

# O setor saúde e a configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica

## The health sector and the configuration of the social network women in domestic violence situations

Maria de Lourdes Dutra <sup>1</sup>, Wilza Vieira Villela <sup>II</sup>

### Resumo

*Este artigo apresenta resultados obtidos em pesquisa mais ampla intitulada “A configuração das redes sociais de mulheres em situação de violência doméstica”, realizada em um município da região metropolitana de São Paulo. Busca-se neste texto analisar o papel desempenhado pelo setor saúde na rede de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica. Utiliza-se como referencial o conceito de redes sociais, tal como proposto nas pesquisas sociais. Assume-se a perspectiva de avançar para além das análises estruturais e funcionais das redes em direção às dinâmicas relacionais que se estabelecem em seu interior, de acordo com os preceitos formulados por Paulo Henrique Martins e a concepção de violência doméstica que orienta a Lei Maria da Penha. A violência impingida às mulheres impossibilita a manutenção dos vínculos sociais, promovendo isolamento e fragilidade, o que dificulta a obtenção de apoio para saída da situação. O setor saúde apresenta-se fragmentado quanto ao fluxo de trocas que deveria existir em seu interior e com os demais serviços, distanciando-se da realidade das mulheres e limitando-se, na maioria dos casos, à medicalização das marcas da violência deixadas nos seus corpos.*

**Palavras-chave:** Violência Doméstica, Saúde Pública, Redes Sociais

### Abstract

*This article shows the results obtained from an extensive research entitled “The configuration of social networks for violence against women”, which was done in a municipality from the metropolitan region of Sao Paulo – Brazil. Its aim is to analyze the role performed by the health section regarding to women attendance network for those who are victims of home violence. The concept of network is assumed as reference in order to go further the structural and functional analyzes toward the related dynamics that are established in it, according to the theoretical principle of social networks elaborated by Paulo Henrique Martins and the conception of home violence in accordance to Maria da Penha Law. Women, victims of violence, tend to find hard to maintain social relations as they start facing isolation and fragility, which turns to be more difficult support and consequently, a way out. Health section presents fragmentation regarded to the flow of exchanges that there should be besides with other services, which it is far from women reality and in most cases are limited to treat their bruises which are left on their bodies.*

**Keywords:** Home Violence, Public Health, Social Networks

<sup>1</sup> Maria de Lourdes Dutra (mldutrabr@yahoo.com.br) é psicóloga, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), apoiadora institucional no Ministério da Saúde para a articulação de Redes de Atenção à Saúde.

<sup>II</sup> Wilza Vieira Villela Médica (wilsa.vieira@terra.com.br) é livre-docente em

Ciências Sociais e Saúde (Universidade Federal de São Paulo-Unifesp), docente dos programas de pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Franca (UNIFRAN) e Saúde Coletiva (UNIFESP).

## Introdução

Este artigo apresenta resultados produzidos no contexto de uma pesquisa mais ampla sobre a configuração das redes sociais de mulheres em situação de violência doméstica, realizada em um município da região metropolitana de São Paulo no ano de 2010<sup>6</sup>.

O referencial de redes sociais tem proposto para as pesquisas sociais uma nova forma de interpretar a realidade, considerando não apenas os aspectos estruturais e funcionais das redes como também as dinâmicas relacionais que se estabelecem em seu interior<sup>10</sup>.

Pode-se definir rede social como a trama de relações que envolvem diferentes sujeitos sociais, sejam pessoas, sejam instituições ou movimentos sociais. Nesta pesquisa, o conceito de redes foi ampliado para além dos aspectos formais, de modo a possibilitar uma expressão mais fiel da dinâmica social por meio da caracterização da natureza dos vínculos e das trocas que ocorrem entre os atores<sup>10</sup>. A concepção de violência doméstica utilizada é a que figura na Lei Maria da Penha<sup>3</sup>, segundo o artigo 5º: “violência doméstica e familiar contra a mulher é qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.

A análise apresentada neste artigo tem como foco o setor saúde e o papel que este desempenha na rede de atendimento às mulheres, entendendo esta rede de atendimento como um dos componentes da rede social das mulheres<sup>10</sup>. O objetivo foi trazer o olhar das mulheres e dos profissionais que atuam em outros pontos da rede sobre a participação do setor saúde nas redes sócio-humana e institucional nas quais se inserem as mulheres em situação de violência.

