

Violencia doméstica contra la mujer: representaciones de profesionales de la salud¹

Vera Lúcia de Oliveira Gomes²
Camila Daiane Silva³
Denize Cristina de Oliveira⁴
Daniele Ferreira Acosta⁵
Cristiane Lopes Amarijo⁶

Objetivo: analizar las representaciones sobre la violencia doméstica contra la mujer, entre los profesionales de la salud de las Unidades de Salud de la Familia. Método: estudio cualitativo, basado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Los datos fueron obtenidos por medio de entrevistas y evocaciones, tratándolos por el software Ensemble de Programmes Pemetant L'Analyse des Evocations - EVOC y análisis de contenido. Resultados: participaron enfermeros, médicos, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud. Han respondido a las evocaciones 201 profesionales y, de éstos, 64 fueron entrevistados. El núcleo central de esta representación, formado por los términos "agresión", "agresión física", "cobardía" y "falta de respeto", tienen connotaciones negativas y fueron citados por los entrevistados. En la zona de contraste, formada por los términos "abuso", "abuso-poder", "dolor", "humillación", "impunidad", "sufrimiento", "tristeza" y "violencia", se identificaron dos subgrupos. La primera periferia contiene los términos "miedo", mencionado con mayor frecuencia, seguido por "revuelta", "baja autoestima" y "sumisión", y en la segunda periferia "aceptación" y "apoyo profesional". Conclusión: se trata de una representación estructurada, ya que contiene elementos conceptuales, imagéticos y actitudinales. Los subgrupos se formaron por los profesionales que trabajan en la zona rural y que han completado curso de formación profesional en el año 2004, o después; éstos tenían representación de la violencia, que se diferencia de la representación del grupo general, aunque todos tenían una connotación negativa de este fenómeno.

Descriptores: Violencia; Violencia Doméstica; Mujeres Maltratadas; Salud de la Familia; Ejercicio Profesional; Enfermería.

¹ Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 032/2012.

² PhD, Profesor Titular, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

³ Estudiante de doctorado, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁴ PhD, Profesor Titular, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵ Estudiante de doctorado, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Becado de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Brasil.

⁶ Estudiante de maestría, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Correspondencia:

Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem
Rua Visconde de Paranaguá, 102, 3º andar
Centro
CEP: 96203-900, Rio Grande, RS, Brasil
E-mail: vlogomes@terra.com.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Problema universal, independientemente de la cultura, nivel de educación, religión, situación financiera de los implicados y el nivel de desarrollo del país, la violencia contra las mujeres ha sido identificada como un grave problema de salud pública⁽¹⁻³⁾. Estudios realizados en los países desarrollados y en desarrollo señalan sus proporciones de epidemia y el impacto que provoca en la calidad de vida de las víctimas, familias y sociedad⁽³⁻⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud revela que la violencia practicada por el compañero íntimo es la más común, afectando a alrededor del 30% de las mujeres⁽⁴⁾. En el panorama mundial de la violencia, esbozado entre 2006 y 2010, El Salvador estaba en el primer lugar con 10,3 feminicidios, y Brasil en el séptimo con 4,4 de cada 100.000 mujeres⁽⁵⁾. Las notificaciones obligatorias realizadas en Brasil, entre enero de 2000 y noviembre de 2010, muestran que 43.500 mujeres fueron asesinadas. De estos casos, 68,8% ocurrieron en el hogar y el compañero íntimo fue responsable de 65% de las muertes en mujeres de entre 20 y 49 años. Además, todos los días, 38.020 mujeres son agredidas en Brasil y, de éstos, 71% viven con el agresor y 66,5% no dependen económicamente de él⁽⁶⁾.

Los servicios de salud son a menudo, el primer lugar para asistencia a las víctimas y importantes para detectar el problema⁽⁷⁻⁸⁾. Sin embargo, en la práctica, hay muchas creencias, mitos y representaciones que dificultan o impiden el reconocimiento y el enfoque a la violencia doméstica con las usuarias, ya que muchas de ellas se omiten, por miedo o vergüenza⁽⁹⁾. Para romper el silencio, se cree que los equipos de la "Estrategia de Salud de la Familia, por la amplia cobertura y vínculo"⁽⁷⁾, establecido con las familias, pueden ser aliadas eficaces. Estos equipos operan tanto en la Unidad de Salud de la Familia (USF), como domiciliaria, donde se conocen la intimidad de los hogares, lo que facilita el reconocimiento y la adopción de medidas en casos de Violencia Doméstica Contra la Mujer (VDCM)⁽⁷⁾.

