

Violencia conyugal en la perspectiva de profesionales de la "Estrategia Salud de la Familia": un problema de salud pública y la necesidad del cuidado a la mujer

Nadirlene Pereira Gomes¹
Alacoque Lorenzini Erdmann²

Objetivo: construir una matriz teórica a partir de los significados de las interacciones y acciones experimentadas por los profesionales sobre las prácticas de cuidado de enfermería y salud prestada a las mujeres en situación de violencia conyugal en el ámbito de la Estrategia de Salud de la Familia. **Métodos:** se trata de una investigación fundamentada en la Grounded Theory. Después de aprobada por el Comité de Ética en Investigación, fueron entrevistados 52 profesionales en Santa Catarina, Brasil. El análisis se basó en la codificación abierta, axial y selectiva. **Resultados:** el modelo teórico fue delimitado a partir del fenómeno "Reconociendo la violencia conyugal como un problema de salud pública y la necesidad de administrar el cuidado a la mujer", que refleja la vivencia de los profesionales en lo que se refiere al cuidado de la mujer, así como los significados atribuidos a ese cuidado. **Conclusiones:** el fenómeno permite la comprensión del movimiento de acción e interacción acerca del cuidado a la mujer en situación de violencia conyugal.

Descriptores: Violencia Contra la Mujer; Salud de la Familia; Asistencia Integral en Salud; Enfermería; Prestación de Atención de Salud.

¹ PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Becario de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

² PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Correspondencia:

Nadirlene Pereira Gomes
Quadra 05, lote 08
Jardim Vera Cruz
IAPI
CEP: 40340-590, Salvador, BA, Brasil
E-mail: nadirlenegomes@hotmail.com

Copyright © 2014 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

La violencia conyugal consiste en una violación de los derechos humanos, con importante repercusión sobre la salud de la mujer y la productividad económica, lo que transformó la violencia contra la mujer en una problemática vastamente discutida en el área de la salud e investigada en todo el mundo, desde el final de los años 80.

Se considera violencia contra la mujer la acción u omisión, basada en la desigualdad de género, que genera daño físico, sexual, psicológico o patrimonial⁽¹⁾. La noción de género fue introducida en los Estados Unidos con el término *gender* en el campo de la Antropología y abrió camino para la comprensión de las desigualdades entre hombres y mujeres, superando la perspectiva de que los atributos y papeles, definidos con base en los aspectos biológicos, son naturales e incuestionables. La categoría de género pasó a ser ampliamente usada, denunciando el poder patriarcal, sus efectos de opresión sobre las mujeres y la consecuente violencia de género, sobre todo aquella que ocurre en el espacio del hogar⁽²⁻³⁾.

Las repercusiones de la vivencia de violencia conyugal vienen siendo apuntadas en estudios científicos. Las mujeres que la experimentan presentan más problemas de salud, de diversas dimensiones y complejidad, que van desde lesiones físicas como hematomas hasta aquellas relacionadas a los aspectos psicoemocionales, tal como depresión y suicidios⁽⁴⁻⁵⁾. Analizando los gastos del SUS y además los costos sobre los procesos de orden jurídico policial y de licencias médicas en consecuencia de la violencia, los daños de la violencia contra la mujer representan cerca de 10% del Producto Interno Bruto (PIB) brasileño⁽⁶⁾.

Considerando que la vivencia de la violencia afecta significativamente el proceso salud-enfermedad de las mujeres, el sector de la salud representa un lugar privilegiado para identificación de esas situaciones. En ese contexto, los profesionales deben estar preparados para identificar el fenómeno, que no siempre deja marcas visibles⁽⁷⁾. Al comprender la violencia con una cuestión de salud y para la salud, la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) representa la puerta de entrada de los casos de violencia, pudiendo configurarse como un espacio de acogimiento y elaboración de proyectos de apoyo a la mujer en situación de violencia⁽⁸⁾.

Las investigaciones corroboran que la ESF, por la amplia cobertura y vínculo, favorece la identificación de perjuicios a la salud de la población, revelándose como escenario estratégico para el reconocimiento de la violencia doméstica en el ámbito de la comunidad. Sin embargo, un estudio realizado con profesionales que actúan en la Salud de la Familia mostró que, a pesar de que muchas de las quejas de las mujeres estuviesen asociadas a la

vivencia de violencia, los profesionales tienen dificultad de reconocer ese perjuicio y proceder con relación a las personas en situación de violencia⁽⁸⁻¹¹⁾.

El Ministerio de la Salud reconoce la importancia de la ESF en el proceso de identificación de mujeres que experimentan violencia doméstica y también defiende que el vínculo establecido entre las personas/familias/grupos y profesionales/equipos favorece la construcción de relaciones de afecto y confianza entre el usuario y el trabajador de la salud, lo que facilita la promoción de la salud y la prevención de perjuicios⁽¹²⁾. En ese sentido, se cuestiona: ¿Cuáles son los significados de las interacciones y acciones experimentadas por los profesionales sobre las prácticas de cuidado de enfermería y salud a las mujeres en situación de violencia conyugal en el ámbito de la ESF? Frente a esto, el estudio tuvo como objetivo construir una matriz teórica a partir de los significados de las interacciones y acciones experimentadas por los profesionales sobre las prácticas de cuidado de enfermería y salud a las mujeres en situación de violencia conyugal en el ámbito de la ESF.

