 2014.

LETTIERE, A. & NAKANO, A.M.S. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 6, nov-dez, 2011.

LIMA V.L.A. et. al. Necessidade Humanas Básicas Comprometidas de Mulheres Vítimas de Violência Atendidas na Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 366 -78, 2015.

LIMA, C.A.; DESLANDES, S.F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 787-800, 2014.

LIMA, D.C.; BÜCHELE, F.; CLÍMACO, D.A. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde Soc**; v. 17, n. 2, p. 69-81, 2008.

LOURENÇO, M.A. & DESLANDES, S.F. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 615-21, 2008.

MARTINS, J.T. et. al. Pesquisa epidemiológica da saúde do trabalhador. Uma reflexão teórica. **Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 35, n. 1, p. 163-174, 2014.

MARTINS, G. A. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATHIAS, A.K.R.A.et. al. Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 4, p. 185-191, 2013.

MEDINA, A.B.C.; PENNA, L.H.G. A percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência intrafamiliar em mulheres grávidas. **Texto & Contexto Enfermagem** [online], Jul-Set, v. 17, n. 3, p. 466-73, 2008. Acesso em: 17 mai. 2013.

MEIRELLES, Z.V. & SILVA, C.A. **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. Redes de apoio à saúde da mulher adolescente/jovem vítima de violência. Stella R. Taquette (Org.). Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2007.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, oct-dec; v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MENEZES, J.P.; MOURA, M.A.V.; NETTO, L.A.; SILVA, G.F. Perfil sócio-demográfico de mulheres que sofreram com a violência de gênero no Rio de Janeiro: subsídios para a enfermagem. **Revista Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. On-line, p. 418-422, out/dez., 2010.

MENEGHEL, S.N. et. al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, abr., 2011.

MERHY, E.E. et. al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p. 113-150, 2006.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 132 p. 2010a.

_____. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, p. 57, 2010b.

MIRANDA, M.P.M.; PAULA, C.S.; BORDIN, I.A. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 4; p. 300-308, 2010.

MORAES, S.D.T.A. et. al. Violência doméstica e sexual em mulheres e suas repercussões na fase do climatério. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n.2, p. 253-58, 2012.

MORAIS, S.C.R.V.; MONTEIRO, C.F.S.; ROCHA, S.S. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, jan-mar; v. 19, n. 1, p. 155-60, 2010.

MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J.; VENÂNCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 398-406, 2011.

MOREIRA, G.A.R. et. al. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4267-76, 2014.

MOURA, L.B.A. et. al. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília. **Revista saúde pública**; v. 43, n.6, p. 944-953, 2009.

MOURA, M.A.V.; NETTO, L.A.; SOUZA, M.H.N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Esc. Anna Nery Rev**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 435-442, jul-set, 2012.

MOURA, M.A.V. et. al. Mulheres que denunciam violência de gênero em uma Unidade de Polícia Pacificadora. **Revista Eletr. Enf. Universidade Federal de Goiás**. [Internet], jul/set; v.15, n.3, p. 628-37, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.20286>>.

NETTO, L.A. et. al. Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, p. 458-64, 2014.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO. Relatório Nacional de Acompanhamento. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília, 2014.

OLIVEIRA, C.C.; FONSECA, R.M.G.S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 605-12, 2007.

OLIVEIRA, D.C.O. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro; v. 16, n. 4, p. 569-76, out-dez, 2008.

OLIVEIRA, M.T.; SAMICO, I.; ISHIGAMI A.B.M.; NASCIMENTO, R.M.M. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 166-78, 2012.

OLIVEIRA, C.A.; ALMEIDA, L.C.G. HIV/AIDS e Violência: Situações de Vulnerabilidade entre as Mulheres. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p.1029-1041, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde (World Health Organization). **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Geneva: WHO; 2002 (document WHO/EHA/ SPI. POA. 2).

PEDROSA, C.M.; SPINK, M.J.P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade** (online); v. 20, n. 1, p. 124-35, 2011.

PEREZ, S.; JOHNSON, D.M. PTSD Compromises Battered Women's Future Safety. **J Interpers Violence**, v. 23, p. 635-651, 2008.