Dado que la representación social de los individuos o grupos describe la realidad la cual enfrentan y atribuyen un significado específico⁽⁹⁾, se ha optado por investigar las representaciones de la violencia doméstica contra las mujeres para los profesionales que componen los equipos de salud de las Unidades de Salud de la Familia del municipio de Río Grande, en el estado de Rio Grande do Sul, Brasil, teniendo como principal objetivo analizar las representaciones sociales.

Método

Estudio cualitativo, descriptivo, basado en la teoría de las representaciones sociales, realizado con profesionales de la salud de 19 USF, siendo 12 en el zona urbana y siete en la zona rural, del Municipio de Río Grande, en el Estado de Rio Grande do Sul, Brasil. Se señala que, el equipo de una UBS de la zona urbana declinó la invitación, arguyendo falta de tiempo. En las 20 USF del municipio trabajaban, entre julio y noviembre de 2013, durante la recogida de datos, 29 enfermeros, 40 técnicos de enfermería, 24 médicos y 178 Agentes de Salud Comunitaria (ASC), totalizando 271 miembros potenciales de la investigación.

La recogida se realizó por medio de las técnicas de evocaciones libres y entrevistas. Para las evocaciones, se adoptó como criterio de inclusión: todos los profesionales que aceptaron participar en la investigación, firmando el Formulario de Consentimiento. Como criterios de exclusión: profesionales que estaban de licencia por enfermedad, vacaciones o rechazaran la invitación. De esta manera, participaron de las evocaciones 201 profesionales. Se pidió a los informantes que evocasen cinco palabras o expresiones frente al término inductor "violencia doméstica contra la mujer". La elección de las evocaciones se basa en la posibilidad de aprehender la percepción de la realidad, a partir de una composición semántica ya existente, la cual es concreta, imagética y se organiza alrededor de algunos elementos simbólicos simples⁽⁹⁾.

Con respecto a la recogida de datos, a través de entrevistas, hay entre los teóricos de las representaciones sociales el consenso de que 30 es la cantidad mínima para recuperar las representaciones de un grupo⁽¹⁰⁾. No obstante, debido a la gran distancia entre las USF, así como la posible influencia de las zonas rural y urbana en las representaciones de los informantes, se optó por la elaboración del mapa de la distribución de las unidades. Cinco áreas han sido identificadas con 12 unidades de la zona urbana y seis áreas con siete unidades rurales. Se creyendo que, la proximidad proporciona una mejor interacción entre los usuarios y los grupos, lo que resulta en las representaciones sociales similares, se optó por lo sorteo, para la realización de las entrevistas, de una USF en cada área delineada. Entre las elegidas, han sido invitadas a participar en este estudio, de manera no probabilística y por conveniencia, al menos, un médico, una enfermera, un TE y dos ASC, lo que ha resultado en 64 informantes.

Para las entrevistas fue preparado por el investigador un script con preguntas abiertas, ensayado en una de las unidades no seleccionadas, para este paso metodológico. Las entrevistas se han llevado a cabo por una estudiante graduada, en la propia unidad, en sitio lejano de las zonas de circulación y con una duración media de 40 minutos.

Para el análisis de datos, las evocaciones fueron sometidas al *software* Ensemble de Programmes Pemettant L'Analyse des Evocations, EVOC 2005. El producto resultante de esta sumisión es lo cuadro de cuatro casas, basado en la frecuencia y en el orden de evocación de las palabras. Cabe señalar que, cada cuadrante contiene una información esencial para el análisis de la representación estudiada. Este cuadro es formado por el núcleo central, situado en el cuadrante superior izquierdo y es el elemento más estable de una representación, formado por las palabras evocadas con más frecuencia y prontitud⁽¹¹⁾. En el cuadrante superior e inferior derecho están los elementos de la primera y segunda periferias, respectivamente. El cuadrante inferior izquierdo contiene los elementos de contraste⁽¹¹⁾.

Se utilizó el análisis de contenido propuesto por Bardin⁽¹²⁾, para el tratamiento de las entrevistas. Según esta autora, una "unidad de contexto sirve como unidad de comprensión para codificar la unidad de registro y corresponde al segmento de la mensaje, cuyas dimensiones (superiores a las de la unidad de registro) son ideales para entender el significado exacto de la unidad de registro"⁽¹²⁾. Por lo tanto, fueron seleccionadas frases que contenían palabras que componen el cuadro de cuatro casas, retratándose el contexto en que fueron empleadas por los entrevistados. Estas frases han sido identificadas por las letras M, E, TE y ASC, que corresponden a las iniciales de la categoría profesional de los informantes.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Río Grande y con previo Dictamen 020/2013.

Resultados

De los 201 profesionales que participaron en las evocaciones, 26 eran enfermeras, 21 médicos, 39 TE y 115 ASC. En las entrevistas, participaron 64 profesionales, siendo 13 enfermeras, 12 médicos, 12 TE y 27 ASC. En las USF de la zona urbana trabajaban 146 profesionales y 55 en la zona rural. El tiempo medio de trabajo fue de cinco años y seis meses; el trabajador

más antiguo tenía 17 años de servicio y el trabajador contratado más recientemente tenía menos de un año de servicio. Con respecto al tiempo de finalización del curso de formación profesional, 112 lo han hecho antes de 2004 y, 89, en 2004, o después de este año. En cuanto a su estado civil, 58 no tenían pareja estable, 135 vivían con un compañero y ocho tenían compañero, pero no vivían juntos. Participaron de un evento promovido en la USF, relativo a la violencia contra la mujer, 147 informantes.

Los entrevistados han evocado 1.002 palabras, con 252 diferentes. El cuadro de cuatro casas se compone de la distribución de las palabras evocadas, teniendo en cuenta los criterios de más altas frecuencias y órdenes medias de evocación (OME)⁽¹¹⁾. En este estudio, fue adoptada una frecuencia mínima de 12, una frecuencia media de 24 y OME de 3 (Figura 1).

Dado que, concepto, imagen y actitud son dimensiones formadoras de una representación social⁽¹³⁾, se optó por analizar la presencia de dichos atributos en el núcleo central de esta representación. Cabe señalar que, en el núcleo central se encuentran las palabras más significativas para los informantes. En él, se observa la parte más consensual y estable de la representación, por tanto, menos sensible a los cambios, en función del contexto externo o de las prácticas cotidianas de los sujetos⁽¹¹⁾.

En este cuadrante, las palabras "agresión" y "agresión física" expresan el concepto que los informantes tenían sobre la VDCM. Además, el término "agresión física" se asocia con la imagen del acto violento o las marcas dejadas en el cuerpo de la víctima. El juicio que los profesionales hacían de las acciones del agresor fue verbalizado por los términos "cobardía", evocado con más facilidad, y "falta de respeto". Por lo tanto, se trata una representación estructurada, cuyo núcleo central contiene concepto, imagen y juicio o actitud de los informantes. Se trata de una representación con connotación negativa, que contiene tanto los aspectos relacionados con la práctica del acto violento, como el agresor. Con el objetivo de contextualizar estos términos, se presentan fragmentos de las entrevistas, en las que se emplearon.

Para mí, la agresión más grave fue que él la indujo a consumir droga. Después él la agredió físicamente, verbalmente, y la dejó sola. Él tomó el autobús y se fue, y los dos no eran de aquí. Él se fue y ella estaba sola y sin dinero, sin sus pertenencias. Él era el compañero. Ya vivían juntos. (TE)

| OME* | <3 | | | ≥ 3 | | |
|------------------|------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|
| Frecuencia Media | Término evocado | Frec. | OME | Término evocado | Frec. | OME* |
| ≥ 24 | Agresión | 43 | 1,907 | Baja autoestima | 26 | 3,423 |
| | Agresión física | 26 | 2,269 | Miedo | 43 | 3,186 |
| | Cobardía | 34 | 1,794 | Revuelta | 26 | 3,038 |
| | Falta de respeto | 36 | 2,500 | Sumisión | 25 | 3,280 |
| < 24 | Abuso | 22 | 2,227 | Aceptación | 12 | 3,667 |
| | Abuso de poder | 20 | 2,800 | Apoyo profesional | 15 | 3,933 |
| | Dolor | 15 | 2,333 | | | |
| | Humillación | 16 | 2,938 | | | |
| | Impunidad | 19 | 2,895 | | | |
| | Sufrimiento | 16 | 2,688 | | | |
| | Tristeza | 21 | 2,762 | | | |
| | Violencia | 13 | 2,692 | | | |

* Órdenes Medias de Evocación

Figura 1 - Cuadro de cuatro casas de representación social sobre la violencia doméstica contra la mujer, entre los profesionales de la salud de las USF del Municipio de Río Grande, RS, Brasil, 2013

La VDCM es una cobardía contra los derechos de la mujer como persona, ya que por lo general, tienen una reacción inferior de la del hombre. Él tiene más resistencia, más fuerza, ella es más frágil. Es un acto de cobardía imperdonable. (M)

Cobardía del hombre, ignorancia de la mujer y falta de estructura de la comunidad para proteger a las mujeres. (E)

En el cuadrante inferior izquierdo se encuentra la zona de contraste, formada por las palabras más fácilmente evocadas, pero con baja frecuencia⁽¹¹⁾. En este estudio, estas palabras tienen la connotación negativa de la representación de la VDCM y contienen elementos cargados de sentimientos y juicio. Los elementos contrastantes de esta representación califican los actos violentos cometidos por el agresor, que los identifique como abuso y abuso de poder. Por otro lado, se refieren tanto a los sentimientos desencadenados en las víctimas, como en los profesionales.

Creo que la violencia es el abuso, es la agresión, es la desafección, por parte de las mujeres es la falta de autoestima, eso es todo. (TE)

Para mí es mucha humillación. Una mujer pasa por mucha humillación, mucha sumisión, a veces ella es, muy dependiente de su marido, por lo que es una cosa terrible cuando tiene que depender, y al mismo tiempo ser agredido por esa persona, es muy complicado. (ASC)

Mi reacción es de tristeza. Por no tener el equilibrio de hablar, mantener la calma en el momento en que las cosas malas sucedieron, ellos pelearon de esa manera. Me pareció muy aburrido, muy triste. (TE)

Cabe señalar que, la zona de contraste puede contener elementos que muestran variaciones de la representación de acuerdo a los subgrupos, sin cambiar los elementos básicos y la propia representación⁽¹¹⁾. Por

lo tanto, cabe señalar que los términos "impunidad" y "tristeza", presentes en la zona de contraste de lo cuadro general, componen el núcleo del cuadro de cuatro casas de los profesionales que trabajan en la zona rural, lo que demuestra que este subgrupo tuvo una representación diferente de los demás. Este resultado nos permite inferir que estos profesionales vislumbran la necesidad de medidas punitivas más eficaces, además de expresar, con el término "tristeza", la dimensión afectiva que permea esta representación.

Cuando hablo de impunidad y abandono, esto es lo que ella comunicó. Está amparada en la Ley Maria da Penha, y fue resguardada en esta casa de pasaje y sigue siendo víctima. Ella vino en busca de ayuda, fue registrada por lo NASF, y nosotros estamos totalmente impotentes ante la realidad, porque este hombre está suelto, continúa ofreciendo peligro. Ella ha estado en varios órganos donde la dijeron que el mejor que puedes hacer es salir de la ciudad. Él es un usuario de drogas, condenado, la agredió física y verbalmente. Ella tuvo que dejar este barrio, casi dio la casa y se refugió aquí. Él volvió y simplemente irrumpió en la casa. Es la historia de una mujer diciendo que llegará un momento en que lo va a matar o ser asesinada por él. Esto nos hace muy angustiadas y tristes, porque ella ha llegado a todos los procedimientos legales, notificado, tiene varios informes de la policía, y él es un marginal. Ella tiene miedo. La familia apoya, pero es una familia de mujeres, que tienen miedo, porque él es un marginal. (M)

Además, analizándose la representación de la VDCM, de acuerdo con el tiempo de formación, está claro que en el núcleo central de la representación de los profesionales graduados en 2004, o después, aparece el término "abuso". Este término, que integra la zona de contraste del cuadro general, muestra la existencia

de una diferenciación⁽¹¹⁾ entre la representación de este grupo y la de la totalidad de los informantes.

En la primera periferia de la representación están las palabras que tienen alta frecuencia y posición media en el orden de la evocación, no permitiendo que se integren en el núcleo central⁽¹¹⁾. En este estudio, esta periferia está formada por los términos "miedo", evocado con más frecuencia, seguido por "revuelta", "baja autoestima" y "sumisión".

El mayor temor de ellas es denunciar y continuar dentro del hogar con la persona, entonces sólo denunciar no sirve de nada, es necesario sacarla de ese lugar para facilitar esta función. (M)

Tenemos miedo de intervenir, de orientar, porque sabemos que esto sucede una vez ... y después pasa! La pareja pelea y al día siguiente ya volvió a la normalidad. Luego, en una conversación ellos dicen: Ah! Si yo escuchase lo que me dicen, yo te había denunciado.. Cuando te das cuenta, tu estás preocupado porque te entrometió. Está mal, pero muchas cosas nosotros ocultamos, escuchamos y guardamos, porque también tenemos miedo de la exposición. (TE)

La primera cosa que ellas te dicen: 'No hables a nadie, por el amor de Dios! Te diré, pero si le dices a alguien, voy a decir que es mentira. Por supuesto, yo no voy por ahí hablando. Ni siquiera puedo. Es bastante complicado. Es algo que no tiene, no tiene nada que hacer. Usted espera animando, pero viene a la casa y ella tiene un ojo morado. Usted no será capaz de hacer mucho. Es muy, muy indignante, no poder hacer nada. Es bastante complicado. (ASC)

Me rebelo, porque creo que es muy injusto una mujer sufrir violencia de cualquier manera. Incluso la mujer que trabaja todo el mes y el marido es quien dicta cómo va a gastar el dinero. He visto a colegas que recibieron dinero y tuvieron que dejar el en la mano de su marido. Él sabía lo que tenía y lo que no había que pagar, en lo que tenía y lo que no tenía que gastar. Creo que es horrible porque la mujer es un ser humano como el hombre, tiene los mismos derechos y voluntades. (ASC)

En el cuadrante inferior derecho se encuentran los términos con baja frecuencia y el orden de evocación, formando la segunda periferia, que forma la interfaz más cercana de las representaciones con las prácticas sociales⁽¹¹⁾. Los términos "aceptación" y "apoyo profesional" que la componen, no fueron mencionados literalmente por los declarantes, pero el contexto expresa su significado.

En primer lugar, acogemos y dejamos a la mujer desahogarse, decir lo que ella siente, y después tratamos de hacer el examen clínico y buscar las redes de apoyo que tenemos para ayudar a esta mujer. Tratamos de seguir más o menos el punto de vista tanto del ético profesional, como lo que

tenemos por la ley. Mientras que acoge y escucha, trata de no posicionarse, no criticar y no direccionar la vida de esa persona que se le pide su ayuda. (E)

Discusión

El núcleo central de una representación social constituye el elemento más estable y de consenso⁽¹¹⁾. La presencia concomitante de los términos "agresión" y "agresión física" en el núcleo central puede expresar que los entrevistados, además de la violencia física, incluían en sus representaciones otras formas de violencia que se describen en la Ley Maria da Penha, es decir, psicológica, patrimonial, sexual y moral⁽¹⁴⁾. Dentro de estas formas de violencia, un estudio identificó la ocurrencia de amenazas, humillación, intimidación, insultos, patadas, lanzamiento de objetos, empujones, sexo forzado con sus parejas, entre otras⁽¹⁵⁾.

El término "miedo", que aparece en la primera periferia, tiene dos interpretaciones. Puede referirse a la sensación de la víctima frente al agresor, así como de los propios profesionales que tienen miedo de implicarse, o implicar a su familia con clientes violentos. El temor de represalias se expresa en un estudio que aborda la subnotificación de la VDCM, señalando que dar visibilidad a este delito puede conducir a consecuencias perjudiciales tanto para las usuarias, como para los profesionales⁽¹⁶⁾. La impotencia y el miedo de los profesionales de la salud ante la VDCM también han sido publicados por otros investigadores^(8,17). Esta situación puede generar sentimientos de revuelta, baja autoestima y sumisión en ambos.