## Violência contra as mulheres e políticas públicas

A violência contra as mulheres é multicausal, sendo sugerido que sua análise deve ser realizada com base na relação entre fatores socioeconômicos, culturais, familiares, comunitários e individuais<sup>8</sup>. No entanto, a produção acadêmica sobre esse tipo de violência tem reiterado a sua associação com normas hierárquicas que regem as relações entre os gêneros, que instituem o “direito” masculino ao controle dos bens e comportamentos femininos<sup>5</sup>, com menor ênfase nos demais fatores que se articulam às desigualdades de gênero na dinâmica de produção da violência.

A violência praticada contra mulheres no âmbito privado ainda é considerada como algo que não diz respeito à esfera pública, não sendo tratada como problema social. Contudo, apesar de acontecer no espaço doméstico, não se deve negar sua natureza pública<sup>12</sup>.

Sagot<sup>13</sup> afirma que somente 15% a 25% das agressões intrafamiliares são denunciadas, reforçando a invisibilidade do problema, o que legitima a violência e responsabiliza a mulher pela eclosão do ato violento. Segundo a autora, é necessário desmistificar essa visão instalada no coletivo para que possam ser oferecidos respostas e apoio efetivo às mulheres.

Apesar da alta magnitude da violência doméstica contra as mulheres, as baixas taxas de registros nos prontuários dos serviços de saúde sugerem que tal fenômeno ainda não tem a visibilidade necessária para esse setor. Estudo realizado em uma unidade de atenção primária em São Paulo, por exemplo, aponta que, apesar de 57% das usuárias relatarem algum episódio de violência física na vida, somente 10% dos casos haviam sido registrados nos prontuários<sup>8</sup>.

O Plano Nacional de Política para as Mulheres<sup>2</sup> tem como pressuposto que os lugares sociais ocupados por homens e mulheres são fruto de uma construção histórica, cultural e política que estrutura o cotidiano reproduzindo relações de desigualdade entre homens e mulheres. Assim, o Estado teria o dever de propor políticas voltadas para a desconstrução dessa desigualdade, promovendo a equidade de gênero por meio de ações organizadas em redes em diferentes níveis que pudessem impactar transversalmente as demais políticas<sup>2</sup>.

Até 2002, o Programa Nacional de Combate à Violência<sup>1</sup> contra a mulher teve como diretriz o apoio à construção de casas abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. Em 2003, novas ações foram propostas, com a implantação dos Centros de Referência e as Defensorias da Mulher, que passaram a compor, com outros serviços, uma rede de atendimento para assistência às mulheres em situação de violência doméstica<sup>2</sup>.

Os Centros de Referência contam com uma equipe multiprofissional, oferecendo apoio imediato, orientação e acolhida, além de orientar as providências adequadas a cada situação. As Defensorias da Mulher oferecem atendimento jurídico especializado para atender as mulheres em situação de discriminação e violência que não possuem condições econômicas de constituir um advogado. Esses equipamentos e ainda as casas abrigo, as delegacias, especializadas ou não, os servi-

ços de saúde, sociais, educação e outros parceiros devem atuar no enfrentamento da violência, que deve ser compreendida como uma responsabilidade de todos<sup>2</sup>. O desafio tem sido promover o funcionamento desses serviços de forma articulada e em rede.

Este trabalho visa identificar alguns dos obstáculos e janelas de oportunidade para essa articulação, na perspectiva de alguns dos atores envolvidos.

### Abordagem metodológica

Foi realizada pesquisa com abordagem qualitativa em um centro de referência para mulheres em situação de violência doméstica situado em um município da região metropolitana de São Paulo, conhecido nas décadas de 1980 e 1990 pelos altos índices de violência e pela inclusão da rede de atenção às mulheres vítimas de violência no conjunto das estratégias de enfrentamento do problema. Esse programa foi considerado bem-sucedido<sup>9</sup> em razão da redução dos índices de violência.

A coleta de dados incluiu a observação dos serviços que compõem a rede de atenção – Centro de Referência (CR), Casa Abrigo (CA) e Delegacia de Atendimento à Mulher (DAM) – e realização de entrevistas com usuárias e profissionais dos respectivos serviços.