PRESSER, A.; MENEGHEL, S.N.; HENNINGTON, E. Mulheres enfrentando as violências – a voz dos operadores sociais. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 126-137, 2008.

QUEIROZ, F.M. et. al. Relações Patriarcais de Gênero e Lei Maria da Penha: Capacitação para Profissionais da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência em Mossoró/ RN. **Revista Extendere**, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, v. 2, n. 1, jan-jun., p. 10-26, 2014.

RIBEIRO, M.I.C.; SILVA, M.G.S.N. Uma Análise Pragmática da Desigualdade Sócio Espacial entre as Mulheres Vítimas de Violência de Gênero em Porto Velho – Rondônia. **Revista Equador** (UFPI), v. 4, n. 1, p. 167-181, 2014.

RIBEIRO, M.I.C.; SILVA, M.G.S.N. Violência, Vulnerabilidade e Desigualdade Sócioespacial: análise das dificuldades enfrentadas pelas mulheres vítimas de violência doméstica na área urbana de Porto Velho – RO. **Revista Latino-americana de Geografia e Gênero**, Ponta Grossa, v. 6, n. 2, p. 92-104, ago-dez. 2015.

ROCHA, C.L.A. O direito a uma vida sem violência. In: LIMA, Fausto R.; SANTOS, Claudiene (Coords.). **Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

RODRIGUES, H.S.J.; IZQUIERDO, J. Da vida doméstica ao trabalho formal: uma análise do processo de inserção de donas de casa no mercado de trabalho. **Revista Ártemis**, v. 18, n. 1, p.228-238, 2014.

RUIZ, E.N.F.; GERHARDT, T.E. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; v. 22, n. 3, p. 1191-1209, 2012.

SACRAMENTO, A.N.; NASCIMENTO, E.R. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Revista da Escola Enfermagem USP**, v. 45, n. 5, p. 1142-49, 2011.

SAGOT, M. Estrategias para enfrentar la violencia contra las mujeres: reflexiones feministas desde América Latina. In: **Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero**. Stela N. Meneghel (Org.). Santa Cruz do Sul: EDUNISC, p. 32-63, 2009.

SAKATA, K.N.; EGRY, E.Y.; NARCHI, N.Z. A política brasileira de redução de acidentes e violência se alinha às perspectivas internacionais? **Revista da Escola Enfermagem USP**, v. 48, n. spe2, p. 197-203, 2014.

SANTI, L.N.; NAKANO, N.M.S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, jul-set. 2010.

SANTOS, M.A.; VIEIRA, E.M. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. **Comunicação Saúde Educação**, v. 15, n. 36, p. 93-108, jan./mar. 2011.

SANICOLA, L. **As dinâmicas da rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras, 2008.

SANTOS, K.M.M.S. et. al. A Violência Doméstica Contra a Mulher por Companheiro e a Lei Maria da Penha. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Unit**; v. 1, n. 2, p. 79-86, 2014.

SANTOS, M.A.; VIEIRA, E.M. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. **Interface Saúde Educação**, v. 15, n. 36, p. 93-108, jan-mar, 2011.

SARTRE, J.P. **O existencialismo é um humanismo; A imaginação; Questão de método** / Jean-Paul Sartre; seleção de textos de José Américo Motta Pessanha; traduções de Vergílio Ferreira et. al. – Os pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

SCHRAIBER, L.B.; BARROS, C.R.S.; CASTILHO, E.A. Violência contra as mulheres por parceiro íntimo: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 237-45, 2010.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/spm-rio/conheca-a-secretaria>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 608-13, 2013.

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis; v. 24, n. 1, p. 229-37, 2015.

SOARES, M.L.P.V. **Vencendo a desnutrição: abordagem social**. São Paulo: Salus Paulista, (Coleção Vencendo a Desnutrição), 2002.

SOARES, J.S.F.; LOPES, M.J.M.; NJAINE, K. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1121-1130, jun., 2013.

SOUSA, M.H. et. al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 94-107, 2015.

SOUZA, M.H. do N. **A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery (Tese de Doutorado), 2006.

