

Ruta crítica de mujeres en situación de violencia perpetrada por su pareja¹

Daniella Yamada Baragatti²

Diene Monique Carlos³

Maria Neto da Cruz Leitão⁴

Maria das Graças Carvalho Ferriani⁵

Eliete Maria Silva⁶

Objetivo: Conocer y analizar la ruta crítica de mujeres en situación de violencia perpetrada por su pareja hasta un Centro de Referencia de un municipio brasileño, según la perspectiva de las mismas. **Método:** se trata de una investigación cualitativa, fundamentada bajo el concepto de ruta crítica. Se realizaron observaciones participativas del grupo de apoyo del Centro de Referencia y se entrevistaron diez mujeres en situación de violencia, acompañadas por este servicio. **Resultados:** los factores motivadores para que las mujeres buscaran ayuda fueron el aumento de la gravedad de las agresiones, el impacto de la violencia en los hijos y el apoyo familiar. Las mujeres pasan por diversos sectores y servicios antes de acceder al Centro de Referencia, tales como el policial, el jurídico, el de salud y el social. Encuentran poca respuesta efectiva de los servicios, siendo que la acogida es el factor de respuesta principal para enfrentar la situación. **Conclusión:** La atención está dividida y depende de la postura del profesional que las asiste. El Centro de Referencia es reconocido como importante lugar de apoyo para las mujeres. Además de los esfuerzos gubernamentales para mantener la red estructurada, es fundamental educar continuamente a los profesionales actuantes.

Descriptores: Violencia de Pareja; Violencia Doméstica; Maltrato Conyugal; Violencia de Género; Conducta de Búsqueda de Ayuda; Investigación Cualitativa.

¹ Artículo parte de tesis de doctorado "Caminhos de mulheres em situação de violência na busca por serviço de apoio", presentada en la Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

² PhD, Enfermera, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

³ Estudiante de postdoctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Doctor, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

⁵ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Baragatti DY, Carlos DM, Leitão MNC, Ferriani MGC, Silva EM. Critical path of women in situations of intimate partner violence. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3025. [Access]; Available in: URL
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2414.3025> mes día año

Introducción

La violencia contra la mujer emerge como un grave problema de salud pública en el mundo contemporáneo y es una violación de los derechos humanos. Aproximadamente un tercio (30%) de las mujeres en el mundo que tuvo una relación, sufrió violencia física y/o sexual de parte de su pareja, y en algunas regiones este porcentaje llega al 38%⁽¹⁾. En una revisión sistemática realizada entre 1990 y 2011 para estimar la prevalencia global y regional de homicidios cometidos por sus parejas, la proporción de homicidios femeninos cometidos era seis veces mayor que la proporción de homicidios masculinos⁽²⁾.

Las mujeres que sufren violencia doméstica tienen menos calidad de vida⁽³⁾. Según la literatura, hay mecanismos fisiológicos que asocian la exposición a la violencia con diferentes efectos sobre la salud, por lo que puede haber implicaciones en la salud mental y el funcionamiento cognitivo, además de que el sistema inmunológico se vuelve susceptible, aumentando el riesgo de cáncer e infecciones virales⁽⁴⁻⁵⁾.

Un aspecto importante para construir el cuidado volcado hacia esta población es la identificación de oportunidades para brindar la ayuda necesaria y conectar a las mujeres con otros servicios. Por esta razón, es importante conocer el itinerario recorrido por dichas mujeres a fin de identificar posibles brechas y fragilidades de los servicios y sus conexiones; la potencialidad del cuidado prestado por los diversos servicios y sectores, al igual que los desafíos presentes en este ámbito, esenciales para la prevención terciaria de la violencia contra la mujer. La secuencia de decisiones y acciones realizadas por mujeres en situación de violencia, así como también las respuestas encontradas en la búsqueda de soluciones, es la "ruta crítica" que traza los pasos antes de la llegada a los Centros de Referencia⁽⁶⁾. Tal definición, propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPAS), está asociada, en otros países, al "comportamiento de búsqueda de ayuda".

La ruta crítica es un proceso interactivo constituido por factores que impulsan o inhiben tanto a las mujeres afectadas y sus acciones, como a la respuesta social encontrada, que es determinante en la ruta. La toma de decisiones de las mujeres está influenciada por la información, el conocimiento, sus percepciones y actitudes, por los recursos disponibles, por la experiencia anterior, por la valorización de la situación y los apoyos u obstáculos que encuentran en el camino⁽⁶⁾.

El presente estudio se basó en las orientaciones mencionadas anteriormente y su principal contribución es dar voz a las mujeres en situación de violencia

buscando comprender la senda recorrida por ellas para obtener apoyo en el enfrentamiento de este fenómeno. Tal conocimiento se encuentra bastante consolidado en el escenario internacional pero aún incipiente en el contexto brasileño y en los países de América del Sur. Es necesario profundizar más sobre el asunto y ofrecer un aporte teórico que posibilite su comprensión, principalmente para exponer las diferencias culturales y la violencia física de menor gravedad⁽⁷⁻⁸⁾. Por esta razón, el objetivo de este estudio fue conocer y analizar la ruta crítica de mujeres en situación de violencia perpetrada por su pareja, según su perspectiva, hasta llegar a un Centro de Referencia de un municipio brasileño.

