



Revista de Estudios de Género. La ventana

ISSN: 1405-9436

ISSN: 2248-7724

revista_la ventana@csh.udg.mx

Universidad de Guadalajara

México

Dimenstein[1], Magda; França Gomes[2], Maria
Aparecida; Silva[3], Eliane; Torquato[4], Jaqueline

Mujeres en situación de violencia: red de atención y perfil de la demanda en Natal, Brasil

Revista de Estudios de Género. La ventana, vol. VI, núm. 50, 2019, Julio-, pp. 231-259

Universidad de Guadalajara

México

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88460080010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Mujeres en situación de violencia: red de atención y perfil de la demanda en Natal, Brasil

Women in situations of violence: care network and profile characteristics in Natal, Brazil

Magda Dimenstein¹

Maria Aparecida França Gomes²

Eliane Silva³

Jaqueline Torquato⁴

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Brasil.
Correo electrónico: mgdimenstein@gmail.com

² Universidade Potiguar – UNP. Brasil.
Correo electrónico: cidafrance@gmail.com

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Brasil.
Correo electrónico: eliane_music@hotmail.com

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Brasil.
Correo electrónico: jaquelinetorquato@hotmail.com

Resumen

Brasil ocupa la 5ª posición en la tasa de homicidios en comparación a otros países. Entre las capitales, Natal presenta un crecimiento vertiginoso de casos de violencia contra la mujer y, en particular, de homicidios. La Secretaría Municipal de Políticas para las Mujeres (SEMUL) posee dos equipamientos sociales de atención para mujeres en situación de violencia: el Centro Especializado Elizabeth Nasser (CEN) y Casa Abrigo Clara Camarão. Por el lugar estratégico que ocupa como articulador intra e interinstitucional entre los organismos que integran la red de atención y acogida permanente, la propuesta de este artículo es presentar el CEN y

caracterizar el perfil de las mujeres que buscaron sus servicios entre los años de 2013 y 2015, en el que se destaca, por fin, las dificultades detectadas en relación a su funcionamiento y herramientas de trabajo con vistas a un trabajo interdisciplinar, intersectorial y culturalmente sensible.

Palabras clave: violencia, género, mujeres, políticas públicas, red de afrontamiento

Abstract

Brazil is in the fifth position in homicide rates compared to other countries. Among Brazilian state capitals, Natal has shown a fast rise of reports of violence against women, particularly homicides. The Municipal Secretariat of Policies for Women (SEMUL) has two social facilities of direct care to women in situations of violence: the Centro Especializado Elizabeth Nasser (CREN) and the Casa Abrigo Clara Camarão. Due to the strategical location that it presents as an intra and interinstitutional articulator between the organisms within the service network and permanent foster care to women, the purpose of this article is to present CREN and characterize the profile of women who sought its service between 2013 and 2015, noting, finally, the difficulties detected when it comes to functioning and the tools for interdisciplinary, intersectorial and culturally sensitive work.

Keywords: violence, gender, woman, public policies, coping network

RECEPCIÓN: 24 DE NOVIEMBRE DE 2017 / ACEPTACIÓN: 6 DE JUNIO DE 2018

Introducción

La propuesta de este artículo es presentar la red de atención y afrontamiento a la violencia contra la mujer en la ciudad de Natal, en particular uno de los equipamientos sociales de atendimento directo para las mujeres en situación de violencia de género: El Centro Especializado Elizabeth Nasser (CREN). Se presentará el perfil de las mujeres y se hará un análisis crítico de las prácticas institucionales.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que “la violencia infligida por la pareja es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer e incluye maltrato físico, sexual o emocional y comportamientos controladores por un compañero íntimo” (OPS, 2013, p. 1). En el contexto de la legislación brasileña, la violencia contra la mujer, específicamente denominada violencia de género, se define como “cualquier acción o conducta, basada en el género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Brasil, 2011, p. 19). Actualmente, se trata de un grave problema social y de salud pública (Organização Mundial da Saúde, OMS, 2012; 2014).

Brasil registra altas tasas en este sentido. A pesar de la magnitud del problema, la violencia contra la mujer es invisible en el cotidiano por cuestiones de orden cultural. Existe un determinado patrón de violencia contra las mujeres que se encuentra normalizado y banalizado. El impacto de la violencia infligida por la pareja

sólo se puede percibir en función del incremento en la utilización de los servicios públicos de salud. Pero, existen innumerables barreras en la red asistencial en términos de organización de la atención, ausencia de mecanismos de detección precoz, falta de protocolos para registro y seguimiento de los casos, e incluso, concepciones y prácticas prejuiciosas en relación al tema, dificultando el abordaje de los casos (Assis, Mota y Vasconcelos 2007; Pedrosa y Spink, 2011; Aquino y Sampaio, 2013).

De acuerdo con estos autores existen diversos problemas de salud asociados a la violencia contra las mujeres, tales como las quejas por dolores crónicos, enfermedades sexualmente transmisibles (ETS), insomnio, desmayos, dolores de cabeza, aborto, dolor pélvico, suicidio, uso abusivo de alcohol y drogas, etc. En el ámbito de la salud pública se observa, generalmente, la invisibilidad de los casos asociados a la violencia de género.