SOUZA, Z.C.S.N. & DINIZ, N.M.F. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, out-dez, v. 20, n.4, p. 742-50, 2011.

SOUZA, M.H.N; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, F.R. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 70-6, 2009.

SOUZA, M.K.B.; SANTANA, J.S.S. Atenção ao adolescente vítima de violência: participação de gestores municipais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 547-55, 2009.

TELES, M.A.A; MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense; 2002.

TERRA, M.F.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica e de gênero. **Athenea Digital**, v. 15, n. 3, p. 109-125, 2015.

TJERJ - TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Cartilha Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher. Nós vamos acabar com ela!** Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher Ministério da Justiça. Secretaria de Reforma do Judiciário – SRJ. Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – PRONASCI. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2011.

TRIGUEIRO, T.H. et. al. O Processo de Resiliência de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica: Uma Abordagem Qualitativa. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 3, p. 437-43, 2014.

TRIGUEIRO, T.H.; LABRONICI, L.M. **Chemical Dependency as a risk factor for domestic violence against women: an exploratory study**. Online Braz J Nurs. [Internet]; v. 10, n. 2, 2011. Disponível em: < [http:// www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3266](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3266)>. Acesso em: 25 jan. 2014.

VELASCO, C.; LUNA, J.D.; 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 Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 93, n. 10, p. 1050-1058, 2014.

VIEIRA, E.M.; PERDONA, G.S.C.; SANTOS, M.A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n.4, p.730-7, 2011a.

VIEIRA, L.B.; SOUZA, I.E.O ; TOCANTINS, F. R.; Pina Roche, F. Support to women who denounce experiences of violence based on her social network. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (Online); v. 23, p. 865-873, 2015.

VIEIRA, L.B. et. al. Necessidades assistenciais de mulheres que denunciam na delegacia de polícia a vivência da violência. **Aquichan**. Ano 13, vol 13, nº 2, Chía, Colombia, agosto, 2013.

VIEIRA, L.B. et. al. Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 423-9, 2012.

VIEIRA, L.B. et. al. Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 410-4, jul-set, 2011b.

VIEIRA, L.B.; PADOIN, S.M.M.; PAULA, C.C. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem. Brasil, 1994-2008. **Revista Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 9, n. 2, p. 383-89, 2010.

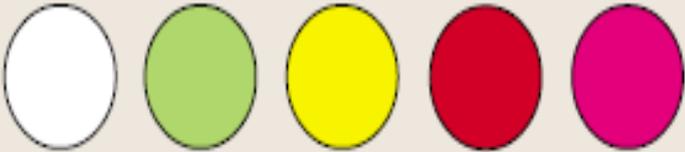
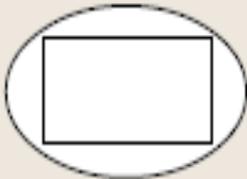
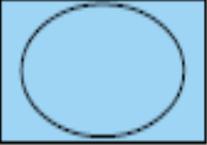
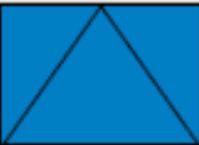
VIEIRA, L.B.; PADOIN, S.M.M.; LANDERDAHL, M.C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, dez; v. 30, n. 4, p. 609-16, 2009.

ZLOTNICK, C.; JOHNSON, D.M.; KOHN, R. Intimate Partner Violence and Long-Term Psychosocial Functioning in a National Sample of American Women. **J Interpers Violence**, v. 21, p. 262-275, 2006.

WHO, World Health Organization. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women. **Clinical and Policy Guideline**, WHO, 2013.