Ante la complejidad del problema, los servicios de salud deben integrar una red de atención para las mujeres en situación de violencia, que establezca la actuación conjunta de las áreas de educación, seguridad pública, asistencia social y cultura. La comprensión de los profesionales de la salud y enfermería acerca de este problema ayuda a ampliar y estimar la atención de estas mujeres, así como enfrentar las dificultades del manejo cotidiano de la violencia⁽⁹⁾.

Método

Se trata de una investigación de abordaje cualitativo, descriptivo y exploratorio, basada en el concepto de ruta crítica propuesto por la OPAS⁽⁶⁾. Se realizó en el Centro de Referencia para mujeres en situación de violencia doméstica, ubicado en Campinas, São Paulo, Brasil.

El Centro de Referencia ofrece atención individual con psicóloga, asistente social y abogada y viabiliza la participación en talleres para el aprendizaje de actividades como, por ejemplo, corte de cabello; proporciona un lugar adecuado para que dejen a sus hijos con una educadora social durante la atención y posee grupos de apoyo con encuentros semanales y paseos, entre otras actividades.

Las participantes de este estudio son mujeres que buscaron asistencia en este servicio entre los años 2013 y 2016 y que atendían a los criterios de inclusión: (I) poseer más de 18 años; (II) haber sufrido violencia doméstica por parte de un compañero íntimo de cualquier naturaleza; (III) haber buscado ayuda en el Centro de Referencia y (IV) haber dado continuidad a la atención estando al menos por segunda vez en el servicio.

La investigadora principal comenzó la aproximación al servicio frecuentando el grupo de apoyo. Al final de los encuentros presentaba la propuesta de la encuesta individualmente a las mujeres participantes. Las que concordaban en participar eran entrevistadas en días y horarios acordados, conforme su disponibilidad.

La recolección de datos transcurrió entre septiembre de 2015 y noviembre de 2016, por medio de observación participante y entrevistas semiestructuradas. La observación participante se desarrolló durante las actividades del grupo de apoyo del Centro de Referencia. El grupo de apoyo se reúne una vez por semana y las actividades tienen dos horas de duración. Es conducido por una psicóloga y cuenta con la participación de mujeres que buscan el servicio para atención. En promedio, 15 mujeres participan en cada grupo.

La investigadora principal frecuentó 15 grupos diferentes, totalizando 30 horas de observación. A seguir, registró las anotaciones en el diario de campo: personas presentes aquel día, asuntos abordados, técnicas utilizadas, comentarios principales de las mujeres, datos de los lugares donde buscaron ayuda e impresiones al respecto del ambiente y sus eventuales complicaciones.

Para las entrevistas se utilizó, como guía, el instrumento elaborado por la OPAS para investigar la ruta crítica de mujeres en situación de violencia, traducido y validado por investigadoras brasileñas⁽⁶⁻⁸⁾. El programa de las entrevistas semiestructuradas tenía como objetivo identificar el camino realizado para buscar ayuda, la percepción de las atenciones y los aspectos que facilitaron o dificultaron dicho proceso⁽⁸⁾.

Las entrevistas se realizaron de manera individual, en salas cerradas de las dependencias del Centro de Referencia. El programa para las entrevistas empezaba con cuestiones sobre las características sociodemográficas de las mujeres, tales como edad, estado civil, escolaridad, cantidad de hijos, lugar de residencia, ocupación y renta familiar. A continuación, se hacían las siguientes preguntas abiertas: ¿Podría contar sobre la situación de violencia que vive o vivió? ¿Se lo contó a alguien? ¿Qué le llevó a buscar ayuda y adónde fue la primera vez? ". Sobre cada lugar que las mujeres mencionaron sobre pedir ayuda, se les preguntaba quién las había atendido, como fue el proceso, qué les decían, cómo las trataron y si las derivaron a otro lugar.

No se estableció previamente el número de mujeres entrevistadas. Durante el transcurso de las entrevistas, se observó la repetición de contenidos, es decir, que la ruta crítica recorrida estaba establecida por discursos similares; por esta razón, se encerraron con un total de diez mujeres. El número de entrevistas se justifica, también, por datos corroborados por las observaciones del grupo de apoyo, en el cual las encuestadas y otras participantes describían sus historias y la ruta crítica recorrida hasta llegar al servicio de apoyo. En investigaciones cualitativas, el énfasis se encuentra en las experiencias y entendimientos de las personas sobre fenómenos particulares, lo que puede ser comprendido, inclusive, con un número menor de participantes⁽¹⁰⁾.