Hay un uso creciente de los servicios sin solución, lo que representa un alto coste de la asistencia en Brasil. Factores como la escasa competencia resolutive de los profesionales, el abordaje iatrogénico, la oferta de servicios insuficiente e inadecuada para trabajar los aspectos psicosociales, impactan de forma amplia en la vida de las mujeres que sufren violencia de género. D'Oliveira, Hanada y Schraiber (2010) apuntan que los profesionales carecen de formación adecuada sobre el manejo de la violencia, además de las enormes dificultades para realizar el trabajo articulado en red; ya que apenas pueden ejecutar tareas específicas de sus servicios, en el que se evidencia un distanciamiento y una falta de aparcería

con los diferentes sectores envueltos en el problema, por lo que los profesionales de salud tratan apenas las lesiones y síntomas recurrentes de la violencia, lo que indica prácticas medicalizadas basadas en la perspectiva biomédica.

Tomando como referencia el “Mapa de la Violencia 2015 sobre homicidios de mujeres en Brasil” (Waiselfisz, 2015) y los casos atendidos registrados en 2014 por violencia de diversos tipos en el Sistema de Información de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, del Sistema Único de Salud (SUS), en tres de ellos, dos fueron de mujeres que necesitaron atención médica por violencia sexual y/u otras. Este hecho revela la magnitud del problema en el ámbito de la salud.

La provincia de Rio Grande do Norte en 2014 registró 1.260 casos de violencia en mujeres y 774 en hombres, y ocupa el primer lugar en agresiones hechas por personas conocidas de la mujer. Además, el informe señala de forma alarmante que en el de año de 2013 el “5,7% de las mujeres mayores de 18 años del país sufrieron algún tipo de violencia por parte de personas conocidas y/o desconocidas” (Waiselfisz, 2015, p. 67). Sobre las reincidencias, que ocurren en casi la mitad de los casos, Waiselfisz (2015, p. 53) revela un dato preocupante “la violencia contra la mujer es más sistemática y repetitiva de la que les ocurre a los hombres. Ese nivel de recurrencia de la violencia debería haber generado mecanismos de prevención, lo que no parece haber ocurrido”. Finalmente, cabe señalar que la violencia es también una de las principales causas de muerte de mujeres.

Entre 1980 y 2013, el número de mujeres víctimas de homicidio en el país creció el 252% y sigue en aumento. Actualmente, Brasil ocupa la 5ª posición en escala mundial, y está abajo apenas de El Salvador, Colombia, Guatemala y Rusia, tal como presenta Waiselfisz (2015). En lo que atañe a Brasil, fueron creados algunos mecanismos legales para cohibir tal violencia. En agosto de 2006 fue aprobada la Ley 11.340, conocida como “Lei Maria da Penha” y, recientemente, en 2015, fue aprobada la Ley 13.104, llamada “Lei do Feminicídio”. Así, este crimen pasa a ser considerado un homicidio calificado como crimen bárbaro sin derecho de libertad bajo fianza, y con agravantes cuando ocurre en situaciones específicas de vulnerabilidad (embarazo, menor de edad, en la presencia de hijos, etc.).

Es importante señalar que a pesar de la recurrencia de los homicidios entre los hombres, en la mayor parte de los países es superior al de las mujeres, el fenómeno de la violencia de género es preocupante, teniendo en cuenta que la mayoría de los homicidios de mujeres por agresión es unilateral, es decir, presenta una direccionalidad prevista, ocurriendo siempre por parte de hombres con los cuales las mujeres tienen algún tipo de relación íntima o no. Vale mencionar que en los Estados Unidos el 35% de las muertes de mujeres son cometidos por un partero íntimo, mientras que apenas el 5% de los asesinatos masculinos son efectuados por mujeres, y estos son ejecutados en la mayoría de las veces en legítima defensa (Campbell, Glass, Laughon y Rutto, 2008).

“El Mapa de la Violencia” (2015) presenta de forma detallada cómo se encuentra el escenario brasileño en términos de los homi-

cidios de mujeres y alerta sobre algunos datos. Por ejemplo, el desplazamiento del fenómeno desde las capitales hacia ciudades de menor tamaño, alertando para la interiorización de la violencia. Cabe destacar otras características como: la prevalencia en el grupo de edad entre 18 y 30 años en los casos no letales; los homicidios son preferencialmente perpetrados por un familiar de la víctima, compañero o excompañero; la demanda de atención médica en el Sistema Único de Saúde (SUS) relacionada a las agresiones es muy alta; la población negra es la víctima más recurrente de la violencia con un índice del 66,7%, mucho más elevada que la perpetrada a las mujeres blancas.

Además, no existe una gran variabilidad entre las 27 Unidades de la Federación y, por último, se registró una leve disminución en las tasas de homicidio en cinco provincias brasileñas a partir de la “Lei Maria da Penha”, disminución que alcanzó especialmente a las mujeres blancas, pues para las negras el número de víctimas aumentó 35%. Sobre este escenario, Cortizo y Goyeneche (2010, p. 108) apuntan que en Brasil faltan aún políticas públicas e instituciones del Estado que garanticen la efectividad y la eficacia de la “Lei Maria da Penha”. “Aunque no dependa de reglamentación, en la práctica, la implantación de la Ley se ha dado de manera lenta y desigual”.

