

Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa da literatura

Critical path of women in situation of violence: an integrative literature review
Rota crítica de mujeres en situación de violencia: revisión integrativa de la literatura

Jaqueline Arboit¹

ORCID: 0000-0002-6610-5900

Stela Maris de Mello Padoin¹

ORCID: 0000-0003-3272-054X

Cristiane Cardoso de Paula¹

ORCID: 0000-0003-4122-5161

¹Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria,
Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Arboit J, Padoin SMM, Paula CC. Critical path of women in
situation of violence: an integrative literature review.
Rev Bras Enferm. 2019;72(Supl 3):321-32.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0265>

Autor Correspondente:

Stela Maris de Mello Padoin
E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com



Submissão: 13-03-2018 **Aprovação:** 23-09-2018

RESUMO

Objetivo: Identificar as evidências científicas nacionais e internacionais acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência. **Método:** Revisão integrativa da literatura desenvolvida em quatro bases de dados e em dois portais eletrônicos, em janeiro de 2017. Foram incluídos 21 artigos oriundos de pesquisa original, na íntegra, em inglês, português ou espanhol, no recorte temporal de 1994 a 2016 e que apresentassem elementos da rota crítica, mesmo sem utilizar esse conceito. **Resultados:** Evidenciou-se que a rota crítica de mulheres em situação de violência é constituída de elementos relacionados tanto às percepções, ações e experiências prévias das mulheres, quanto à disponibilidade e qualidade dos serviços, representações sociais dos servidores e comunidade e os resultados obtidos na busca de ajuda. **Conclusão:** Os elementos da rota crítica são determinantes para as mulheres, podendo impulsionar, inibir ou retardar o início da rota e consequentemente o desfecho das situações de violência vivenciadas por essas.

Descritores: Violência; Saúde da Mulher; Mulheres Agredidas; Enfermagem; Revisão.

ABSTRACT

Objective: To identify Brazilian and international scientific evidence on the critical path of women in situations of violence. **Method:** Integrative literature review developed in four databases and two electronic portals, in January 2017. Twenty-one full articles in English, Portuguese or Spanish from original researches were included in the time cut from 1994 to 2016, and which presented critical path elements, even without using this concept. **Results:** The critical path of women in situations of violence is constituted of elements related to their perceptions, actions and previous experiences regarding availability and quality of services, social representations of public servers and community and the results obtained in the search for help. **Conclusion:** Critical path elements are decisive for the women, and can promote, inhibit or delay the beginning of the route and consequently the end of situations of violence experienced by these women.

Descriptors: Violence; Women's Health; Battered Women; Nursing; Review.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las evidencias científicas nacionales e internacionales acerca de la ruta crítica de mujeres en situación de violencia. **Método:** Revisión integrativa de la literatura desarrollada en cuatro bases de datos y en dos portales electrónicos en enero de 2017. 21 se incluyeron los artículos provienen de una investigación original en su totalidad en inglés, portugués o español, en el marco de tiempo 1994-2016 y para proporcionar los elementos de la ruta crítica, incluso sin el uso de este concepto. **Resultados:** Se evidenció que la ruta crítica de mujeres en situación de violencia está constituída de elementos relacionados tanto a las percepciones, acciones y experiencias previas de las mujeres, en cuanto a la disponibilidad y calidad de los servicios, representaciones sociales de los servidores y comunidad y los resultados obtenidos en la búsqueda de ayudar. **Conclusión:** Los elementos de la ruta crítica son determinantes para las mujeres, pudiendo impulsar, inibir o retardar el inicio de la ruta y consecuentemente el final de las situaciones de violencia vivenciadas por esas.

Descriptor: Violencia; Salud de la Mujer; Mujeres Maltratadas; Enfermería; Revisión.

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é considerada um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos⁽¹⁾, assim como um dos principais obstáculos para a igualdade de gênero⁽²⁾. É todo ato de violência perpetrado contra uma mulher que resulte em sofrimento de natureza física, psicológica e sexual, além de ameaças e privação de liberdade⁽²⁾. Estudos indicam que os principais agressores das mulheres são pessoas sem laços consanguíneos, escolhidos para a convivência íntima, quais sejam: maridos, companheiros, namorados e ex-parceiros⁽³⁻⁴⁾.

Esse problema apresenta consequências indesejadas tanto a curto quanto a longo prazo, inclusive relacionadas à saúde das mulheres que a vivenciam. Dentre essas consequências relacionadas à saúde, têm-se distúrbios do sono, cansaço, nervosismo, baixa autoestima, isolamento, falta de apetite e hematomas⁽⁵⁾. Destaca-se que um estudo longitudinal evidenciou que a violência e o abuso aumentam a probabilidade de ocorrência de depressão em mulheres sem histórico prévio de sintomas⁽⁶⁾. Ainda, as mulheres que vivenciaram situações de violência por parceiro íntimo foram duas vezes mais susceptíveis de apresentar sofrimento psicológico, queixas somáticas e usar medicação psicotrópica ou analgésica, quando comparadas com mulheres que não vivenciaram a violência⁽⁷⁾.

Apesar dessas consequências, existem inúmeros motivos pelos quais as mulheres que vivenciam a violência permanecem nessa situação. Destacam-se o medo das constantes ameaças do marido e/ou companheiro, a dependência econômica em relação a esse companheiro e a preocupação com os filhos⁽⁸⁾. Por outro lado, quando as mulheres decidem romper com o ciclo da violência, dá-se início ao que Sagot⁽⁹⁾ denominou de “rota crítica”. Esta compreende um conjunto de ações efetivadas por mulheres em situação de violência que inicia após a tomada de decisão das mulheres pela ruptura do ciclo de violência, por meio da busca de apoio nas redes sociais e de serviços disponibilizados, rompendo o silêncio e tornando a situação pública. A rota crítica é complexa e não linear, apresentando elementos relacionados às percepções das mulheres e suas ações, e às respostas sociais no caminho traçado, tanto no que refere ao contexto familiar e comunitário quanto ao institucional⁽⁹⁾.

Frente ao exposto e em consonância com a Agenda de Desenvolvimento Sustentável a qual reconhece que a eliminação da violência contra as mulheres é fundamental para o desenvolvimento humano sustentável e para a saúde de todos⁽¹⁰⁾, esta revisão buscou subsídios para desenvolver estratégias para qualificação da atenção às mulheres em situação de violência.

OBJETIVO

Identificar as evidências científicas nacionais e internacionais acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência.

MÉTODO

Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo de revisão, sem envolvimento de seres humanos, o mesmo não necessita de aprovação por parte de Comitê de Ética em Pesquisa.

Desenho do estudo

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual buscou agregar e sumarizar resultados de pesquisas acerca do tema específico, possibilitando a síntese de múltiplos estudos publicados. É um método relevante para a Saúde e a Enfermagem, ao produzir evidências científicas para a qualificação da prática assistencial⁽¹¹⁾.

Referencial metodológico e etapas

Para a operacionalização desta revisão, foram percorridas as seguintes etapas⁽¹¹⁾:

1ª - Identificação do tema: rota crítica de mulheres em situação de violência, e elaboração da questão de revisão com base na estratégia PICo⁽¹²⁾ - mulheres (P - População); rota crítica (I - Fenômeno de Interesse); situação de violência (Co - Contexto); quais as evidências científicas nacionais e internacionais acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência?;

2ª - Estabelecimento dos critérios de inclusão: ser artigo oriundo de pesquisa original, na íntegra, em inglês, português ou espanhol; no recorte temporal de 1994 a 2016 e que apresentasse elementos da rota crítica, mesmo sem a utilização desse conceito. O recorte temporal está sustentado na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, que representa um marco para a visibilidade da temática da violência contra as mulheres;

3ª - Definição das informações a serem extraídas dos artigos/categorização: título, objetivo do estudo; ano de publicação; procedência; delineamento do estudo (abordagem metodológica e participantes); e elementos da rota crítica. As informações extraídas foram inseridas em um quadro;

4ª - Avaliação dos estudos incluídos na revisão: apreciação crítica dos estudos selecionados. Os artigos foram classificados hierarquicamente quanto ao nível de evidência, de acordo com a questão clínica do estudo primário⁽¹³⁾. Para essa apreciação, foi realizada uma reunião no grupo de pesquisa com a presença de pós-graduandos em nível de mestrado e doutorado. Nos casos em que não houve consenso, foi realizada discussão com as líderes do grupo de pesquisa;

5ª - Interpretação dos resultados;

6ª - Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

As bases de dados escolhidas foram *Web of Science*, *Cumulative Index of Nursing and Allied Health (CINAHL)*, *National Library of Medicine (MEDLINE)* via portal PubMed e Scopus. O levantamento dos estudos também foi realizado nos portais eletrônicos: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Esse levantamento foi realizado no mês de janeiro de 2017.