ANEXO 1

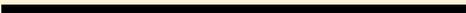
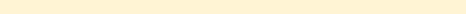
Representação Geométrica de Tipos de Rede Social

Tipos de rede	Figuras geométricas
Redes primárias (reciprocidade):	 <p data-bbox="715 667 1345 703">família parentes vizinhos amigos colegas</p>
Redes secundárias formais (trocas de direitos):	 <p data-bbox="691 891 1356 958">instituições de assistência instituições de saúde instituições de educação instituições de reclusão</p>
Redes secundárias informais (trocas de serviço e solidariedade)	
Redes secundárias do terceiro setor (trocas de solidariedade e de direito):	 <p data-bbox="703 1406 1348 1440">voluntariado organizado, cooperativas sociais, associações e fundações</p>
Redes secundárias de mercado (troca de dinheiro):	 <p data-bbox="895 1653 1161 1686">empresas, fábricas e negócios</p>
Redes secundárias mistas (trocas de direito e de dinheiro):	 <p data-bbox="807 1906 1246 1939">casa de saúde (recuperação) e hospitais privados</p>

Fonte: SOARES, M.L.P.V. **Vencendo a desnutrição: abordagem social**. São Paulo: Salus Paulista (Coleção Vencendo a Desnutrição), 2002.

ANEXO 2

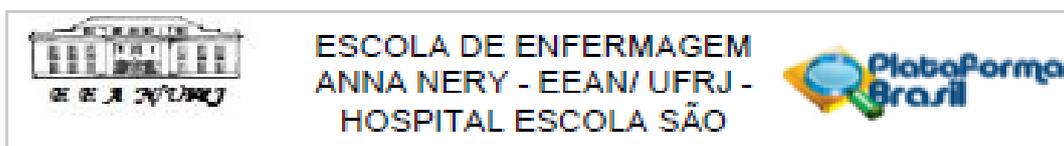
Representação Gráfica do Tipo de Vínculo na Rede Social

Tipos de vínculo	Representação Gráfica
NORMAL	
FORTE	
FRÁGIL	
CONFLITUOSO	
ROMPIDO	
INTERROMPIDO	
DESCONTÍNUO	
<p data-bbox="197 1662 421 1697">AMBIVALENTE</p> <p data-bbox="197 1715 756 1890">(Quando no relacionamento entre duas pessoas se estabelecem tipos de vínculos diferentes, ou seja, a pessoa A possui um vínculo fraco com B e a B possui um vínculo descontínuo em relação a A)</p>	

Fonte: SOARES, M.L.P.V. **Vencendo a desnutrição: abordagem social**. São Paulo: Salus Paulista, (Coleção Vencendo a Desnutrição), 2002.

ANEXO 3

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres em Situação de Violência e suas Redes Sociais: Contribuição para a Enfermagem na Atenção à Saúde

Pesquisador: Leônidas de Albuquerque Netto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34849514.8.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 774.804

Data da Relatoria: 01/09/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutoramento que tem como objeto de estudo: a rede social de mulheres em situação de violência interpessoal perpetrada pelo parceiro íntimo. Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, que utiliza a abordagem teórico-metodológica de rede social de Lia Sanicola. Propõe como cenário de estudo um Centro Especializado de Atendimento à Mulher do Rio de Janeiro, onde as mulheres encontram atendimento especializado para as situações de violência. Os atores sociais serão mulheres que vivenciaram a violência interpessoal física, psicológica ou sexual, perpetrada pelo parceiro íntimo. Como amostra inicial desta pesquisa, pretende-se entrevistar trinta (30) mulheres.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Descrever a rede social das mulheres em situação de violência interpessoal perpetrada pelo parceiro íntimo.

Objetivos Secundários:

- Analisar os elementos operadores da rede social que proporcionam apoio às mulheres para que elas possam romper com o ciclo da violência pelo parceiro; e
- Discutir a construção do mapa de rede social como uma inovação para o desenvolvimento de tecnologias leves na atenção à saúde da mulher em situação de violência interpessoal.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

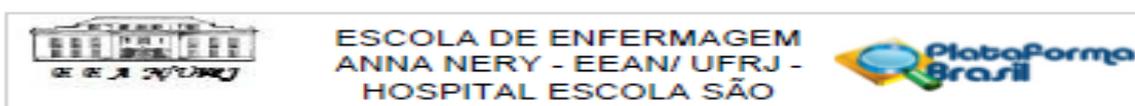
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepes@neefsa@gmail.com



Continuação do Parecer: 774.804

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa possui riscos potenciais relacionados ao momento da entrevista. Nesta, as mulheres poderão relembrar os episódios de violência interpessoal perpetrados pelo parceiro íntimo, que poderão causar-lhe algum constrangimento emocional. Como uma forma de minimizar esses riscos, os casos necessários serão acompanhados e encaminhados ao setor de apoio psicológico do Centro Especializado de Atendimento à Mulher.