As usuárias foram selecionadas de acordo com sua idade, escolaridade, situação de convivência e tempo de relacionamento com o parceiro, buscando-se contemplar a maior diversidade possível. A seleção dos profissionais privilegiou aqueles diretamente implicados na recepção e no acompanhamento da demanda.

As entrevistas com as mulheres tiveram como foco sua relação com os agressores, sua inserção em redes sociais e a identificação dos atores que as compõem, buscando dar visibilidade às trocas estabelecidas no cotidiano.

Com os profissionais, as entrevistas versaram sobre as suas percepções sobre a rede de atendimento à mulher e os fluxos de trabalho existentes entre o CR e os outros serviços.

Todos os entrevistados assinaram o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) sob o parecer nº 0322/2010.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Sua leitura foi orientada no sentido de apreender a configuração da rede social de cada mulher e o lugar ocupado pelos serviços e profissionais de saúde nas respectivas redes.

As redes estabelecidas na vida cotidiana, espaços de constituição das lógicas relacionais<sup>10</sup>, foram analisadas segundo aspectos simbólicos e intersubjetivos das interações, intensidade, proximidade, frequência de encontros e tipos de trocas entre os atores. Com estes parâmetros, a rede de cada mulher foi reproduzida graficamente (Figuras 1 e 2).

A análise dos dados considerou o lugar que cada ator ocupa na rede; os valores que regem as trocas; os tipos de acordos e pactos estabelecidos e o conjunto de instituições sociais presentes, buscando identificar como as relações sociais se estabelecem e a dinâmica entre os atores das redes<sup>10</sup>. Foi adotada a tipologia proposta por Martins<sup>11</sup> para definir as articulações entre os atores e os bens materiais e simbólicos envolvidos nas trocas entre os membros da rede: “rede sociotécnica”, constituída por pessoas que atuam no interior de sistemas organizacionais regulamentados, planejando ações que impactam a base dos sistemas; “rede socio-institucional”, que atua na fronteira entre os sistemas governamental e não governamental, criando mecanismos que possibilitam a governança; “rede sócio-humana”, na qual os sujeitos interagem por relações de parentesco ou amizade, socializando-se e adquirindo noção de pertencimento.

### Resultados

Foram entrevistados oito profissionais e nove mulheres. O Quadro 1 apresenta a relação dos entrevistados segundo características selecionadas.

### Aproximação e relacionamento entre as mulheres e as instituições

A forma como são estabelecidas as relações entre as mulheres e os atores das instituições que lhes oferecem apoio, sejam profissionais ou leigos, influenciam o modo como é percebido esse apoio e o acolhimento recebidos. Uma vez que a situação de violência restringe a rede sócio-humana da mulher, tornando-a ainda mais vulnerável às agressões<sup>7</sup>, à medida que a mulher percebe a existência de uma escuta ampliada para as suas necessidades há maior possibilidade de que se vincule ao serviço e tenha uma chance de romper com a violência<sup>4</sup>.

A vinculação positiva ao sistema de saúde foi relatada com frequência pelas mulheres. Duas faziam tratamento contra câncer, uma tinha problemas cardíacos, e mais da metade necessitou de assistência

**Quadro 1** • Perfil das mulheres e dos profissionais entrevistados.

Mulheres Entrevistadas						
Inicial (Fictício)	Situação de convivência	Idade	nº de filhos	Tempo de Convívio	Escolaridade	Trabalho
L	Abrigada	35 anos	00	10 anos	Médio	Estudante
A	Abrigada	27 anos	03	09 anos	Médio Incompl.	Desempregada
Da	Separada	39 anos	01	13 anos	Fund.	Diarista
Di	Separada	46 anos	02	12 anos	Médio Incompl.	Cabeleireira
S	Casada	51 anos	02	28 anos	Médio	Do Lar
R	Casada	52 anos	02	31 anos	Médio Incompl.	Do Lar
J	Casada	48 anos	00	12 anos	Fund. Incompl.	Autônoma
M	Separada / Mesma Casa	52 anos	02	33 anos	Fund.	Do Lar
MF	Separada / Mesma Casa	53 anos	03	33 anos	Fund. Incompl.	Do Lar
Profissionais entrevistados nos três serviços						
Sigla de identificação		Função			Sexo	
CCR		Coord. do Centro de Referência			Feminino	
CCA		Coord. da Casa Abrigo			Feminino	
AS		Assistente Social			Feminino	
AS2		Assistente Social			Feminino	
PSO		Psicólogo			Masculino	
PS		Psicóloga			Feminino	
R		Recepcionista			Feminino	
E		Escrivã			Feminino	

