



Evaluación de las Buenas Prácticas de Enfermería para mujeres en situaciones de violencia doméstica*

Evaluation of Good Nursing Practices for women in situations of domestic violence

Avaliação das Boas Práticas de Enfermagem às mulheres em situação de violência doméstica

Como citar este artículo:

Menegatti MS, Fonseca RMGS. Evaluation of Good Nursing Practices for women in situations of domestic violence. Rev Esc Enferm USP. 2026;60:e20250374. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0374en>

 Mariana Sbeghen Menegatti¹

 Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca¹

*Extracto de la disertación titulada "Boas práticas de enfermagem na atenção primária em saúde às mulheres em situação de violência doméstica", presentada al Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de São Paulo, 2024.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify indicators used to evaluate Good Nursing Practices developed in Primary Health Care for women in situations of domestic violence. **Method:** A qualitative study conducted with primary care nurses in a Brazilian municipality. Semi-structured interviews were developed, and the Software *WebQDA* was used for data analysis. The analytical categories used were: gender violence and nursing care according to the Theory of Nursing Praxis Intervention in Collective Health. **Results:** Empirical categories emerged: 1) Conception of service evaluation by service users; 2) Evaluation practices: absence of a formal evaluation structure and professional self-evaluation; 3) Potential and used indicators for evaluating care. **Conclusion:** Two indicators already in use were identified, and others were proposed, highlighting the potential for building collaborative instruments. Despite the existence of protocols and policies, an evaluation tool is required, which can benefit from the theoretical and methodological guidance of the Theory of Nursing Praxis in Collective Health.

DESCRIPTORS

Nursing; Evidence-Based Nursing; Primary Health Care; Quality Indicators, Health Care; Domestic Violence; Public Health.

Autor correspondiente:

Mariana Sbeghen Menegatti
Rua Jamboáçu, 440, ap. 94, Vila Nair
04281-060 – São Paulo, SP, Brasil
marianamenegatti@usp.br

Recibido: 01/09/2025
Aprobado: 03/11/2025

INTRODUCCIÓN

Las buenas prácticas de enfermería (BPE) en la atención primaria en salud (APS) se caracterizan por el desarrollo de intervenciones en el territorio geopolítico de producción y reproducción social de individuos y colectividades. Los profesionales que las ejecutan buscan comprender y transformar los perfiles de salud-enfermedad de los grupos sociales presentes en ese territorio. Al valorar una actuación basada en la perspectiva de la determinación social de la salud, tienen como objetivo impactar las dimensiones de la realidad objetiva: singular (de los individuos), particular (de los grupos sociales) y estructural (que corresponde a las esferas más generales de la sociedad)⁽¹⁾.

Al emplearse para hacer frente a la violencia doméstica en los territorios, las BPE se estructuran en acciones orientadas por el perfil epidemiológico de los grupos sociales presentes en el territorio, incluyendo el reconocimiento de sus modos de vida y de trabajo, además de los fenómenos que hacen a las mujeres vulnerables a la violencia. La captación y la interpretación crítica de la producción y reproducción social que experimentan las mujeres es imprescindible para reconocer las formas en que se determina, se manifiesta y se reproduce la violencia⁽²⁾.

Los profesionales que trabajan en la APS reconocen la importancia de su actuación y destacan la necesidad de directrices y una definición clara de funciones, además de orientaciones basadas en la evidencia, para la atención a las mujeres en situación de violencia, considerando el contexto en el que se insertan. La estructuración de las intervenciones evidenciadas se basa en la reflexión crítica constante, a partir de protocolos y directrices adecuados a la realidad local y del seguimiento de los resultados a partir de evaluaciones⁽³⁾.

En la APS, la evaluación es una forma de orientación que contribuye a la toma de decisiones y a la (re)orientación de las acciones que visan transformar la realidad de la vida y la salud de la población⁽⁴⁾. La evaluación de los servicios y las intervenciones en salud en general ha sido objeto de investigaciones y se destaca el reconocimiento de que los estudios orientados a la evaluación de las intervenciones desde la perspectiva de la salud colectiva son menos frecuentes, y la evaluación de las BPE dirigidas a las mujeres en situación de violencia no es un objetivo específico de atención⁽⁵⁻⁷⁾.

Teniendo en cuenta las brechas de conocimiento relacionadas con los instrumentos de evaluación de las intervenciones desde la perspectiva de la salud colectiva, se considera importante el desarrollo de investigaciones que se centren en el reconocimiento de indicadores o instrumentos de evaluación de la asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica.

Los indicadores son parámetros, cualitativos o cuantitativos, destinados al análisis de los procesos y resultados de una determinada acción. Por lo tanto, son instrumentos de gestión importantes, que permiten monitorear situaciones que deben cambiarse, incentivarse o potenciarse^(5,8).

Identificar y analizar cómo las enfermeras y enfermeros evalúan la asistencia que prestan es importante para comprender qué orienta la práctica profesional y los resultados de dicha asistencia. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue identificar los indicadores utilizados para evaluar las BPE desarrolladas en la APS a las mujeres en situación de violencia doméstica.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio cualitativo que, con el fin de garantizar la calidad y la confiabilidad, se llevó a cabo de acuerdo con lo recomendado por la herramienta *Criterios consolidados para la presentación de informes de investigación cualitativa* (COREQ). Este artículo es el resultado de una tesis de maestría defendida en el Programa de Posgrado en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo⁽⁹⁾.

LUGAR Y PERÍODO

La investigación se llevó a cabo en el municipio de Araraquara, SP, Brasil, y los datos se recopilaron entre el 3 de junio y el 15 de julio de 2022.

POBLACIÓN Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

La población objetivo eran enfermeros que llevaban al menos seis meses trabajando en la APS. La selección de los participantes se realizó mediante muestreo en bola de nieve. Inicialmente se seleccionaron dos semillas, de forma aleatoria, en la lista de profesionales que formaban parte de los equipos de APS del municipio y, a partir de ahí, los demás participantes fueron indicados por los anteriores.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario compuesto por preguntas de caracterización de los participantes relacionadas con la formación y el trabajo. A continuación, se realizó una entrevista en profundidad siguiendo un guion semiestructurado que incluía conocimientos y experiencias en relación con las buenas prácticas de enfermería en la APS para mujeres en situación de violencia doméstica, además de preguntas sobre las estrategias de evaluación empleadas.

Tanto el cuestionario de caracterización como el guion semiestructurado se probaron en una prueba piloto con una profesional de la APS del municipio que formaba parte de la red de contactos del grupo de investigación de las autoras y que fue excluida de la muestra. La prueba permitió ajustar el instrumento y adaptarlo para el desarrollo de la recopilación de datos propuesta.

Antes de realizar las invitaciones para participar en la investigación, y con el apoyo de la Secretaría de Salud de Araraquara, se llevó a cabo una presentación de las investigadoras, el grupo de investigación, el proyecto y los objetivos del trabajo a desarrollar. En esa ocasión, se abrió un espacio para que los profesionales pudieran aclarar sus dudas con las investigadoras y se destacó la libre participación en las entrevistas, reiterando el anonimato de aquellos que aceptaran participar.

Posteriormente, se contactó a las enfermeras por teléfono y se las invitó individualmente a participar. Cabe destacar que las entrevistas semiestructuradas se realizaron por teléfono, dado el contexto de la pandemia de COVID-19. Los profesionales que mostraron interés en participar recibieron un correo electrónico con un enlace de acceso a Google Forms para completar el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) y eligieron la fecha y la hora de la entrevista, con la recomendación

de elegir un entorno privado, silencioso, libre de interrupciones y en el que se sintieran cómodos para realizar la entrevista.

La duración de las entrevistas fue de 56 minutos a 1 hora y 42 minutos. Todos los profesionales contactados aceptaron y ninguno se retiró durante la Recolección de datos. Las entrevistas fueron realizadas por la primera autora, enfermera, en el período en cuestión, estudiante de posgrado en un máster en el área de Enfermería en Salud Colectiva.

La supervisión de la recopilación de datos y otras etapas fue realizada por la segunda autora, enfermera con doctorado, profesora y tutora en el programa de posgrado mencionado. Ambas autoras tienen una amplia experiencia en investigaciones cualitativas que abarcan, entre otros métodos de recopilación de datos, las entrevistas semiestructuradas.

La recopilación se llevó a cabo hasta la saturación de los datos, alcanzada con la duodécima entrevista. A continuación, se llevó a cabo un debate sobre los resultados entre las autoras y se acordó realizar tres entrevistas más para confirmar la saturación, con un total de 15 profesionales entrevistados.

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

La información se almacenó en un dispositivo electrónico al que solo tenían acceso las investigadoras, excluyéndose cualquier registro almacenado en la nube, lo que garantizó la confidencialidad de la información. Los participantes fueron identificados como E1, E2, ...E15, garantizando el anonimato. Los datos de caracterización se extrajeron de Google Forms en una hoja de cálculo de Excel y se sometieron a un análisis descriptivo.

Las grabaciones de audio de las entrevistas se transcribieron, se guardaron en formato PDF (Portable Document Format) y se sometieron a un análisis cualitativo mediante la técnica de análisis de contenido temático, que consta de las siguientes etapas: 1) preanálisis, 2) exploración del material, 3) tratamiento, interpretación de los resultados e inferencia⁽¹⁰⁾. Se contó con el apoyo del Software Web Qualitative Data Analysis (WEBQDA), disponible en un entorno en línea, que mediante el sistema de codificación permitió que surgieran códigos que fueron refinados y agrupados, dando lugar al árbol de codificación⁽¹¹⁾ del que surgieron las categorías empíricas presentadas en los resultados.

Los resultados se discutieron utilizando las categorías analíticas: violencia de género y asistencia de enfermería según la Teoría de la Intervención Práctica de Enfermería en Salud Colectiva (TIPESC)⁽¹²⁾.

La violencia de género se expresa en un conjunto de actos de violencia practicados contra una persona por razón de su género, siendo las mujeres las víctimas hegemónicas de esta violencia, y estos actos operan tanto de manera explícita como simbólica. La violencia contra la mujer es una de las expresiones de la violencia de género, dada la desigualdad impuesta entre hombres y mujeres y las normas socioculturales que otorgan mayor poder a los hombres en relación con las mujeres, incluso en las relaciones que se dan en los espacios familiares o en las convivencias⁽¹³⁾.

La asistencia de enfermería según la TIPESC se orienta por la visión del mundo del materialismo histórico y dialéctico, que entiende el proceso salud-enfermedad como socialmente determinado. La TIPESC tiene como bases filosóficas la historicidad y la dinámica y, como bases teóricas, las categorías conceptuales

(conjuntos totalizantes de nociones e ideas construidas históricamente que demarcan en sus espacios las partes interconectadas del fenómeno considerado) y las categorías dimensionales (praxis, totalidad, interdependencia entre lo estructural, lo particular y lo singular)⁽¹²⁾.

ASPECTOS ÉTICOS

Se cumplió con la Resolución 466, de 12 de diciembre de 2012, del Consejo Nacional de Salud⁽¹⁴⁾ y las orientaciones para investigaciones en ambiente virtual, de la Comisión Nacional de Ética en Investigación⁽¹⁵⁾. La recolección de datos se realizó mediante el consentimiento informado de los participantes. El proyecto fue sometido al Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo y autorizado el 25 de febrero de 2022, CAAE: 52878021.3.0000.5392, Dictamen 5.266.104.

RESULTADOS

De los 15 participantes, nueve trabajaban en Unidades de Salud Familiar y seis en otros servicios de APS, con una antigüedad que oscilaba entre 7 meses y 35 años, con una media de 13,9 años.

Todos informaron haber atendido a mujeres en situación de violencia a lo largo de su actuación en la APS. Catorce personas eran mujeres y una era hombre; once estaban casadas, dos divorciadas, una en unión libre y una soltera; todas tenían hijos.

En cuanto al año de finalización de la licenciatura, el más antiguo fue 1977 y el más reciente 2020, con un 60 % entre 1991 y 2010. Catorce profesionales afirmaron haber completado o estar cursando una especialización *lato sensu*. En cuanto al *stricto sensu*, tres habían completado una maestría. Siete profesionales ya habían realizado algún curso sobre BPE en APS, con temas relacionados con la inmunización, la humanización, la violencia contra la mujer, la acogida, la violencia contra los niños y adolescentes, la atención a poblaciones vulnerables, la población viviendo en la calle, la COVID-19, la semiología, la lactancia materna, la Política Nacional de Atención Básica, las atribuciones del enfermero y la atención basada en protocolos.

Del análisis cualitativo de los datos surgieron las siguientes categorías empíricas: 1) La concepción de la evaluación de la asistencia por parte de las usuarias del servicio; 2) Prácticas evaluativas: la ausencia de una estructura evaluativa formal y la autoevaluación profesional; 3) Indicadores utilizados y potenciales para la evaluación de la asistencia.

LA CONCEPCIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA POR PARTE DE LAS USUARIAS DEL SERVICIO

La primera categoría empírica revela obstáculos cognitivos y operativos en la implementación de la evaluación de la asistencia recibida por las usuarias. Los profesionales tenían dudas sobre la realización de alguna evaluación de la atención por parte de las mujeres atendidas en el servicio. Creían que las mujeres no tenían conocimientos sobre la evaluación de la asistencia recibida.

Creo que no evalúan, creo que no tienen ese conocimiento. (E7)

Surgió la posibilidad de evaluar la atención por parte de la oficina del ombudsman del municipio, pero no como una práctica realizada por todas.

Se hace a través de la oficina del ombudsman, pero no todas lo hacen. (E15)

Una respuesta que los enfermeros consideraron como una evaluación de la usuaria fue el comportamiento de la mujer durante la atención, por el vínculo formado y la demostración de confianza en el equipo.

Creo que es por el feedback del vínculo, por venir a buscar, por contar lo que pasó. Así, decir que agradecen, no, eso no, pero así... viene, confía, cuenta lo que pasó, lo que hizo, que ahora está bien. (E5)

Prácticas de evaluación: la ausencia de una estructura de evaluación formal y la autoevaluación profesional.

La segunda categoría incluye las formas de evaluación que se estaban utilizando, aunque de manera no sistemática.

Se destacó la inexistencia de una evaluación formal posterior a la atención, así como de instrumentos de evaluación.

No hay una evaluación posterior a la atención, de lo que se podría haber hecho mejor. Esa evaluación, de hablar... Ah, esa atención, hicimos eso... ¿Podríamos haber mejorado? Nunca lo he hecho en mi trabajo. Al menos en lo que respecta a la violencia. (E9)

No, no hago un proceso de evaluación. Presto atención, acompaño la atención, pero no tengo cómo evaluar. (E8)

A pesar de negar la existencia de instrumentos formales de evaluación, los participantes destacaron la realización de autoevaluaciones, de forma empírica.

Si hay una evaluación, es más bien una autoevaluación (...) en la que, a menudo, me pregunto si estoy haciendo lo que debería hacer. (E7)

Es empírico, se hace por observación. (E5)

La entrevistadora registró que las preguntas relacionadas con la evaluación generaron incomodidad en los profesionales, que necesitaban algo de tiempo para reflexionar sobre lo que se entendía como una acción de evaluación para su práctica profesional. También se registró el temor a reconocer que no se empleaban estrategias de evaluación.

INDICADORES UTILIZADOS Y POTENCIALES PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN

La última categoría mapea los instrumentos existentes y sugeridos. Una entrevistada afirmó que existe una evaluación anual de la asistencia por parte de la gestión de la APS, cuando las enfermeras discuten el tema junto con la educación permanente del municipio y el escenario presentado, así como las posibles fallas.

Sé que existe una conversación que viene desde hace mucho tiempo. Este protocolo se ha ido perfeccionando y sé que sí existe una evaluación periódica de las acciones. [...] Allí nos presentan un panorama del municipio, cuáles son las formas de violencia, dónde podemos estar fallando, qué mejorar. (E10)

Las enfermeras mencionaron el número de notificaciones como indicador utilizado para medir la atención, con la posibilidad de añadirlo al seguimiento de lo que se ha realizado.

Mira, tenemos una notificación de violencia [...] alimentamos el sistema y ahí está ese indicador de violencia. Ponemos todas las derivaciones, lo que hicimos, para poder dar la conducta adecuada... (E12)

Se enumeró como utilizado y esencial un indicador de vulnerabilidad social de las mujeres que involucra la escolaridad, los ingresos, la constitución familiar y las comorbilidades.