Benefícios: O principal benefício da pesquisa está relacionado à contribuição para aumento do conhecimento científico na área de Enfermagem em Saúde da Mulher, em especial para atenção à saúde nos casos de violência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo com possibilidade de contribuir com proposições de controle/resolução de grave problema social do país.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Formulário para Submissão de Estudos na SMS: adequado
- 7) Carta de apresentação ao CEP - adequado
- 8) Declaração Negativa de Custos - adequado
- 9) Declaração de cumprimento da Resolução 466/12 – adequado
- 10) Instrumento de coleta de dados: adequado
- 11) Currículo dos pesquisadores apresentados
- 12) Carta de apresentação da orientadora: adequado
- 13) Planilha Orçamentária Detalhada: apresentada

Recomendações:

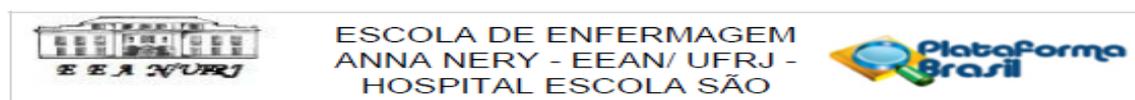
Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem Inadequações.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO E-mail: cepeanhesfa@gmail.com
 Telefone: (21)2293-8148

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 774.804

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 26 de agosto de 2014. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 02 de Setembro de 2014

Maria Aparecida Vasconcelos Moura

Assinado por:
 Maria Aparecida Vasconcelos Moura
 (Coordenador)

APÊNDICE A

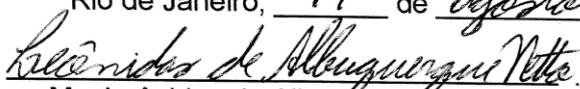
CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilm.^a Sr.^a Bianca Capelli

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada *“Mulheres em situação de violência e suas redes sociais: contribuição para a Enfermagem na atenção à saúde”* a ser realizada no *Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica (CEAM) Chiquinha Gonzaga*, pelo aluno de pós-graduação *Leônidas de Albuquerque Netto*, sob a orientação do *Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura*, com os seguintes objetivos: *descrever a rede social das mulheres em situação de violência interpessoal perpetrada pelo parceiro íntimo; analisar os elementos operadores da rede social que proporcionam apoio às mulheres para que elas possam romper com o ciclo da violência pelo parceiro; e discutir a construção do mapa de rede social como uma inovação para o desenvolvimento de tecnologias leves na atenção à saúde da mulher em situação de violência interpessoal*, necessitando portanto, o acesso às mulheres em situação de violência doméstica, para a realização de entrevistas individuais e reservadas. Estas ocorrerão por meio de um instrumento semi-estruturado, e serão gravadas em mídia digital (MP3). Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 14 de agosto de 2014.

 Ms. Leônidas de Albuquerque Netto
 Pesquisador Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação


 Ilma. Sra. Bianca Capelli
 Diretoria do Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica (CEAM) Chiquinha Gonzaga

APÊNDICE B

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

A Sr.^a foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa **intitulada**: *Redes sociais de mulheres em situação de violência: contribuições do mapeamento das relações sociais para atenção em saúde*, que tem como **objetivos**: *configurar a rede social das mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo; analisar as categorias propostas por Sanicola entre os elementos da rede social primária e secundária, além dos operadores de rede social, que proporcionaram apoio às mulheres, utilizando-se da intervenção de rede; evidenciar os tipos de apoio fornecidos pelos membros da rede social nas relações da mulher em situação de violência; e discutir o mapa de rede social construído como intervenção articulada e resolutiva que auxilie as mulheres em situação de violência pelo parceiro*. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando o método analítico, ancorado no referencial teórico-metodológico de rede social.