Las entrevistas se grabaron con un aplicativo de grabación de voz de teléfonos móviles y se transcribieron manualmente. La más larga tuvo una hora, 57 minutos y 15 segundos de duración, mientras que la más corta, 26 minutos y 41 segundos.

Tanto los datos de las entrevistas como los de la observación participante se estudiaron a través de la técnica de análisis temática e inductiva, método que identifica y analiza patrones de datos cualitativos vinculados principalmente al lenguaje utilizado por las participantes⁽¹⁰⁾. Se siguieron los siguientes pasos: (I) familiarización con los datos – tras la transcripción de las entrevistas y sistematización de los materiales provenientes de la observación participante se realizó una lectura exhaustiva del material recolectado; (II) codificación de la información relevante obtenida de los datos extraídos – en función de las cuestiones y del objetivo de la investigación, así como del concepto de ruta crítica, se establecieron rótulos específicos sobre las características importantes de los datos relevantes para la investigación, llamados códigos; (III) búsqueda de temas coherentes y significativos para el patrón de los datos relevantes – los códigos creados a partir de las respuestas a las preguntas de la investigación se concentraron en los temas "El inicio de la ruta crítica: factores motivadores" y "Los servicios recorridos en la ruta crítica: acciones tomadas y factores de respuesta"; (IV) revisión de temas – comprobar si los temas estaban de acuerdo con los códigos de datos extraídos y su relación con el conjunto general de datos. Para garantizar la validez de los análisis, otros investigadores realizaron el chequeo de los códigos y de los temas de acuerdo con la lectura del material transcrito y el cotejo de los audios de las entrevistas; (V) definición y designación de los temas – redacción detallada del análisis de cada tema, identificando sus características principales; (VI) redacción final – elemento integral del análisis temático, que envuelve la tesis conjunta de la composición analítica así como su contextualización con la literatura relevante del área, los dispositivos legales y la articulación con conceptos teóricos.

La investigación respetó los aspectos éticos que involucran seres humanos y fue aprobada tanto por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas (Parecer n°. 1.073.136/2015), como por los órganos públicos vinculados a la Ciudadanía, Inclusión, Asistencia Social y Salud, además de obtener autorización de la coordinación del Centro de Referencia. Se mantuvo el anonimato de las participantes con la utilización de nombres ficticios, siendo sus informaciones recogidas después de la firma del Consentimiento Informado.

Resultados

El inicio de la ruta crítica: factores motivadores

Las mujeres decidieron buscar ayuda cuando las agresiones se agravaron; cuando la situación se volvió insustentable o hubo algún incidente extremo como, por ejemplo, una hija tratar de suicidarse debido a la situación de violencia en que se encontraba su madre: (...) Él me agredió y le dije - ¡No! ¡Basta! ¡60 años, casi 61 años pegándome! (...) Y también porque vi que el asunto era muy serio, ¿no les parece? Porque de la manera como él me pegó, amanecí con la cara toda hinchada, el ojo hinchado. (María) (...) La semana que mi hija tenía pruebas, parece que se puso más loco todavía, me insultaba y no se podía dormir, y resulta que los niños tampoco dormían. Mi hija fue muy mal en las pruebas. Entonces ella agarró y tomó un montón de remedios unos dos días antes de la navidad. (Fernanda)

Al preguntarles si le contaron a alguien sobre la situación de violencia, el principal apoyo citado fue el de los hijos: (...) Ella le dijo al agresor - ¡No! ¡Aquí tú no entras! ¡Y te vas de acá o llamo a la policía! Entonces él salió, se fue. Y ella dijo - Mamá, tú no te vas a ningún lado. Te vas a quedar aquí en mi casa. Enseguida tomó la llave y se fue corriendo hasta la otra casa para buscar ropa. Fue, agarró unas ropas y volvió a su casa, donde me quedé. (María)

Otros apoyos citados por las mujeres se referían a la madre, a las amigas y a las hermanas. Algunas mujeres percibieron este sostén como el más importante en la búsqueda de ayuda, junto con el de los hijos. Yo le cuento todo a mi madre, siempre. Todo lo que pasa conmigo mi madre lo sabe. (Ivone) Sí, sí, tengo una amiga que la veo mucho (...) Entonces ella sabe lo que pasa. (Léia) Entonces fui... y se lo conté a ella...[a la hermana]. Ella me dijo: no, yo siempre tenía eso en mi cabeza, que no te habías caído. (Elaine).

Dialógicamente, muchas veces los hijos, las madres y los miembros de la familia no son percibidos por las mujeres como fuentes de apoyo, ya que no identifican los episodios relatados por las mujeres como violentos o minimizan la situación: (...) le conté a mi madre sobre las peleas, se lo conté a mis hermanos, se lo conté a todos, pero ellos dijeron que era una pelea más y que después el tipo y yo íbamos a volver a estar juntos. Cuando se dieron cuenta de que no era así, que fui agredida de verdad... Entonces, ya era tarde y nadie más podía ayudarme. (Camila)

Los servicios recorridos en la ruta crítica: acciones tomadas y factores de respuesta

Entre las acciones tomadas por las mujeres, las principales fueron la realización de la Denuncia; la búsqueda de las Comisarías de la Mujer y la Familia o comisarías en general; y la búsqueda de servicios de salud y de asistencia social. A lo largo de este proceso, se obtuvieron diferentes respuestas. El recorrido de las mujeres en situación de violencia entre los servicios no es lineal. Los servicios que componían la ruta crítica de cada mujer y quién las derivó al Centro de Referencia se encuentran representados a continuación, en la Tabla 1.