Para a escolha dos *Medical Subject Headings (MeSH)* e *Descritores em Ciências da Saúde (DECS)*, objetivando ampliar as possibilidades de recuperação de artigos nas bases de dados, foi realizado o mapeamento das palavras mais utilizadas nos títulos, resumos e descritores/palavras-chave de artigos acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência. Foram utilizados os seguintes descritores: *Violence*, *Atrocities*, *Assaultive behavior*, *Behavior assaultive*, *Violência*, *Violência contra a mulher*, *Violência de gênero* e *Violência doméstica*. As palavras utilizadas para busca no título e

no resumo foram: *Critical path*, *Critical paths*, *Critical path method*, Rota crítica, Rotas críticas, Caminho crítico, Método do caminho crítico e Mulher. A definição de rota crítica no MeSH e no DeCS está centrada na conduta de profissionais de saúde, e o conceito de rota crítica de Sagot⁽⁹⁾ apresenta aspectos relacionados à conduta dos profissionais, ao apresentar fatores relacionados à disponibilidade e qualidade dos serviços prestados por estes às mulheres em situação de violência, bem como as representações destes profissionais em relação à violência vivenciada por estas mulheres.

A realização da busca em diferentes bases de dados e portais eletrônicos, bem como o emprego de estratégias de busca distintas visou a ampliação da possibilidade de captação de evidências que respondessem à questão de revisão. Destaca-se, nesse processo, o auxílio de uma bibliotecária. As bases de dados e portais eletrônicos e as respectivas estratégias de busca são apresentadas no Quadro 1.

Outra estratégia utilizada foi a busca manual nas referências dos artigos incluídos no *corpus*, os quais foram acessados via Scielo⁽¹²⁾.

Quadro 1 - Bases de dados, portais eletrônicos e estratégias de busca empregadas na revisão integrativa acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência, 2017

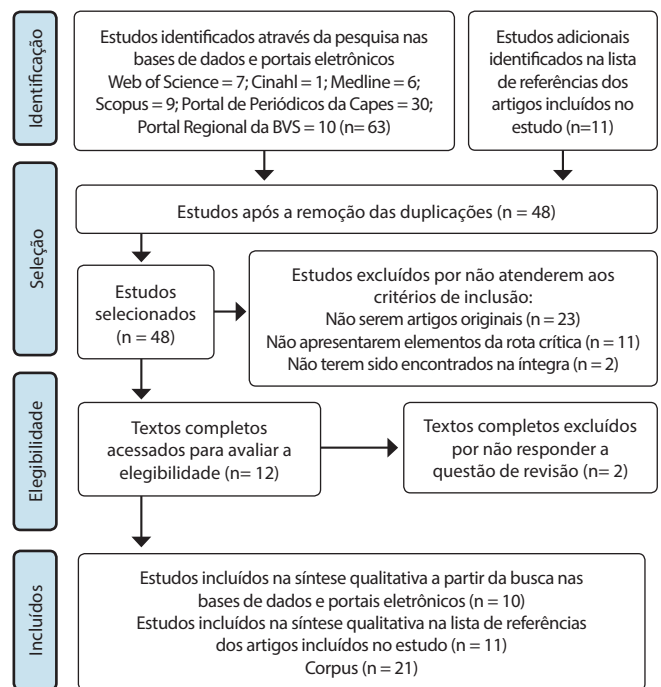
Base de dados e Portais Eletrônicos	Estratégias de busca
Web of Science	"Critical path" OR "Critical paths" OR "Critical path method" AND "Violence" OR "Atrocities" OR "Assaultive behavior" OR "Behavior assaultive"
CINAHL	"Critical path" OR "Critical paths" OR "Critical path method" AND "Violence"
MEDLINE	"Critical path method" OR "Critical path" AND "Violence"
Scopus	"Critical path" OR "Critical path method" AND "Violence"
Portal de Periódicos da CAPES	"Rota crítica" OR "Rotas críticas" OR "Caminho crítico" OR "Critical path method" OR "Critical path" AND "Violência" OR "Mulher"
Portal Regional da BVS	"Rota crítica" OR "Rotas críticas" OR "Método do caminho crítico" AND "Violência contra a mulher" OR "Violência de gênero" OR "Violência doméstica"

Ressalta-se que, visando minimizar o possível viés de aferição dos estudos (erro de seleção e de interpretação dos resultados), duas pesquisadoras integrantes do mesmo grupo de pesquisa realizaram a busca dos estudos, a leitura criteriosa dos artigos selecionados, o preenchimento do quadro de extração das

informações e a apreciação crítica dos artigos de forma independente. Ao final deste processo, os quadros de extração foram comparados. Não havendo consenso, foi contatado um terceiro revisor que também é membro do grupo de pesquisa.

RESULTADOS

Nas buscas nas bases de dados e portais eletrônicos, foram encontradas, inicialmente, 63 produções. Salienta-se que os estudos duplicados foram contabilizados uma única vez. Após a remoção das duplicações, permaneceram 48 produções. Dessas, 23 foram excluídas por não serem artigos originais, 11 por não apresentarem elementos da rota crítica e duas por não terem sido encontradas na íntegra. Assim, selecionaram-se 12 artigos para leitura na íntegra e avaliação da elegibilidade. Destes artigos, 10 respondiam à questão de revisão e compuseram o *corpus* do estudo. Após, foi realizada a busca manual na lista de referências dos artigos incluídos no estudo, sendo incorporados 11 artigos. Deste modo, o *corpus* do estudo foi composto por 21 artigos. O fluxograma (Figura 1) descreve o percurso para a seleção dos artigos, baseado no modelo Prisma⁽¹⁴⁾.



Fonte: Moher et. al⁽¹⁴⁾, adaptado.

Figura 1 – Fluxograma da seleção artigos para a revisão integrativa acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência, baseado no modelo PRISMA⁽¹⁴⁾, 2017

Quadro 2 - Características dos artigos quanto ao título, objetivo, ano/país, delineamento e nível de evidência/questão clínica, 2017

Título	Objetivo	Ano/País	Delineamento	Nível de evidência/ questão clínica
Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero ⁽¹⁵⁾	Apresentar o que pensam os participantes da pesquisa sobre a Lei Maria da Penha.	2013 Brasil	Qualitativo n= 21 mulheres e 25 profissionais	N2 (Significado/ Experiência)

Continua

Continuação do Quadro 2

Título	Objetivo	Ano/País	Delineamento	Nível de evidência/ questão clínica
Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil ⁽¹⁶⁾	Estabelecer a trajetória de mulheres em situação de violência de gênero, identificando os pontos críticos, propondo medidas de intervenção e fomentando a construção de redes de combate às violências na cidade de Porto Alegre.	2011 Brasil	Qualitativo n= 21 mulheres e 25 profissionais	N2 (Significado/ Experiência)
A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica ⁽¹⁷⁾	Apresentar a configuração das redes sociais de um grupo de mulheres em situação de violência doméstica, analisadas a partir de uma concepção de redes sociais que caracteriza a natureza dos vínculos e das trocas que ocorrem entre os atores, e investiga os objetos materiais ou simbólicos que aí circulam.	2013 Brasil	Qualitativo n= 9 mulheres e 8 profissionais	N2 (Significado/ Experiência)
<i>The Critical Path of women affected by family violence in Latin America. Violence Against Women Sagot</i> ⁽¹⁸⁾	Analisar as ações realizadas por mulheres que sofrem violência, as respostas encontradas em sua busca por ajuda, os obstáculos e a disponibilidade e qualidade dos serviços; reunir e analisar os significados sociais da violência familiar que prevalece entre os prestadores de serviços de saúde, aplicação da lei e judicial, educação e setores não governamentais e comunidades em 10 países da América Latina.	2005 Belize, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicarágua, Costa Rica, Panamá, Peru, Bolívia e Equador	Qualitativo n= 900 (mulheres, profissionais e comunidade)	N2 (Significado/ Experiência)
Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais ⁽¹⁹⁾	Conhecer as ações e as trajetórias de mulheres na busca de alternativas para a superação da situação de violência no município de São Leopoldo, por meio da análise das práticas discursivas dos operadores de Instituições que trabalham com violência de gênero no município.	2008 Brasil	Qualitativo n= 12 profissionais	N2 (Significado/ Experiência)
<i>Women's strategic responses to violence in Nicaragua</i> ⁽²⁰⁾	Descrever as respostas de mulheres em León, na Nicarágua para abuso do parceiro e identificar fatores contextuais associados ao uso de certos mecanismos de enfrentamento e a probabilidade de separação permanente.	2001 Nicarágua	Quantitativo n= 188 mulheres	N4 (Prognóstico/ Etiologia)
<i>Help-Seeking behaviors and reasons for help seeking reported by a representative sample of women victims of intimate partner violence in New Zealand</i> ⁽²¹⁾	Informar sobre os comportamentos de procura de ajuda das mulheres que já viveram durante a vida violência física e/ou violência sexual por um parceiro íntimo.	2010 Nova Zelândia	Quantitativo n= 956 mulheres	N4 (Significado/ Experiência)
<i>Strategies and Help-Seeking behavior among Mexican women experiencing partner violence</i> ⁽²²⁾	Examinar se as mulheres que experimentaram a violência procuraram as agências de aplicação da lei, e as características dessas mulheres; examinar o tipo de serviço e tratamento que elas relataram receber dessas agências; examinar as razões para as mulheres não solicitarem ajuda da polícia e das agências de aplicação da lei.	2013 México	Quanti- qualitativo n= 89 profissionais e 22,639 mulheres	N2 (Significado/ Experiência)
<i>Facing violence by intimate partner: the experience of women in an urban area of Northeastern Brazil</i> ⁽²³⁾	Descrever as formas de enfrentamento à violência por parceiro íntimo adotadas por mulheres.	2012 Brasil	Quantitativo n= 283 mulheres	N4 (Significado/ Experiência)
Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social ⁽²⁴⁾	Identificar a percepção das mulheres, em situação de violência, sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social, particularmente dos recursos institucionalizados de combate à violência contra a mulher.	2010 Brasil	Qualitativo n= 57 mulheres	N2 (Significado/ Experiência)
<i>Factors associated with the cessation of intimate partner violence in women attending Primary Care in Spain</i> ⁽²⁵⁾	Detectar diferenças nas características demográficas e recursos pessoais, tipos de violência por parceiro íntimo, idade de início e duração e respostas à violência por parceiro íntimo entre as mulheres em que a violência persistia e naquelas em que cessou; e identificar fatores que podem estar associados a maior probabilidade de terminar com o relacionamento violento.	2015 Espanha	Quantitativo n= 2464 mulheres	N4 (Prognóstico/ Etiologia))
<i>Silenced voices and structured survival: battered women's help-seeking</i> ⁽²⁶⁾	Examinar os vários aspectos da busca de ajuda, e as respostas sociais e institucionais a tais esforços na perspectiva de sobreviventes que vivem em um abrigo de violência doméstica.	2007 Estados Unidos	Qualitativo n= 19 mulheres	N2 (Significado/ Experiência)
<i>Barriers to domestic violence help-seeking: implications for intervention</i> ⁽²⁷⁾	Examinar as razões das mulheres abusadas para não usar a polícia, atendimento médico e assistência de aconselhamento, bem como a ajuda informal, definida como falar com um membro da família, vizinho, conhecido ou amigo.	2005 Estados Unidos	Quantitativo n= 491 mulheres	N4 (Significado/ Experiência)

Continua

Continuação do Quadro 2

Título	Objetivo	Ano/País	Delineamento	Nível de evidência/ questão clínica
<i>Variations in women's help-seeking in response to intimate partner violence: findings from a Canadian population-based study</i> ⁽²⁸⁾	Investigar o impacto das características sociodemográficas e das características da violência na busca de apoio formal e informal por parte de mulheres em resposta a violência por parceiro íntimo em uma pesquisa nacional sobre famílias canadenses.	2011 Canadá	Quantitativo n= 922 mulheres	N4 (Prognóstico/ Etiologia)
Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave ⁽²⁹⁾	Conhecer as organizações envolvidas no atendimento de mulheres em situação de violência, considerando a rede de agências e equipamentos sociais disponíveis em um município paulista. A investigação propôs-se a compreender a inserção dos diferentes setores, excetuando-se o de saúde, nessa rede de atendimento.	2011 Brasil	Qualitativo n= 11 profissionais	N2 (Significado/ Experiência)
<i>Feminicide: narratives of gender crimes</i> ⁽³⁰⁾	Narrar histórias de mulheres assassinadas em decorrência de desigualdades de gênero, obtidas através de inquéritos policiais da Delegacia de Homicídios do município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul.	2013 Brasil	Qualitativo n= 6 casos	N2 (Significado/ Experiência)
<i>Women in situations of violence: limits of assistance</i> ⁽³¹⁾	Analisar os limites da prática assistencial à mulher em situação de violência, de equipes de saúde da família na rede de atenção.	2015 Brasil	Qualitativo n= 41 profissionais	N2 (Significado/ Experiência)
Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência ⁽³²⁾	Identificar a dinâmica institucional que emoldura a relação profissional-mulher violentada.	2011 Brasil	Qualitativo n=21 profissionais	N2 (Significado/ Experiência)
Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência ⁽³³⁾	Compreender como os diversos serviços e seus atores percebem seu lugar no conjunto da assistência, relacionam-se e integram-se, em sua definição do problema e propostas de intervenção.	2007 Brasil	Qualitativo n= 29 profissionais	N2 (Significado/ Experiência)
<i>The response to gender violence among Brazilian healthcare professionals</i> ⁽³⁴⁾	Identificar a experiência, as atitudes e os sentimentos dos profissionais de saúde quando abordam as necessidades de mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo.	2013 Brasil	Qualitativo n= 24 profissionais	N2 (Significado/ Experiência)
<i>Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in Primary Care</i> ⁽³⁵⁾	Descrever as estratégias de resposta adotadas por mulheres frente à violência por parceiro íntimo, analisar a associação entre os recursos pessoais das mulheres, características da violência por parceiro íntimo (tipo, duração e idade de início) e as estratégias de resposta adotadas pelas mulheres.	2012 Espanha	Quantitativo n= 1469 mulheres	N4 (Prognóstico/ Etiologia)



Figura 2 – Diagrama da Rota Crítica proposto por Sagot⁽⁹⁾

Com relação à caracterização dos artigos, de acordo com o ano de publicação, 13 (62,0%) foram publicados no período de 2011 a 2015. Quanto à abordagem metodológica, predominou a qualitativa em 14 artigos (66,6%). No que se refere à procedência, 18 (85,7%) artigos foram desenvolvidos na Europa. No que tange aos participantes, 9 (42,8%) foram desenvolvidos com mulheres. Quanto à classificação da evidência dos artigos, segundo o tipo de questão clínica⁽¹²⁾, 17 (80,9%) direcionavam-se ao significado, sendo 14 com nível de 2. No Quadro 2, são apresentadas as características dos artigos quanto ao título, objetivo, ano/país, delineamento e nível de evidência/questão clínica.

A síntese das evidências encontradas nos artigos foi realizada de acordo com o diagrama da Rota Crítica proposto por Sagot⁽⁹⁾ (Figura 2).