A pesquisa terá duração de 3 anos, com o término previsto para julho de 2016. Suas respostas serão tratadas em **sigilo e confidencialidade**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada e seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

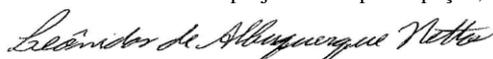
Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de um roteiro de entrevista semi-estruturado e individual, e também haverá um diálogo objetivando a montagem de um mapa que caracterize suas relações sociais com familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, serviços, organizações ou instituições com as quais a senhora interagiu ao vivenciar a violência praticada pelo parceiro íntimo. A entrevista será gravada em mídia digital (MP3) para posterior transcrição na íntegra. O material será guardado por **cinco (05)** anos e incinerado após esse período.

A Sr.^a não terá **custos ou quaisquer compensações financeiras**.

A pesquisa possui riscos potenciais relacionados ao momento da entrevista. Nesta, a senhora poderá lembrar episódios de violência perpetrados pelo parceiro, que poderão causar-lhe constrangimento emocional. Como uma forma de minimizar esses riscos, os casos necessários serão encaminhados ao setor de apoio psicológico da própria instituição.

O **benefício** relacionado à sua participação será a contribuição para aumentar o conhecimento científico na área de Enfermagem em **Saúde da Mulher**, em especial para atenção aos casos de violência.

A Sr.^a receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!





Leônidas de Albuquerque Netto
Enfermeiro Mestre (EEAN/UFRJ)
Cel: (21) 999755791
E-mail: leonidasalbuquerque@bol.com.br

Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Professora Doutora (EEAN/UFRJ)
Cel: (21) 982843432
E-mail: maparecidavas@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228.
E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação das suas questões éticas. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____ de 201__ .

Participante da Pesquisa: _____
(Assinatura)

APÊNDICE C

Instrumento para Coleta de Dados
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa
Curso de Doutorado em Enfermagem

Formulário de entrevista n°:

Data:

I - Perfil sociocultural:

- a) Idade:
- b) Cor (auto-referida): ()Branca ()Parda ()Preta ()Amarela ()Ignorado
- c) Estado civil: ()Casada ()Solteira ()Viúva ()Divorciada
- d) Qual o tempo de relação com o (ex) parceiro íntimo?
- e) Mora junto com o (ex) parceiro íntimo? () Sim () Não. Há quanto tempo?
- f) Você estuda? () Sim () Não. Caso positivo, que série frequenta? Caso negativo, até que série frequentou?
- g) Você trabalha? () Sim () Não. Caso positivo, qual sua ocupação?
- h) Qual a ocupação (profissão) do (ex) parceiro íntimo?
- i) Qual é a renda familiar em salários mínimos (R\$724,00 valor atual)?
- j) Qual o número de pessoas no domicílio?
- k) Você têm filhos? Quantos? Qual idade?
- l) Procedência na cidade do Rio de Janeiro?
- m) Pratica alguma religião? Qual?

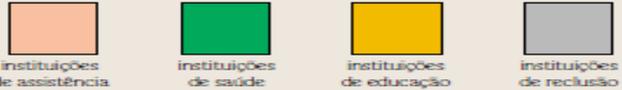
II) Perguntas sobre a rede social (orientadoras para elaboração do mapa da rede social):

Olhando para as figuras 1 e 2, vamos desenhar um mapa mostrando a sua relação com as pessoas, instituições e centros presentes na sua vida.

- 1) Conte-me sobre os seus familiares e parentes que estão presentes na sua vida. Quais deles estão mais próximos ou distantes de você? E qual o tipo de vínculo que você tem com eles?
- 2) Fale agora sobre os seus amigos, colegas e vizinhos que estão presentes na sua vida. Quais deles estão mais próximos ou distantes de você? E qual o tipo de vínculo que você tem com eles?
- 3) Conte-me sobre as instituições e centros que estão presentes na sua vida. Quais deles estão mais próximos ou distantes de você? E qual o tipo de vínculo que você tem com eles?
- 4) Entre todas essas pessoas, instituições e centros, quem esteve envolvido com você durante a situação de violência vivenciada?
- 5) Como é o seu relacionamento com essas pessoas e instituições?
- 6) Ao vivenciar a violência, em algum momento você precisou da ajuda de alguém, ou de alguma instituição, para enfrentar esta situação? Se sim, com quem você contou?
- 7) Como esta pessoa ou instituição te ajudou (material, afetivo ou informativo)?
- 8) O auxílio ou apoio desta pessoa ou instituição contribuiu para que você tomasse alguma atitude diante da violência vivenciada?