[...] uno que sería esencial es el indicador de vulnerabilidad social. Trabajamos con algunas escalas de vulnerabilidad. Trabajamos con el contexto familiar. Entonces, creo que la escolaridad, los ingresos, la constitución familiar y las comorbilidades fueron cosas que vimos que, a medida que esto afecta más a la persona, principalmente a mí, que trabajo en una región muy periférica, tiene un impacto social que termina reflejándose en las acciones de salud. (E6)

Una participante destacó la necesidad de un indicador que evalúe la captación de casos por parte de la Atención Primaria, considerando el vínculo que el servicio tiene con la comunidad.

Entonces, la AP, con el vínculo que tiene con la comunidad, necesitaría un indicador que hablara de la captación de estos casos, y ahí todavía no consigo pensar cómo evaluaríamos eso. (E10)

Se sugirieron indicadores que permitieran evaluar la experiencia de la mujer en la atención, como la acogida, las dificultades experimentadas y lo que fue relevante en la atención.

Creo que sería en lo que ella sufrió. En qué la ayudó nuestra atención aquí [...] cuál fue la peor dificultad que tuvo. (E4)

Ah, creo que, tal vez, una conversación con ella, una entrevista, incluso a través de un instrumento que le permitiera demostrar que logró salir de esa situación o que no logró salir [...] (E14)

Se sugirió el trabajo en equipo, a pesar de que se considera subjetivo y difícil de ejecutar. Otra sugerencia fue un indicador de derivación a otros servicios de la red.

Mira, indicador... Sería algo más subjetivo. Porque ahí sería, por ejemplo, una evaluación del trabajo en equipo [...] (E11)

Quizás las derivaciones a los servicios de referencia, de protección... (E3)

También se sugirieron indicadores de adherencia a la atención y resultados, entre ellos: superación o no de la violencia, recuperación de la independencia, vínculo laboral, retorno a la violencia, abandono del seguimiento o alta.

Creo que los principales indicadores, para que podamos lograrlo, creo que sería la adherencia... (E12)

Creo que es importante que sepamos la eficacia de la atención. Entonces, si surtió efecto, cuántas lograste sacar de la violencia, cuántas volvieron al estado de violencia. (E9)

La tasa de abandono que tengo es algo concreto [...]. Cuántas cerraron el seguimiento [...], y entonces, cuando cierro, cierro como alta... (E8)

La posibilidad de sugerir indicadores que consideraban importantes y aplicables pareció generar comodidad en los profesionales, según las observaciones de la entrevistadora. Perceptiblemente, en ese momento, la entrevista se volvió más fluida, posiblemente porque las sugerencias eran una acción para superar la incomodidad que surgía del reconocimiento de que no había una evaluación sistematizada.

Además, en los registros realizados por la investigadora, se reconoció una diferencia en las entrevistas de las participantes mujeres en relación con el participante hombre. La entrevista al enfermero duró 56 minutos, en comparación con las de las enfermeras, que siempre duraron más de 1 hora y 16 minutos. Se observó una mayor implicación, incluso emocional, y una preocupación por el tema por parte de las mujeres entrevistadas al hablar sobre la asistencia prestada.

A partir de las respuestas, se recopilaron 11 sugerencias de indicadores, dos de ellos ya utilizados y otros nueve sugeridos, que se presentan en el Cuadro 1.

DISCUSIÓN

La caracterización de los participantes muestra que la mayoría de ellos tienen una amplia experiencia en la atención primaria de salud, lo que puede favorecer la identificación y el manejo de situaciones complejas, como la violencia contra la mujer. El predominio del sexo femenino refleja la composición mayoritariamente femenina de la enfermería, frecuentemente asociada a las prácticas de cuidado y acogida. La diversidad en cuanto al tiempo de formación y de actuación sugiere la coexistencia de diferentes generaciones profesionales, lo que puede ampliar las perspectivas sobre el tema. El número de profesionales con especialización *lato sensu* y la presencia de maestros indica una inversión en la formación continua, mientras que la participación en cursos sobre BPE, incluyendo temas relacionados con

la violencia contra las mujeres, demuestra la búsqueda de cualificación para el cuidado de las mujeres.

Los/las profesionales entrevistados hicieron suposiciones sobre la realización de una evaluación por parte de las mujeres atendidas, sugiriendo incluso que no la realizaban y que no tenían conocimientos para ello.

El conocimiento de las mujeres implica, además de su nivel de formación, la comprensión del derecho a la salud, la calidad de los servicios y los mecanismos de responsabilidad y eficacia, que pueden verse influidos por el grupo social al que pertenecen estas mujeres y la comunidad en la que se desarrollan⁽¹⁶⁾. Es decir, tanto el impacto de las acciones desarrolladas como la crítica sobre ellas tienen una influencia directa del contexto social en el que se llevan a cabo⁽¹⁷⁾.

Por ejemplo, la evaluación de un servicio puede encontrar interferencias cuando las mujeres atendidas no tienen conocimiento de sus derechos dentro del sistema de salud o de cuestiones como la acogida o la privacidad dentro del servicio. De este modo, la mujer puede no saber que existe la posibilidad de expresar elogios, críticas o sugerencias, o puede entender que lo que se le ha ofrecido era lo posible, y lo posible, en realidad, puede haber estado por debajo de lo recomendado en las políticas o protocolos.

Las herramientas o estrategias que involucran a la comunidad con el objetivo de fortalecer su relación con los profesionales son facilitadoras y promueven la creación de oportunidades para identificar obstáculos o soluciones para mejorar la atención ofrecida dentro de los servicios de salud, lo cual es una parte fundamental para garantizar la responsabilidad social del usuario⁽¹⁶⁾.

Entre los hallazgos, algunas profesionales destacaron la viabilidad de que la mujer evalúe la asistencia que recibe a través de canales institucionales, como la oficina del ombudsman del municipio. Se trata de un dispositivo constitucional democratizador que permite escuchar directamente a la población y tiene como funciones dar voz activa a los individuos, permitiendo críticas, sugerencias o denuncias, posibilitar la ejecución del control social a través de la fiscalización y evaluar la satisfacción del usuario⁽¹⁸⁾. Cabe cuestionar su divulgación e instar a los servicios a difundir la existencia de la oficina del defensor del pueblo y su objetivo, así como el acceso al canal mediante diferentes estrategias, evitando medios que limiten el alcance de determinados grupos sociales, como el acceso exclusivo a través de páginas en línea, redes sociales o teléfono.

Las enfermeras describieron que una forma en la que reconocen la evaluación de la mujer sobre la atención prestada era el acercamiento de la mujer al equipo y la expresión de gratitud. Un estudio dedicado a analizar los indicadores de la atención afirma que la adhesión al plan terapéutico-asistencial y el aumento de la confianza en los profesionales pueden tenerse en cuenta para la evaluación de las BPE⁽⁵⁾.

En consonancia con la duda sobre la realización de la evaluación por parte de las mujeres y su experiencia en los servicios, las profesionales sugirieron, y surge en la tercera categoría empírica, la evaluación de la experiencia de las mujeres al recibir la atención. La experiencia antes, durante y después de la atención, además de cómo y cuándo la persona utiliza y necesita el servicio de salud, son aspectos que inciden directamente en la satisfacción. A pesar de la influencia que la experiencia tiene sobre la

Cuadro 1 – Indicadores utilizados y sugeridos para la evaluación de las buenas prácticas de enfermería dirigidas a las mujeres en situación de violencia en la atención primaria de salud – São Paulo, SP, Brasil, 2025.

Indicadores
Número de notificaciones de casos de violencia doméstica
Número de casos de violencia identificados en la Atención Primaria de Salud
Número de referencias realizadas
Número de mujeres atendidas en los servicios de la red referenciadas por la Atención Primaria de Salud
Adhesión a los cuidados, orientaciones
Análisis de la experiencia de la mujer (recepción o dificultades enfrentadas)
Trabajo en equipo (profesionales que atendieron e intervinieron en la situación vivenciada por la mujer)
Análisis de las vulnerabilidades: escolaridad, ingresos, composición y dinámica familiar
Tasa de retorno a los servicios
Tiempo para resolución de la situación que está siendo atendida
Resultado del caso: abandono o alta

satisfacción, es importante destacar que la satisfacción es un concepto relativo, influenciado por aspectos como la expectativa y la percepción de la persona sobre los servicios recibidos y en relación con los profesionales que la atendieron⁽¹⁹⁾. La persona puede estar satisfecha incluso sin haber tenido una buena experiencia, lo que puede llevarla a no volver al servicio⁽²⁰⁾.

La experiencia del usuario recibió la atención del Ministerio de Salud de Brasil en una Ordenanza que establece indicadores para el pago por desempeño de la APS, para los años 2021 y 2022, incluyendo indicadores de evaluación de la calidad de la atención y la experiencia del paciente⁽²¹⁾. El manual de Autoevaluación para Mejorar el Acceso y la Calidad (AMAQ en la sigla en portugués), de carácter reflexivo y problemático, incluye en la evaluación del proceso de prestación de servicios de salud, además de a los profesionales y gestores, al usuario del servicio en lo que se refiere a la participación, el control social y la satisfacción⁽²²⁾. A pesar de ello, en la presente investigación no se citaron estrategias o elementos de evaluación propuestos en los documentos mencionados.

En cuanto a la realización de evaluaciones gerenciales de las BPE, surgieron dudas sobre su ejecución formalizada. Esto corrobora lo que la literatura evidencia como una laguna en la implementación de evaluaciones sobre las prácticas de los profesionales de la salud. La evaluación sigue siendo un reto para la mayoría de los profesionales que trabajan en este ámbito, dada la complejidad del objeto⁽⁵⁾.

Se destacó la realización de autoevaluaciones, de forma empírica, por parte de los profesionales. Dado que la autoevaluación citada no cumple con los preceptos rectores, se convierte en un proceso reflexivo del profesional sobre su actuación. Es importante que la acción de autoevaluación se formalice y se oriente, para que los profesionales se perciban dentro de un proceso seguro de cambio que implica movimiento, escucha y consideración de posibilidades que contribuirán a la planificación de acciones futuras, señalando nuevos razonamientos y nuevas soluciones⁽²³⁾.

Una enfermera afirmó que hay una discusión anual sobre la atención a las mujeres en situación de violencia con la gestión municipal de la APS. El hecho de que esta acción no haya sido mencionada por los demás puede estar relacionado con el hecho de que no la comprenden como una estrategia integral de las BPE. Los gestores de los servicios de salud no siempre tienen la formación técnica adecuada o una comprensión integral de las prácticas implementadas por los equipos. Es necesario brindar apoyo técnico a los gestores para que asuman la función y orienten las estrategias de intervención y evaluación sobre las necesidades de los grupos presentes en el territorio⁽²⁴⁾.

Es fundamental que los gestores comprendan que las estrategias de evaluación de las BPE requieren conocimientos sobre el campo de la salud colectiva y que la asistencia se lleva a cabo en el territorio geopolítico de producción y reproducción social, ya que el trabajo en salud tiene como objetivo la transformación de los perfiles epidemiológicos de la población⁽¹⁾.

Se citaron como indicadores ya utilizados: el número de notificaciones de casos de violencia doméstica e indicadores de vulnerabilidad.

La señalización de la importancia de la notificación de los casos contradice los estudios que discuten la subnotificación de

la violencia contra las mujeres^(25,26). La notificación se considera una acción importante para el seguimiento de los casos y puede contribuir a planificar, implementar y evaluar las políticas públicas de lucha contra la violencia⁽²⁵⁾.

El análisis de las vulnerabilidades fue descrito por una entrevistada, que hizo referencia al uso de escalas con este objetivo. Un indicador de vulnerabilidad no es necesariamente un indicador de BPE, sin embargo, identificar la vulnerabilidad de las mujeres de un territorio es fundamental para establecer acciones para enfrentar y superar la violencia. Las desigualdades sociales, incluida la desigualdad de poder entre los géneros, impactan negativamente en las relaciones afectivas e interpersonales, en el acceso a los derechos y en el proceso de reproducción social⁽²⁷⁾.

Según lo citado por la TIPESC, los indicadores de vulnerabilidad pueden apoyar la evaluación de la asistencia que considera las condiciones de vida y de trabajo de los individuos y los grupos sociales, pudiendo orientar las acciones de cuidado de manera equitativa⁽⁶⁾. Además, permiten al Estado reconocer las fragilidades que experimenta la población y contribuir al debate y la implementación de políticas de enfrentamiento⁽²⁸⁾.

Los indicadores enumerados en esta investigación presentan una fuerte convergencia con las categorías de indicadores de BPE descritas en un artículo que, aunque no se dedica al estudio de las BPE en mujeres en situación de violencia, investiga los indicadores de BPE dirigidos a grupos vulnerables⁽⁶⁾. Los resultados evidencian un enfoque integral y sensible a las vulnerabilidades sociales. Por ejemplo, indicadores como «análisis de las vulnerabilidades: escolaridad, ingresos, composición y dinámica familiar» dialogan directamente con la categoría «uso de características sociodemográficas para estimar riesgos o vulnerabilidades». Por su parte, el «análisis de la experiencia de la mujer», la «adhesión a los cuidados» y la «tasa de retorno al servicio o servicios» reflejan aspectos del proceso asistencial muy destacados. Esta articulación refuerza la importancia de las prácticas de enfermería que no solo sean clínicas, sino también sociales, acogedoras e interprofesionales, especialmente en la atención a mujeres en situación de violencia.

El análisis de los indicadores enumerados por las participantes en cuanto a su pertinencia permitió separarlos en tres grupos:

- Evaluación de las vulnerabilidades de las mujeres a partir de características sociodemográficas, como: ingresos, nivel educativo, situación familiar, lugar de residencia, empleo, entre otras;
- Evaluación de la construcción de la confianza y el vínculo con el servicio: análisis de la experiencia de la mujer en el servicio y tasa de retorno;
- Evaluación del proceso de atención: número de notificaciones, número de casos identificados en la APS, número de derivaciones, adhesión a las orientaciones, trabajo en equipo, tiempo de resolución y desenlace del caso.

A pesar de la mención del desenlace como indicador, con la posibilidad de dar lugar al abandono o al alta, no se encontró ninguna referencia a su validación y aplicación en el servicio. Se entiende que la recolección y el análisis de este indicador se realizarían a largo plazo, ya que está directamente influenciado

por el período de seguimiento y está relacionado con la adherencia de la mujer a las orientaciones y derivaciones realizadas en la unidad de salud y en la red.

Como evaluación del proceso de atención, se sugirieron indicadores de carácter cualitativo y cuantitativo. El enfoque cuantitativo es importante para conocer la cobertura, la concentración y la eficiencia de los programas, las acciones y las intervenciones, así como para evaluar objetivos específicos. Los enfoques cuantitativos y cualitativos no son antagónicos, sino complementarios, de modo que la combinación de métodos puede contribuir a reconocer la realidad que viven muchas comunidades al acceder a un servicio de salud⁽²⁹⁾.

A pesar de la complementariedad de ambas vertientes, el análisis de los indicadores sugeridos y categorizados como evaluación del proceso de atención no sugiere una orientación metodológica definida. De este modo, tanto el proceso como su evaluación pueden beneficiarse de la construcción de instrumentos con una orientación teórico-metodológica definida, como la TIPESC, para permitir al enfermero ejercer una crítica preocupada por el cambio del modo actual de organización de la sociedad, las políticas de lucha contra la violencia y las prácticas de intervención en el fenómeno⁽³⁰⁾.

Bajo la orientación teórico-metodológica de la TIPESC, conviene la composición de un instrumento con el objetivo de reinterpretar la realidad objetiva, antes captada y objeto de intervenciones, descritas en la categoría Buenas Prácticas de Enfermería para mujeres en situación de violencia doméstica: vínculo y acogida como protagonistas de la asistencia en la Atención Primaria de Salud. De esta manera, los indicadores sugeridos por los profesionales pueden componer en el futuro un instrumento que permita la evaluación del producto y del proceso.

Esta investigación presentó como limitaciones su desarrollo durante la pandemia de COVID-19, lo que exigió la realización de entrevistas por teléfono, en sustitución de las entrevistas presenciales. A pesar de ello, la disposición de los profesionales a participar permitió recopilar datos en gran cantidad y calidad.

Se cree que los resultados obtenidos favorecen el desarrollo de nuevas investigaciones que aborden la evaluación de la BPE desde la perspectiva de la Enfermería en Salud Colectiva, así como el desarrollo de instrumentos de evaluación orientados a las prácticas de atención a las mujeres en situación de violencia. Cabe destacar que los resultados tienen el potencial de formar parte de la etapa de construcción del proyecto de intervención en la realidad objetiva, la tercera etapa de la TIPESC.

CONCLUSIÓN

Se identificaron dos indicadores que se utilizan actualmente para evaluar los BPE en mujeres en situación de violencia, a saber, la notificación de la violencia y la escala de vulnerabilidad. Los indicadores mencionados son importantes, pero insuficientes cuando se analizan de forma aislada. La ausencia de una metodología estructurada y orientada por los preceptos de la Salud Pública limita la capacidad de explorar e interpretar cuestiones sociales importantes que se inscriben en el contexto de vida y trabajo de las mujeres atendidas, lo que hace que la evaluación de las BPE siga siendo un reto.

El estudio presenta un escenario que, aunque impregnado de prácticas asistenciales orientadas por un protocolo local y políticas públicas estructuradas, aún carece de herramientas para realizar evaluaciones formales y específicas, tanto para las usuarias de los servicios como para los profesionales y los gestores.

A pesar de ello, la propuesta de indicadores por parte de los propios profesionales revela el potencial para la construcción colaborativa de instrumentos de evaluación más sensibles a la realidad de los servicios y a las especificidades de las usuarias. Además, la orientación teórico-metodológica de la TIPESC demostró una gran posibilidad de articulación entre la práctica y la crítica social, permitiendo reinterpretar realidades y construir intervenciones eficaces.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todo el conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio fue publicado en el propio artículo.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los indicadores utilizados para evaluar las Buenas Prácticas de Enfermería desarrolladas en la Atención Primaria de Salud para mujeres en situaciones de violencia doméstica. **Método:** Estudio cualitativo realizado con enfermeros de atención primaria en un municipio brasileño. Se elaboraron entrevistas semiestructuradas y se utilizó el Software WebQDA para el análisis de datos. Las categorías analíticas utilizadas fueron: violencia de género y cuidados de enfermería según la Teoría de la Intervención en la Praxis de Enfermería en Salud Colectiva. **Resultados:** Surgieron categorías empíricas: 1) Concepción de la evaluación del servicio por parte de los usuarios del servicio; 2) Prácticas de evaluación: ausencia de una estructura de evaluación formal y autoevaluación profesional; 3) Indicadores utilizados y potenciales para evaluar la atención. **Conclusión:** Se identificaron dos indicadores que ya están en uso y se propusieron otros, lo que pone de relieve el potencial para construir instrumentos colaborativos. A pesar de la existencia de protocolos y políticas, es necesaria una herramienta de evaluación, que puede beneficiarse de la orientación teórica y metodológica de la Teoría de la Intervención en la Práctica de Enfermería en Salud Colectiva.

DESCRIPTORES

Enfermería; Enfermería Basada en la Evidencia; Atención Primaria de Salud; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Violencia Doméstica; Salud Pública.

RESUMO

Objetivo: Identificar indicadores utilizados para avaliar as Boas Práticas de Enfermagem desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde às mulheres em situação de violência doméstica. **Método:** Estudo qualitativo desenvolvido com enfermeiros da Atenção Primária de um município brasileiro. Foram desenvolvidas entrevistas semiestructuradas e para análise dos dados foi utilizado o *Software WebQDA*. As categorias analíticas utilizadas foram: violência de gênero e assistência de enfermagem segundo a Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Resultados:** Emergiram as categorias empíricas: 1) Conceção da avaliação da assistência pelas usuárias do serviço; 2) Práticas avaliativas: ausência de estrutura avaliativa formal e a autoavaliação profissional; 3) Indicadores utilizados e potenciais para avaliação da assistência. **Conclusão:** Foram identificados dois indicadores já utilizados e houve a proposição de outros indicadores, destacando o potencial para a

construção de instrumentos colaborativos. Apesar da existência de protocolos e políticas, faz-se necessária a instrumentação de uma avaliação, que pode ser beneficiada pela orientação teórico-metodológica da Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem Saúde Coletiva.

DESCRITORES

Enfermagem; Enfermagem Baseada em Evidências; Atenção Primária à Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Violência Doméstica; Saúde Pública.

REFERENCIAS

1. Egy EY. A glance at the good practices of nursing in primary care. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(3):930–1. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2018710301>. PubMed PMID: 29924171.
2. Amarijo CL, Silva CD, Acosta DF, Cruz VD, Barlem JGT, Barlem ELD. Power devices used by nurses to fight domestic violence against women. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30:e20190389. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0389>.
3. Bacchus LJ, d'Oliveira AFPL, Pereira S, Schraiber LB, Aguiar JM, Graglia CGV, et al. An evidence-based primary health care intervention to address domestic violence against women in Brazil: a mixed method evaluation. *BMC Prim Care.* 2023;24(1):198. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02150-1>. PubMed PMID: 37749549.
4. Baratieri T, Natal S. Programa de atenção pós-parto na atenção primária: elaboração e validação de uma matriz de análise e julgamento. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, editor. *Zulmira Hartz: inovação, humanidade e dinamismo na pesquisa, no ensino, na gestão e na avaliação em saúde*. Brasília (DF): CONASS; 2021. p. 189–209. doi: <https://doi.org/10.29327/561058.1-6>.
5. Hino P, Fornari LF, Egy EY, Santana CLA, Oliveira E. Indicators of good health practices for the homeless population: a scoping review. *Acta Paul Enferm.* 2022;35. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR004766>.
6. Egy EY, Fornari LF, Taminato M, Vigeta SMG, Fonseca RMGSD. Indicators of good nursing practices for vulnerable groups in primary health care: a scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021;29:e3488. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5203.3488>. PubMed PMID: 34730764.
7. Dasho E, Kuneska L, Toci E. Information technology in health-care systems and primary health care. *Open Access Maced J Med Sci.* 2022;10(E):1919–26. doi: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.11380>.
8. Minayo MC. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(Suppl 1):83–91. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000500009>.
9. Menegatti MS. Good nursing practices in primary health care for women in situations of domestic violence [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2024.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Costa A, Moreira A, Souza F. WebQDA - qualitative data analysis [Internet]. Aveiro: Aveiro University; 2021 [citado 2025 septiembre 1]. Disponible en: <https://www.webqda.net/>.
12. Egy EY. *Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone; 1996.
13. Bonamigo VG, Carvalho DR, Cubas MR. Violência de gênero: análise conceitual apoiada por inteligência artificial. *Revista Pesquisa Qualitativa.* 2024;12(30):1–15. doi: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2024.v.12.n.30.715>.
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. *Diário Oficial da União*; Brasília; 2012 [citado 2025 septiembre 1]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
15. Brasil. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício circular no 2. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Ética em Pesquisa; 2021 [citado 2022 julio 7]. Disponible en: https://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf.
16. Boydell V, Steyn PS, Cordero JP, Habib N, Nguyen MH, Nai D, et al. The role of social accountability in changing service users' values, attitudes, and interactions with the health services: a pre-post study. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):957. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09971-x>. PubMed PMID: 37674164.
17. Desai S, Misra M, Das A, Singh RJ, Sehgal M, Gram L, et al. Community interventions with women's groups to improve women's and children's health in India: a mixed-methods systematic review of effects, enablers and barriers. *BMJ Glob Health.* 2020;5(12):e003304. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003304>. PubMed PMID: 33328199.
18. Souza RMP, Costa PP, Muñoz FGS. SUS ombudsman offices and the brazilian public health school network: a novel experience. *Saude Debate.* 2022;46(spe4):152–65. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e412>.
19. Vieira NFC, Machado MFAS, Nogueira PSF, Lopes KS, Vieira-Meyer APGF, Morais APP, et al. Factors influencing user satisfaction with Primary Health Care. *Interface (Botucatu).* 2021;25:e200516. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200516>.
20. Kotler P, Keller KL, Cherney, A. *Administração de marketing*. 16th ed. São Paulo: Pearson; 2024. 720 p.
21. Brasil. Portaria No 3.222, de 10 de Dezembro de 2019 [Internet]. *Diário Oficial da União*; Brasília; 2019 [citado 2025 septiembre 1]. Disponible en: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>.
22. Filgueiras LV, Cabreira FS, Hugo FN, Celeste RK. Influence of self-assessment for improving access and quality in the outpatient procedures in the Dental Specialties Centers. *Cien Saude Colet.* 2022;27(1):253–61. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202271.39622020>. PubMed PMID: 35043904.
23. Rossit RAS, Poletto PR, Uchôa-Figueiredo LR, Lopes KF, Mazzaia MC. Self-assessment as a planning strategy in a graduate program. *Avaliação (Campinas).* 2024;29:e024002. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-57652024v29id2729942>.
24. Lima JG, Giovannella L, Fausto MCR, Mendonça MHM. Organization of primary health care in remote rural municipalities in west Pará. *Saude Debate.* 2023;47(139):858–77. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313910>.
25. Vasconcelos NM, Bernal RTI, Souza JB, Bordoni PHC, Stein C, Coll CVN, et al. Underreporting of violence against women: an analysis of two data sources. *Cien Saude Colet.* 2024;29(10):e07732023. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.07732023>. PubMed PMID: 39292040.

26. Vale HS, Rocha MR, Conceição HN. Nursing care for women in a situation of violence in Primary Health Care. *Rev Cubana Enferm.* 2022;38(1): 1–20.
27. Ávila JS, Areosa SVC. The woman in social vulnerability and family violence. *Rev Psicol Divers Saude.* 2023 [citado 2025 septiembre 1];12:e4821. Disponible en: <https://journals.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/4821>.
28. Carvalho CC, Viacava F, Oliveira RAD, Martins M. Analysis of the performance of health services in a group of vulnerable municipalities. *Cien Saude Colet.* 2024;29(7):e03202024. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03202024>. PubMed PMID: 38958320.
29. Houghton N, Bascolo E, Coitiño A, Koller TS, Fitzgerald J. Using mixed methods to understand and tackle barriers to accessing health services. *Rev Panam Salud Publica.* 2023;47:e117. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.117>. PubMed PMID: 37609528.
30. Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC, Bertolozzi MR. Nursing in collective health: reinterpretation of objective reality by the praxis action. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 1):710–5. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0677>. PubMed PMID: 29562032.

EDITOR ASOCIADO

Marcia Regina Cubas

Apoyo financiero

Beca de maestria por Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES. Número de caso: 88887.482988/2020-00 - Subvención para la productividad 1C do CNPq – Proceso: 309239/2021-4.



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