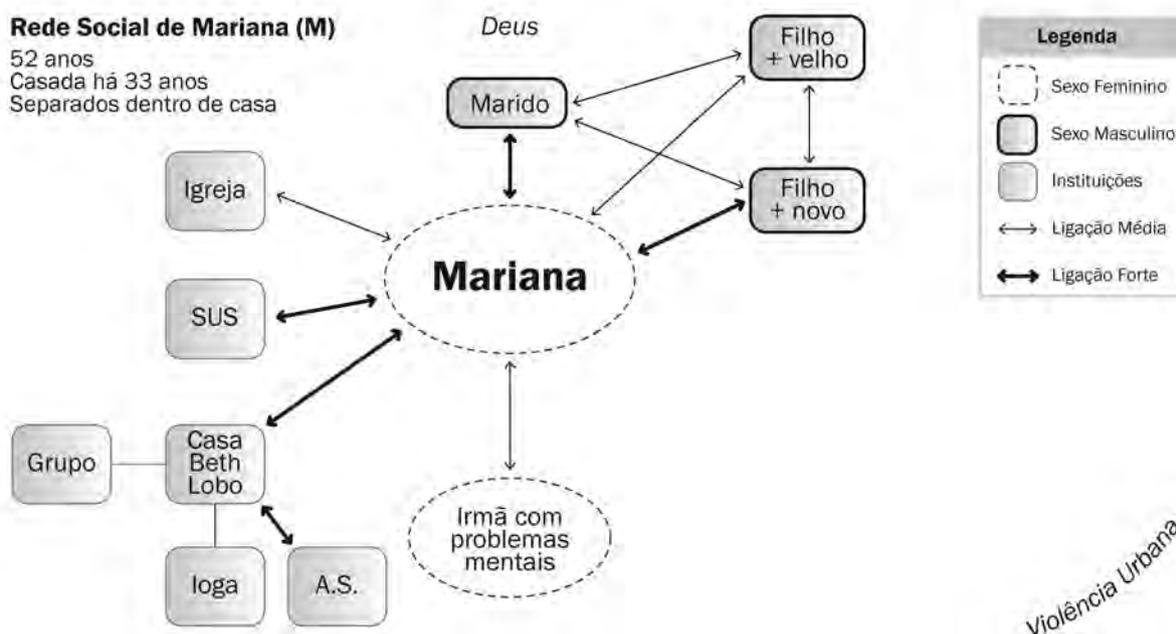
em razão de agressões graves. A confiança e a valorização do atendimento recebido são observadas no relato desta entrevistada:

[...] eu operei, fiz quimio, rádio, foi tudo pelo convênio, depois começou a ficar pesando muito pra pagar e agora eu tô pelo SUS, muito bem assistida, faço acompanhamento lá no Pérola Byington [...] vou no posto de saúde, onde chego as portas estão abertas, nunca achei dificuldade pra nada, as pessoas são maravilhosas comigo (M).

Nenhuma queixa foi exposta com relação ao Sistema de Saúde. No entanto, nos casos de violência física recorrente, em que o setor saúde foi o primeiro a ser acionado, o encaminhamento da mulher ao CR foi realizado somente no momento em que esta foi atendida pela delegacia de polícia e não pelo serviço de saúde, onde o relato da violência com frequência é omitido na consulta.

O silêncio das mulheres sobre a violência é observado em vários estudos que analisam o envolvimento dos profissionais de saúde com as mulheres que buscam os serviços<sup>8,3,14</sup>. A maior parte das mulheres relata que mentiu ou omitiu o fato quando teve necessidade de atendimento de saúde por ocasião das agressões. Em todos os casos, elas optaram por proteger o agressor e/ou proteger-se da reação deste diante da denúncia. Entretanto, algumas relatam que se houvesse maior empenho do profissional que as atendeu, talvez tivessem contado a verdade.