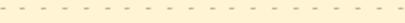
9) Alguma pessoa, centro ou instituição demonstrou preocupação com o seu estado de saúde diante da violência? Se sim, como isso ocorreu?

a) Figura 1 – Representação geométrica de tipos de rede para a construção da rede social.

Tipos de rede	Figuras geométricas
Redes primárias (reciprocidade):	 família parentes vizinhos amigos colegas
Redes secundárias formais (trocas de direitos):	 instituições de assistência instituições de saúde instituições de educação instituições de reclusão
Redes secundárias informais (trocas de serviço e solidariedade)	
Redes secundárias do terceiro setor (trocas de solidariedade e de direito):	 voluntariado organizado, cooperativas sociais, associações e fundações
Redes secundárias de mercado (troca de dinheiro):	 empresas, fábricas e negócios
Redes secundárias mistas (trocas de direito e de dinheiro):	 casa de saúde (recuperação) e hospitais privados

Fonte: SOARES, M.L.P.V. **Vencendo a desnutrição: abordagem social**. 1ª edição. São Paulo: Salus Paulista, (Coleção Vencendo a Desnutrição), 2002.

b) Figura 2 – Representação gráfica do tipo de vínculos na rede social.

Tipos de vínculo	Representação Gráfica
NORMAL	
FORTE	
FRÁGIL	
CONFLITUOSO	
ROMPIDO	
INTERROMPIDO	
DESCONTÍNUO	
AMBIVALENTE (Quando no relacionamento entre duas pessoas se estabelecem tipos de vínculos diferentes, ou seja, a pessoa A possui um vínculo fraco com B e a B possui um vínculo descontínuo em relação a A)	

Fonte: SOARES, M.L.P.V. **Vencendo a desnutrição: abordagem social**. São Paulo: Salus Paulista, (Coleção Vencendo a Desnutrição), 2002.

APÊNDICE D

Unidades de Registro (URs) das Entrevistas Agrupadas em Unidades de Significação ou Categorias. Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica (CEAM), RJ, 2014

CÓDIGO DO TEMA/ CATEGORIA	TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	TOTAL DE ENTREVISTAS ANALISADAS: 20 NÚMERO DE UNIDADES DE REGISTRO EM CADA ENTREVISTA ANALISADA / TOTAL DE UNIDADES DE REGISTRO OBTIDAS DE CADA ENTREVISTA																				TOTAL UR NA CATEGORIA
		E 01	E 02	E 03	E 04	E 05	E 06	E 07	E 08	E 09	E 10	E 11	E 12	E 13	E 14	E 15	E 16	E 17	E 18	E 19	E 20	
1	O isolamento social com determinante na violência interpessoal contra a mulher: uma situação em rede.	2	3	2	3	1	2	3	3	1	3	1	2	2	2	1	3	3	2	1	2	42 13,8%
2	A dependência do parceiro íntimo como determinante na violência interpessoal contra as mulheres.	3	2	1	2	3	3	1	3	1	2	3	1	2	3	2	1	2	3	2	1	41 13,5%
3	A importância da rede social primária no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo.	5	8	7	4	8	2	2	6	4	5	6	8	7	5	7	4	4	1	4	4	101 33,3%
4	A importância da rede social secundária no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo.	5	5	5	2	3	4	1	3	4	2	3	3	3	5	3	5	2	4	6	4	72 23,7%
5	A atuação dos operadores de rede social no apoio às mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo.	4	5	3	2	3	1	2	3	3	1	3	1	2	2	3	4	2	1	1	2	48 15,7%
	TOTAL DE UNIDADES DE REGISTRO OBTIDAS DE CADA ENTREVISTA	19	23	18	13	18	12	9	18	13	13	16	15	16	17	16	17	13	11	14	13	304 100%