Tabla 1 - Servicios que componían la ruta crítica de las mujeres y quién las derivó al Centro de Referencia. Campinas, São Paulo, Brasil, 2016

Nombre	Servicios que componían la ruta crítica	Quién la derivó al Centro de Referencia
Nélia	CS*/DDM†	DDM†
Ivone	Judicial/CRAS‡/CS*	CS*
Carol	Hospital/DDM†/Refugio	Abrigo
Elaine	CS*/CRAS‡/Hospital/DDM†/ Policía	CRAS‡
Elisângela	CRAS‡/CS*/Hospital/ Comisaría convencional	CRAS‡
Camila	Policía/Comisaría convencional/DDM†/Justicia/ CS*	DDM†
Fernanda	Hospital/ONG§	Hospital
Léia	Policía/DDM†	DDM†
Maria	Justicia/DDM†/Hospital/CS*	Defensa Jurídica, Defensor del Pueblo

*CS - Centro de Salud; †DDM - Comisaría de la mujer; ‡CRAS - Centro de Referencia en Asistencia Social; §ONG - Organización No Gubernamental.

De las entrevistadas, ocho hicieron la denuncia, generalmente más de una vez: (...) Hice la denuncia. Le mandaron la intimación y él la rompió. Entonces la hice de nuevo... Llegó la intimación y la hizo añicos. (Elaine). Cinco hicieron la denuncia en la Comisaría de la Mujer: (...) Fui varias veces a hacer la denuncia contra él en la Comisaría de la Mujer. (Ivanete); dos hicieron la denuncia en ambas comisarías (de la mujer y común): (...) Ya fui en las dos (Carol); y una hizo la denuncia en la Comisaría común: (...) Ya fui [a la comisaría] por una agresión física (...) Y en la comisaría de la mujer no alcancé a ir. (Elisângela). Las mujeres sólo fueron a las Comisarías convencionales los fines de semana, porque las de la Mujer se encontraban cerradas. No obstante, según el discurso de estas mujeres, el registro de la denuncia no adelantó. Uno de los motivos para no denunciar es porque no creían que podrían ayudarla realizando tal procedimiento: (...) Porque cuando me pegó de tal forma que me dejó moretones, me dijeron en el hospital, 'vamos a hacer la denuncia'. Le conteste: ¿denunciar para qué?

¿Qué pueden hacer ustedes por mí? *No hice la denuncia, pero fui a la comisaría.* (Carol).

A pesar de que las comisarías fueron el servicio que más derivó a las mujeres al Centro de Referencia, la atención en este servicio es uno de los más criticados por ellas. En las comisarías las desalientan a dar continuidad al proceso, y las incentivan a darle una nueva oportunidad al compañero, las tratan con frialdad y descuido: (...) *Las empleadas de la comisaría dijeron - Bueno, intente una vez más. Si él la quiere agredir de nuevo, vuelva aquí. (...) Él perdió el control de nuevo y entonces volví a la comisaría y ellas me dijeron - Señora, ¿qué quiere? ¿Que vaya alguien de aquí a su casa con camisa de fuerza para traer a Fulano para acá? Eso no va a pasar.* (Elaine)

Algunas mujeres fueron a la Comisaría común y evaluaron la atención de manera positiva: (...) *El que vino a hablar conmigo era hombre y la atención fue normal. Hasta me orientó, ¿sabe?, me dijo que era para dar continuidad, porque muchos casos empiezan con una agresión y después se vuelve algo peor, un caso así de muerte, ¿sabe? Quien me atendió me explicó bien eso, que lo que yo sufrí fue una agresión. Me dijo que siguiera con la denuncia, que fuera a la Comisaría de la Mujer, me orientó.* (Camila)

Otra atención criticada por las mujeres es la de la Policía. De acuerdo con los datos obtenidos, la Policía era accionada, la mayoría de las veces, en el momento de la agresión; sin embargo, la respuesta recibida generalmente no era positiva: (...) *El policía me dijo - Mire, señora, nosotros no podemos hacer nada. Él no la lastimó, no le salió sangre, por eso no podemos llevarlo preso, y era así siempre.* (Carol)

Algunas mujeres en situación de violencia buscaron el poder judicial con el objetivo principal de separarse del marido violento. La evaluación del servicio fue mala la mayoría de las veces, ya que dijeron que había cierta imposición de que se reconciliaran con el compañero: (...) *ellos me decían - No, es porque tiene que ser de esa manera, tiene que haber una reconciliación. No puede ser que a la primera vez se estén separando. Solo que, si alguien muere durante el casamiento, algo tan grave como eso, ¿quién se va a responsabilizar? Ellos seguro que no.* (Ivone)