Métodos

Se trata de un estudio con abordaje cualitativo, utilizando como referencial metodológico la Teoría Fundamentada en los Datos o *Grounded Theory*⁽¹³⁾. Esa metodología tiene por finalidad identificar, desarrollar y relacionar conceptos/categorías a partir de los datos recolectados, analizados y comparados de manera sistemática y concomitante, objetivando la construcción de un referencial teórico, formando así un marco teórico explicativo de un fenómeno social⁽¹³⁻¹⁴⁾. Con base en la TFD, se buscó explorar la diversidad de la experiencia de los profesionales de salud que actúan en la ESF y así ampliar el conocimiento acerca del cuidado de la mujer en situación de violencia conyugal, con la finalidad de ofrecer subsidios para realizar acciones de enfrentamiento del fenómeno.

El estudio fue realizado con 52 profesionales que actúan en los 17 equipos de salud de la familia que integran las cinco unidades de salud de un determinado Distrito Sanitario en un municipio en el estado de Santa Catarina, Brasil. Conforme preconiza la TDF, la inclusión de los sujetos se realizó respetando los principios del muestreo teórico. El primer grupo de muestras fue constituido por técnicos de enfermería (17), enfermeros (13) y médicos (12), buscando obtener respuestas sobre la pregunta: ¿Cómo se realiza el cuidado de la mujer en situación de violencia conyugal en el ámbito de la ESF? El análisis de los datos se realizó concomitantemente con la recolección de datos y permitió descubrir los códigos y las categorías. Delante la ausencia de datos nuevos, consideramos que la saturación teórica había sido alcanzada, totalizando 42 entrevistas.

Los códigos iniciales del análisis revelaron que los casos de violencia conyugal identificados en la ESF son referenciados para psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), situación que nos dirigió para nuevas cuestiones a ser investigadas. En ese sentido, el segundo grupo de muestras fue compuesto por psicólogos (02), asistentes sociales (01) y psiquiatras (02), con la finalidad de comprender mejor el proceso de cuidado de la mujer por esos profesionales. Fueron entrevistados todos los psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales que integran el NASF del distrito sanitario elegido como local del estudio. El análisis de los datos señaló la poca disponibilidad de estos profesionales, situación que limita las acciones de asistencia y promoción de la salud. El tercer grupo de muestras fue constituido por los cinco coordinadores de las unidades de salud con la finalidad de comprender mejor la realidad de ese cuidado, sobre todo en lo que se refiere a la administración. El análisis de los datos respaldaron las categorías previamente identificadas.

A medida que las entrevistas eran realizadas y transcritas, los datos fueron introducidos en el programa NVIVO®, que posibilitó la organización y clasificación de las informaciones recolectadas. El análisis substantivo de los datos fue realizado a través de la codificación abierta, axial y selectiva. Se basó en el paradigma de análisis de datos propuesto por Straus y Corbin, a partir de los cinco conceptos estructurales: contexto, condición causal, condición interviniente, estrategias y consecuencias.

Las relaciones, asociaciones e interacciones entre esas categorías se realiza hasta definir la categoría central, representativa del fenómeno del estudio⁽¹³⁾. La validación del modelo paradigmático fue realizada con 37 sujetos de la investigación en las cinco unidades de salud estudiadas y con diez investigadores con experiencia en TFD.

El proyecto, financiado por la FAPESB, fue sometido a la apreciación del Comité de Ética en Investigación (n.21560/2012). Se realizaron las entrevistas de mayo a agosto de 2012, en el espacio físico de las unidades, en una sala reservada, con la finalidad de garantizar la privacidad de los sujetos. Estos fueron identificados por la inicial mayúscula de la categoría profesional o la letra C, en el caso de los coordinadores, precedida de un número arábigo.

Resultados

Las categorías que representan los elementos del modelo paradigmático, que permitieron surgir el fenómeno central, se presentan a continuación.

Fenómeno

El modelo teórico fue delimitado a partir del fenómeno "Reconociendo la violencia conyugal como problema de salud pública y la necesidad de administrar el cuidado de la mujer", que refleja la vivencia de los profesionales que actúan en la ESF en lo que se refiere al cuidado de la mujer, así como los significados atribuidos a ese cuidado (Figura 1).