Na delegacia, quando eu fui fazer a denúncia, eles me encaminharam para cá. Eu não falei nada, fiquei uma semana no hospital, eles souberam que foi um acidente, porque eu falei que foi tiro perdido, lá tinha muito bandido e eles aceitaram de boa, não foram a fundo, porque talvez se eles tivessem falado... mas como foi? Eles não perguntaram muita coisa (Di).

**Figura 1** - Configuração da rede social com poucos atores na rede sócio-humana, característica entre as mulheres estudadas.

Esse “pacto de silêncio” entre usuária e profissional é reforçado quando a usuária percebe que este se mostra distante, o que aumenta o seu constrangimento de expor a situação vivida. Assim, a mulher prefere delegar ao profissional apenas a responsabilidade dos cuidados com seu corpo, não compartilhando os problemas conjugais que causaram as lesões. O relato a seguir, sobre um atendimento em um pronto-socorro, mostra esse mecanismo:

[...] aí quando ele me deu esse último soco eu fui procurar atendimento, mas eu menti, eu falei que meu filho estava em crise, e tinha me dado um murro [...] Eu fiquei com vergonha de falar que tinha apanhado dele. Já por umas duas vezes ele tirou sangue da minha boca (MF).

Estudo realizado com profissionais de saúde refere relatos de que estes não sabem o que fazer ou não querem se adiantar à mulher na explicitação da violência<sup>4</sup>. Mesmo quando o profissional valoriza essa explicitação, não acredita que sua ação seja eficaz, uma vez que a transformação da situação está fora do seu âmbito de atuação, constituindo o que Schraiber et al.<sup>14</sup> denominam de “recusa tecnológica”. Segundo estes autores, nas concepções e representações desses profissionais, a violência situa-se fora do campo da saúde, já que este não dispõe de tecnologias capazes de dar conta do seu enfrentamento.

Mesmo quando há orientações no sentido de oferecer apoio às mulheres, os profissionais não consideram que isto seja sua atribuição, pois não seria tão bom ou realizado com a mesma competência identificada nas demais intervenções específicas da saúde<sup>4</sup>. A seguir, uma mulher relata suas numerosas doenças e tratamentos, sem articular suas queixas com a experiência da violência e sem esperar que o serviço que a atende faça também essa vinculação:

[...] eu trato em um ótimo hospital que fica longe de casa, aí um tem que ficar em casa e tem que ser ele (...) Eu tenho problema de pressão, aceleração no coração por causa da pressão, artrite, artrose, tenho colesterol, tenho diabetes, tenho esofagite, tenho candidíase esofágica, eu sou muito cheia de problemas, tomo muito remédio, tomo fluoxetina para depressão e às vezes preciso tomar Rivotril pra dormir, mas quando ele bebe é pior que tudo, então eu não sei nem o que é melhor pra minha vida (M).

### A percepção dos profissionais em relação à articulação entre os serviços

Ainda que haja iniciativas visando organizar o trabalho de forma mais articulada, nos serviços cujas equipes buscam favorecer o fluxo de troca de informações na rede socioinstitucional há consenso entre os profes-

sionais sobre a necessidade de institucionalizar práticas de fortalecimento da rede de apoio às mulheres, de modo que o fluxo entre um serviço e outro possa ocorrer de forma compartilhada. Há poucos espaços instituídos de troca entre os membros das equipes, assim as trocas de informações sobre as atividades propostas para cada mulher é informal, e só ocorre entre os profissionais que têm interesse em fazê-lo. O relato de uma entrevistada ilustra tal situação:

A gente sabe que o trabalho isolado é difícil, e que a gente tem que construir essa rede, mas ainda é uma rede a ser construída, então eu conto comigo mesma (AS).

A circulação de informações entre os serviços é restrita às reuniões, que têm um caráter formal e burocrático, sem incluir os profissionais que estão no atendimento direto às mulheres. Há, portanto, uma fragmentação na rede institucional de apoio que pode significar também a fragmentação nas ofertas apresentadas à mulher. Isso impede que ela se sinta acolhida por uma estrutura vinculada a uma rede mais ampla, com vários pontos (outras estruturas, serviços) que também podem acolhê-la e apoiá-la, mediante uma coerência interna de olhares e procedimentos que fortalecem mutuamente os serviços/instituições e permitem que as mulheres se sintam mais seguras. Essa forma de funcionamento é relatada por uma das profissionais:

Existem linguagens diferentes nos serviços. O Centro de Referência procura acolher e valorizar o intersubjetivo e as outras linguagens, delegacias, fórum [...] é muita objetividade e acabam reproduzindo a violência, a rede [...] Cada um pega um pedacinho e tenta resolver lá uma situação que é de alta complexidade, até internamente é assim (AS2).

A necessidade de compartilhamento, de troca e de apoio, vivenciada pelos profissionais, acaba se resolvendo de forma não institucionalizada, por meio de uma rede de relações que, embora tenha um valor principal a ser compartilhado – o conhecimento técnico para dar respostas às questões das mulheres atendidas –, se sustenta com base na confiança mútua entre seus atores. Embora possa, em determinado momento, suprir a lacuna de uma institucionalidade, essa rede é frágil e se dissolve quando os atores trocam de posições, le-

vando consigo sua rede de contatos e apoios, conforme expressa o relato a seguir:

[...] acaba não tendo uma sistematização, uma padronização do serviço, então como o fluxo não é contínuo há uma rede informal, existe a pessoa de tal lugar, mas não é o lugar, é a pessoa que está lá que eu posso acionar para ajudar em determinada situação (PSO).

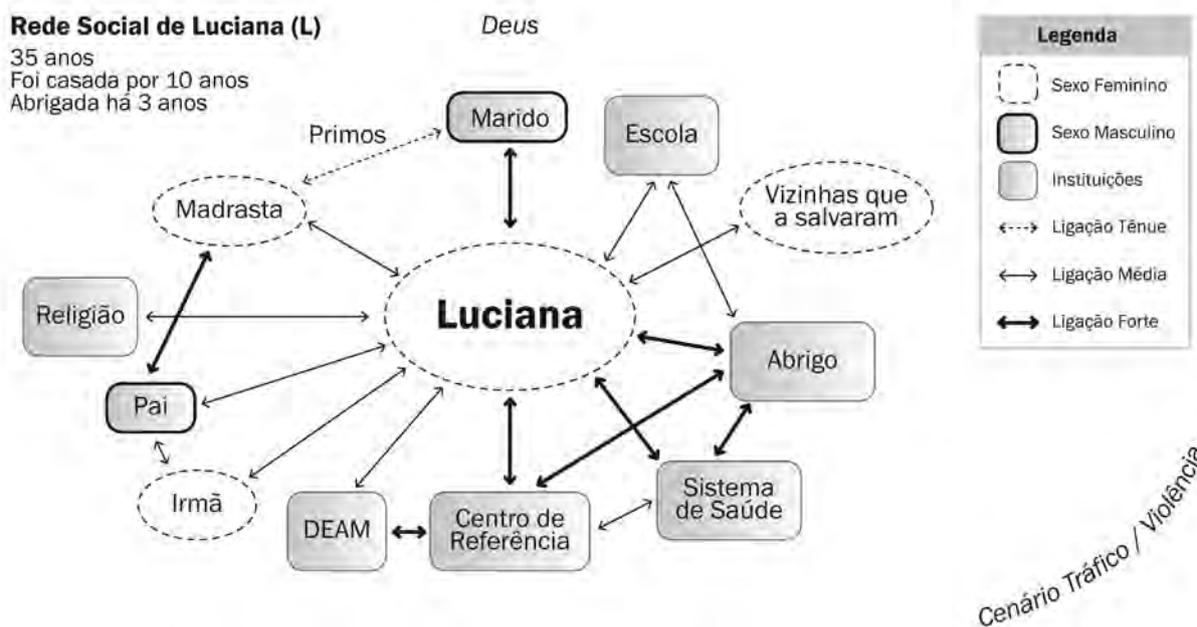
Além da falta de articulação entre os serviços e os profissionais da rede socioinstitucional, não há integração com os atores que estão próximos da mulher, espacial e afetivamente<sup>6</sup>. Os serviços têm a percepção de que a rede social das mulheres está corrompida, mas não foi identificada nenhuma iniciativa no sentido de estabelecer algum tipo de vínculo com a rede sócio-humana delas, como se observa a seguir:

Os parceiros mais próximos acabam sendo a delegacia e a parte jurídica mesmo. As outras parcerias a gente idealiza que poderia ter uma proximidade maior, mas efetivamente falta muita coisa ainda (PSO).