La región Nordeste de Brasil ocupa el tercer lugar en el panorama nacional, por detrás de las regiones Norte y Centro-Oeste. En la última década se registró un aumento de 79,3% de los casos. En el período de 2003 a 2013 el número de homicidios de mujeres pasó

de 256 a 512. En concreto, la provincia de Rio Grande do Norte/RN, donde se desarrolló este trabajo, aumentó de 32 a 89 casos. En relación al crecimiento del porcentaje de las tasas de homicidios de mujeres entre 2006 y 2013, la provincia de Rio Grande do Norte/RN ocupó la segunda posición en el escenario nacional y el primer lugar en comparación con otras provincias de la región Nordeste (Waiselfisz, 2015). De las capitales brasileñas, el municipio de Natal presentó un crecimiento vertiginoso en este período, y con tasas preocupantes. Entre 2003 y 2013 hubo un gran incremento de homicidios de mujeres, pues este pasa de 8 casos a 29, en los respectivos años. De cada cien mil mujeres el aumento fue del 228% en este período, lo que representa la mayor tasa de incremento por 100 mil mujeres entre las capitales de Brasil. En 2013, Natal ocupó la décima segunda posición en el escenario nacional.

En respuesta a la magnitud que la violencia de género ha alcanzado, en 2003, en el ámbito Federal, la “Secretaria de Políticas para Mulheres” fue creada, en la que se destaca, a su vez, la formulación de normas y directrices. De esta forma, se fortaleció y se amplió la Política Nacional de Enfrentamiento a la Violencia Contra las Mujeres. Estos avances contribuyeron para la inversión en una red de protección, proyectos de intervención y crecimiento de las formas de acceso a los servicios jurídicos, de asistencia social etc., en el que se caracteriza, de manera especial, las acciones integradas. Además de eso, en 2006, la “Lei Maria da Penha” entró en vigor, y constituye hoy un fuerte mecanismo de enfrentamiento y protección a la mujer en situación de violencia (Brasil, 2011).

La propuesta de este artículo es presentar la red de atención y afrontamiento a la violencia contra la mujer en la ciudad de Natal, en particular uno de los equipamientos sociales de atendimento directo para las mujeres en situación de violencia de género: el Centro Especializado Elisabeth Nasser (CREN). Tal presentación está basada en los documentos oficiales del Centro y en los datos levantados a partir de la inserción de estudiantes de Psicología en la etapa de práctica curricular, que permitió hacer una descripción y análisis crítico de su funcionamiento. En este sentido, se presenta el perfil de las mujeres que buscaron sus servicios entre los años de 2013 y 2015. Además, se resalta las dificultades detectadas en la institución en relación a su funcionamiento y herramientas de trabajo con vistas a un trabajo interdisciplinar, intersectorial y culturalmente sensible.

Método

Diseño e instrumentos

El Centro Especializado de Atención a la Mujer Elisabeth Nasser (CREN) es un centro especializado en la atención de mujeres en situación de violencia que aspira a proporcionar la acogida necesaria para la superación de la violencia de género ya que trabaja sobre el fortalecimiento de la mujer y el rescate de su ciudadanía. El CREN cumple el papel de articulador intra e interinstitucional entre los organismos que integran la red de atención y realiza la acogida permanente a las mujeres que necesiten de cuidado, de control y acompañamiento en las acciones desarrolladas por las ins-

tituciones que componen la red, pues en estos se instituyen procedimientos de referencia. Los profesionales que lo integran son: una abogada, psicóloga, coordinadora, recepcionista, vigilante, asistentes sociales y auxiliar de servicios generales.

En el año de 2015, surgió la posibilidad de la realización de un trabajo por alumnas del último año del pregrado de psicología de la Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) en el CREN. Varias actividades fueron realizadas por las estudiantes de Psicología durante el año lectivo, entre ellas, la creación de un banco de datos por medio de la tabulación de las fichas de atención psicosocial referentes a las consultas realizadas en los años de 2013, 2014 y primer semestre de 2015. Para la organización del banco de datos referentes a los años 2013, 2014 y el primer semestre de 2015, se utilizó el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versión 20.

Las variables contenidas en este banco de datos tienen como fundamento o soporte la ficha de atención psicosocial utilizada por el equipo profesional del CREN, el cual contiene información sobre edad, color, escolaridad, estado civil, ocupación, local de residencia de la mujer, local de recurrencia de la violencia de género, tipo de violencia sufrida y la relación entre el agresor y la mujer, entre otros datos. Esta actividad permitió la elaboración del perfil de las mujeres y se configura como la etapa cuantitativa de este trabajo. Estos datos serán presentados en la primera parte de los resultados. A continuación, pretendemos hacer un análisis crítico sobre el fun-

cionamiento de la institución a partir de la inserción en diferentes actividades del cotidiano del CREN.

Para ello, se utiliza información de la consulta individual (acogida, escucha de la mujer y acompañamiento a los servicios de salud, comisarías etc., por un profesional de psicología o pasante); de la consulta psicosocial (se trata de una actuación conjunta de profesionales, la cual abarca conocimientos y habilidades específicas de diferentes áreas, sin que haya una yuxtaposición entre ellas, aunque se desarrollen percepciones que se integran y se complementan, en la que se potencializa la acción); de las visitas domiciliarias (estrategias de profundización del acompañamiento psicosocial, pues permite visualizar la familia y su dinámica en su espacio de convivencia y socialización, además de aproximarse de su realidad); del estudio de caso (que se articula a la literatura acerca de la multi determinación de la violencia de género, de las estrategias de enfrentamiento, del perfil de las mujeres y características de la violencia, así como también de la relación violencia-género y salud mental); de las actividades grupales semanales con las mujeres (semanalmente se realizan dinámicas en grupo con el objetivo de conocer la realidad de las mujeres en situación de violencia, los significados atribuidos a las situaciones de violencia vivenciadas, los recursos de enfrentamiento a los que ellas acceden, el itinerario realizado en los servicios de protección, de atención a la salud y de enfrentamiento a la violencia, y de igual forma detectar su red de apoyo social); y de la participación en diversos eventos sobre violencia contra la mujer.

A partir de tales estrategias se desarrollaron alternativas de cuidado, en las que se consideran las posibilidades de encaminamiento para la red intersectorial, así como se ha realizado contacto con la red de apoyo social. Pretendemos, por lo tanto, hacer un análisis crítico de tales actividades y en qué medida ellas logran alcanzar sus objetivos institucionales en términos de la red de atención y de las prácticas profesionales, que será presentado a continuación.

Resultados

Perfil socio-demográfico de las mujeres usuarias del Centro de Referencia de la Mujer Ciudadana Elizabeth Nasser (CREN)

Fueron identificadas 221 mujeres con entrada en el servicio en los períodos comprendidos, en 2013 (76 mujeres atendidas), 2014 (72 mujeres atendidas) y 2015 (73 mujeres, solamente en el primer semestre de ese año), lo que indica el crecimiento de los casos. De las 221 mujeres, 157 ya sufrieron más de dos tipos de violencia y se establece que el principal agresor es el propio compañero y el lugar donde es cometida la violencia es en la residencia de ambos la pareja.

Una vez identificadas las tipologías de la violencia sufrida por esas mujeres, quién la practica y cuál es el principal agresor, verificamos que el municipio de Natal se asemeja, en lo que concierne a esos aspectos de violencia contra las mujeres, a otras capitales nacionales. Los hallazgos de Moura, Netto y Souza (2012) indican

que el local con mayor porcentaje de recurrencia de violencia es la casa de la pareja. En lo concerniente al agresor, fue mapeado que es, en la mayoría de los casos, una persona conocida (maridos, compañeros, vecinos o parientes).

Los datos revelan aspectos importantes en relación al perfil sociodemográfico de las mujeres “potigüares” víctimas de la violencia de género. Evidencian que hay recurrencia en todas las franjas de edad, con predominancia de adultas jóvenes entre 26 y 35 años, con baja escolaridad, sin ocupación y renta, con pareja estable. Varios estudios sobre la violencia contra la mujer corroboran estos resultados con un perfil socioeconómico semejante (Kronbauer y Meneghel, 2005; Aquino y Sampaio, 2013; Waiselfisz, 2015). De hecho, es necesario destacar que la violencia contra la mujer alcanza a todas las clases, etnias, estado civil y escolaridad, sin embargo, las mujeres en situación de vulnerabilidad son las más afectadas, ya que muestra mayores índices de violencia (Moura, Netto y Souza, 2012; Rocha, 2009).

En este estudio fue posible verificar que el fenómeno de la violencia incide sobre las mujeres en edad reproductiva y económicamente activa. Se señala además el preocupante registro de casos entre niños y mujeres mayores de 55 años, que confirma la tendencia indicada en otros estudios sobre el aumento de violencia contra las personas mayores (Moura, Netto y Souza, 2012). Respecto al color de las mujeres atendidas en el servicio, se observó la predominancia de las de color parda (40,3%), a pesar de los problemas detectados en términos de auto referencia por parte de las

mujeres, así y todo, como el de la indicación por parte del equipo a partir de su propia percepción. Llama la atención la variable “no preguntado”, pues implica necesariamente en una sub notificación de otros grupos étnicos.

Por otro lado, detectamos prácticas de racismo institucional, entendido como la institucionalización de prácticas racistas, o “el fracaso colectivo de una organización en ofrecer un servicio apropiado y profesional a las personas debido a su color” (Sampaio, 2003, p. 78), estableciendo barreras de acceso a las oportunidades y de vinculación a los servicios de protección.

De acuerdo con Waiselfisz (2015), la población negra es la más afectada por la violencia. Las tasas de homicidio de las mujeres negras pasaron de 4,5 en 2003 a 5,4 en 2013 por 100 mil, con un incremento del 19,5%, en ese mismo período. De esa forma, se resalta la importancia de incluir en la herramienta de entrevista la variable “color” como un dato de identificación personal, y de una manera conveniente el hecho de estar atentos para rellenar este dato de una manera adecuada y considerarlo en el diagnóstico de las estadísticas de morbilidad.

En lo que se refiere a la escolaridad, se hizo evidente que la mayor parte de las mujeres tienen pocos años de estudio (hasta 4 años) y muy pocas consiguen llegar a la enseñanza universitaria, sin embargo, el número de no alfabetizadas es pequeño, indicando que el acceso a la escolarización es una realidad local, aunque muchos obstáculos se interpongan en las trayectorias de vida de esas mujeres. La ocupación es otro elemento de configuración del perfil

sociodemográfico se verificó que las mujeres atendidas en el servicio desarrollan actividades que exigen poca calificación, con la consecuente baja remuneración, aunque gran parte no posee una ocupación remunerada y se dedican, exclusivamente a las actividades domésticas, cuadro que está asociado a la baja escolaridad.

Es decir, la variable “escolaridad” repercute en el tipo de ocupación, que a su vez interfiere en la renta, y en ese sentido, se identificó que la mayoría de las mujeres o no tiene rendimiento económico o reciben entre 1 y 2 salarios mínimos (200 a 400 U\$). Se sabe que la variable renta está relacionada al nivel de instrucción, y en cierta forma, con el tipo de ocupación. De esta manera, Sampaio y Aquino (2013) apuntan que las mujeres víctimas de violencia de género, generalmente, poseen la enseñanza primaria incompleta, y como muchas de ellas son amas de casa, no poseen renta estable, dependiendo del compañero y/o de los programas de transferencia de renta, como el Bolsa Familia. Este programa, en particular, presentó impactos positivos en las condiciones de vida de las beneficiarias, así como de la población en general, conforme el estudio realizado en municipios de Rio Grande do Norte (Jesus, 2011). En lo concerniente al estado civil, casi la mitad de las mujeres viven en unión estable, el segundo mayor número es el de las mujeres casadas, seguido de las solteras.

Al preguntarles sobre el tipo de violencia sufrida, se constata que hay una gran variabilidad, puesto que para la mayoría de las mujeres se asocia la violencia física, psicológica, y patrimonial, etc. perpetrada por familiares y compañeros, principalmente. Los estu-

dios de Couto, Diniz, França-Junior, Ludermit, Oliveira, Portella, Schraiber y Valença (2007) también revelaron la sobre posición de distintos tipos de violencias, (violencia psicológica, física y sexual) en los casos más graves, indica que muchas veces están entrelazados en el sentido de que la violencia física puede desencadenar la violencia psicológica o viceversa (Almendros et al, 2010).

Cuando se investigó en cuáles relaciones se sufrió violencia, se comprobó que la mayor parte de ellas dice ser en el actual, aunque haya registro de recurrencia en relaciones anteriores o en todas, revelando la vivencia histórica de situaciones de violencia por parte de esas mujeres. Así, la violencia es recurrente en sus vidas y en la mayor parte de las veces queda restringida al ámbito familiar, tratada como asunto doméstico. Las investigaciones revelan mayor prevalencia de la violencia contra la mujer en el ámbito privado y por la pareja, provocada por los celos y, en especial, gracias al uso de bebidas alcohólicas por el agresor, así como también de la influencia de la cultura patriarcal que no tolera la ruptura de los papeles establecidos donde hombres y mujeres ocupan posiciones diferenciadas (Bryant-Davis, Taft, Tillman, Torres y Woodward 2009). Cuando una mujer intenta romper con ello, tal comportamiento es visto como transgresor, ya que culmina en desacuerdos y actos violentos. En los últimos años esa situación ha tenido mucha divulgación y, consecuentemente, es denunciada por las mujeres (D'Oliveira, Kiss y Schraiber, 2007; Fegadoli, Ferroz, M.I.R., Labronici y Trigueiro, 2010; Bairos et al, 2011; OMS, 2012).

Las mujeres que llegan al CREN son oriundas, en su mayoría, de la capital Natal (48,9%), en una proporción menor del interior de la provincia (30,2%), de otras provincias del país (8,1) y de la región metropolitana (3,8%). Al tomar Natal como foco, se observa que la distribución de esas mujeres por zonas de la ciudad tiene algunas particularidades y se presenta de forma muy concentrada. La zona norte de la capital registra 149 de los 221 casos, seguida de la zona oeste, mientras que en la zona sur hay registro de apenas 11 casos. Ese resultado puede estar relacionado, por un lado, al hecho de que el CREN esté situado en la zona norte, pues facilita el acceso para las mujeres.

Por otro lado, no se puede dejar de considerar las discrepancias entre las regiones de la capital, en términos de indicadores socio-económicos, de salud y desarrollo humano, los cuales apuntan profundas diferencias entre sí, las cuales se presentan de forma más desfavorable en las zonas norte y oeste, lo que provoca un efecto en la expresión de diferentes niveles de casos de violencia como fue verificado en algunos estudios con mujeres en situación de vulnerabilidad ((Bairros et al, 2011; Aquino y Sampaio, 2013; Silva, 2010).