Con respecto a los servicios de salud, surgieron, en esta investigación, relatos de búsqueda de atención en las unidades de Atención Primaria de la Salud (APS) - (...) *Decidí ir al centro de salud, les conté lo que me había pasado y ellas me mandaron que lo llevara a él.* (María) -, unidad de emergencia- (...) *ah, ya fui al hospital una vez que él me cortó la cabeza.* (Elisângela)- y también en el servicio de especialidades de un hospital donde el marido hacía acompañamiento - (...) *ah, el día en que fui a buscar al médico [de la especialidad] él había intentado ahorcarme. El médico vio la herida y dijo: ahora mismo vamos a marcar consulta para él.* (Elaine). Se observa, en los relatos anteriores, que los

profesionales de la salud ofrecen ayuda para abordar a la pareja-agresora, tanto en la APS como en el servicio de la especialidad.

Con respecto a la percepción de la eficacia de los servicios de salud ofrecidos a la mujer en situación de violencia, se observó que tanto hospitales como unidades de APS poseen como práctica la derivación a otros servicios de atención como, por ejemplo, la Comisaría de la Familia y el Centro de Referencia. De esta forma, las mujeres se sienten apoyadas al ser acogidas, tienen sus quejas oídas, principalmente, cuando son derivadas a otro servicio: (...) *Fátima [Enfermera] conversaba conmigo, intentaba tranquilizarme... Yo le decía que estaba así por culpa de mi marido, que él tomaba mucho y me agredía con palabras. Ella me conocía, conversaba conmigo, quería tranquilizarme.* (Carol)

Hubo dos mujeres que evaluaron negativamente la atención recibida en las unidades de salud. Afirmando que, en estos casos, no siempre los servicios poseen profesionales de salud mental, como psicólogos y psiquiatras, lo que dificulta la atención de mujeres en situación de violencia, y que no encajan en un perfil que pueda derivarlas hacia otros servicios que dispongan de estos profesionales. *Inclusive allá en el Centro de Salud yo lloraba, rogaba, me humillaba mucho para que ellos me consiguieran una psicóloga...* (Ivanete)

Las mujeres buscaron con frecuencia el servicio social como forma de socorro, principalmente en el Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS). Muchas llegaron al Centro de Referencia por indicación de asistentes sociales no sólo del CRAS, sino también del refugio, del Defensor Público y de una Organización No Gubernamental (ONG): (...) *Entonces fui al CRAS del barrio donde vivo y conversé con la asistente social. Enseguida me hizo pasar para hablar con la psicóloga y me derivó para ser atendida aquí en el Centro de Referencia.* (Camila) (...) *Fue allá en el refugio que la asistente social me derivó para acá, para el Centro de referencia.* (Carol) (...) *fui a la ONG. Ella me dijo que escribiera una carta y que tal día la llevara a ese lugar. Le hice caso y vine.* (Ivanete)

Todas las mujeres evaluaron el Centro de Referencia de forma positiva, afirmando que el servicio es bueno y se sienten acogidas, lo que las hace olvidarse un poco de los problemas, pueden llorar o decir lo que piensan sin sentirse juzgadas; además, relataron que era el apoyo más importante que encontraron en su ruta: (...) *Después de que empecé a venir aquí, las muchachas me dieron apoyo, conversan conmigo, las niñas ya están de prueba, ya empecé a cambiar. Quiero cambiar.* (Elaine) (...) *Digamos que después de haber venido al Centro de Referencia consigo discernir mejor las cosas, estoy mucho mejor.* (Léia)

Discusión

Los factores motivadores, las acciones tomadas y los factores de respuesta presentes en la ruta crítica de las mujeres participantes del estudio se encuentran esquematizados en la Figura 1:

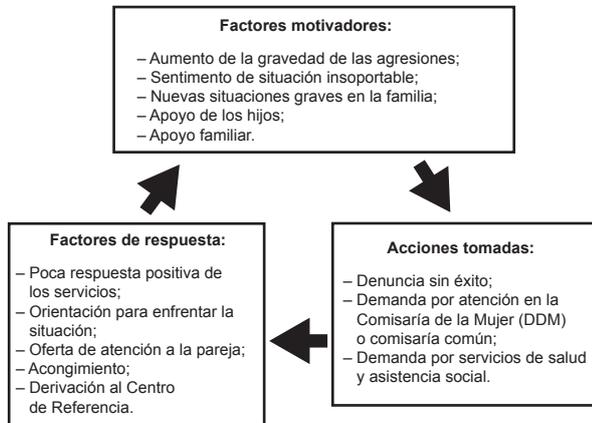


Figura 1 – La ruta crítica: representación esquemática. Adaptado de Shrader, Sagot (2000)⁽⁶⁾