A diferencia del miedo, que es un sentimiento negativo y frecuentemente inmovilizador, la revuelta se constituye en un sentido positivo y puede ser una precursora de enfrentamiento, es decir, de posicionamiento, que permita minimizar o resolver el problema. Desde la década de 1980, un movimiento de revuelta se desencadenó, lo cual ha llevado a las mujeres a rebelarse contra la impunidad de los crímenes cometidos bajo alegación de legítima defensa del honor. Las mujeres reivindicaban políticas de justicia y seguridad pública. Este movimiento provocó la sanción de la Ley 11.340/2006, conocida como Ley Maria da Penha⁽¹⁴⁾, que aumentó el rigor de las penalizaciones y permitió la creación del programa de rehabilitación y recuperación de los agresores, así como de los servicios de protección a las víctimas⁽¹⁴⁾.

Negativos también, porque conducen a la inactividad, figuran los términos "sumisión" y "baja autoestima". En este sentido, la biofarmacéutica Maria da Penha, mientras

celebraba los seis años de la ley que lleva su nombre, dijo que es más fácil las mujeres reaccionar ante los primeros intentos de agresión. Después de ser sometido a un largo período de vergüenza, dejan de reportar, ya que la "autoestima de ellas desaparece", y esta pasividad puede conducir a la naturalización de la violencia doméstica⁽⁶⁾. Un estudio con base fenomenológica complementa, señalando la necesidad de superar las actitudes naturales, con preguntas acerca de "conocimientos sociales heredados y replicados que llevan a relaciones desiguales entre hombres y mujeres, y que culminaron en actos violentos"⁽²⁾, que a menudo son precursores de la reproducción intergeneracional de la violencia.

Los términos "aceptación" y "apoyo profesional" demuestran la interfaz de la representación de la VDCM con la práctica social de los entrevistados⁽⁷⁾. Teniendo en cuenta la complejidad del problema, dijeron buscar apoyo en el equipo multidisciplinario del Núcleo Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) en un intento de obtener una mejor resolución. Por otra parte, un estudio realizado en São Paulo describe las limitaciones del NASF, incapaz de satisfacer la demanda, por vincularse las diversas USF⁽⁷⁾. Además, otra investigación denuncia la falta de conexión entre los servicios, advirtiendo que este problema necesita ser superado, ya que hay una serie de servicios que trabajan en manera aislada. La articulación, cuando se produce, "se hace por iniciativas concretas y personales, no estableciéndose una red de referencia articulada y para la atención a estos casos"⁽⁸⁾. Todavía, un estudio llevado a cabo con enfermeros y médicos identificó que estos enumeraron como facilitadores de la atención a las víctimas el acceso a los colegas para la consulta, la participación en un equipo multidisciplinario y el apoyo de otros servicios tales como la asistencia social⁽¹⁸⁾.

La zona de contraste puede contener términos que pueden tanto fortalecer la primera periferia, como expresar un pensamiento diverso dentro del grupo, o aún, un subgrupo con representación diferente⁽¹¹⁾. En este estudio, los subgrupos formados por profesionales que trabajan en la zona rural y los que han completado la formación profesional en el año 2004, o después, tienen la representación de la VDCM diferenciada del resto del grupo. En este estudio, la zona de contraste mantiene la connotación negativa y contiene elementos cargados de sentimientos y juicios.

Los elementos contrastantes de esta representación refuerzan el núcleo central, a juzgar los actos del agresor y calificándolos como abuso y abuso de poder. Por otra parte, también se refieren a los sentimientos

que la violencia provoca a las víctimas, como tristeza, humillación, sufrimiento y dolor, que están en consonancia con la primera periferia. El término "impunidad", que figura en la zona de contraste, puede expresar la omisión de los informantes desde un punto de vista jurídico; en este sentido, se señala que la creencia en la impunidad puede apoyar la perpetuación de la violencia porque desalienta el afrontamiento⁽²⁾.

Además, como estrategias de afrontamiento de la VDCM, estudios recientes muestran como esencial la preparación de los profesionales para detectar los casos, así como la necesidad de equipos multidisciplinarios coordinados y con desempeño en red, ya que iniciativas aisladas son ineficientes⁽¹⁸⁻²⁰⁾. También señalan la subnotificación como un obstáculo para la evaluación de la magnitud del problema y diseño de estrategias que conduzcan a la solución^(8,16).

Conclusión

El análisis de las representaciones sociales sobre la VDCM, entre profesionales de la salud que trabajan en las USF del Municipio de Río Grande, mostró tratarse de una representación con connotación negativa y estructurada, ya que contiene elementos conceptuales, imagéticos y actitudinales.

Otro aspecto importante identificado fue la presencia de los subgrupos formados por profesionales que trabajaban en la zona rural y que han completado la formación profesional en 2004, o después, con una representación de la VDCM que es diferente de la representación del grupo en general, aunque mantenían una connotación negativa sobre el fenómeno.

Basado en las representaciones aprehendidas, se llevó a cabo una mesa redonda con las autoridades en la materia, para discutir en conjunto con profesionales de las USF y estudiantes de enfermería, aspectos relativos a notificación obligatoria, el código de ética profesional y la Ley Maria da Penha, implicaciones jurídicas, éticas y legales de la asistencia a las víctimas y los encaminamientos posibles y necesarios. Estrategias como esta ayudan a detectar, combatir y prevenir la VDCM y deben ser reproducidas en las reuniones de los equipos de salud de la familia, en el hospital y entre los académicos de las áreas de salud.

Referencias

1. Moura MAV, Albuquerque Netto L, Souza MHN. [Socio-demographic profile for women who faces the violence

- and get the support at specialized police stations]. *Esc Anna Nery*. 2012;16(3):435-42.
2. Vieira LB, Padoin SMM, Oliveira IES, Paula CC. [Intentionalities of women who decide to denounce situations of violence]. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):423-9.
 3. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. [Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead]. *The Lancet*. 2011;377(9781):1962-75.
 4. World Health Organization. Report highlights violence against women as a 'global health problem of epidemic proportions'. WHO [Internet]. 2013. [acesso 14 out 2013]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/index.html
 5. Waiselfisz JJ. [Map of Violence 2012. The new patterns of homicidal violence in Brazil]. São Paulo. Instituto Sangari; 2011.
 6. Secretaria de Política para as Mulheres (BR). Balanço da central de atendimento à Mulher. [Internet]. [acesso 11 mar 2014]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://www.sepm.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2010/10/balanço-da-centra-de-atendimento-a-mulher.
 7. Gomes NP, Erdmann AL. [Conjugal violence in the perspective of "Family Health Strategy" professionals: a public health problem and the need to provide care for the women]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(1):76-84.
 8. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. [The evaluative limits and possibilities in the Family health strategy for gender-based violence]. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):304-11.
 9. Silva LA, Gomes AMT, Oliveira DC, Souza MGG. [Social representations of aging in institutionalized psychiatric patients]. *Esc Anna Nery*. 2011;15(1):124-31.
 10. Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC. [Representations of vulnerability and empowerment of nurses in the context of HIV/AIDS]. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):408-16. Portuguese.
 11. Oliveira DC, Gomes AMT, Acioli S, Sá CP. [The Brazilian health care system in the mental cartography of health professionals]. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(3):377-86.
 12. Caregnato RCA, Mutti R. [Qualitative research: discourse analysis versus content analysis]. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):679-84. Portuguese.
 - 13 Paschoal EP, Espírito Santo CC, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. [Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS]. *Esc Anna Nery*. 2014;18(1):32-40. Portuguese.
 14. Brasil. [Law n. 11,340 of August 7, 2006. Maria da Penha Law]. Câmara dos deputados, Coordenação de Publicações [Internet]. 2007 [acesso 2 set 2011]. Disponível em: <http://www.cepal.org/oig/doc/Bra2006Leimariadapenha.pdf>. Portuguese.
 15. Abeya SG, Afework MF, Yalew AW. Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors. *BMC Public Health*. [Internet]. 2011;11:913 [acesso 25 ago 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252295/>
 16. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. [Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women]. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1805-15. Portuguese.
 17. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada HDJ. [Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1037-50. Portuguese.
 18. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: qualitative analysis. *BMC Public Health*. [Internet]. 2012;12:473. [acesso 26 ago 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444396/>
 19. Ali TS, Asad N, Mogren I, Krantz G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. *Int J Womens Health*. [Internet]. 2011;3:105-15. [acesso 26 ago 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3089428/>
 20. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*. [Internet]. 2002 Apr 27 [acesso 24 ago 2014];359(9316):1509-14. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08417-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08417-9/fulltext)

Recibido: 20.5.2014

Aceptado: 9.12.2014