En lo que concierne al motivo de la violencia sufrida, el 35,3% de las mujeres relatan que fue como resultado de los celos. En cuanto a la frecuencia de las agresiones, el 30,3% de ellas dicen sufrirlas diariamente. El 52,9% de las mujeres atendidas en el centro sufren esa violencia diaria desde hace más de dos años. En relación a los servicios de denuncia se comprobó que el 64,3% de las mujeres ponen sus quejas, el 52,5% de ellas lo interponen en la Comisaría

de la Mujer (DEAM), siendo un 35,7% que lo hacía por primera vez. Casi el 40% de las mujeres que llegan hasta el CREN fueron dirigidas desde las DEAM, sin embargo, se observa que muchas mujeres que deciden romper el ciclo de la violencia no son atendidas debidamente en las DEAM, debiendo volver a casa sin un respaldo para lidiar con la situación. Ese itinerario de desencuentros, dificultades es divulgado y presentado por estudios nacionales e internacionales que resaltan la falta de apoyo de las instituciones, que deberían acoger y buscar la resolución para la situación de la violencia, en muchos casos, contribuyendo en la revictimización de la mujer (Bairros, Collaziol, Meneghel, Monteiro, Mueller y Oliveira, 2011; Sagot, 2000).

Aunque casi el 40% de las mujeres que llegan hasta el CREN son encaminadas por las DEAM, y después del cuidado en el CREN, el 17,2% de ellas son encaminadas para la Casa Abrigo y el 15,4% restante para el sector jurídico del propio centro. A partir de los atendimientos individuales y de las discusiones en grupo, se verificó que muchas mujeres no se sienten capaces de romper con la situación de violencia por diversos motivos, tales como el miedo a sufrir represalias del compañero, por ejemplo no conseguir la protección de sí misma y la de los hijos, insuficiencia de renta, además de la amenaza de muerte de forma explícita o implícita. Factores semejantes fueron apuntados en los estudios de Balduino, Zandonadi y Oliveira (2017). Por lo tanto, esos resultados apuntan, por un lado, a la importancia del trabajo en red, lo cual debe resultar en un itinerario menor y más eficiente de las mujeres en la

búsqueda de atención y cuidado especializado, pero por otro lado, revelan la necesidad de ampliar el acceso de esas instituciones a las mujeres y a la comunidad en general.

Dificultades detectadas en relación al funcionamiento del CREN y sus herramientas de trabajo

La observación del funcionamiento cotidiano permitió identificar algunas dificultades en relación al funcionamiento del CREN. Es evidente la predominancia de prácticas caracterizadas por la compartimentación, una vez que cada área de actuación está dividida por sectores, es decir: psicológico, social y jurídico. A pesar de ser preconizado por la Política Nacional de Enfrentamiento a la Violencia contra las Mujeres (Brasil, 2011)⁵, el trabajo interdisciplinar y en equipo se ha comprobado el predominio de un proceso de trabajo fragmentado, donde las acciones no son planeadas ni ejecutadas en lo colectivo. Se observan pocos avances en la proposición de tecnologías de trabajo que sean comunes, que no operen en la lógica de la especialización, con capacidad para la constitución de alianzas intensificadoras de las fuerzas que puedan mantener un campo de problematización sobre las relaciones de trabajo con las mujeres, con la política pública, en fin, que promuevan el análisis de implicación del equipo. Se sabe que el trabajo interdisciplinar, a su vez, tiende a potencializar la actuación del equipo, y aporta para la oferta del apoyo institucional calificado y,

⁵ Revisar <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>

por consiguiente, para abrir posibilidades de ruptura del ciclo de la violencia por las mujeres.

Algunos elementos presentes en el cotidiano dificultan la realización de varias acciones como ausencia de una buena infraestructura (internet, coche) y precariedad de las condiciones de trabajo, entre otras, sin embargo, son los problemas en cuanto a la planificación y realización de ciertas actividades imprescindibles en ese tipo de servicio tales como los estudios y evaluación de casos, acompañamiento de los casos, visitas al domicilio, detección de red de soporte, búsqueda de trabajo para las mujeres, así como de la articulación con otros servicios de la red de salud, asistencia social y comisarías de la mujer, por ejemplo, las que más impactan en lo cotidiano. Esas dificultades están relacionadas con la cristalización de los conocimientos especializados que poco se comunican, así como a los problemas de orden institucional, de presupuesto y de recursos humanos insuficientes.

En lo que se refiere a lo intersectorial, aún hay algunos desencuentros en términos de concepciones y prácticas entre la asistencia jurídica, la social y la de la salud. Se entiende que esos servicios deberían trabajar de forma conjunta, en el que articulen saberes y prácticas, sin embargo, el trayecto de la mujer no es acompañado debidamente por los diferentes servicios, y culmina a menudo en falta de asistencia, y, por consiguiente, contribuye para la re-victimización de la mujer. Según Dutra, Nakamura, Prates y Villela (2013), es imprescindible que la red de atención y los flujos entre los servicios de protección sean organizados, pues, la mujer generalmente está en situación de aislamiento

y fragilidad, sin red de apoyo y algo de prejuicios, inclusive por parte de su familia de origen.

Cuando se trata de los cuidados ofrecidos a las mujeres en situación de violencia con trastornos mentales y entrada en la red de atención psicosocial a la situación, esta se vuelve más grave. En el estudio realizado por Barreto, Dimenstein y Leite (2013, 2014) en Natal, se comprobó la falta de experiencia del equipo con mujeres que demandaban atención en salud mental y, al mismo tiempo, necesitaban soporte psicosocial y jurídico para afrontar la situación de violencia que vivían.

En estos casos, el equipo se encontraba en una encrucijada que muchas veces resultaba en la hospitalización de esas mujeres en hospitales psiquiátricos de la ciudad o en su total falta de asistencia. Los autores avanzan e indican que algunos estudios muestran los estados emocionales que las situaciones de violencia pueden fomentar “tristeza, inseguridad, sentimientos y pensamientos de persecución, auto y hetero destrucción, disminución de la autoestima, irritabilidad, labilidad, intolerancia y agresividad pasan a formar parte del repertorio emocional de los sujetos envueltos” (Oliveira, 2007, p. 47).

Estos estados emocionales cuando no son debidamente acogidos y redimensionados pueden contribuir en aumentar las dificultades para el afrontamiento de la situación vivida, como la de violencia, por ejemplo, y hasta desencadenar cuadros psiquiátricos. En ese sentido, se percibe la fragilidad en la articulación del trabajo entre los diferentes sectores, lo que implica que la comuni-

cación es limitada entre los dispositivos de la asistencia social con la educación y de éstos con la red de salud mental.

La falta de formación de los profesionales ya sea por parte de los de la salud en relación a la cuestión de la violencia, o de los de la asistencia social en relación a la salud mental, impiden que se actúe desde la corresponsabilidad y de una atención integral. Para familiarizar a los profesionales de salud, Schraiber y Oliveira (2003) elaboraron una cartilla cuyo potencial es inmenso si es utilizado en el funcionamiento diario del CREN. Además de ofrecer algunos criterios básicos para la orientación y el consejo de mujeres en situaciones de violencia, el manual habla acerca de las características de la violencia contra la mujer y de las repercusiones en términos de la enfermedad de las mujeres y el funcionamiento de los servicios.

Nuestra observación mostró que hay otros aspectos que atraviesan la red de protección relativos a las prácticas profesionales cotidianas: se trata del modo como los equipos manejan (muchas veces de forma intransigente) las explicaciones dadas por las mujeres para las situaciones de violencia conyugal vividas y para las dificultades en romper con esas relaciones.

Por encima de las limitaciones en interferir y producir fisuras en el circuito de la violencia que envuelve la mayor parte de las mujeres, de hacer con que salgan del lugar de la reproducción de la sumisión y de la pasividad, se nota una fuerte incomodidad en los equipos, el cual conforma modos de trabajo y de relación que se perpetúan por esa misma lógica violenta e inflexible, que deriva en las dificultades para escuchar a las mujeres, aproximarse a los agre-

sores, y dar seguimiento al acompañamiento mismo cuando las mujeres deciden no salir o retornar a un escenario de maltratos.

Se entiende que los abordajes centrados en la psicopatología (de los agresores) o en el derecho de las mujeres (derechos humanos) que sustentan las acciones profesionales son marcados por la moral, y no avanzan en proporcionar una visión más ampliada del problema. El sesgo de la psicopatología y de la moral evita la discusión por el ámbito de la cultura y del poder. Esas perspectivas anteriores son hegemónicas en el campo “psi” y terminan fundamentando algunas estrategias de acción muy comunes centradas en la identificación de los agresores, en la prevención de la violencia y en la prevención de futuros agresores.

Se considera así que el potencial de esos equipos para rastrear la reproducción y la cristalización de la violencia contra la mujer en las dinámicas familiares, para enfrentar la banalización de la violencia por las propias mujeres y sus efectos subjetivos, queda fuertemente bloqueado, así como para cuestionar las interacciones repetitivas y estereotipadas que impiden a las mujeres y a sus compañeros producir arreglos basados en la agresión, en el desprecio, en el odio. Se tiene, por lo tanto, el reto de no reproducir junto a las mujeres la cultura de la punición hegemónica, las relaciones de opresión y sujeción que no tienen en cuenta la singularidad de las historias de cada una, de los ritmos y movimientos que van siendo posibles en función de una serie de condicionamientos de orden subjetiva, cultural y económico que marcan la vida de cada mujer. De acuerdo con Romagnoli

la tarea cotidiana para los agentes sociales que trabajan con la violencia doméstica es cómo actuar con esas mujeres para que éstas puedan arriesgar la construcción de una vida que no esté debilitada en el circuito de la sumisión/agresión. Y esos hombres a no reconocerse como hombres solamente cuando son violentos, como si eso fuera natural y las mujeres fueran su extensión. En fin, como posibilitar el surgimiento de fuerzas que permanezcan y se instituyan en las esferas afectivas e institucionales. (2015, p. 120)

Tal como fue indicado anteriormente (Barreto, Dimenstein y Leite, 2013, 2014), sabemos que las políticas locales se enfrentan a dificultades de orden material, baja calificación de recursos humanos, condiciones de trabajo desfavorables y se articulan muy poco con la red de atención intersectorial. Estas condiciones estructurales reverberan en el cotidiano del servicio y desencadenan muchas dificultades para una buena atención de las mujeres en situación de violencia de género.

Conclusiones

Hay muchos desafíos en el afrontamiento a la violencia contra la mujer en los aspectos de la prevención y de la asistencia. En el campo de la prevención se puede destacar la desconstrucción de la cultura machista, la ruptura con los prejuicios de género, la construcción de una política de educación volcada para el respeto de

género, raza/etnia, religión y generacional. En la asistencia urge el incremento de articulación intra e interinstitucional, la construcción de flujos de acogimiento a la mujer para evitar derivaciones innecesarias, más rapidez en el juicio de los procesos, calificación de los profesionales de la red de atención a la mujer, pero también, de salud de la asistencia social y de los derechos humanos.