APÊNDICE E
Quadro Demonstrativo do Perfil Sociodemográfico das Participantes que Buscaram o Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CR Mulher), no Rio de Janeiro – 2014

Entrevistadas	Idade	Cor	Escolaridade	Ocupação	Renda da mulher (salários mínimos) Ref.: R\$724,00.	Situação conjugal	Tempo de convívio com o (ex) parceiro	Coabitam juntos	Têm filhos desta relação?	Quantos filhos?	Região da cidade onde mora (por zona)	Religião
E 1 (J.L.B.)	27	Branca	Ensino Fundamental Completo	Do lar	-	Solteira	10 meses	Não	Gestante	-	Centro	Católica
E 2 (C.A.F.)	49	Parda	Ensino Médio Completo	Auxiliar de limpeza	1	Viúva	11 anos	Não	Não	-	Norte	Católica
E3 (A.M.L.B.)	49	Parda	Ensino Fundamental Completo	Vendedora autônoma	2	Viúva	5 anos	Não	Não	-	Centro	Evangélica
E4 (L.C.Z.L.)	42	Branca	Ensino Superior Completo	Do lar	-	Divorciada	16 anos	Não	Sim	1	Norte	Não pratica
E5 (M.L.M.)	49	Branca	Ensino Médio Completo	Corretora de imóveis	1	Solteira	13 anos	Não	Não	-	Oeste	Umbandista
E6 (F.C.L.A.)	25	Preta	Ensino Fundamental Completo	Do lar	-	Casada	8 anos	Não	Sim	3	Duque de Caxias	Evangélica
E7 (S.M.B.)	72	Branca	Ensino Superior Incompleto	Do lar	-	Divorciada	23 anos	Não	Não	-	Sul	Espírita
E8 (R.C.V.A.)	53	Branca	Ensino Médio Completo	Governanta	1	Casada	30 anos	Sim	Sim,	3	Norte	Evangélica
E9 (V.P.L.C.)	30	Branca	Ensino Médio Incompleto	Do lar	-	Solteira	7 anos	Não	Sim	3	Norte	Evangélica
E10 (S.B.R.)	47	Branca	Ensino Superior Completo	Administrativa nos Correios	1 e ½	Divorciada	24 anos	Não	Sim	3	Norte	Evangélica
E11 (M.P.V.M.)	45	Parda	Ensino Superior Completo	Bibliotecária	4	Solteira	5 meses	Não	Não	-	Centro	Espírita
E12 (M.L.A.)	59	Parda	Ensino Médio Completo	Administrativa do Estado do Rio de Janeiro	1	Casada	28 anos	Sim	Sim	2	Norte	Evangélica
E13 (A.S.S.)	54	Parda	Ensino Médio Completo	Do lar	-	Divorciada	22 anos	Não	Sim	2	Norte	Não pratica
E14 (C.M.M.)	48	Branca	Ensino Médio Completo	Gerente de uma empresa de dedetização	3	Viúva	7 meses	Não	Não	-	Norte	Espírita
E15 (M.A.M.S.)	43	Branca	Ensino Superior Incompleto	Organizadora de eventos	4	Divorciada	8 anos	Não	Não	-	Norte	Espírita
E16 (C.S.M.S.)	47	Parda	Ensino Superior Completo	Do lar	-	Divorciada	16 anos	Não	Sim	1	Norte	Espírita
E17 (S.O.S.)	42	Branca	Ensino Médio Incompleto	Do lar	-	Divorciada	27 anos	Sim	Sim	2	Centro	Espírita
E18 (H.P.C.)	45	Branca	Ensino Médio Completo	Cabeleireira	4	Divorciada	25 anos	Não	Sim	2	Centro	Católica
E19 (T.C.)	29	Parda	Ensino Médio Incompleto	Manicure	½	Solteira	6 anos	Não	Sim	1	Oeste	Evangélica
E20 (A.A.S.R.)	27	Branca	Ensino Médio Completo	Do lar	-	Casada	8 anos	Sim	Sim	3	Sul	Evangélica