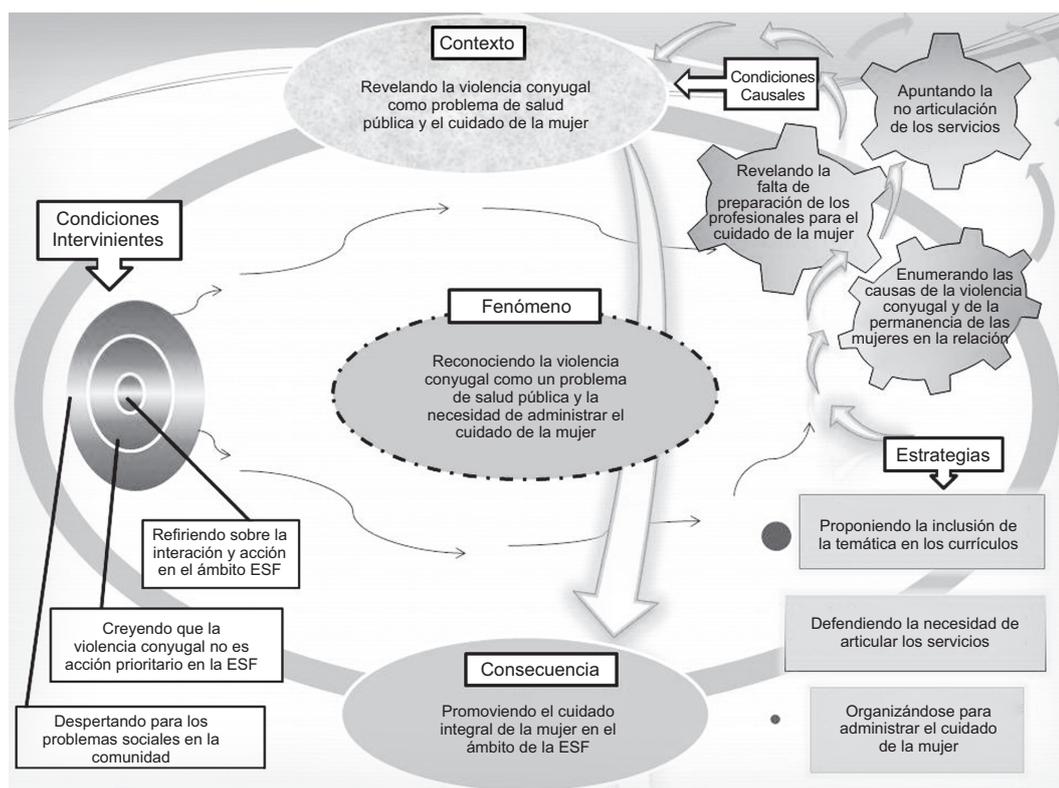


Figura 1 - Modelo teórico de la Teoría Substantiva

Considerando que el fenómeno representa el acontecimiento central de un conjunto de acciones o interacciones realizadas por los sujetos, éste señala lo que está sucediendo⁽¹⁴⁾. Así, los profesionales entrevistados entienden que la violencia conyugal es un importante perjuicio a la salud de la mujer, con implicaciones sobre el sector de la salud y la productividad económica. Perciben la necesidad de, como unidades de salud, prepararse mejor para el cuidado de la mujer, es decir el reconocimiento de la violencia conyugal como causa asociada a la búsqueda por el servicio y la atención propiamente dicha. Ese complejo fenómeno se encuentra en movimiento y se configura en la dinámica de las interacciones de conocimientos, acciones y articulaciones en el sentido de promover el cuidado integral de la mujer.

Las categorías que constituyeron el modelo paradigmático, posibilitando el surgimiento del fenómeno, fueron: contexto, condiciones causales, condiciones intervinientes, estrategias de acción y consecuencias.

Contexto

Se entiende por contexto el conjunto específico de acontecimientos, hechos o condiciones relacionadas al fenómeno, sobre el cual se definen las estrategias de acción/interacción⁽¹⁴⁾.

El fenómeno presenta, como contexto, la categoría "Revelando la violencia conyugal como problema de salud pública y el cuidado de la mujer", que integra las siguientes subcategorías:

Revelando significados de la violencia conyugal

Los profesionales que actúan en la ESF comprenden que la violencia conyugal produce repercusiones para la mujer y repercute en la vida de los hijos y en la productividad económica: *[...] física, psíquica es todo una sola cosa. Muchas veces hay somatización. (Pc-2); Atendí un caso de problema conyugal que acabó desencadenando una crisis psiquiátrica [...] ella estaba bien deprimida [...]. Ella estaba sin trabajar. (Pq-1); [...] a veces, tú ves a tu padre golpeando a tu madre la vida entera y tú encuentras que aquello es normal y tú vas agarrar y golpear a la mujer. [...] puede llevar para una muerte, un asesinato, una cosa peor. Es un problema de salud pública [...] por las falta al trabajo, disminución de productividad. (M-4)*

Describiendo el proceso de cuidar a la mujer

Los profesionales del equipo mínimo, al identificar mujeres en situación de violencia, las encaminan para psicólogos y asistentes sociales del NASF. Por estar vinculado a varias unidades de salud, esos profesionales no consiguen atender la demanda, lo que compromete el

cuidado de la mujer: *Estamos abiertos para todos los tipos de atención, pero no es algo que experimentamos aquí. (M-1); Esa parte de la violencia queda más con el asistente social y psicólogo mismo y continua siempre con la enfermera y el médico que hace la coordinación del cuidado y tienen que saber lo que cada uno está haciendo y terminamos teniendo las reuniones con todos ellos. (M-3); Una dificultad que yo veo es de nosotros, del NASF, de no poder estar todo el tiempo en la unidad [...] la propuesta es de promoción, pero acaba que a veces queda del otro lado de la asistencia. Y en nuestro caso, una asistencia más dirigida al apoyo porque ella todavía se subdivide. (PC-2)*