Bibliografía

- ALMENDROS, C., ESCARTÍN, J., MARTÍN-PEÑA, J., PORRÚA, C., RODRIGUEZ-CARBALLEIRA, A., Y SALDAÑA, O. (2010). Análisis de las estrategias de abuso psicológico em la violência de pareja. *Informació Psicológica*, 99, 53-63.
- AQUINO, G. B. Y SAMPAIO, R. O. (2013). Perfil das mulheres vítimas de violência doméstica de uma cidade do interior da Zona da Mata Mineira. *Revista Científica da Faminas*, 9 (3).
- ASSIS, S. G., MOTA, J. C. Y VASCONCELOS, A. G. G. (2007). Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3). Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300030>
- BALDUINO, R. C. P., OLIVEIRA, E. S. Y ZANDONADI, A. C. (2017). Violência doméstica: fatores implícitos na permanência em situação de sofrimento. *Revista Farol*, 3(3), 111-125.
- BAIROS, F., COLLAZIOL, M. E., MENEGHEL, S. N., MUELLER, B., MONTEIRO, D. Y OLIVEIRA, L. P. (2011). Rotas críticas de mulheres em situação de

- violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013>.
- BARRETO, L., DIMENSTEIN, M., Y LEITE, J. F. (2013). Atenção às mulheres em situação de violência com demandas de saúde mental. *Athenea Digital*, 13, 195-207.
- (2014). Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re)pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32, 309-320.
- BRASIL. (2011). Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres – SPM. *Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres*, Brasília. Recuperado de: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>
- BRYANT-DAVIS, T., TAFT, C. T., TILLMAN, S., TORRES, S. E. Y WOODWARD, H. E. (2009). Intimate partner violence against African American women: an examination of the socio-cultural context. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 50–58.
- CAMPBELL J., GLASS N, LAUGHON K, RUTTO C, (2008). Young adult intimate partner femicide. *Homicide Studies*, 12(2). Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/toc/hsxa/12/2>
- CORTIZO, M. C. Y GOYENECHE, P. L. (2010). Judicialização do privado e violência contra a mulher. *Revista Katálisis*, 13(1). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802010000100012>
- COUTO, M. T., D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Y SCHRAIBER, L. B. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*, 40(N.esp.), 112-120.

- DUTRA, M. L., NAKAMURA, E., PRATES, P. L. Y VILLELA, W. V. (2013). A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5). Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500014&lng=en&tlng=pt.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L., HANADA, H. Y SCHRAIBER, L.B. (2010). Os Psicólogos na Rede de Assistência a mulheres em situação de violência. *Estudos Feministas*, 18(1), 33-59.
- , KISS, L. B., Y SCHRAIBER, L. B. (2007). Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres sem situação de violência. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 11(23). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300007>
- , Y SCHRAIBER, L. B. (2003). *Resenha de cartilha para orientação de profissionais que lidam com mulheres em situação de violência*. São Paulo - SP: IMESP. Recuperado de: http://www.mulheres.org.br/violencia/documentos/cartilha_violencia.pdf
- FEGADOLI, D., FERRAZ, M. I. R., LABRONICI, L. M. Y TRIGUEIRO, T. H. (2010). Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1). Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100018>
- JESUS, A.C.S. (2011). *O programa Bolsa família: impactos econômicos, socioculturais e políticos em pequenos e médios municípios do Rio Grande do Norte/Brasil*. (Tesis de Doctorado inédita). Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

- KRONBAUER, J. F. D., Y MENEGHEL, S. N. (2005). Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública*, 39(5). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500001>
- MOURA, M. A. V., NETTO, L. A., Y SOUZA, M. H. N. (2012). Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. *Escola Anna Nery*, 16(3). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300002>
- OLIVEIRA, E. (2007). *Pancada de amor dói e adoece: violência física contra mulheres*. Sobral, CE: Edições UVA.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja*. Washington, DC: OPS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2014). *Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência*. Recuperado de: <http://www.nevusp.org/portugues/images/1579%20vip%20main%20report%20pt%20br%2026%2010%202015.pdf>
- (2012). *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Washington, DC: OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf
- PEDROSA, C. M., Y SPINK, M. J. P. (2011). A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade*, 20(1). Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>

- ROCHA, L. F. (2009). Violence against Women and the Law “Maria da Penha”: Some Comments on it. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(1), 97-109.
- ROMAGNOLI, R. C. (2015). Várias Marias: efeitos da Lei Maria da Penha nas delegacias. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(2). Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1038>
- SAGOT, M. (2000). *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso en diez países*. Recuperado de: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/rutacritica.pdf>
- SAMPAIO, E. O. (2003). Racismo Institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. *Revista Internacional de Desenvolvimento Local*, 4(6), 77-83.
- SILVA, S. G. (2010). Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000300009>
- WASELFSZ, J. J. (2015). *Mapa da Violência 2015. Homicídio de Mulheres no Brasil*. Recuperado de: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf