



ORIGINALES

Dimensión práctica de las representaciones sociales de los agentes de salud comunitarios sobre la violencia doméstica contra la mujer

Dimensão prática das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher

Practical dimension of the community health agents' social representations about domestic violence against women

Juliana Costa Machado¹

Charles Souza Santos¹

Aline Vieira Simões¹

Sinara de Lima Souza²

Vanda Palmarella Rodrigues¹

Alba Benemerita Alves Vilela¹

¹ Universidad Estadual del Sudoeste de Bahia, Jequié, BA, Brasil. juliana.costa@uesb.edu.br

² Universidad Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.503591>

Recibido: 7/12/2021

Aceptado: 29/03/2022

RESUMEN:

Objetivo: Comprender la dimensión práctica de las representaciones sociales de los agentes comunitarios de salud sobre la violencia intrafamiliar contra la mujer.

Metodología: Se trata de una investigación de enfoque cualitativo sustentada en la Teoría de las Representaciones Sociales, realizada en Unidades de Salud de la Familia de un municipio del interior de Bahía, con la participación de 30 agentes comunitarios de salud. La producción de datos se realizó mediante la técnica de entrevista en profundidad y análisis léxico; Se utilizó el software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyzes Multidimensionales de Textes et de Questionnaires) y los datos fueron procesados por el método de Clasificación Jerárquica Descendente.

Resultados: Reveló que las prácticas de atención a mujeres en situación de violencia intrafamiliar se basan en dimensiones técnicas a través de visitas domiciliarias; relacional anclado en la escucha, la vinculación y la confianza; orientación por la capacidad de establecer un proceso de intercambio y gestión de información. Presentaron concepciones sobre los servicios y profesionales que integran la red de atención a las mujeres en situación de violencia, revelando debilidades en el trabajo que dificultan el desarrollo de las acciones.

Consideraciones finales: Se entiende que los agentes comunitarios de salud son profesionales importantes en la prevención, identificación y enfrentamiento de la violencia intrafamiliar contra la mujer y necesitan un apoyo multidisciplinario e intersectorial para atender las demandas de estas mujeres.

Palabras clave: Violencia contra la mujer; Agentes de salud comunitarios; Estrategia de salud de la familia; Género y salud; Enfermería.

RESUMO:

Objetivo: Compreender a dimensão prática das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher.

Metodologia: Trata-se de investigação de abordagem qualitativa apoiada na Teoria das Representações Sociais, realizada em Unidades de Saúde da Família de um município do interior da Bahia, com a participação de 30 agentes comunitários de saúde. A produção de dados ocorreu a partir da técnica de entrevista em profundidade e análise lexical; utilizou-se o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) e os dados processados pelo método de Classificação Hierárquica Descendente.

Resultados: Revelaram que as práticas assistenciais às mulheres em situação de violência doméstica são pautadas nas dimensões técnica através da visita domiciliar; relacional ancorada na escuta, vínculo e confiança; orientação pela capacidade de estabelecer um processo de troca de informações e gerencial. Apresentaram concepções sobre serviços e profissionais que compõem a rede de atenção à mulher em situação de violência desvelando fragilidades no trabalho que dificultam o desenvolvimento de ações.

Considerações finais: Entende-se que os agentes comunitários de saúde são profissionais importantes na prevenção, identificação e enfrentamento da violência doméstica contra a mulher e necessitam de apoio multiprofissional e intersetorial para atender às demandas dessas mulheres.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Gênero e saúde; Enfermagem.

ABSTRACT:

Objective: To understand the practical dimension of the social representations of community health agents about domestic violence against women.

Methodology: This is a research study with a qualitative approach grounded on the Theory of Social Representations and carried out in Family Health Units in a municipality from the inland of Bahia, with participation of 30 community health agents. Data production took place through the technique of in-depth interviews and lexical analysis; the IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) software was used and the data were processed by means of the Descending Hierarchical Classification method.

Results: It was revealed that the care practices for women in situations of domestic violence are based on the technical dimension through home visits; on the relational dimension anchored in listening, bonding and trust; and on the guidance dimension by the ability to establish an information exchange and management process. They presented conceptions about services and professionals that comprise the care network for women in situations of violence, revealing weaknesses at work that hinder development of actions.

Final considerations: It is understood that community health agents are important professionals in the prevention, identification and confrontation of domestic violence against women and need multiprofessional and intersectoral support to meet the demands of these women.

Keywords: Violence Against Women; Community Health Agents; Family Health Strategy; Gender and Health; Nursing.

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica contra la mujer (VDCM) es un tema que ha sido discutido en todo el mundo, y tiene una alta prevalencia y un gran impacto en los servicios de salud. En este estudio, la definición de VDCM que se utiliza es cualquier acción u omisión basada en el género que cause muerte, lesión, sufrimiento psíquico, sexual o psicológico y daño moral o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado⁽¹⁾.

La VDCM se construye a partir de las relaciones entre hombres y mujeres y está permeadas por las desigualdades sociales y la jerarquización entre ellos⁽²⁾. Por lo tanto, la violencia reproduce la construcción social de género que le atribuye el poder

en la relación al hombre, figura de proveedor viril, y a la mujer el lugar de objeto de sumisión⁽³⁾.

A nivel mundial, se estima que el 35% de las mujeres sufre violencia física o sexual⁽⁴⁾. Un estudio desarrollado en España indicó que las mujeres que tienen baja escolaridad y están desempleadas tienen mayor riesgo de sufrir violencia por parte de su pareja, y que la prevalencia de las mujeres que experimentan el problema es del 24,8%⁽⁵⁾.

En Brasil, una investigación realizada por el Foro Brasileño de Seguridad Pública reveló que 3 de cada 10 mujeres sufren violencia, eso significa que 16 millones de mujeres brasileñas sufren algún tipo de violencia, la mayoría experimenta violencia en el hogar (42%), y que los principales perpetradores identificados son los novios o cónyuges o parejas, con 23,8%⁽⁶⁾.

Para enfrentar y prevenir la VDCM es necesario que se establezca un diálogo entre diversos sectores de la sociedad y que se invierta en acciones políticas, sociales y económicas mediante la acción de los gobiernos, las instituciones que atienden a las mujeres y la sociedad en su conjunto⁽⁷⁾. En el sector salud, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) se presenta como un campo de comunicación, organización y flujo de usuarios y permite una atención inicial a las mujeres en situación de violencia. Se destaca porque juega un papel fundamental en la Red de Atención a Mujeres en Situación de Violencia (RAMSV)⁽⁸⁾.

Por ende, los profesionales de la salud de la ESF están involucrados en el proceso de lucha contra la VDCM, sin embargo, esta actividad requiere que el profesional tenga una visión del mundo y realice prácticas de cuidado que aborden las cuestiones de género^(9,10). Entre los profesionales de salud de la ESF, el Agente Comunitario de Salud (ACS) se destaca porque tiene la posibilidad de conocer la dinámica familiar, reside en la misma área, establece diálogo y confianza con la mujer y los familiares, y puede en muchos casos identificar las situaciones de VDCM a partir de la observación y establece un vínculo entre la familia y el equipo de la ESF⁽⁹⁾.

En este caso, se eligió como tema de investigación la dimensión práctica de las representaciones sociales de los ACS sobre la VDCM, esto implica reconocer las representaciones sociales (RS) como guía y definición conjunta de diferentes aspectos de la realidad cotidiana, con el fin de facilitar la interpretación, la toma de decisiones y una posición defensiva frente a ellas⁽¹¹⁾. De esta forma, trabajar las RS de los profesionales de la salud es reconocer que existe un saber que vincula el saber de sentido común y sus conexiones con la constitución de un saber técnico-profesional específico, centrado en los objetos que surgen de la práctica profesional cotidiana en el proceso de trabajo⁽¹²⁾.

Se cree que revelar las prácticas de atención de los ACS a las mujeres en situación de violencia desde sus RS sobre la VDCM suscita reflexiones sobre el desarrollo de acciones que aborden las necesidades de estas mujeres en la ESF y la construcción de estrategias que mejoren la articulación entre este servicio de salud y otros sectores de la RAMSV.

Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo comprender la dimensión práctica de las representaciones sociales de los ACS sobre la violencia doméstica contra la mujer.

METODOLOGÍA

Investigación cualitativa basada en la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS), a través de la cual es posible comprender cómo los discursos, comunicaciones, imágenes y mensajes demuestran el pensamiento del otro sobre un tema determinado, representando lo que cada individuo experimentó sobre el tema en el medio social en el que está inserto⁽¹³⁾.

La investigación fue realizada en 11 Unidades de Salud de la Familia (USF) en la ciudad de Jequié, Bahía, Brasil, según los siguientes criterios de inclusión: unidades en el área urbana con equipo doble o único y equipos completos según el protocolo del Ministerio de Salud durante el periodo de recolección de datos.

Participaron de la investigación los ACS de la USF, seleccionados por conveniencia. Después de contactar al enfermero supervisor, la investigadora solicitó una reunión con todos los ACS del equipo de la USF para invitarlos a participar del estudio y programar un día y hora para la recolección de datos. Fueron incluidos los ACS que se encontraran en cumplimiento de su actividad funcional y que hayan trabajado en la USF por más de seis meses, y fueron excluidos los ACS que estuvieran de vacaciones, licencia paga o en tratamiento de salud durante el período de recolección de datos. Asistieron al primer encuentro con la investigadora 107 ACS y 48 de ellos pusieron a disposición su número telefónico para ser contactados posteriormente.

La recolección de datos ocurrió de mayo a agosto de 2019, a través de una entrevista en profundidad guiada por un formulario que contenía aspectos sociodemográficos y uno con tres bloques de preguntas sobre el tema (la VDCM, formas y factores que llevan a la VDCM y prácticas de los ACS para las mujeres en situación de violencia doméstica). Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, en una sala disponible en la USF donde trabajan los ACS, de forma individual, utilizando una grabadora de audio y tuvieron una duración promedio de 50 minutos. La saturación teórica de las entrevistas se dio a partir de la entrevista 26, al observarse la repetición de contenidos y la ausencia de nueva información, por lo que se realizaron cuatro entrevistas más para garantizar que la percepción fuese correcta. Por ende, participaron del estudio 30 ACS de las 11 USF.

Las 30 entrevistas fueron transcritas y organizadas en el *software open office 4.0.0*, formando el *corpus* de análisis léxico que fue procesado en el *software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), 0.7 alpha2* en la interfaz del Método de clasificación jerárquica descendente (CJD) o método de Reinert. La CJD permite, a partir del *corpus* original, identificar y organizar los Segmentos de Texto (ST) en grupos de palabras estadísticamente significativas para cada entrevista. Se utiliza la prueba de chi-cuadrado para verificar la asociación del ST con una determinada clase, cuanto mayor sea el valor, mayor será la asociación⁽¹⁴⁾. Por lo tanto, el *corpus* de análisis quedó conformado por 30 líneas correspondientes a las entrevistas, procesadas y analizadas por el *software* en 39 segundos.

Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos, la justificación, los riesgos y beneficios del estudio y firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en

Investigación de la Universidad Estadual del Sudoeste de Bahía, en cumplimiento de las Resoluciones n.º 466/2012 y n.º 510/2016 del Consejo Nacional de Salud. Para garantizar el anonimato de los participantes, los discursos fueron identificados por la palabra *Participante* más el número arábigo correspondiente al orden de las entrevistas.

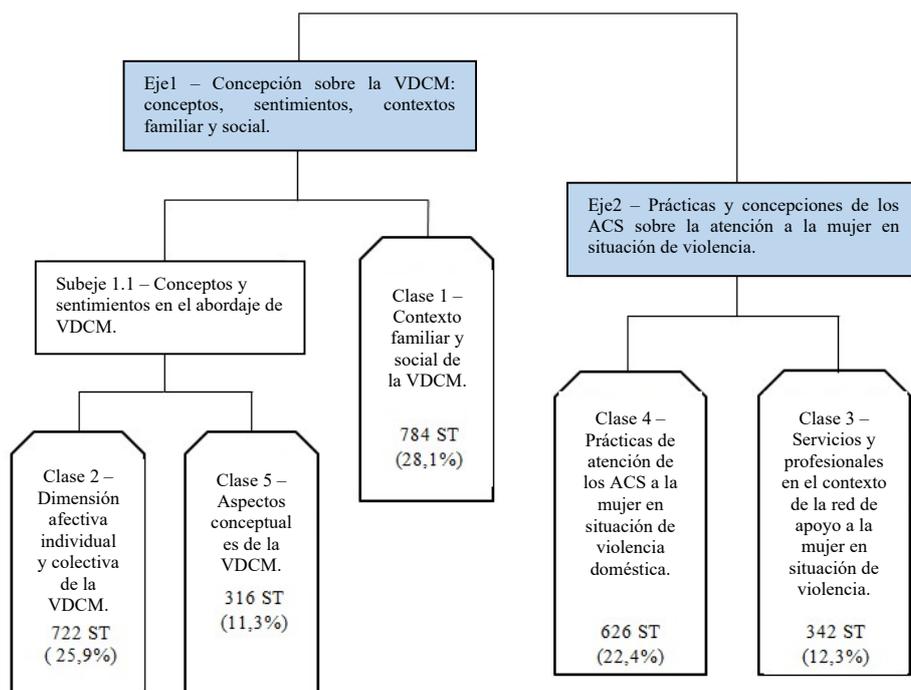
RESULTADOS

De los 30 ACS participantes del estudio, solo uno era del sexo masculino, la edad osciló entre 32 y 57 años, predominó la franja etaria de 32 a 45 años con 17 participantes, 19 se autodeclararon morenos, 15 casados, 14 con estudios superiores completos y 24 con ingreso familiar promedio de 1 a 3 salarios mínimos.

El análisis léxico de las entrevistas mediante el *software* IRAMUTEQ obtuvo 3.058 ST, y de estos se analizaron 2.790, lo que representa un aprovechamiento del 91,24%. El *corpus* presentó 5.531 formas, con 106.739 apariciones, la lematización de palabras obtuvo un total de 3.207, 3.020 eran formas activas de palabras y 12 formas suplementarias. Luego del dimensionamiento y la clasificación en CJD se definieron los segmentos de texto en cinco clases distribuidas en dos ejes como se puede ver en la figura 1.

La figura 1 muestra las clases organizadas a partir del dendrograma de la CJD y debe leerse de izquierda a derecha. El *corpus* se dividió en dos subgrupos (eje 1 y 2), el eje 1 se subdividió en otro subeje 1.1 formando las clases 5 y 2 y la clase 1, esta división expresa que las clases 5, 2 y 1 tienen una relación de contenidos, sin embargo, las clases 5 y 2 tienen mayor proximidad porque están estructuradas en el mismo subeje. El eje 2 generó las clases 4 y 3 que, aunque forman parte del mismo eje, tienen contenidos que las diferencian y justifican la separación en clases diferentes.

Figura 1: Distribución de clases temáticas en ejes según la CJD, Jequié, BA, Brasil, 2019.



Fuente: adaptado a partir de Iramuteq, 2019.

Este estudio se centrará en la presentación y discusión del eje 2 “Entre las prácticas y concepciones de los ACS sobre la atención a la mujer en situación de violencia doméstica” formado por la clase 4 “Prácticas de atención de los ACS a la mujer en situación de violencia doméstica” y la clase 3 “Servicios y profesionales en el contexto de la red de atención a mujeres en situación de violencia”.

El contenido general del eje 2 permitió comprender la dimensión práctica de las RS de los ACS sobre la VDCM, dado que reveló principalmente el proceso asistencial de dichos profesionales para las mujeres en situación de violencia y las convicciones sobre los servicios y profesionales de la RAMSV.

Clase 4 - Prácticas de atención de los ACS a la mujer en situación de violencia doméstica

La **clase 4** representó el 22,4% del *corpus* analizado con 626 ST, las palabras más significativas para esta clase fueron: conversar ($x^2 = 177,82$), enfermero ($x^2 = 123,95$), acudir ($x^2 = 112,42$), aquí ($x^2 = 112,32$), hablar ($x^2 = 100,04$), ayuda ($x^2 = 96,1$), deam ($x^2 = 88,49$), apoyo ($x^2 = 81,49$), entre otros.

Los hallazgos del estudio mostraron que los ACS basaron sus prácticas en la dimensión técnica mediante la realización de visitas domiciliarias, la dimensión relacional basada en la escucha, el vínculo y la confianza y en la dimensión de orientación a través de la capacidad de establecer un proceso de difusión de información y conocimientos que pueden darle a la mujer la oportunidad de vivir sin violencia.

Los ACS informaron que desarrollaron sus prácticas de atención a las mujeres en situación de violencia por medio de la visita domiciliaria basada en el diálogo y orientaciones que consideran importantes para interrumpir el ciclo de la violencia, como el aumento de la autoestima. Sin embargo, reconocen que hay falencias en el desarrollo de sus acciones y en la resolución del problema, lo que les genera un sentimiento de tristeza, como se puede apreciar en los informes:

A veces ni siquiera tienes la oportunidad de tomar notas, llego a la visita y a veces la persona solo quiere conversar y me sentiré mejor profesional si brindo esa asistencia de por lo menos escuchar y conversar (Participante 16: Puntaje: 412.31).

Entonces es necesario orientar, escuchar y aumentar su autoestima (Participante 18; Puntaje 443,93).

Tratamos de hacer nuestro papel de una manera que sé que es muy superficial, guiando, conversando, hablando, haciendo que la persona se vea a sí misma de una forma nueva, pero de esa manera tenemos nuestras limitaciones (Participante 28; Puntaje: 425.11).

Mientras tanto, los ACS que participan en el presente estudio también demostraron que necesitan el apoyo y la ayuda de la enfermera de la USF para desarrollar sus prácticas de atención a las mujeres en situación de violencia. De esta forma, expusieron la importancia que tiene el vínculo que se establece con el enfermero,

porque consideran que este profesional es un referente en caso de dudas y para orientar mejor su conducta.

Aquí siempre le pasamos las cosas a la enfermera, para que interactúe y ayude, programamos la conversación y ella la orienta (Participante 7; Puntaje: 669,90)

Se realiza la orientación, se crea el vínculo para traerla aquí a la unidad, para que la enfermera trate de hacer una visita domiciliaria y orientarla mejor (Participante 29; Puntaje: 592,34)

Los ACS del estudio demostraron según su pensamiento psicosocial que entienden que sus prácticas de atención y las del equipo de salud de la familia van mucho más allá de las relaciones establecidas con las mujeres, ya que contemplan la dimensión del manejo del problema, como la importancia de la notificación y derivaciones de casos que necesitan el apoyo de otros órganos de la RAMSV, como la Comisaría Especializada en Atención a la Mujer (DEAM).

Aquí siempre notificamos, cuando la atiendo ella puede confiar, y trato de ayudarla, aconsejándole inmediatamente que acuda a alguno de los órganos, derivándola a algún lugar (Participante 01; Puntaje 455,34).

Yo lo que hago es solicitarle y orientarla para que acuda a la DEAM. (Participante 08; Puntaje: 474,38).

Clase 3 - Servicios y profesionales en el contexto de la red de atención a la mujer en situación de violencia

La **clase 3** presentó el 12,3% del *corpus* de análisis con 342 ST, en su constitución se observan las siguientes palabras: salud ($x^2 = 239,5$), unidad ($x^2 = 224,72$), grupo ($x^2 = 155,27$), psicólogo ($x^2 = 123,44$), terapia ($x^2 = 120,31$), funcionar ($x^2 = 85,09$), agente comunitario ($x^2 = 80,21$), deber ($x^2 = 76,95$), público ($x^2 = 75,39$), capacitación ($x^2 = 70,66$), entre otras. Esta clase presentó las concepciones de los ACS sobre las dificultades con las que se encontraron para desarrollar sus prácticas de atención a las mujeres en situación de violencia debido a la falta de articulación intersectorial que hay entre las USF y el resto de los servicios que integran la RAMSV. Para esos profesionales de la salud, la red existe, sin embargo, los servicios no pueden articular las actividades con las unidades de salud, como se ve en los discursos:

Yo creo que esa red que hay tiene que estar más conectada, necesitamos que estén presentes, saber que ellos (los servicios) existen, tienen que aparecer más aquí en la unidad de salud, tienen que interactuar más con nosotros (Participante 12; Puntaje 622,26).

Y las áreas que realmente trabajan con esto, la DEAM, el CRAS realmente podrían dar un mayor apoyo a las unidades (Participante 17; Puntaje: 323,46.)

Los ACS demostraron la importancia que tienen las relaciones que hay que construir y que es necesario que participen profesionales que no forman parte del equipo de salud de la familia, como psicólogos y trabajadores sociales en el abordaje de la VDCM y que, aunque de forma aislada, la USF viene desarrollando actividades como

los Grupos de Terapia Comunitaria. Por lo tanto, se puede ver que en el imaginario social de estos profesionales de la salud hay una comprensión de la dimensión psicosocial, de los aspectos psicológicos y sociales de la mujer que deben ser valorados y articulados con la corresponsabilidad de todos los profesionales de la RAMSV.

Falta un asistente social y un psicólogo en las unidades de salud, si los tuviéramos mejoraría mucho, sería más fácil, el psicólogo ya ayudaría (Participante 19; Puntaje: 730.32)

Hay terapia, la llevamos al grupo de terapia comunitaria, hay mujeres que aquí se desahogan y lloran (Participante 4; Puntaje 428,56).

Con base en los relatos, se observó que los ACS se consideran profesionales de la salud importantes y esenciales por el vínculo que establecen con las mujeres, y se destacaron como los principales actores en la comunicación entre los usuarios y la unidad de salud. Sin embargo, mencionaron que no tienen los conocimientos necesarios para llevar a cabo acciones para enfrentar la VDCM, hicieron hincapié en que la falta de capacitación del equipo de salud de la familia era una limitación para el trabajo que se realiza en el contexto de la RAMSV.

El agente comunitario tiene un rol muy importante, nos sentimos importantes porque somos importantes dentro de la unidad, somos los que traemos los problemas de allá para acá (Participante 15; Puntaje: 695.93).

Hay que capacitar a los profesionales de la salud para trabajar con la violencia, no hay capacitación, nunca la hubo, yo soy agente comunitaria de salud hace 22 años, nunca me capacitaron para trabajar, para lidiar con el tema de la violencia contra la mujer (Participante 19; Puntaje: 414,23).

DISCUSIÓN

Según el imaginario social de los ACS, se observa que la atención a las mujeres en situación de violencia tiene una dimensión técnica, una dimensión relacional y una dimensión de orientación, pero también hay una dimensión gerencial que supone una práctica de interacción y compartir acciones entre profesionales, para tratar de favorecer la atención integral de estas mujeres.

La visita domiciliaria es una oportunidad para que el profesional de salud observe las condiciones de vida de la mujer, como lesiones en el cuerpo, ambiente domiciliario, relación con los familiares e información complementaria para identificar la situación de violencia doméstica⁽¹⁵⁾. Durante las visitas domiciliarias, los profesionales llevan a cabo prácticas como la comunicación y la escucha activa, que potencian el vínculo y les permiten dar orientaciones que pueden contribuir a aliviar y tranquilizar a las mujeres en situación de violencia⁽¹⁶⁾.

Por ende, los ACS, a partir de su proceso de trabajo, desarrollan estrategias de identificación e intervención en materia de VDCM. Las visitas domiciliarias fortalecen su presencia en el ámbito doméstico, espacio donde pueden construir una relación de vínculo y confianza con las mujeres, asumiendo un papel de articulador y mediador

social⁽⁹⁾. Las orientaciones tienen como objetivo ayudar y despertar en las mujeres el conocimiento sobre sus derechos, la protección, el aprecio como ser humano y su fortalecimiento para que tengan una vida sin violencia⁽¹⁶⁾.

En el contexto de la VDCM, el espacio doméstico es un ejemplo de dominación patriarcal, la desigualdad entre los sexos no es algo natural, está planteada por la tradición cultural, las estructuras de poder, por los agentes que intervienen en el entramado de las relaciones sociales y se puede superar con el empoderamiento de estas mujeres, esto significa atribuirles poder a las mujeres, elevando, por ejemplo, su autoestima⁽²⁾.

En las RS se observa que los ACS tienen una actitud crítica e intentan minimizar la angustia y las dudas de las mujeres a través de la orientación. De esa forma, asumen el rol de actores principales para identificar y luchar contra la VDCM⁽⁷⁾. Sin embargo, investigaciones realizadas sobre las prácticas de atención de los ACS a mujeres de las áreas rurales en situación de violencia demostraron que dichos profesionales de la salud se sienten impotentes para resolver los casos de VDCM, y que necesitan del profesional de enfermería para orientarlos sobre cómo actuar⁽⁹⁾.

La proximidad entre los servicios de salud y la comunidad se convierte en un importante instrumento que permite una atención más eficaz, que se fortalece al establecer vínculos formando una red que permite una mirada más focalizada en las situaciones de VDCM⁽¹⁷⁾. De esta forma, la práctica asistencial diaria que llevan a cabo los ACS favorece la construcción de una relación basada en el vínculo, y, en la mayoría de los casos, es el primer profesional al que las mujeres le manifiestan que sufren violencia y termina siendo uno de los principales contactos que tienen estas mujeres con el campo de la salud y con otros servicios de atención^(9,17).

El enfermero tiene un papel único en la asistencia a la mujer en situación de violencia doméstica, en la USF es este profesional el responsable de apoyar a los técnicos de enfermería y ACS, para resolver los casos, además de integrar el equipo, elaborando actividades de capacitación para la identificación y derivación de las usuarias que sufren violencia, entre otras cosas⁽¹⁸⁾.

Además, un estudio realizado en el Reino Unido, Inglaterra, con mujeres en situación de violencia doméstica demostró que reconocen la importancia del papel de las enfermeras que trabajan en la atención primaria de la salud (APS) para el apoyo, planificación de derivaciones a servicios de ayuda y orientación sobre la seguridad de estas mujeres⁽¹⁹⁾.

Por lo tanto, para los ACS, es fundamental crear estrategias cuyo objetivo sea modificar las situaciones de VDCM para superar la fragmentación del proceso de trabajo y fortalecer las relaciones con el enfermero y lograr propósitos comunes.

Mientras tanto, los datos generados por la notificación contribuyen a que se tomen acciones y estimulan políticas públicas de lucha contra la violencia y, al denunciar los casos de VDCM, los profesionales de la salud demuestran compromiso y comprensión de la magnitud del problema. Muchos profesionales de la salud reconocen que la notificación es una herramienta para garantizar los derechos y la protección de las mujeres en situación de violencia, sin embargo, les resulta difícil

denunciar los casos por falta de preparación, miedo a las amenazas e inseguridad por falta de habilidades para lidiar con las diferentes repercusiones de este contexto⁽²⁰⁾.

Los profesionales de la salud de la USF perciben que las intervenciones en la red básica de salud no siempre dan resultados y la derivación a otros servicios es necesaria para la continuidad de la atención a la mujer⁽¹⁶⁾. Cabe destacar que, en 2014, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), la mitad de los casos atendidos de mujeres que sufrieron violencia tuvo algún tipo de derivación, fundamentalmente a las comisarías generales, la DEAM, el Ministerio Público y el Centro de Referencia Especializado en Asistencia Social (CREAS)⁽²¹⁾.

La articulación entre los servicios de atención a las mujeres en situación de violencia debe estar permeada por el diálogo y el contacto con los profesionales de forma colectiva, e incluir las definiciones institucionales sobre los roles que cada uno puede desempeñar en la red⁽²²⁾. La desarticulación de la RAMSV genera insatisfacción entre los profesionales y perjudica la continuidad de la atención, ya que la VDCM puede requerir la atención de diversos sectores para que las acciones sean efectivas⁽²³⁾.

El contenido representacional de los ACS sobre las dificultades de trabajar en la RAMSV se correlaciona con los diferentes saberes construidos por el grupo, tanto a partir del saber cosificado sobre como luchar contra la VDCM, como del saber técnico-profesional que rige las proposiciones teóricas y también experimentales que surgen en el ejercicio diario de las prácticas profesionales⁽¹²⁾.

La sensibilidad de los profesionales de la salud para actuar con base en la perspectiva biopsicosocial del proceso salud-enfermedad es fundamental, dada la complejidad que tiene la VDCM⁽¹⁰⁾. El compromiso del profesional de la salud de acudir a otros profesionales de los servicios de la red cuando es necesarios refleja que espera apoyo, ayuda y continuidad en la atención para que la mujer pueda construir una perspectiva de vida sin violencia⁽¹⁶⁾.

Los contenidos representacionales de los ACS fomentan la articulación de acciones entre los equipos, a fin de permitir la integración de saberes profesionales ante la necesidad de atención que tienen las mujeres en situación de violencia. Por lo tanto, es necesario que la acción multidisciplinaria se base en una práctica en la que los profesionales de diferentes servicios trabajen juntos.

Considerando la necesidad de apoyo psicológico y/o social que tienen las mujeres que sufren violencia, la mayoría de las que son atendidas en la ESF debería contar con el apoyo del psicólogo y/o trabajador social que integra el Centro de Atención a la Salud de la Familia (*Núcleo de Atenção à Saúde da Família*, NASF). Basándose en un abordaje interdisciplinario y en acciones de apoyo matricial, los profesionales del NASF fortalecen las prácticas de atención a la salud en la ESF, a través de la planificación, la educación permanente y la promoción de la salud⁽²⁴⁾, incluyendo la lucha contra la VDCM.

Por lo tanto, la atención a las mujeres en situación de violencia está permeada por la reconstrucción colectiva a través de los diferentes saberes que representan los diferentes servicios. El proceso de interacción entre los diversos sectores que componen la red sólo se consolidará a través del conocimiento mutuo, esto implica información sobre sus atribuciones, ubicación, referencia y contrarreferencia⁽²²⁾.