No Quadro 3, é apresentada a síntese desta revisão de acordo com os elementos do diagrama da Rota Crítica.

DISCUSSÃO

Após a análise e síntese, optou-se por apresentar a discussão segundo os elementos da rota crítica apresentados nos resultados: fatores impulsionadores; fatores de resposta; decisões executadas e ações empreendidas.

Quadro 3 – Síntese das evidências dos artigos da revisão integrativa acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência, 2017

Fatores impulsionadores		Informação e conhecimento - Busca de informações acerca de dispositivo legal ⁽¹⁵⁾ - Conhecimento sobre a Delegacia da Mulher ⁽¹⁶⁾	
		Percepções e atitudes - Pressupor que o registro do boletim de ocorrência solucionará a situação de violência ⁽¹⁶⁾ - Compreender que está vivenciando uma situação de violência ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ - Compreender a dimensão pública da violência ⁽¹⁸⁾	
		Experiências prévias - Possuir filhos ⁽¹⁹⁻²²⁾ - Violência grave, medo ou ameaças ^(20-21,23-24)	
		Apoio de pessoas íntimas - Familiares e amigos ^(16-17,21-28)	
Fatores de resposta	Disponibilidade e qualidade dos serviços	Negativos - Falta de proteção e segurança/medidas legais de difícil fiscalização ^(15-17,19,22,24,26,29-32) - Precariedade da estrutura física, recursos humanos das instituições e equipamentos sociais ^(15-19,22,26,29,31-34) - Ausência de protocolos de atendimento, formulários específicos para registros de casos e notificação, encaminhamento e avaliação das medidas adotadas ^(15,16-19,24,26,31-34) - A desestruturação da rede ^(15-19,24,26,29,31-33)	Positivos - Acompanhamento da mulher na retirada de seus pertences ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ - Afastamento do companheiro da casa pela autoridade policial ⁽¹⁵⁾ - Apoio de grupos de autoajuda ^(16,29,32) - Encaminhamento das mulheres para outros serviços e instituições ^(16,18,29,32-33) - Fortalecimento da autoestima da mulher, independência econômica, empoderamento, planejamento e reorganização da vida ^(17,19,26,29,33) - Atendimento prestado pelos profissionais dos serviços ^(16-19,29,32-33)
	Representações sociais de servidores de serviços e comunidade	Negativas - Culpabilização, discriminação da mulher, concepções patriarcais e julgamento moral ^(15,17-19,24,26,31-33) - Compreensão da violência como doença a ser tratada ⁽¹⁵⁾ - Consideração de lei como inconstitucional ⁽¹⁵⁾ - Entendimento da medida protetiva como papel de valor simbólico ⁽¹⁵⁾ - Percepção de que a violência não representa um perigo real ⁽¹⁸⁾ - Entendimento de que os outros serviços são concorrentes ⁽¹⁹⁾ - Desvalorização da delegacia da mulher ⁽³³⁾ - Conhecimento apenas do seu setor de atuação ⁽¹⁹⁾ - Concepções de que a violência contra a mulher se trata de um assunto de domínio privado ^(29,33-34)	Positivas - Compreensão de lei como um dispositivo legal inovador ^(15,29) - Compreensão da importância do trabalho em rede ^(17,33) - Sensibilização quanto à violência ^(29,32,34)
	Resultados obtidos	Negativos - Respostas negativas dos setores de aplicação da lei, policial e judicial ^(18,26) - Resposta do setor saúde limitada ao tratamento de lesões ^(18,26,32) - Ausência de respostas do setor educacional ⁽¹⁸⁾ - Ninguém as ajudou ⁽²¹⁾	Positivos - Diminuição de casos de lesão corporal após a criação de lei ⁽¹⁵⁾ - Cessaçã da violência pelo parceiro íntimo após registro de boletim de ocorrência ou prisão ^(16,26) - Suporte das organizações de mulheres dedicadas à violência contra a mulher ⁽¹⁸⁾ - Respostas positivas das instituições religiosas ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ - Serviço de boa qualidade pela polícia ⁽²¹⁻²²⁾
Decisões executadas e ações empreendidas	<ul style="list-style-type: none"> - Realizou denúncia nas delegacias, registro do boletim de ocorrência e pedir medida protetiva^(15-16,19,23,25-26,30) - Desistiu do processo e retirar a queixa^(16,19,33) - Buscou proteção do Ministério Público⁽¹⁹⁾ - Buscou ajuda nos serviços de saúde^(17-18,20-21,23-25,35) - Buscou ajuda da família, de amigos e de vizinhos^(16-17,21-25,27-28,30,35) - Buscou ajuda da polícia^(20-23,26,35) - Buscou ajuda de organizações não governamentais⁽²²⁾ - Buscou ajuda de organizações religiosas⁽²⁰⁻²³⁾ - Buscou ajuda de abrigos para mulheres^(20-22,26) - Buscou ajuda em organizações de mulheres^(21,35) - Buscou ajuda em agências de serviço social⁽²⁶⁾ - Buscou trabalho para tornar-se independente^(25,35) - Separou-se do companheiro temporária ou definitivamente^(20-21,25-27,35) - Mudou de estado⁽²⁶⁾ - Defendeu-se física ou verbalmente⁽²⁰⁾ - Conversou com alguém^(21,23) - Falou com o companheiro⁽³⁵⁾ 		

Fatores impulsionadores

As evidências científicas dos fatores impulsionadores da rota crítica de mulheres em situação de violência, relacionadas à informação e conhecimento dessas, apontaram a busca de informações acerca de dispositivos legais, como a Lei Maria da Penha, em se tratando do contexto brasileiro. Tais informações são buscadas em diversos meios, seja na televisão, na internet ou nas próprias delegacias da mulher⁽¹⁵⁾. Ainda, indicaram o conhecimento prévio da existência das delegacias da mulher⁽¹⁶⁾. Observa-se que o conhecimento das mulheres acerca dos seus direitos tem contribuído para o aumento na quantidade das denúncias⁽¹⁵⁾.

Os fatores impulsionadores da rota crítica relativos às percepções e atitudes das mulheres foram pressupor que o registro do boletim de ocorrência na delegacia da mulher solucionará a situação de violência⁽¹⁶⁾, compreender que está vivenciando esta situação⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ e que esta tem dimensão pública⁽¹⁸⁾. Embora estejam vivenciando agressões, algumas mulheres apenas iniciam o processo de enfrentamento da violência⁽¹⁷⁾, como buscar um serviço⁽¹⁶⁾ e autoridades⁽¹⁸⁾, diante dessas compreensões.

Os fatores impulsionadores referentes às experiências prévias das mulheres estiveram relacionados ao fato de possuírem filhos⁽¹⁹⁻²²⁾. Muitas vezes, esses filhos também vivenciam a violência⁽¹⁹⁻²⁰⁾, além do que, há uma preocupação das mulheres para com eles⁽²⁰⁻²¹⁾, especialmente pela sua presença nas suas casas⁽²²⁾. Muitas mulheres se mantêm em uma situação de violência por vários anos, e apenas quando seus filhos (as) também começam a experienciá-la, conseguem reagir e iniciar a rota⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, o estudo evidenciou uma associação significativa entre a busca de ajuda pelas mulheres e o abuso dos filhos⁽²⁰⁾. Outros fatores impulsionadores na busca pela rota crítica por parte das mulheres consistiram em serem gravemente feridas⁽²¹⁻²³⁾, apresentarem lesões, serem forçadas a manterem relações sexuais ou sofrerem violência durante a gravidez⁽²⁰⁾, além de terem medo ou serem ameaçadas pelo agressor^(21,23-24).

Por outro lado, os estudos evidenciaram diversos motivos pelos quais as mulheres permaneceram em uma situação de violência e não deram início à rota: medo de vingança do agressor^(15,21-22,27), ameaça^(19,22); dependência financeira⁽¹⁹⁾; manutenção do núcleo familiar^(17,19); conservação das suas condições de vida e dos filhos⁽¹⁷⁾; preconceitos e estereótipos de gênero, familiares e culturais^(17,19,22); amor ao companheiro⁽¹⁷⁾; crença que este irá mudar⁽¹⁷⁾; por acreditarem na importância da participação do companheiro na criação dos filhos^(17,22); medo de iniciarem uma nova vida⁽¹⁷⁾; pela minimização/naturalização da violência^(21-22,27); constrangimento e vergonha^(17,21-22,26-27); por acreditarem que o companheiro não mudará⁽²²⁾, e para protegê-lo e preservar o relacionamento⁽²⁷⁾.

Outras mulheres, embora tenham iniciado a rota, retornaram ao companheiro, e, conseqüentemente, à situação de violência por estarem sem dinheiro⁽²⁶⁾; por serem ameaçadas, perseguidas ou assediadas por ele⁽²⁶⁾; por serem encorajadas por suas famílias a se reconciliar^(24,26); por sentirem-se culpadas⁽²⁶⁾; por estarem sozinhas⁽²⁶⁾; pelo bem da família/filhos^(21,23); para atender ao pedido do companheiro⁽²³⁾; por amá-lo^(23,26); e por compreenderem a violência como algo normal⁽²¹⁾.

As evidências acerca dos fatores impulsionadores referentes ao apoio de pessoas íntimas indicaram que as mulheres em situação

de violência contam especialmente com o apoio de familiares e amigos^(16-17,21-28), dentre os quais mães e sogras^(17,26), pais, tias, tios, avós, irmãos⁽²⁶⁾; pais e irmãos⁽²³⁾, e familiares do próprio parceiro⁽²³⁾.

Fatores de resposta

Quanto aos fatores de resposta relacionados à disponibilidade e qualidade dos serviços consideradas negativas, os estudos revelaram a falta de proteção e segurança/medidas legais de difícil fiscalização^(15-17,19,22,24,26,29-32). Isso porque muitas mulheres, após irem à delegacia, retornaram para casa e acabaram sendo gravemente feridas⁽¹⁶⁾ e até mortas pelo companheiro⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, visto que nenhum policial pôde protegê-las 24 horas por dia^(16,29), o que demonstra a dificuldade de inspeção do cumprimento das medidas legais⁽³¹⁾. Muitas, após o registro do boletim de ocorrência, foram mandadas embora, mesmo não tendo para onde ir⁽¹⁶⁾. Outras mulheres não tiveram seus pedidos atendidos ao procurarem o sistema policial^(24,26), que: negou a realização do registro do boletim de ocorrência⁽¹⁵⁾, pediu que retornassem outro dia para realizar a ocorrência pela ausência de pessoas disponíveis para fazê-lo⁽¹⁹⁾, desencorajou a realização da denúncia⁽²²⁾ e mandou a mulher para outra delegacia^(24,32).

Os fatores de resposta negativos também relacionaram-se à falta de viaturas, à demora na chegada da polícia quando as mulheres solicitaram ajuda e ao fato de que os policiais disseram não poder entrar na casa⁽¹⁶⁾. Um estudo que narrou seis casos de feminicídios apontou que, em dois deles, as vítimas haviam realizado vários registros policiais tanto por lesão quanto por ameaça de morte pelo companheiro⁽³⁰⁾, o que mostrou que muitas mulheres denunciaram repetidas vezes o agressor, solicitando proteção, e não foram atendidas⁽³¹⁾. No que se refere à medida protetiva, apesar de muitas mulheres terem a obtido formalmente, na prática os agressores não foram responsabilizados, havendo o descumprimento da medida⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Evidenciou-se a precariedade da estrutura física, de recursos humanos das instituições e de equipamentos sociais^(15-19,22,26,29,31-34). A precariedade se aplicou tanto à polícia quanto às demais instituições da rede⁽¹⁵⁾, sendo demonstrada pela carência de profissionais nos diferentes serviços^(15,32); presença de profissionais que não desejavam estar no cargo que ocupavam⁽¹⁹⁾; falta de capacitação/competência técnica dos profissionais para trabalharem com a violência^(18,22,31-33); escassez de recursos^(18,26); existência de serviços de referência que atendiam apenas de segunda a sexta-feira^(16,31); inexistência de casas-abrigo⁽²⁹⁾; e ausência de privacidade^(18,32,34). Tais aspectos, dentre outros, impediram a aplicação da Lei Maria da Penha no Brasil⁽¹⁵⁾ e de legislações sobre violência familiar⁽¹⁸⁾. Desse modo, as políticas de enfrentamento à violência não foram colocadas em prática pelos serviços que atenderam mulheres em situação de violência^(15,17). Considera-se que a escassez de recursos foi mais extrema nas comunidades rurais, visto que nestes ambientes as mulheres em situação de violência têm menos acesso a serviços especializados, serviços oferecidos por ONG's ou organizações governamentais⁽¹⁸⁾.

No que concerne especificamente à precariedade de recursos humanos, estudos revelaram a sobrecarga de trabalho/falta de tempo^(16,19,22,32-33), principalmente nos serviços de aplicação da lei⁽²²⁾, policiais^(16,33) e de saúde⁽³²⁻³³⁾. Na delegacia da mulher, há uma

sobrecarga pelas atribuições a ela designadas, especialmente após a promulgação da Lei Maria da Penha⁽¹⁶⁾, sendo que os profissionais alegavam falta de tempo para ouvir o relato de vida da mulher⁽³³⁾. Em unidades básicas de saúde, havia um grande tempo de espera para atendimento, e muitas mulheres ainda tinham que agendar as consultas, o que podia ser desestimulante⁽³²⁾. Em serviços de atenção psicossocial, o tempo demandado para tratamento das mulheres era considerado longo, sendo motivo de resistência dessas para o tratamento psicoterápico⁽³³⁾. Essa sobrecarga de trabalho era um fator limitador para o trabalho em rede⁽¹⁹⁾.

A ausência de protocolos de atendimento, formulários específicos para registros de casos e notificação, encaminhamento e avaliação das medidas adotadas^(15-19,24,26,31-34) foram outros aspectos negativos da disponibilidade e qualidade dos serviços. Nesse sentido, um estudo realizado em diferentes instituições que trabalham com violência de gênero indicou o uso de formulários específicos para registro da violência apenas em uma Organização Não Governamental (ONG) e em um serviço de psicologia vinculado à delegacia de polícia⁽¹⁹⁾. Em alguns serviços, não havia formulários para descrição dos encaminhamentos realizados⁽¹⁵⁾, nem protocolos de tratamento ou encaminhamentos^(18,31). Além disso, evidenciou-se o emprego de linguagens distintas em cada serviço⁽¹⁷⁾, sendo que alguns, como no centro de referência, valorizavam o acolhimento e a intersubjetividade, ao passo que na delegacia e no fórum, a objetividade que era valorizada⁽¹⁷⁾.

Também foi apontada a escuta baseada na queixa^(16,18,24,26,32-34), especialmente nas delegacias e nos serviços de saúde. Nas delegacias, valorizava-se unicamente o recolhimento de informações necessárias ao início da trajetória legal^(16,33). Nos serviços de saúde, o foco do atendimento era para lesões⁽¹⁸⁾, marcas visíveis⁽³²⁾ e o que se mostrava concreto em se tratando de sinais e sintomas⁽²⁴⁾. Nessa perspectiva, as mulheres, muitas vezes, não eram questionadas pelos profissionais acerca da origem das lesões⁽²⁶⁾ ou da possibilidade de estarem vivenciando uma situação de violência, mesmo quando havia suspeita e quando apresentavam queixas generalizadas e sinais de sofrer agressões⁽³⁴⁾.

A desestruturação da rede^(15-19,24,26,29,31-33) foi evidenciada pela falta de integração e comunicação entre profissionais de vários órgãos e setores^(15-17,19,31,33), o que levou à atuação isolada em suas áreas de atuação⁽¹⁹⁾ e à descontinuidade da assistência⁽³¹⁾. Também foi evidenciada pela ausência de fluxos interinstitucionais^(4,7,17) e de acompanhamento das mulheres pelos hospitais e unidades básicas, sendo que nesses casos a dificuldade relacionava-se à reação do agressor, quando este residia com a mulher⁽¹⁶⁾. Assim, a desestruturação da rede foi evidenciada pela inexistência de referência e contrarreferência, ou seja, quando os serviços encaminhavam uma mulher em situação de violência a outro serviço e esperavam o retorno do atendimento realizado, o que não ocorria⁽³¹⁾. Diante desses aspectos, propostas como a Lei Maria da Penha, a qual demanda recursos de vários setores para a sua implementação⁽²⁹⁾, não têm sido efetivadas.

A desestruturação da rede também foi indicada quando os serviços reduzem as suas ações a encaminhamentos⁽²⁴⁾, quando esses se restringem a sua área de atuação⁽³³⁾, ou quando as mulheres eram encaminhadas para municípios vizinhos pela inexistência de algum serviço no município onde residiam⁽¹⁹⁾. A última situação implicava às mulheres sofrimento emocional,

despesas de locomoção e ausência no trabalho, considerada outra forma de violência⁽¹⁹⁾. Muitos encaminhamentos justificavam-se pela necessidade de serviços “específicos” ou “especializados”, sugerindo que a violência competia apenas aos profissionais que optaram por lidar com esse problema⁽³²⁾.

Tal desestruturação também foi apontada pela precariedade do sistema judiciário, revelada pela morosidade dos processos judiciais^(18,29,31,33) e excesso de burocracia⁽¹⁸⁾; também pela falta de um juizado específico para abordar a violência contra a mulher⁽³¹⁾ e existência de varas criminais adaptadas, nem sempre adequadas para a aplicação integral das medidas previstas na Lei Maria da Penha⁽¹⁵⁾. A desestruturação foi apontada por defensores gratuitos, que muitas vezes não conheciam a mulher que iriam representar na audiência e pela rotatividade desses, sendo que, durante o mesmo processo, uma mulher poderia ser atendida por vários defensores⁽¹⁶⁾.

Ainda, nota-se desestruturação pelo encerramento dos processos na primeira audiência⁽¹⁶⁾ e por audiências em que as mulheres eram levadas a tomar decisões rapidamente⁽¹⁶⁾; pela realização de acordos⁽¹⁶⁾ e processos conciliadores⁽¹⁸⁾, por meio dos quais as mulheres eram pressionadas pelas autoridades a reconsiderarem a queixa e retornarem ao domicílio por não terem para onde ir⁽¹⁶⁾, tendo que perdoar o agressor⁽¹⁸⁾. Assim, as mulheres ficavam desprotegidas e tinham seus direitos violados, especialmente o relacionado ao processo⁽¹⁸⁾.

A ausência de profissionais de outras áreas para atuar em conjunto nos serviços^(15,19) e constituir espaços de troca entre os membros da equipe^(17,33) também é outro aspecto desestruturação da rede. A falta de atendimento aos homens agressores, aspecto contemplado na Lei Maria da Penha⁽¹⁵⁾, além de programas de intervenção com agressores cujo foco foi o abuso de álcool e drogas em detrimento da violência doméstica⁽²⁶⁾ também podem ser mencionados.

Um estudo sobre a rede social de mulheres em situação de violência evidenciou a existência de uma rede informal constituída por pessoas que podiam ser acionadas⁽¹⁷⁾, em detrimento de uma rede constituída por serviços. Também apontou que os profissionais não se esforçavam para entrar em contato com os elementos da rede social das mulheres, demonstrando a falta de interação com os atores próximos delas espacial e afetivamente⁽¹⁷⁾.

As evidências científicas dos fatores de resposta relacionados à disponibilidade e qualidade dos serviços consideradas positivas indicaram que as autoridades policiais realizavam o acompanhamento das mulheres em segurança para retirada de seus pertences da casa⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, as levavam até albergues ou casas de familiares⁽¹⁶⁾, bem como efetuavam o afastamento do companheiro da casa⁽¹⁵⁾. Tais funções foram efetivadas no Brasil após a Lei Maria da Penha⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

O suporte de grupos de apoio⁽²⁹⁾ e de autoajuda^(16,29,32), como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Amor Exigente^(16,32) foram apontados. Esses grupos têm colaborado no atendimento de mulheres em situação de violência⁽⁵⁾ e no enfrentamento desse problema^(16,32).

No que tange ao encaminhamento das mulheres para outros serviços e instituições^(16,18,29,32-33), um estudo apontou que, quando atendidas em hospitais, as mulheres eram encaminhadas a outros serviços, dependendo do tipo de agressão sofrida⁽¹⁶⁾. Outros exemplos foram: encaminhamento de uma mulher de uma unidade de saúde para o Departamento Médico Legal, assistente social e casa abrigo⁽¹⁶⁾; de uma Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) para uma ONG, um grupo de estudo de apoio às vítimas de violência, e para

a assistência jurídica e Fórum⁽²⁹⁾; de uma DDM para uma psicóloga; e em se tratando de situações de violência sexual, para um hospital de referência⁽³²⁾. Nesse sentido, as DDMs foram apontadas como participantes ativas da rede de encaminhamentos como destinatárias e enviantes⁽³³⁾. De uma ONG de enfrentamento à violência contra a mulher, a mulher poderia ser encaminhada para diferentes unidades de saúde, dependendo da situação de violência, tanto doméstica quanto sexual⁽²⁹⁾. Organizações comunitárias, mesmo que não sejam especificamente direcionadas à violência familiar, também realizavam o encaminhamento de mulheres para instituições, quando disponíveis⁽¹⁸⁾.

Evidenciou-se a busca pelo fortalecimento da autoestima das mulheres, sua independência econômica e planejamento da vida para que quando se sentissem seguras pudessem registrar o boletim de ocorrência⁽¹⁹⁾. Notou-se a valorização das relações intersubjetivas e promoção de crescimento e mudanças nas mulheres, buscando a reorganização⁽¹⁷⁾ e ressignificação de suas vidas após o trauma vivenciado⁽²⁹⁾. Portanto, os profissionais visavam à capacitação das mulheres para que buscassem vidas seguras, produtivas e independentes⁽²⁶⁾, promovendo também sua emancipação e fortalecimento⁽³³⁾.

Também foi revelado o atendimento prestado pelos profissionais dos serviços^(16-19,29,32-33) e as orientações às mulheres^(16-17,19) dadas em hospitais. Essas orientações versavam sobre a busca da promotoria pública pela mulher⁽¹⁶⁾, e as dadas em ONGs se relacionavam com a realização do boletim de ocorrência, uma vez que em casos graves a sua realização poderia agravar a situação de violência⁽¹⁶⁾. Quando dadas por membros de igrejas, as orientações importantes para um desfecho satisfatório da situação⁽¹⁷⁾.

A empatia, sensibilidade e acolhimento também foram aspectos dos atendimentos prestados, sendo que nos estudos avaliados, foram demonstrados por profissionais de saúde^(16,18). Um estudo destacou que quando as mulheres eram acolhidas pelos serviços da rede, havia sucesso no enfrentamento da violência⁽¹⁷⁾. Outros fatores positivos foram a discussão do caso^(19,29) por equipe multidisciplinar em uma ONG⁽¹⁹⁾ e interinstitucionalmente entre uma organização de enfrentamento à violência contra a mulher, equipamentos de saúde, secretarias de saúde, educação e assistência social⁽²⁹⁾.

Outros aspectos indicados foram a assistência integral à mulher, em termos físicos, psicológicos e jurídicos, desenvolvida por uma ONG⁽²⁹⁾; o conhecimento dos profissionais sobre a missão de sua instituição ou organização⁽²⁹⁾; e a rotina padronizada e organizada em fluxos nas delegacias da mulher⁽³²⁻³³⁾.

As evidências científicas dos fatores de resposta relacionados às representações sociais de servidores de serviços e comunidade consideradas negativas apontaram a culpabilização, discriminação da mulher, concepções patriarcais e julgamento moral^(15,17-19,24,26,31-33). Esses fatores são evidenciados quando os profissionais culpam as mulheres pela violência vivenciada⁽¹⁵⁾ e fazem julgamentos de ordem moral⁽³³⁾, seja afirmando que algumas supõem que o homem está deixando de gostar delas se não empregam a violência⁽¹⁹⁾ ou tentando justificar as agressões, ofensas e humilhações infringidas às mulheres pelo seu comportamento pouco adequado ou provocador⁽¹⁷⁾ ou pelo uso de substâncias⁽³²⁾. Isso ocorre também quando os pais acreditavam que a mulher era a errada, fazendo com que, às vezes, retornasse ao agressor⁽²⁴⁾ e conseqüentemente à situação de violência.

Nos serviços, juizes banalizavam a Lei Maria da Penha em vez de cumpri-la⁽¹⁵⁾; médicos declaravam que não se podia acreditar

em todas as histórias de mulheres que diziam viver situações de violência sexual, pois faziam falsas denúncias visando abortar; e quando profissionais na delegacia discriminavam as mulheres⁽³²⁾, realizavam declarações baseadas em estereótipos de gênero e mitos sobre a violência familiar⁽¹⁸⁾ e quando desqualificavam, banalizavam e riam da dor das mulheres quando essas prestavam queixa contra o marido por estupro⁽³²⁾. Isso levava muitas a não acreditarem que a delegacia pudesse as ajudar⁽³¹⁾. Ao terem a situação de violência ignorada ou minimizada ao buscar ajuda, as mulheres sentiam-se culpadas e silenciadas⁽²⁶⁾.

Outras representações dos profissionais e da comunidade relacionam-se a: a compreensão da violência como doença a ser tratada⁽¹⁵⁾; a consideração da Lei Maria da Penha como inconstitucional por alguns juizes, que afirmavam que essa contrariava a igualdade de direitos entre homens e mulheres⁽¹⁵⁾; o entendimento da medida protetiva como papel de valor simbólico, que podia ser respeitado ou não pelo agressor⁽¹⁵⁾; a percepção de que a violência não representava um perigo real para as mulheres⁽¹⁸⁾; o entendimento de que os outros serviços eram concorrentes e não parceiros no trabalho interdisciplinar e interinstitucional⁽¹⁹⁾; a desvalorização da delegacia da mulher por parte da polícia⁽³³⁾; e o conhecimento de alguns profissionais apenas do seu setor de atuação⁽¹⁹⁾. No que tange a essa última representação, os profissionais também desconheciam o percurso que uma mulher em situação de violência deveria percorrer em busca de ajuda e quais recursos eram mais eficientes ou quais modos eram mais ágeis e com menos sofrimento para as mulheres quando essas buscavam ajuda⁽¹⁹⁾.

A essas representações, somavam-se às concepções de que a violência contra a mulher se tratava de um assunto de domínio privado^(29,33-34) e, portanto, difícil de ser percebido e de sofrer intervenção pelo poder público⁽²⁹⁾ e de serviços de saúde⁽³⁴⁾, por exemplo. Tais representações podem ser explicadas pelo fato de que os delitos do âmbito doméstico são social e historicamente considerados menos importantes que os da esfera pública⁽³³⁾.

As evidências científicas dos fatores de resposta relacionados às representações sociais de servidores de serviços e comunidade consideradas positivas indicaram a compreensão da Lei Maria da Penha como um dispositivo legal inovador^(15,29) criado a fim de punir com mais severidade o agressor da mulher⁽¹⁵⁾. Dentre os aspectos da Lei, considerados avanços, está a exigência da criação de casas abrigo e do atendimento ao agressor⁽²⁹⁾. Ainda, as evidências apontaram a compreensão da importância do trabalho em rede^(17,33), de acordo com a qual os profissionais reconheciam a necessidade de integração entre os diferentes serviços⁽³³⁾ diante das dificuldades do trabalho isolado⁽¹⁷⁾; e a sensibilização de profissionais quanto à violência^(29,32,34), dentre os quais médicos e enfermeiras⁽³⁴⁾.

Quanto às evidências científicas dos fatores de resposta em relação aos resultados obtidos considerados negativos, foram indicadas respostas negativas dos setores de aplicação da lei, policial e judicial^(18,26), sendo que nos 10 países-cenário de um dos estudos, esses foram os setores que ofereceram as piores respostas às mulheres que buscaram ajuda⁽¹⁸⁾. Outro estudo apontou que quando as mulheres chamaram a polícia, esta não fez nada para melhorar a situação de violência⁽²⁶⁾.

No que se refere à resposta do setor de saúde, essa se limitava ao tratamento de lesões^(18,26,32), a partir do qual as mulheres

recebiam assistência e então retornavam ao agressor que lhes infligiu as lesões⁽²⁶⁾. Tal resposta se deve pela suposta especificidade do serviço hospitalar: tratamento de lesões graves e/ou com risco de morte⁽³²⁾. Diante disso, as mulheres consideravam que as instituições do setor de saúde eram aquelas que podiam curar seus ferimentos ou doenças, mas nas quais não podiam discorrer sobre suas experiências de violência⁽¹⁸⁾.

Em relação ao setor educacional, não havia respostas deste, visto que profissionais consideravam gênero e violência familiar questões que se afastavam do domínio da política educacional e dos currículos⁽¹⁸⁾. Ainda, um estudo sobre os comportamentos de busca de ajuda das mulheres que já viveram em sua vida violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo revelou que mais de 40% dessas não foi ajudada por ninguém⁽²¹⁾.

As evidências científicas dos fatores de resposta em relação aos resultados obtidos considerados positivos indicaram a diminuição de casos de lesão corporal após a Lei Maria da Penha⁽¹⁵⁾, pois quando a mulher registrava o boletim de ocorrência por ameaça e solicitava a medida protetiva, raramente havia lesão⁽¹⁵⁾. As evidências indicaram também a cessação da violência pelo parceiro após registro de boletim de ocorrência ou prisão desse^(16,26) em alguns casos, porém isso era temporário⁽²⁶⁾.

Tem-se o destaque em relação ao suporte das organizações de mulheres dedicadas à violência contra a mulher⁽¹⁸⁾, em especial das que forneceram serviços relacionados à saúde da mulher e aos direitos legais, sendo pioneiras na promoção de políticas públicas para prevenir, enfrentar e erradicar o problema⁽¹⁸⁾. Igualmente, há respostas positivas das instituições religiosas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, as quais constituíam ponto de referência, mesmo que não oferecessem serviços específicos para as mulheres⁽⁸⁾; e da polícia⁽²¹⁻²²⁾, o que dependia do tipo e da gravidade da violência que as mulheres experimentavam⁽²²⁾.

Decisões executadas e ações empreendidas

As evidências científicas das decisões executadas e ações empreendidas pelas mulheres apontaram a realização de denúncia nas delegacias, registro do boletim de ocorrência e solicitação de medida protetiva^(15-16,19,23,25-26,30). Quanto a esses aspectos, estudos apontaram que alguns profissionais presumem que existem mulheres que tomavam tais atitudes sem estar vivenciando uma situação de violência, mas para que o companheiro se afastasse da casa diante de um término de relacionamento ou quando não há mais interesse ou amor por esse companheiro⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Por outro lado, um estudo revelou que as mulheres que mais chamaram a polícia relataram que esse tipo de busca de ajuda era extremamente perigoso⁽²⁶⁾.

Muitas mulheres desistiram de dar seguimento ao processo e retiraram a queixa^(16,19,33) e, assim, poucos terminaram com a aplicação de pena ao agressor⁽¹⁹⁾. Nos casos de desistência, os profissionais culpavam as mulheres, alegando que essas abriam processos e exigiam proteção, onerando os serviços e obstaculizando o funcionamento adequado do sistema⁽¹⁹⁾. Assim, a queixa das mulheres perde legitimidade, do ponto de vista dos profissionais⁽³³⁾.

Outra decisão executada e ação empreendida foi a busca de proteção do Ministério Público⁽¹⁹⁾, especialmente nas situações-limite em que há violência grave e risco de morte, nas quais as mulheres não esperam a audiência⁽¹⁹⁾ e nem buscam ajuda em serviços de saúde^(17-18,20-21,23-25,35), como hospitais e centros de

saúde^(20,23-24). Quanto aos hospitais, as mulheres os procuravam quando estavam gravemente feridas, apresentando sangramento. Já os centros de saúde, eram procurados quando os traumas eram considerados leves pelas mulheres⁽²⁴⁾.

As mulheres buscaram também a ajuda da família, de amigos e de vizinhos^(16-17,21-25,27-28,30,35); da polícia^(20-23,26,35); de organizações não governamentais⁽²²⁾; de organizações religiosas⁽²⁰⁻²³⁾; de abrigos para mulheres^(20-22,26); de organizações de mulheres^(21,35); e de agências de serviço social⁽²⁶⁾.

As mulheres buscaram trabalho para tornarem-se financeiramente independentes^(25,35); separaram-se do companheiro temporária ou definitivamente^(20-21,25-27,35); mudaram-se de estado⁽²⁶⁾; defenderam-se física ou verbalmente⁽²⁰⁾; e conversaram com alguém^(21,23) ou com o companheiro, a fim de que esse tivesse uma mudança de atitudes⁽³⁵⁾.

Limitações do estudo

As limitações se relacionam à complexidade de combinar estudos com diferentes abordagens metodológicas, à restrição das buscas nos idiomas inglês, português e espanhol, e à não consulta de literaturas cinzentas, como teses e dissertações.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde e Políticas Públicas

Em relação aos fatores impulsionadores, recomenda-se ampliar o acesso das mulheres às informações acerca dos seus direitos e os locais/serviços onde podem buscar atendimento/ajuda, o que poderá impulsionar o início da rota. É necessário sensibilizar as mulheres de que a resolução das situações de violência vai além da delegacia da mulher, havendo um conjunto de serviços e de pessoas que poderão atendê-las e apoiá-las. No que tange aos fatores de resposta, visando que aconteça um trabalho multiprofissional e intersetorial pautado no acolhimento, na empatia e na ausência de estereótipos de gênero e julgamento moral, recomenda-se empregar protocolos assistenciais, aumentar os recursos humanos nos serviços e qualificá-los.

CONCLUSÃO

Destacaram-se na síntese desta revisão, dentre os fatores impulsionadores da rota crítica, a violência grave, medo ou ameaças. São fatores negativos para resposta a falta de proteção, a precariedade da infraestrutura e dos recursos humanos das instituições, a desestruturação da rede e a culpabilização das mulheres. O fator positivo para resposta centra-se nos encaminhamentos das mulheres e na reorganização da vida. Em relação às decisões executadas e ações empreendidas os destaques foram a denúncia, o acesso ao serviço de saúde e de polícia, a busca de ajuda da família, amigos e vizinhos, e a separação. Os elementos do diagrama da rota crítica estão articulados entre si e poderão impulsionar, inibir ou retardar o início da rota pela mulher, afetando o desfecho das situações de violência.

Ao considerar a apreciação crítica dos artigos por meio da classificação de evidências dos estudos primários, segundo o tipo de questão de pesquisa, a maioria foi de significado e de

nível 2, o que indica a lacuna de metassíntese. Por outro lado, os artigos de tipo prognóstico/etiologia, todos de nível 4, indicam a necessidade de revisões sistemáticas e de estudos primários do tipo coorte ou caso controle. Não foram recuperados artigos do tipo intervenção, o que aponta outra lacuna.

FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2018 Jan 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf
2. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. [Internet]. Ginebra: ONU; 2006 [cited 2018 Jan 11]. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10742.pdf>
3. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: Homicídios de mulheres no Brasil [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde; 2015 [cited 2018 Jan 10]. Available from: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
4. Senado Federal (BR). Instituto de Pesquisa DataSenado. Observatório da Mulher contra a Violência. Secretaria da Transparência. Violência doméstica e familiar contra a mulher: Pesquisa DataSenado [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2017. [cited 2017 Dec 03]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/aumenta-numero-de-mulheres-que-declaram-ter-sofrido-violencia>
5. Netto LA, Moura MAV, Queiroz ABA, Tyrrell MAR, Bravo MMP. Violence against women and its consequences. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(5):458-64. doi: 10.1590/1982-0194201400075
6. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med* 2013;10(5):e1001439. doi: 10.1371/journal.pmed.1001439
7. Martín-Baena D, Montero-Piñar I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences. *Fam Pract.* 2015;32(4):381-6. doi: 10.1093/fampra/cmz017
8. Zancan N, Wassermann V, Lima GQ. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. *Pensando Fam* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 30];17(1):63-76. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100007
9. Sagot M. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000. doi: 10.13140/2.1.4019.8726
10. United Nations General Assembly (UNGA). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. UNGA; 2015 [cited 2018 Jan 30]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
11. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546-53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
12. The Joanna Briggs Institute (JBI). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. [Internet] Adelaide: JBI; 2014. [cited 2018 June 10]. Available from: <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>
13. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
15. Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(3):691-700. doi: 10.1590/S1413-81232013000300015
16. Meneghel SN, Bairos F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(4):743-52. doi: 10.1590/S0102-311X2011000400013
17. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(5):1293-1304. doi: 10.1590/S1413-81232013000500014
18. Sagot M. The Critical Path of women affected by family violence in Latin America. *Violence Against Women.* 2005;11(10):1292-318. doi: 10.1177/1077801205280189
19. Presser AD, Meneghel SN, Henington ÉA. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. *Saúde Soc.* 2008;17(3):126-37. doi: 10.1590/S0104-12902008000300013
20. Ellsberg MC, Winkvist A, Peña R, Stenlund H. Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:547-55. doi: 10.1136/jech.55.8.547
21. Fanslow JL, Robinson EM. Help-Seeking behaviors and reasons for help seeking reported by a representative sample of women victims of

- intimate partner violence in New Zealand. *J Interpers Violence*. 2010;25(5):929-51. doi: 10.1177/0886260509336963
22. Frías SM. Strategies and Help-Seeking behavior among mexican women experiencing partner violence. *Violence Against Women*. 2013;19(1):24-49. doi: 10.1177/1077801212475334
 23. Silva RA, Araújo TVB, Valongueiro S, Ludermir AB. Facing violence by intimate partner: the experience of women in an urban area of Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(6):1-8. doi: 10.1590/S0034-89102013005000007
 24. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(3):417-24. doi: 10.1590/S0104-07072010000300002
 25. Montero I, Martín-Baena D, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C, Ruiz-Pérez I. Factors associated with the cessation of intimate partner violence in women attending Primary Care in Spain. *J Fam Violence*. 2015;30(4):453-60. doi: 10.1007/s10896-015-9684-z
 26. Moe AM. Silenced voices and structured survival: battered women's help seeking. *Violence Against Women*. 2007;13(7):676-99. doi: 10.1177/1077801207302041
 27. Fugate M, Landis L, Riordan K, Naureckas S, Engel B. Barriers to domestic violence help seeking: implications for intervention. *Violence Against Women*. 2005;11(3):290-310. doi: 10.1177/1077801204271959
 28. Barrett BJ, St. Pierre M. Variations in women's help seeking in response to intimate partner violence: findings from a Canadian population-based study. *Violence Against Women*. 2011;17(1):47-70. doi: 10.1177/1077801210394273
 29. Santos MA, Vieira EM. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(36):93-108. doi: 10.1590/S1414-32832011000100008
 30. Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Silva SR, Vasconcelos VD. Femicide: narratives of gender crimes. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(46):1-17. doi: 10.1590/S1414-32832013000300003
 31. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Women in situations of violence: limits of assistance. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(1):249-58. doi: 10.1590/1413-81232014201.21202013
 32. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc*. 2011;20(1):113-23. doi: 10.1590/S0104-12902011000100014
 33. Kiss LB, Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface Comun Saúde Educ*. 2007;11(23):485-501. doi: 10.1590/S1414-32832007000300007
 34. Vieira EM, Ford NJ, De Ferrante FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(3):681-90. doi: 10.1590/S1413-81232013000300014
 35. Montero I, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Talavera M, et al. Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in Primary Care. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(4):352-8. doi: 10.1136/jech.2009.105759
-