Con base en lo expuesto, el contexto "Revelando la violencia conyugal como problema de salud pública y el cuidado de la mujer" revela que los profesionales que actúan en el ámbito de la ESF comprenden que la violencia conyugal es un importante perjuicio a la vida de las mujeres, y también a sus hijos. Los profesionales del equipo mínimo refieren que no son frecuentes los casos de violencia conyugal en el ámbito de la ESF, lo que nos señala la poca visibilidad del fenómeno en la comunidad. Vale destacar que, al identificar mujeres en ese contexto, las encaminan para el apoyo psicosocial del NASF. Sin embargo, la poca disponibilidad de psicólogos y asistentes sociales no permite atender a las necesidades de las usuarias.

Condiciones Causales

Las condiciones causales consisten en eventos, hechos o acontecimientos que influyen el fenómeno, estando asociadas a su ocurrencia o desarrollo⁽¹⁴⁾. Tres categorías reflejan las condiciones causales, que son:

Enumerando las causas de la violencia conyugal y de la permanencia de la mujer en la relación

Los profesionales mencionan que la construcción de la violencia conyugal se encuentra asociada al uso de alcohol o drogas por el compañero: *yo pienso que lo que lleva a la violencia entre la pareja es el uso de drogas, como el alcohol, la cocaína. (E-13)*

La situación económica fue percibida como motivo para la permanencia en la relación con el compañero: *la persona no tienen dinero, tienen hijos en edad escolar [...] si ella se separa del compañero, ella tendrá más dificultad de conseguir criar a los hijos. (E-11)*

El tráfico de drogas en las comunidades también fue citado por los profesionales, que consideran la participación del hombre con el tráfico como una situación que favorece el silencio de las mujeres: *normalmente, la persona no habla porque participa del tráfico y sabe que si abre la boca tendrá retaliación y el problema se torna mucho mayor. (M-5)*

La construcción social basada en la desigualdad de género, responsable por la naturalización del poder del hombre sobre la mujer y por creer que el casamiento es la realización femenina, fue apuntada como causa asociada a la ocurrencia de la violencia y la permanencia de la mujer en la relación: *es una relación que ella tienen una concepción de que aquello es normal, la relación de marido y mujer es así mismo. (C-2); [...] ella está en una vinculación de dependencia en la que el otro va a me suplir en alguna cosa, pero ella piensa que no puede vivir sola. Entonces, ella se sujeta a esa situación. (Pc-1)*

Revelando falta de preparación de los profesionales para el cuidado de la mujer

Esa categoría revela que los profesionales no se sienten preparados para cuidar a la mujer en situación de violencia conyugal, que comprende el reconocimiento del perjuicio, el encaminamiento, el conocimiento de los servicios, del flujo y de la notificación de los casos. También, se señala el poco (o ningún) abordaje de la temática durante los estudios de graduación. Esos eventos guardan relación con la no percepción de la violencia por parte de los profesionales del equipo mínimo: *no lo tenemos en el currículo. [...] por falta de esa perspectiva, a veces, la persona llega allí, y usted no percibe. [...] a veces tienen una demanda grande de personas, que no relatan que sea violencia. [...] (E-5); existe la notificación, pero yo pienso que raramente es notificado. [...] algunas situaciones, el equipo queda hasta retrocede, sin saber qué hacer, cuál flujo seguir, qué camino tomar. [...] queda como un apoyo personal. (C-2)*

Apuntando la no articulación de los servicios

La no articulación de los servicios constituye una situación que compromete el cuidado de la mujer: *la red todavía no sabe trabajar muy bien con la violencia. Pienso que ella está un poco desarticulada todavía. Las cosas se pierden mucho: lo que es una función de cada uno, lo que es función del otro, los flujos. Es bien difícil de organizar y lo que sucede es que por eso, todo el mundo queda perdido, nadie sabe para donde remitir. (C-3)*

Considerando las categorías que integran las condiciones causales, se percibe que los profesionales atribuyen la desigualdad de género, la dificultad económica y la realidad de las drogas a la construcción de la violencia a la calidad de cónyuge, así como al silencio de la mujer y a la permanencia en la relación con el compañero. Además, se apuntó la falta de preparación por parte de los profesionales entrevistados para la atención a la mujer en situación de violencia conyugal, inclusive la necesidad de articulación intersectorial.

Condiciones intervinientes

Son consideradas condiciones intervinientes, eventos, situaciones o acontecimientos que alteraron el impacto de las condiciones causales del fenómeno, de forma a facilitar, dificultar o restringir las estrategias de acción/interacción en un contexto específico⁽¹⁴⁾.