Quando os espaços institucionais conseguem atuar em rede com práticas pautadas pela valorização das relações intersubjetivas, pela integralidade e por meio de ações articuladas entre os serviços, oportunizam à mulher organizar sua vida para além da violência, promovendo movimentos de transformação em busca de seus próprios objetivos, como podemos observar no seguinte relato:

Quando eu cheguei no abrigo eu não tinha uma escolaridade alta e eu voltei para a escola, eu voltei e terminei o primeiro grau, mesmo com problema de saúde, agora já tô fazendo o último ano do segundo grau. Eu cresci em termos de conhecimento, porque o abrigo me deu esse espaço. Eu converso muito com as educadoras, elas me dão esse apoio, elas me acompanham no médico, elas conversam com o médico e sabem o que está acontecendo (L).

Esse exemplo mostra que quando a rede socioinstitucional não está fragmentada consegue impactar a rede social da mulher, possibilitando que esta tenha uma configuração que venha a favorecer a existência de vínculos de proteção e a superação da situação de violência por meio da construção de outros objetivos para sua vida.

**Figura 2** - Configuração da rede social da mulher com a rede de proteção e de serviços articulada.

### Algumas considerações

A partir da configuração da rede social das mulheres e da valorização da dimensão relacional que se estabelece em todos os níveis da rede, é possível compreender que existe um processo de cuidado a ser realizado nos vários níveis organizativos da sociedade. Assim, a inclusão das mulheres que vivem em situação de violência nos serviços e em outros espaços sociais implica um conjunto de práticas sociais que reconheçam que cada sujeito é parte integrante de uma rede maior, de modo que todos, de alguma forma, estão implicados entre si. Novas articulações com novos atores pertencentes a diferentes níveis de redes sociais podem conferir um caráter mais amplo a questões que ultrapassam os limites do mundo privado ou dos espaços institucionais.

O setor saúde, como um dos pontos nodais a serem acionados pelos sujeitos nos momentos de crise, necessita ser mais ativo na sua articulação com os demais setores que, direta ou indiretamente, atuam sobre o cotidiano dos sujeitos. Pois se os componentes de uma rede de atenção à saúde, serviços e profissionais não se colocam ou não se veem como parte da rede social dos seus usuários, a rede desses sujeitos fica ainda mais frágil e fragmentada. Do mesmo modo, caberia a esse setor e aos seus profissionais contribuir para que as mulheres possam ampliar a compreensão sobre a violência vivenciada para além das circunstâncias da sua eclosão na relação interpessoal, e para as reper-

cussões sobre a sua saúde e qualidade de vida para além das lesões.

Desse modo, repensar a forma como os serviços estão organizados para atender as mulheres significa buscar novos instrumentos para compor com práticas e conhecimentos já disponíveis, devendo ser valorizada a articulação entre os atores da rede sócio-humana da mulher e as estruturas e profissionais que lhe dão suporte, possibilitando que a mulher se sinta segura para reorganizar sua vida para além da violência.

## Referências

1. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF; 2004.
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília; 2007.
3. Brasil. Lei Maria da Penha. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006 que dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2010. 34 p. (Série ação parlamentar; 422).
4. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athenea Digital*. 2008(14): 229-236.
5. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciê n Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1037-1050. 2009.
6. Dutra ML. A Configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. [dissertação de mestrado]. São Paulo: UNIFESP; 2011.
7. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela, WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciê n Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1293-1304.
8. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Popul Rep*. 1999; 27(4):1-43.
9. ILANUD - Instituto Latino Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente. Das políticas de segurança pública às políticas públicas de segurança. São Paulo; 2002.
10. Martins PH, Fontes B. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. 2.ed. Recife: UFPE; 2008.
11. Martins PH. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009a.
12. Saffioti HIB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo Perspect*. 1999; 13(4):82-91.
13. Sagot M. La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso en diez países. Washington: PAHO/ Programa Mujer, Salud e Desarrollo; 2000.
14. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 1999;3(5):11-26.