Con respecto a los factores motivadores, la búsqueda de ayuda también creció conforme aumentó la gravedad de la violencia, de acuerdo con investigaciones realizadas en Canadá, Serbia, Turquía, México y África⁽¹¹⁻¹⁵⁾. Según resultados de estudios desarrollados en Canadá, quedó demostrado que las mujeres buscaron servicios y programas de asistencia a la víctima como refugio, señalando el aumento de la peligrosidad de estas situaciones⁽¹¹⁾. La principal razón para que las mujeres no se plantearan el buscar apoyo formal fue el hecho de no considerar tan seria la violencia y/o pensar que serían capaces de lidiar con la situación ellas solas⁽¹²⁾. Es imprescindible que se encuentre siempre disponible una gama de servicios que garantice la seguridad de estas mujeres y sus familiares y que satisfaga las necesidades de salud y las económicas a largo plazo⁽¹¹⁾.

Así como en esta investigación, en México, África y Estados Unidos de América, el principal apoyo informado por mujeres en situación de violencia fue el de la familia⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Otra encuesta brasileña corrobora la importancia de la familia como factor motivador, ya que la mayoría de las mujeres no busca ayuda formal, pues le cuenta solo a su familia la situación de violencia vivida⁽⁷⁾. El impacto de la violencia en los hijos es un factor determinante para que las mujeres busquen ayuda, corroborando un estudio de Serbia⁽¹²⁾; tal aspecto se muestra como relevante para prestar atención no solo en las mujeres, sino también en los niños y adolescentes espectadores de la violencia.

Hubo ocasiones en que la familia no fue percibida por las mujeres entrevistadas como un apoyo, lo que

también se encontró en un estudio con mujeres en situación de violencia en Turquía⁽¹³⁾. Este aspecto surge como relevante dificultador para enfrentar la violencia sufrida, visto la importancia que este apoyo no formal tiene para el manejo de la situación, además de reforzar la culpa sobre la mujer⁽¹³⁾.

Se considera como inicio de la ruta crítica al momento en que las mujeres deciden romper el silencio, revelando su situación a alguien externo a su convivencia doméstica y familiar inmediata y demarca las respuestas encontradas por las mujeres a lo largo de este proceso⁽⁶⁾. Las Comisarías de la Mujer (DDMs) se configuran como un recurso importante para la atención de mujeres en situación de violencia, siendo que el Brasil es el pionero en la creación de este tipo de servicio. Las profesionales que atienden en las DDMs deben estar capacitadas para una buena acogida y una eficaz atención a las mujeres en situación de violencia, principalmente por tratarse del servicio con más contacto y mejor potencial de auxilio junto a esas mujeres, reconocido y legitimado por la población. Los resultados sobre la DDM en esta investigación son similares a los encontrados en el sur de Brasil, donde la mayoría de las mujeres buscó este servicio y evaluó negativamente la atención recibida⁽⁸⁾.

La única evaluación positiva de una atención fue relatada en una comisaría convencional, no especializada en asistencia a las mujeres, y fue realizada por un hombre. Considerando que en las comisarías de la mujer solo mujeres trabajan en la atención por suponerse que tal perfil es el más adecuado, se plantea si lo que marca la diferencia es la atención femenina o si lo mejor sería capacitar y discutir la problemática con los profesionales actuantes, independiente del género, teniendo como base los hallazgos de esta investigación.

Al igual que en este estudio, la mayor parte de las mujeres en situación de violencia que buscó ayuda formal, accionó a la policía en Brasil, Turquía, México y Estados Unidos^(7,13,17-18). En la región sur de Brasil, una investigación realizada para conocer la ruta crítica de mujeres en situación de violencia encontró que la policía es incapaz de garantizar las medidas protectoras en vigor⁽⁸⁾.

Los hallazgos relativos al servicio judicial están corroborados por la literatura, con relatos de presión ejercida por los funcionarios del poder judicial para que las mujeres permanecieran en la situación de violencia, como factores de respuesta⁽⁸⁾. Este aspecto refuerza aún más los estereotipos de género presentes en el cotidiano profesional.

Todas las entrevistadas acudieron a servicios de salud por cuestiones relacionadas con la violencia, lo que es similar a lo encontrado en una investigación en Canadá, donde el 81,8% de las mujeres en situación

de violencia entró en contacto con diversos servicios de salud durante el último año⁽¹⁹⁾.

Con respecto a la búsqueda de ayuda en los servicios de salud, estudios enfatizan que los profesionales del área son los primeros a tener contacto con mujeres en situación de violencia, ya que ellas generalmente tienen que ir a esos centros para tratar lesiones procedentes de las agresiones, aunque no digan el verdadero motivo de lo ocurrido^(4,11). En este sentido, se destaca el potencial de estos servicios, en especial los de la APS, para la detección, acogida y derivación de los casos de violencia, ya que están a mano y disponibles para la comunidad.

A pesar de que algunos estudios señalen que las mujeres buscan cuidados de salud sin hablar de la situación de violencia^(4,11), en esta investigación los hallazgos demostraron que, en los servicios de atención primaria, ellas sí contaban directamente las situaciones sufridas, inclusive las de violencia psicológica. En cambio, los servicios de urgencia y emergencia eran demandados por quejas relacionadas a la violencia física. Por último, se buscó el servicio de especialidades por ser el lugar de contacto frecuente de la mujer debido al acompañamiento del marido, lo que demuestra la importancia del vínculo de confianza.

Otro hallazgo interesante es el hecho de que los profesionales de la salud hayan ofrecido atención a la pareja. La resolución de una situación de violencia no se trata sólo del acompañamiento y el fortalecimiento de la mujer, sino también de la acogida y del tratamiento de los hombres perpetradores. Esta discusión viene siendo enfatizada por la literatura en los últimos años⁽²⁰⁾.

En esta investigación, las evaluaciones negativas de los servicios de salud pueden explicarse por el hecho de que los profesionales tienen dificultades para lidiar con el problema de la violencia, no reconociendo esa situación como pertinente a su campo de actuación. Esta consideración puede ser corroborada por otros estudios, inclusive uno realizado en el mismo municipio de la presente investigación, que reveló que algunos profesionales tienen dificultad para identificar la violencia como causa asociada a la búsqueda del servicio de salud y demuestran poca preparación para la atención y la derivación de los casos⁽²¹⁻²²⁾.

Las mujeres entrevistadas buscaron los servicios de asistencia social, como los CRAS. Una vez más, la evaluación del servicio está relacionada con la forma en que fueron tratadas por el profesional que las atendió, siendo positiva cuando se sintieron acogidas y derivadas a otro servicio pertinente. De acuerdo con un estudio realizado en el mismo municipio, la atención a la violencia es persona-dependiente⁽²²⁾. En una investigación en Canadá sobre la demora en buscar ayuda en situaciones de violencia, los autores describieron características

consideradas importantes en los profesionales para que las mujeres revelen su situación, tales como alto porcentaje de confianza, actitudes de no juzgar, postura de oír amigablemente y que entienda las diferentes culturas⁽¹⁹⁾.

En las observaciones participativas del Grupo de apoyo – uno de los servicios ofrecidos por el Centro de Referencia – se percibió lo importante que es este espacio de empoderamiento y alivio del sufrimiento. De esta forma, aunque no hayan salido de la situación de violencia, el Centro de Referencia es un importante recurso para estas mujeres, donde encuentran comprensión y actitudes sin ser juzgadas. Las recomendaciones de un estudio realizado por investigadores inglesas en África Occidental determinan que las intervenciones relacionadas con las mujeres en situación de violencia deben concentrarse más en la prevención que en mecanismos para que las mujeres dejen las relaciones violentas, respetando así sus decisiones⁽¹⁵⁾.

Se percibió que las mujeres buscan varios servicios antes de llegar a una oferta especializada con profesionales capacitados para atender casos de violencia doméstica contra la mujer. De esta forma, se enfatiza la importancia de que los profesionales de la red de atención a la mujer sean constantemente sensibilizados a conocer mejor el perfil de este público y los servicios ofrecidos en el Centro de Referencia, pues así podrán realizar la derivación más específicamente, ya que ni todos lo hacen así.

Además de la capacitación de los profesionales que actúan en la red de atención a la mujer en situación de violencia, se considera importante que haya cada vez más divulgación de los Centros de Referencia a través de los medios de comunicación y que se realicen charlas comunitarias. Si los profesionales, en general, no tienen suficiente conocimiento sobre el servicio, la situación es aún más alarmante con respecto a la población en general. Experiencias en Nicaragua, India y Uganda han demostrado la importancia de acciones pautadas en la comunidad para modificar estereotipos de género y poder; tales estrategias son impulsores para provocar cambios culturales, sociales y políticos en contextos más amplios⁽²³⁾.

Todas las entrevistadas evaluaron positivamente al Centro de Referencia, tal vez porque los sujetos de esta investigación hayan sido mujeres atendidas en este servicio, siendo ésta una de las limitaciones de este estudio. Otra limitación es la no realización de entrevistas con profesionales que atienden a mujeres en situación de violencia, lo que podría ampliar las discusiones.

Conclusión

A pesar de la importancia de la atención en red para mujeres en situación de violencia, en la práctica se percibió que la atención es fragmentada, según los discursos de las mujeres atendidas. El Centro de Referencia es reconocido como apoyo fundamental para las mujeres en situación de violencia, siendo de gran importancia que los municipios implanten este servicio. Además de los esfuerzos gubernamentales para mantener la red estructurada, es imprescindible capacitar continuamente a los profesionales actuantes, ya que la evaluación positiva del servicio está relacionada con la postura de quién atiende y al conocimiento de los servicios disponibles.

La derivación de las diversas unidades de salud a otros servicios y, especialmente, al Centro de Referencia, debe ser precedido por una postura profesional acogedora, ética y con conocimiento técnico, para lograr una ayuda efectiva para las mujeres en situación de violencia. Se recomiendan nuevos estudios que ofrezcan a los profesionales una nueva mirada para estas vivencias, con enfoques cualitativos.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). South African Medical Research Council (SAMRC). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva: WHO; 2013. Disponible em: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
2. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno CG. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013; 382(9895):859-65. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61030-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2)
3. Lucena KDT, Vianna RPT, Nascimento JA, Campos HFC, Oliveira ECT. Association between domestic violence and women's quality of life. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017 Jun;25(e2901):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>
4. Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med*. 2011 Jun 17;5(5):428-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1559827611410265>
5. Mendonça MFS, Ludermir AB. Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. *Rev Saúde Pública*. 2017 Jan;51(32):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006912>
6. Shrader E, Sagot M. Domestic Violence: Women's Way Out [Internet]. Washington: Pan American Health Organization; 2000. 124p. [cited Sep 12, 2016]. Available from: <http://www1.paho.org/english/hdp/hdw/womenswayout.pdf>
7. Kiss L, d'Oliveira AF, Zimmerman C, Heise L, Schraiber LB, Watts C. Brazilian policy responses to violence against women: government strategy and the help-seeking behaviors of women who experience violence. *Health Hum Rights*. [Internet]. 2012 Jun [cited 2016 Dec 7]; 14(1):E64-77. Available from: http://www.jstor.org/stable/healhumarigh.14.1.64?seq=1#page_scan_tab_contents.
8. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Critical trajectories of female victims of gender violence: discourse analysis of women and staff professionals in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2011 Apr [cited 2016 Dec 6]; 27(4):743-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/13.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013>
9. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violence against women: between critical path and assistance multisectoral networks. *Rev Med. (São Paulo)*. 2013 Apr-Jun;92(2):134-40. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i2p134-140>
10. Clarke V, Braun V. Teaching thematic analysis: overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *Psychologist*. [Internet]. 2013 [cited Sep 11, 2016]; 26(2):120-3. Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/21155>
11. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Soc Sci Med*. 2010 Mar;70(7):1011-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.009>
12. Djikanovic B, Wong SL, Jansen HA, Koso S, Simić S, Otasević S, et al. Help-seeking behaviour of Serbian women who experienced intimate partner violence. *Fam Pract*. 2012 Abr;29(2):189-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmr061>
13. Ergöçmen BA, Yuksel-Kaptanoğlu I, Jansen H. Intimate partner violence and the relation between help-seeking behavior and the severity and frequency of physical violence among women in Turkey. *Violence Against Women*. 2013 Sep;19(9):1151-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801213498474>
14. Frías SM, Agoff MC. Between support and vulnerability: examining family support among women victims of intimate partner violence in Mexico. *J Fam Viol*. 2015 Abr;30(3):277-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-015-9677-y>
15. Horn R, Puffer ES, Roesch E, Lehmann H. 'I don't need an eye for an eye': Women's responses to intimate partner violence in Sierra Leone and Liberia. *Glob Public*

- Health. 2016 Feb 7;11(1-2):108-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2015.1032320>
16. Flicker SM, Cerulli C, Zhao X, Tang W, Watts A, Xia Y, et al. Concomitant forms of abuse and help-seeking behavior among white, African American, and Latina women who experience intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2011 Aug;17(8):1067-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801211414846>
17. Frías SM. Strategies and help-seeking behavior among Mexican women experiencing partner violence. *Violence Against Women*. 2013 Feb 11;19(1):24-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801212475334>
18. Thongpriwan V, Buseh A, Arunothong W. Reflections on attitudes, experiences, and vulnerability of intimate partner violence among Southeast Asian college women living in United States. *Asian J Psychiatr*. 2015 Dez;18:70-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2015.09.007>
19. Ahmad F, Driver N, McNally MJ, Stewart DE. "Why doesn't she seek help for partner abuse?" An exploratory study with South Asian immigrant women. *Soc Sci Med*. 2009 Aug;69(4):613-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.011>
20. Smedslund G, Dalsbø TK, Steiro A, Winsvold A, Clench-Aas J. Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Cochrane Database of System Rev*. 2007(3):CD006048. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006048.pub2>
21. Gomes MP, Erdmann AL. Conjugal violence in the perspective of "Family Health Strategy" professionals: a public health problem and the need. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;22(1):76-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3062.2397>
22. Carlos DM, Pádua EMM, Silva LMP, Silva MAI, Marques WEU, Leitão MNC, et al. The care network of the families involved in family violence against children and adolescents: the Primary Health Care perspective. *J Clin Nurs*. 2017 Aug;27:2452-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13692>
23. Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *Lancet*. 2015;385:1672-84. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61797-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61797-9)

Recibido: 09.08.2017

Aceptado: 06.05.2018

Correspondencia:

Daniella Yamada Baragatti
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Cidade Universitária
CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil
danybaragatti@gmail.com

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.