Las condiciones intervinientes surgieron de la integración entre tres categorías, que son:

Refiriendo sobre interacción y acción en el ámbito de la ESF

Las acciones e interacciones de los profesionales pueden ser un agente facilitador o dificultador sobre las condiciones causales. Revelando como agente facilitador, el trabajo multiprofesional permitió el intercambio de conocimientos y obtener una perspectiva más amplia acerca de la realidad: *antiguamente yo era sola, no tenía PSF. La asistente social hacía el trabajo de ella, la enfermera hacía el trabajo de ella. Era más individual, no era conjunto. El agente no sentaba juntos a todos los profesionales para discutir. Hoy, el Programa de Salud de la Familia tiene como sentar y discutir como ayudar a aquella paciente. (E-6)*

Pensando que la violencia conyugal no es una acción prioritaria en la ESF

Acciones de prevención y enfrentamiento, de la violencia conyugal, no fueron mencionadas como prioritarias por los profesionales entrevistados. Estos revelan la necesidad de contar con un programa que oriente el reconocimiento del perjuicio y atención a la mujer en situación de violencia; se quejan sobre la disponibilidad de apenas una psicóloga y una asistente social para diversos equipos y unidades, así como del tiempo de consulta y de la rotación de los profesionales, lo que compromete las acciones en la ESF. Esos eventos actúan sobre las condiciones causales dificultando el cambio del contexto: *[...] tienen programas para diabetes, hipertensión, pero no tienen para la violencia [...] dirigir mejor lo que hacer. (TE-8); [...] yo creo en ese modelo de Salud de la Familia, pero yo no creo en las proporciones de un NASF para tantos equipos de Salud de la Familia. [...] es un absurdo. ¿Cómo es que una asistente social va a conseguir alguna cosa y además conseguir hacer promoción? (M-7)*

Despertando para los problemas sociales en la comunidad

Los profesionales perciben que en la comunidad existen otros problemas sociales, además de la violencia conyugal. Esos problemas actúan sobre las condiciones causales y demandan apoyo psicosocial: *necesita de atención psicosocial para las víctimas, que puede ser violencia*

sexual, doméstica, tanto la violencia moral [...] y no son solamente las mujeres: hay la violencia contra el anciano, el niño. (E-13); Infelizmente, tenemos personas aquí que perdieron un hijo a través de la violencia [...] para las drogas; personas que precisan de psicoterapia. (M-7)

En la perspectiva de los entrevistados, el tráfico de drogas, que compenetra las comunidades de competencia del distrito sanitario estudiado, se configura como un evento que interfiere en las condiciones causales agravando el contexto. Delante de esa realidad, muchos profesionales buscan no ser entrometidos. Sin embargo, la no intervención profesional dificulta el proceso de empoderamiento de la mujer para el enfrentamiento del fenómeno: *no puede el profesional de la salud meterse en la vida de ellas. Es hasta arriesgado [...] vivimos en un área en que hay personal violento, traficantes. Entonces, nadie se mete. (TE-3); [...] el joven hace parte del asunto del tráfico de drogas aquí, que es muy fuerte. Entonces, los propios profesionales tienen miedo de represalias y no notifican. (E-1)*

El estudio mostró que los diversos asuntos sociales que demandan apoyo psicosocial y la no adopción de la violencia conyugal como acción básica prioritaria constituyen situaciones que dificultan las condiciones causales. Sin embargo, la interacción multiprofesional, sobre todo por la interconexión entre los servicios primarios, interfiere de forma positiva. A ese conjunto de eventos denominamos: condiciones intervinientes.

Estrategias

Las estrategias consisten en interacciones o acciones realizadas, o a ser implementadas, percibidas como pertinentes y estratégicas para realizar o responder a un fenómeno⁽¹⁴⁾. Con la finalidad de modificar el contexto, fueron propuestas las siguientes estrategias:

Proponiendo la inclusión de la temática en los currículos

La inclusión de la temática violencia contra la mujer en los currículos de los estudios de graduación, a través de entrenamientos de vivencia y clínicos, fue pensada como acción que favorecería una mejor preparación profesional para el cuidado de la mujer: *yo pienso importante estudiar eso en la formación [...] la parte de vivencia: ir a las unidades, atender en la comunidad, hacer visitas, andar con asistentes sociales, ver como es la comunidad, experimentar la atención junto y dentro de la unidad, pienso que son importantes para saber lo que te está esperando en la realidad [...] para poder lidiar y para identificar porque a veces las personas no dicen nada. (M-3)*

Defendiendo la necesidad de articulación de los servicios

La articulación intersectorial fue mencionada como una estrategia que viabiliza el proceso de enfrentamiento

de la violencia conyugal, siendo ésta una necesidad expresada por los profesionales que actúan en la ESF: *[...] es necesario reforzar un vínculo de esas entidades con la Salud de la Familia [...]. Yo pienso que el camino es ese. [...] si tuviésemos ese vínculo con el órgano responsable por la salud de la mujer, facilitarían bastante. (E-2)*

Organizándose para administrar el cuidado de la mujer

También como estrategia, fue indicada la organización de la unidad de salud para la administración del cuidado de la mujer en situación de violencia. Los profesionales propusieron una mayor divulgación de los servicios en los cuales las mujeres puedan buscar apoyo y presentar el cuadro epidemiológico del perjuicio. Además, se señalaron acciones para prepararlos mejor, lo que se puede hacer por medio de capacitaciones, entrenamientos, discusiones en reuniones, inclusive a través de convenios con la universidad: *yo pienso que en un primer momento ese dato de violencia debería ser expuesto para el equipo: cuanto eso ocurre [...] para que encima de esos datos, podamos trabajar a través de educación permanente trayendo elementos para el equipo, capacitando mejor al equipo para detectar ese tipo de situación. (C-5); Yo pienso que nosotras mismo, teniendo un tiempo de discusión en reuniones mensuales, podemos traer lo que aquí no está funcionando. (M-4); [...] hacer un convenio con el apoyo de las universidades, con el apoyo de las personas que están allí haciendo estudios y perfeccionando. (E-1)*

La inclusión de la temática de la violencia doméstica en los currículos de los cursos de graduación, la articulación intersectorial y la administración de la unidad para el cuidado de la mujer en situación de violencia fueron consideradas estrategias de enfrentamiento de la violencia conyugal.

Delante las estrategias enumeradas, el estudio señala la complejidad contenida en la temática violencia conyugal ya que las dos primeras categorías trascienden el poder local de resolución, requiriendo interacciones y acciones con diferentes segmentos sociales e institucionales, de ámbito local, municipal, estatal y federal, para la sensibilización e implementación de estrategias que garanticen la inclusión temática en los currículos así como la articulación intersectorial.

Consecuencias

Por consecuencias, se entiende el resultado o las expectativas de las estrategias de acción/interacción⁽¹⁴⁾. Así siendo, las consecuencias fueron representadas a partir de la categoría "Promoviendo el cuidado integral de la mujer en el ámbito de la ESF". Las declaraciones, mostradas a continuación, nos permiten visualizar los significados atribuidos por los profesionales a las consecuencias de las estrategias para el proceso de cuidar de las mujeres en

situación de violencia conyugal: [...] *no tener una actitud que al final van a empeorar la situación. [...] aprender cómo actuar en esas situaciones, saber cómo lidiar, como encaminar y saber cómo abordar también.* (E-3); [...] *nosotras debemos conducirla [...] para que no vuelva para la situación de agresión de nuevo.* (TE-1)

Se percibe que si implementadas o intensificadas las estrategias de acción/interacción propuestas por el estudio, los profesionales estarán más preparados para reconocer la violencia conyugal como causa asociada a la demanda de la mujer por el servicio de salud, en cualquier espacio de interacción con la usuaria, sea en las consultas, en las actividades educativas y otros espacios. Estarán también más preparados para atender a la mujer, que requiere que se notifique los casos sospechosos y confirmados, encaminar a las mujeres considerando sus demandas y acompañar los casos. Estar preparados para el reconocimiento del perjuicio y la atención a la mujer pueden empoderarlas para el enfrentamiento de la violencia experimentada en la relación conyugal.

Discusión

Siendo abstracta e interpretativa, la comprensión teórica no se realiza a partir del raciocinio lineal y si por medio de conexiones⁽¹⁴⁾. En este sentido, el fenómeno "Reconociendo la violencia conyugal como problema de salud pública y la necesidad de administrar el cuidado de la mujer" emerge de las conexiones entre las categorías representativas del modelo paradigmático, que expresa el contexto, las condiciones causales, las condiciones intervinientes, las estrategias y las consecuencias que se refieren a lo que está aconteciendo en el escenario del estudio.

Los significados atribuidos por los profesionales a la violencia conyugal revelan comprensión acerca de su complejidad y magnitud. La desigualdad de género, la dependencia económica, el uso de alcohol, drogas por el compañero y/o su participación en el tráfico de drogas, fueron apuntados como eventos relacionados a la ocurrencia de la violencia conyugal y a la permanencia de la mujer en la relación. Como consecuencias fueron mencionadas las implicaciones sobre la salud de la mujer y de los hijos, sobre el SUS y sobre la productividad económica.

Independientemente de la forma como se expresa, la vivencia de la violencia desencadena en las mujeres problemas de salud de orden física, psicológica y comportamental, como: hematomas, quemaduras, daños relacionados a la somatización de la violencia experimentada, como hipertensión, dolores epigástricos, cefalea, aborto, ansiedad, depresión, síndrome del estrés postraumático e intento de suicidio^(10,15-17).

Expuestas a un cotidiano de violencia familiar en la infancia y juventud, los niños presentan dificultades en el

aprendizaje escolar, tendiendo a reproducir la violencia como forma de solucionar los conflictos interpersonales en las relaciones sociales, inclusive en las relaciones conyugales^(10,18). Estos datos corroboran los significados atribuidos por los entrevistados en lo que se refiere a las implicaciones de la violencia conyugal sobre la vida de los hijos.

Con respecto a las implicaciones para la productividad económica revelada por el estudio, es importante destacar que el sufrimiento físico y/o mental compromete el desarrollo social y productivo de las mujeres, estando asociado al ausentismo y al impacto en las condiciones de trabajo de la mujer⁽⁴⁾, con impactos sobre el PIB⁽⁶⁾, lo que corrobora el entendimiento del fenómeno como un problema de salud pública.

A pesar de que demuestran conocimiento teórico acerca de la temática, el estudio revela la dificultad de algunos profesionales de identificar la violencia conyugal como causa asociada a la búsqueda de la mujer por el servicio de salud. También, se reveló la falta de preparación para realizar la atención, inclusive en lo que se refiere a las notificaciones y remisiones.

Muchas veces, los profesionales de la salud no se sienten preparados para lidiar con los sentimientos que surgen durante el abordaje a la mujer que se encuentra en un contexto de violencia doméstica, reflejado en la ambigüedad de negar la situación y el deber de ayudar a la mujer. Algunos estudios revelan que muchos profesionales declaran no conocer los servicios, los flujos, y no se articulan con ellos, situación que compromete las remisiones. Esas situaciones sugieren la falta de preparación profesional y vienen siendo mencionados en diversos estudios, siendo la ausencia de la temática en los estudios de graduación uno de los motivos apuntados^(10,19-20).

Es importante que los profesionales estén preparados para el reconocimiento de señales y síntomas relacionados a la vivencia de la violencia, así como deben ejercitar el escuchar sensible con la finalidad de identificar los anhelos de la mujer. Son las demandas de las mujeres las que orientarán la conducta profesional, la cual debe primar por una asistencia basada en los preceptos constitucionales de la integralidad para que la mujer sea contemplada en diversos campos de necesidades. Para eso, son esenciales las articulaciones intersectoriales. Esto porque el cuidado de la mujer requiere el conocimiento sobre servicios de salud y también aquellos vinculados a la esfera jurídica, policial, social, psicológica y además de las redes de apoyo informales⁽²⁰⁾.

Delante de lo expuesto y considerando el papel de la ESF en la promoción a la salud, algunas investigaciones señalan la necesidad de ofrecer capacitación a los profesionales y desarrollar acciones específicas para la prevención de perjuicios causado

por la violencia^(10,21). La necesidad de organización de la unidad de salud para la administración del cuidado de la mujer en situación de violencia fue mencionada por los profesionales entrevistados como siendo una estrategia de enfrentamiento del fenómeno, lo que incluye la divulgación de los servicios y la articulación intersectorial y la capacitación de los profesionales para el reconocimiento y atención a la mujer que se encuentra en un contexto de violencia conyugal. Los convenios con la universidad y la inclusión de la temática de la violencia contra la mujer en los currículos de los estudios de graduación también fueron referidos como estratégica.

La inclusión de la temática en los currículos de graduación, a través de prácticas de vivencia y de clínica, fue sugerida como estrategia para superación de ese contexto. Infelizmente, todavía es limitada la preocupación de los órganos formadores con la inserción del tema de la violencia intrafamiliar en los currículos de los cursos de enfermería y medicina, siendo encontrada en los programas de 16% de las disciplinas de enfermería y 23% en los cursos de medicina⁽²²⁾. Vale destacar que la Ley María de la Penha preconiza la inclusión de contenidos sobre género y violencia doméstica y familiar contra la mujer en los currículos escolares de todos los niveles de enseñanza⁽¹⁾.

Entender la complejidad en torno de la violencia conyugal favorece el reconocimiento del perjuicio y permite ampliar la perspectiva de la violencia como objeto de la salud, incitando la incorporación de actitudes, creencias y prácticas que trascienden el cuidado puramente técnico^(21,23). Una práctica que viene siendo incorporada en el municipio se refiere a la experiencia de interacción multiprofesional entre profesionales del equipo mínimo y del NASF. Enfermeros y médicos entrevistados declararon que delante las situaciones de violencia conyugal encaminan a las mujeres para espacios donde pueden recibir apoyo psicosocial en el NASF y que la planificación de servicios utilizando una estructura de base matricial favorece una abordaje más amplio. El NASF está compuesto por profesionales de diferentes áreas del conocimiento y su actuación viene reduciendo la peregrinación de las mujeres en la busca de soporte para el enfrentamiento de la violencia^(12,24).

Sin embargo, los entrevistados se quejan del reducido número de profesionales psicólogos y asistentes sociales que existen para atender la demanda de la comunidad, cuyos problemas sociales no se limitan a la violencia contra la mujer. Esa situación nos lleva a cuestionar la responsabilidad de la Atención Primaria de la Salud, puerta de entrada del usuario, en el acompañamiento de la mujer en los niveles de atención necesarios para que ésta tenga su demanda atendida. Ese contexto nos preocupa, ya

que la no intervención profesional dificulta el proceso de empoderamiento de la mujer para el enfrentamiento del fenómeno y viola las premisas del SUS, sobre todo en lo que se refiere a la promoción de la salud y la prevención de perjuicios en el ámbito de la ESF⁽²⁴⁾.

Considerando la responsabilidad por la salud de las personas dentro de su territorio, lo que engloba la búsqueda por respuestas independientes del nivel de complejidad, la atención primaria debe buscar tácticas para garantizar el cuidado de la mujer en situación de violencia conyugal, respetando así el principio de equidad.

Las políticas públicas necesitan estar en conformidad con ese principio constitucional en el sentido de considerar las singularidades y especificidades del modo de vivir de esas mujeres, de enfermarse y de tener sus demandas atendidas. Es preciso dar visibilidad a la discriminación de género, muchas veces de raza y clase social, a que las mujeres en situación de violencia conyugal han sido históricamente sometidas. La Política Nacional de Enfrentamiento de la Violencia contra las Mujeres defiende la necesidad de tener políticas para el empoderamiento de las mujeres, la prevención y enfrentamiento de las discriminaciones de género y de la violencia contra las mujeres⁽²⁵⁾.

Conclusión

El fenómeno "Reconociendo la violencia conyugal como problema de salud pública y la necesidad de administrar el cuidado de la mujer", aprendido a partir de los significados atribuidos por los profesionales que actúan en la ESF, nos permite comprender el movimiento de acción e interacción acerca del cuidado a la mujer en situación de violencia conyugal.

A pesar de que los profesionales entrevistados demuestran entender la violencia conyugal como perjuicio a la salud pública, el contexto que surgió señala la poca visibilidad de la violencia conyugal en el ámbito de la ESF y la escasa referencia de los casos identificados para atención psicosocial por la NASF. Es esencial una formación con la perspectiva de la violencia doméstica como objeto de salud, sea por el contacto en el espacio asistencial, sea por el vínculo en la ESF. En especial para la enfermería, se llama la atención para el hecho de que el enfermero integra el equipo mínimo de la ESF y viene ocupando los cargos de administración de la unidad de salud.

El abordaje de la temática en la formación profesional y los espacios de capacitación en los servicios permitirán una mejor preparación profesional para el cuidado de la mujer. Es por esto que la necesidad de administrar las unidades de salud, requiere la preparación de los profesionales para el reconocimiento del perjuicio y para la articulación

intersectorial para la realización de encaminamientos. Se piensa que la administración del servicio para el cuidado de la mujer en situación de violencia conyugal aumentaría las chances de la identificación de este perjuicio y las posibilidades de la mujer ser ayudada, contribuyendo para el fortalecimiento del SUS.

Referencias

1. Lei Maria da Penha (BR). Lei n. 11.340/2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Presidência da República; 2006.
2. Meyer DE. Teoria e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev Bras Enferm.* 2008;57(1):13-8.
3. Oliveira KL, Gomes R. Homens e violência conjugal: uma análise de estudos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(5):2401-13.
4. Miranda MPM, Paula CS, Bordin IA. Life-long domestic violence against women: prevalence and immediate impact on health, work, and family. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;27(4):300-8.
5. Junior PCA, Moraes CL. The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). *Ciênc Saude Coletiva.* 2010;15:2983-95.
6. Superintendência de Política para Mulheres (SPM) (BR). Violência contra a mulher custa 10% do PIB brasileiro [Internet]. [acesso 31 out 2012]. Disponível em: http://www.spm.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=405&Itemid=2.
7. Vieira EM, Perdoni GSC, Santos MA. Fatores associados a violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviço de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(4):730-7.
8. Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti, MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface.* 2009;13(28):165-74.
9. Gomes NP, Diniz NMF, Silva CC Filho, Santos JNB. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Rev Enferm UERJ.* 2009;17(1):14-7.
10. Gomes NP. Trilhando caminhos para o enfrentamento da violência conjugal [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2009.
11. Ferraz MIR, Lacerda MR, Labronici LM, Maftum MA, Raimondo ML. O Cuidado De Enfermagem a Vítimas de Violência Doméstica. *Cogitare Enferm.* 2009;14(4): 5-17.
12. Superintendência de Políticas para Mulheres (SPM) (BR). Balanço semestral do ligue 180 (janeiro à junho/2012). Brasília: Presidência da República; Secretaria de Políticas para Mulheres; 2012.
13. Strauss A, Corbon J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008. 288 p.
14. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009. 272 p.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de políticas para as mulheres. Balanço central de atendimento à Mulher [Internet]. 2010. [acesso 1 dez 2011]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://www.sepm.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2010/10/balanco-da-central-de-atendimento-a-mulher.
16. Taft CT, Resick PA, Watkins LE, Panuzio J. An investigation of posttraumatic stress disorder and depressive symptomatology among female victims of interpersonal trauma. *J Familiar Violence.* 2009;24:407-15.
17. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. The violence of gender and health-disease process of women. *Esc Anna Nery.* 2009;13(3):625-31.
18. Gomes NP, Diniz NMF. Experiencing familiar violence: men who commit violence against their mates. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(2):176-9.
19. Tomaz SNM, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violencia física contra la mujer en la perspectiva de profesionales de la salud. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(6):1053-9.
20. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Domestically abused Brazilian women's perceptions about support and received support in its social context. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19:417-24.
21. Minayo MCS, Souza ER. Is it possible to prevent violence? Reflections in public health area. *Ciênc Saúde Coletiva.* 1999;4(1):7-32.
22. Souza ER, Penna LHG, Ferreira AL, Tavares CMM, Santos NC. O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina. *Rev Enferm UERJ.* 2008;16(1):13-9.
23. Carneiro AA, Fraga CK. Maria da Penha's Law and the legal protection to women who are victims in the city of São Borja (Rio Grande do Sul): from reported violence to violence silenced. *Serv Social Soc.* 2012;(110):369-97.
24. Andrade CJM, Fonseca RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(3):591-5.
25. Superintendência de Políticas para as Mulheres (SPM) (BR). Política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.

Recibido: 14.12.2012

Aceptado: 31.10.2013