Al igual que en el presente estudio, una investigación realizada con ACS en la ciudad de Palmas, Tocantins, demostró que dichos profesionales no saben cómo actuar ante la VDCM ni cómo manejarse en la RAMSV para atender a las mujeres en situación de violencia y que es necesario que se dicten cursos de actualización sobre el tema⁽²⁵⁾.

En el escenario internacional, también existe una falta de capacitación de los profesionales de la salud en cuanto a la VDCM. En una investigación desarrollada en Turquía con médicos de la familia y enfermeros, se identificó que estos profesionales dijeron que carecían del conocimiento necesario para enfrentar situaciones de violencia de pareja y demostraron que no están capacitados para realizar las notificaciones y derivaciones de los casos⁽²⁶⁾.

La falta de preparación para enfrentar la VDCM genera dificultades para identificar los casos y para saber cómo intervenir en dichas situaciones, la falta de conocimiento sobre el trabajo coordinado dentro de la red puede generar el aislamiento de las mujeres y dificultar la ruta crítica, es decir, la mujer puede ser derivada a servicios que no darán respuesta a su demanda. Por ende, es necesario adoptar prácticas para actualizar el conocimiento sobre el problema, discutir los casos y comprender el organigrama de los servicios que integran la RAMSV para promover cambios efectivos en la atención a las mujeres en situación de violencia doméstica⁽²⁷⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio posibilitó comprender la dimensión práctica de las RS de los ACS sobre la VDCM e incorporar cómo abordar los conocimientos reafirmados, el sentido común y los conocimientos técnico-profesionales para poder orientarlos sobre qué conductas deben adoptar frente al problema.

Los ACS plantearon en su imaginario social que la visita domiciliaria es una práctica asistencial y una estrategia para abordar la VDCM, apropiándose de la dimensión técnica. Por lo tanto, durante las visitas domiciliarias, los ACS utilizan la dimensión relacional basada en la escucha activa y en el vínculo como herramientas fundamentales que favorecen la calidad de su atención, y la dimensión de la orientación utilizada como forma de intercambio de información con las mujeres sobre la VDCM y fomentar su autonomía. Reflexionaron también sobre la importancia de la denuncia de los casos de VDCM y la derivación a los servicios que forman parte de la RAMSV, al incorporar a su pensamiento social la dimensión gerencial de las prácticas de atención a las mujeres en situación de violencia.

En general, las prácticas asistenciales de los ACS ante la VDCM cuentan con el apoyo del enfermero de la USF para los diferentes intercambios de conocimiento y experiencias sobre el problema, y se considera a este profesional como el responsable de la dirección de sus acciones.

Los ACS también presentaron sus concepciones sobre los servicios y profesionales que integran la RAMSV al revelar las falencias del trabajo en red. Los resultados mostraron la desarticulación que existe entre los servicios de salud y otros servicios especializados que integran la RAMSV, dificultades que tiene el equipo de salud de la familia para desarrollar algunas prácticas de cuidado debido a la ausencia de psicólogos y asistentes sociales para apoyar los aspectos psicosociales de las

mujeres y la falta de capacitación profesional en materia de VDCM y trabajo en red. También se destaca que el municipio donde se realizó el estudio no cuenta con equipos del Centro de Atención a la Salud de la Familia (NASF) que puedan reducir esa falencia.

Por lo tanto, se considera que los ACS son profesionales importantes para la prevención, identificación y lucha contra la VDNA y necesitan apoyo multidisciplinario e intersectorial para satisfacer las demandas de las mujeres en situación de violencia. Se considera que el estudio genera beneficios para los profesionales de la RAMSV, para la docencia y la investigación en salud y enfermería, dado que aporta evidencias sobre las concepciones y prácticas asistenciales de los ACS a las mujeres en situación de violencia y sobre las falencias que se encontraron en la conducta profesional en el contexto de la red de atención. Por ende, es evidente que es necesario apropiarse del tema de la VDCM a través de espacios de reflexión para los ACS, los profesionales de diferentes áreas, los gestores y las universidades, con el fin de resignificar las prácticas profesionales en el contexto de la ESF y de la RAMSV.

REFERENCIAS

1. Brasil, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres. Secretaria de Política para as Mulheres – Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres [internet]. Brasília, DF: Secretaria de Política para as Mulheres. 2011 [citado em 10 mar 2020]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>
2. Saffioti HIB. Gênero, Patriarcado e Violência. 2ª ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2011.
3. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade [internet]. 1995 [acesso em 10 mar 2020]; 20(2): 71-99. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>
4. World Health Organization (Who). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence [internet]. Geneva: WHO; 2013: 1-58. [acesso em 7 mar 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=46E3056B37C5317BF20812A51046CBC4?sequence=1
5. Ruiz-Pérez I, Agüir-Escribà V, Montero-Piñar I, Vives Cases C, Barranco-Rodríguez M. Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. Atención Primaria [internet]. 2017 [citado em 10 mar 2020]; 49(2): 93-101. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301767#>.
6. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil [internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. 2019 [citado em 7 mar 2020]. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/pdf/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>
7. Arboit J, Padoin SM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. Revista da Escola de Enfermagem da USP [internet]. 2017 [citado em 31 mar 2020]; 51:e03207. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100408&lng=en&nrm=iso&tng=en&ORIGINALLANG=en

8. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Women in situations of violence: limits of assistance. *Ciência e Saúde Coletiva* [internet]. 2015 [citado em 31 mar 2020]; 20(1): 249-58. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/STQjrnBbZcpGwxqZKkptpgN/?lang=en>
9. Arboit J, Costa MC, Silva EB, Colomé IC, Prestes M. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Saúde e Sociedade* [internet]. 2018 [citado em 20 mar 2020]; 27(2): 506-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XVKqD3PjhQPnLwLdqMwKWsm/abstract/?lang=en>
10. Martins LCA, Silva EB, Dilélio AS, Costa MC, Colomé ICS, Arboit J. Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [internet]. 2018 [citado em 20 mar 2020]; 39:e2017-0030. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yw38MP5QwhDFVqP5x4HS4gC/?format=pdf&lang=pt>
11. Jodelet D. As representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. *As Representações Sociais*. Ulup L, tradutora. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.; p. 17-44.
12. Oliveira DC. A Teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: Oliveira DC; Almeida MFSS, Trindade ZA, organizadores. *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Editora Technopolitik; 2014. p. 774-829.
13. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 9. ed. Guareschi PA, tradutor. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.
14. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS [Internet]. 2013 [citado em 20 jan 2020]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
15. Heisler ED, Silva EB, Costa MC, Jahn AC, Arboit J. Potential and limits of home visits to identify and address women in situation of violence. *Ciências, Cuidado e Saúde* [internet]. 2017 [citado em 20 mar 2020]; 16(3). Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/35348>
16. Cortes LF, Padoin SMM. Intentionality of the action of caring for women in situations of violence: contributions to Nursing and Health. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2016 [citado em 20 mar 2020]; (20)4: e20160083. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/b8Yz6Yvh5tskjfFrnrqWnWv/abstract/?lang=en>
17. Oliveira AMN, Marques LA, Silva PA, Prestes RC, Biondi HS, Silva BT. Perception of healthcare professionals regarding primary interventions: preventing domestic violence. *Texto e Contexto de Enfermagem* [internet]. 2015 [citado em 10 mar 2020]; 24(2):424-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/5YzLqnksjVksxGb4jL94Y3r/abstract/?lang=en>
18. Amarijo CL, Barlem ELD, Acosta DF, Marques SC. Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária. *Revista de Enfermagem da UERJ* [internet]. 2020 [citado em 20 mar 2020]; 26:e33874. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.33874>
19. Bradbury-Jones C, Clark M, Taylor J. Abused women's experiences of a primary care identification and referral intervention: a case study analysis. *Journal of Advanced Nursing* [internet]. 2017 [citado em mar 2020]; 73(12): 3189–99. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28072474/>
20. Nascimento VF, Rosa TFL, Terças CP, Hattori TY, Nascimento VF. Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município mato-grossense. *Arquivo de Ciências da Saúde da UNIPAR* [internet]. 2019 [citado

- em 20 mar 2020]; 23(1): 15-22. Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6625>
- 21 Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil. Brasília, DF: ONU Mulheres, 2015. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf.
22. Cortes LF, Padoin SMM, Kinalski DDF. Instruments for articulating the network of attention to women in situation of violence: collective construction. Revista Gaúcha de Enfermagem [internet]. 2016 [citado em 20 mar 2020]; 37(spe): e2016-0056. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/XVjxbntkGsXSdfPjmPmXZ9w/?lang=en>
23. Santos WJ, Freitas MIFF. Fragilidades e potencialidades da rede de atendimento às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. Revista Mineira de Enfermagem [internet]. 2017 [citado em 20 mar 2020]; 21e-1048. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1186>
24. Barros O, Golçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Matrix support strategies: the experience of two Family Health Support Centers (NASFs) in São Paulo, Brazil. Ciências e Saúde Coletiva [internet]. 2015 [citado em 20 mar 2020]; 20(9): 2847-56. Disponível em: <https://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/12376>
25. Lima NJSO, Pacheco LR. Violência doméstica contra a mulher na perspectiva de Agentes Comunitários de Saúde. Revista de Enfermagem da UFPE [internet]. 2016 [citado em 20 mar 2020]; 10(supl 5): 4279-85. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MWVc63psXP36k7CKSP4YSzp/?lang=pt>
26. Taskiran AC, Ozsahin A, Edirne T. Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. Primary Health Care Research & Developmentm [internet]. 2019 [citado em 20 mar 2020]; 20e-96. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/intimate-partner-violence-management-and-referral-practices-of-primary-care-workers-in-a-selected-population-in-turkey/9DE1AAF873433BE2D06619801C2932FD>
27. Vieira EM, Hasse M. Perceptions of professionals in an intersectorial network about the assistance of women in situation of violence. Interface [internet]. 2017 [citado em 15 mar 2020]; 27(60): 51-62. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GXcfNwpDWsKM4rmmnVPf7Ln/?lang=en#>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia