

## Asistencia brindada por profesionales de la salud a mujeres en situación de violencia: estudio de representaciones sociales

*Assistência de profissionais de saúde a mulheres em situação de violência: estudo de representações sociais*  
*Assistance provided by health professionals to women in situations of violence: a social representations study*

Jéssica dos Santos Simões<sup>I</sup>; Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira<sup>I</sup>; Cleuma Sueli Santos Suto<sup>II</sup>; Alba Benemérita Alves Vilela<sup>III</sup>; Juliana Costa Machado<sup>III</sup>; Vanda Palmarella Rodrigues<sup>III</sup>

<sup>I</sup>Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, BA, Brasil. <sup>II</sup>Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, BA, Brasil;

<sup>III</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA, Brasil

### RESUMEN

**Objetivo:** comprender el contenido de las representaciones sociales de los profesionales sanitarios de urgencias sobre la asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica y discutir la práctica de atención a la salud de las mujeres en situación de violencia doméstica. **Método:** estudio cualitativo, guiado por el enfoque procedimental de la Teoría de las Representaciones Sociales, realizado con 40 profesionales del servicio de urgencias de un hospital público, entre enero y mayo de 2023, previa aprobación del comité de ética. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y el procesamiento de datos por medio del *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** las prácticas asistenciales de los profesionales se basan en el tratamiento de lesiones, derivaciones y denuncias de violencia e indican la necesidad de orientación sobre los servicios disponibles en la red de atención del municipio. **Consideraciones finales:** es evidente que los profesionales anclan sus representaciones sociales sobre la atención a las mujeres en situación de violencia doméstica en elementos cotidianos y en prácticas normativas e institucionales.

**Descriptor:** Personal de Salud; Atención Hospitalaria; Mujeres; Violencia Doméstica.

### RESUMO

**Objetivo:** compreender os conteúdos das representações sociais de profissionais de saúde da urgência e emergência sobre a assistência às mulheres em situação de violência doméstica e discutir a prática assistencial de saúde à mulher em situação de violência doméstica. **Método:** estudo qualitativo, orientado pela abordagem processual da Teoria das Representações Sociais, realizado com 40 profissionais do setor de urgência e emergência de um hospital público, entre janeiro e maio de 2023, após aprovação do comitê de ética. Dados coletados por entrevista semiestruturada e processados no *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** as práticas assistenciais dos profissionais são pautadas no tratamento das lesões, nos encaminhamentos e na notificação da violência e apontam a necessidade de orientação sobre os serviços disponíveis na rede de assistência no município. **Considerações finais:** evidencia-se que os profissionais ancoram suas representações sociais sobre a assistência a mulher em situação de violência doméstica em elementos do cotidiano e em práticas normativas e institucionais.

**Descritores:** Pessoal de Saúde; Assistência Hospitalar; Mulheres; Violência Doméstica.

### ABSTRACT

**Objective:** to understand the contents included in the social representations of Urgency and Emergency health professionals about the assistance provided to women in situations of domestic violence and to discuss the health care practices for women in such situations. **Method:** a qualitative study, guided by the procedural approach proposed by the Theory of Social Representations and conducted between January and May 2023 with 40 professionals from the Urgency and Emergency sector of a public hospital, after due approval from an ethics committee. The data were collected by means of semi-structured interviews and processed in IRAMUTEQ. **Results:** health professionals' care practices are based on treating injuries, in referring patients and in notifying violence, and point to the need for guidance regarding the services that are available in the municipal care network. **Final considerations:** it is evidenced that the professionals ground their social representations about the assistance provided to women in situations of domestic violence on everyday elements and on normative and institutional practices.

**Descriptors:** Health Personnel; Hospital Care; Women; Domestic Violence.

## INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica comprende diversas acciones violentas motivadas por desigualdades de género y abarca múltiples formas, como la física, psicológica, sexual, moral y patrimonial, ejercida por alguien que tenga relación de parentesco o de convivencia con la mujer, independientemente de la cohabitación<sup>1</sup>. Las repercusiones de esta violencia pueden comprometer seriamente la integridad física de las mujeres, y se evidencian en lesiones faciales, torácicas, medulares y traumatismos craneoencefálicos, que muchas veces requieren atención hospitalaria de urgencia<sup>2</sup>.

Autor de correspondencia: Jessica dos Santos Simões. Correo electrónico: [jssimoes@uesc.br](mailto:jssimoes@uesc.br)  
Editora en Jefe: Cristiane Helena Gallasch; Editor asociado: Antonio Marcos Tosoli Gomes

La violencia de género es un tema de marcada vigencia en la agenda de políticas públicas, una problemática que puede tener repercusiones en la salud de las mujeres y sus familias, que puede ser reversible o irreversible, que está presente en las sociedades, en diferentes clases sociales, y que también puede incluir la negligencia<sup>3</sup>.

Históricamente, al hombre se le ha asignado la toma de decisiones relativas a la familia. De esta manera, los roles socialmente construidos e influenciados por la cultura y la religión traen la concepción de que el hombre mantiene el poder sobre la mujer, con derecho a dominarla, oprimirla y agredirla de diversas maneras<sup>4</sup>.

Con el objetivo de contribuir al enfrentamiento de esta problemática, se creó en Brasil la Ley nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conocida como Ley Maria da Penha, considerada un marco jurídico importante para prevenir y combatir la violencia doméstica. Con base en esta ley se crearon mecanismos legales para prevenir actos de violencia doméstica contra las mujeres en Brasil<sup>1</sup>.

Al buscar atención por lesiones resultantes de violencia, las mujeres pueden no revelar a los profesionales que la agresión es la causa de su estado de salud<sup>5</sup>, lo que significa que el equipo multidisciplinario debe estar alerta para identificar una situación de violencia doméstica, además de realizar derivaciones para que la mujer reciba asistencia acorde a sus necesidades. El hospital, especialmente el servicio de urgencias, se caracteriza por una rutina intensa y una alta demanda de pacientes, por lo que los profesionales que allí trabajan se ven sometidos a una rutina de trabajo agotadora<sup>6</sup>.

Además, la violencia doméstica contra la mujer se sustenta en procesos simbólicos y sociocognitivos que influyen en cómo se percibe este fenómeno en la sociedad. Las representaciones culturales suelen asociar a las mujeres con la fragilidad, la sumisión y la dependencia, mientras que asignan a los hombres una posición de autoridad y control. Estos procesos pueden contribuir a la aceptación de la violencia, haciéndola invisible o tolerable en diferentes contextos, incluidas las instituciones. En el ámbito de la salud, estas representaciones sociales pueden afectar la forma como los profesionales reconocen, acogen y derivan a las mujeres, por lo que se destaca la necesidad de revisar los imaginarios que culpabilizan a las mujeres y minimizan la gravedad de las agresiones<sup>2</sup>.

La asistencia brindada por los profesionales de la salud a las mujeres en situación de violencia doméstica está influenciada por factores relativos no solo a su rutina de trabajo, sino también a sus creencias, valores y tradiciones sociales<sup>7</sup>, asociados al conocimiento científico adquirido durante su vida profesional. En este contexto, la inquietud de este estudio se basó en la pregunta orientadora “¿Cómo los profesionales de la salud representan la asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica?”.

De esta forma, se buscó comprender el contenido de las representaciones sociales de los profesionales de salud de urgencias y emergencias sobre la asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica y discutir la práctica de atención a la salud de las mujeres en situación de violencia doméstica.

## MARCO TEÓRICO

En este estudio se optó por la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS), propuesta por Serge Moscovici, como referencia orientadora, por entender que posibilita una apropiación del objeto de estudio, con el objetivo de comprenderlo mejor. Para Moscovici, la complejidad de la noción de representación social es fácil de entender, pero no así su concepto. Moscovici siempre se ha mostrado reacio a exponer un significado preciso de las representaciones sociales porque consideraba que un intento de definición podría resultar en la reducción de su alcance conceptual<sup>8</sup>.

A partir del conocimiento compartido por los profesionales de la salud y sus prácticas de cuidado, es posible determinar cómo el sentido común y las experiencias se asocian al conocimiento científico y forman representaciones sobre la atención a las mujeres en situación de violencia doméstica.

Entre los enfoques de la TRS, se eligió el enfoque procedimental para fundamentar este estudio, dado que permite comprender los procesos dinámicos a través de los cuales se construyen las representaciones sociales, transformadas y compartidas por los sujetos en sus contextos sociales y profesionales<sup>9</sup>.

## MÉTODO

Estudio descriptivo y exploratorio, de carácter cualitativo, basado en la TRS, con enfoque procedimental, que siguió los lineamientos del *Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). El enfoque permitió comprender cómo los profesionales de la salud representan la asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica, al integrar elementos subjetivos y normativos. Este enfoque considera las representaciones sociales como el estudio de los procesos mediante los cuales los individuos representan al mundo<sup>8,9</sup>.

El estudio se realizó en un hospital público regional de media y alta complejidad, ubicado en el sur de Bahía, Brasil. Los participantes fueron 40 profesionales sanitarios del sector urgencias, seleccionados por conveniencia. Los criterios de inclusión consideraron profesionales con vínculo laboral efectivo o contractual y experiencia previa en atención a

mujeres en situación de violencia doméstica. Se excluyeron los profesionales que se encontraban ausentes por licencia o vacaciones durante el período de recolección de datos.

La recolección de datos fue realizada por la primera autora, estudiante de Maestría en Ciencias de la Salud, y por la segunda autora, estudiante de Maestría en Enfermería, ambas con experiencia previa en investigación cualitativa. La investigadora a cargo no tenía ninguna relación previa con los participantes y fue presentada a ellos cuando fueron abordados en el hospital. Todas las explicaciones sobre los objetivos, relevancia y metodología del estudio fueron brindadas con antelación, a fin de asegurar una relación de confianza. El resto del equipo de investigación, formado por doctoras en el área de enfermería, participó en la planificación, análisis y discusión de los resultados.

Los datos fueron recolectados de forma presencial, entre enero y mayo de 2023, mediante entrevistas semiestructuradas realizadas individualmente en un lugar privado del hospital. Además, se aplicó un cuestionario sociodemográfico para caracterizar el perfil de los participantes. La investigadora se presentaba en el primer momento de contacto con los profesionales, explicaba los objetivos de la investigación e informaba que la participación sería voluntaria, garantizándose así la confidencialidad y el anonimato. Todos los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado.

Las entrevistas siguieron un guion estructurado con preguntas abiertas que exploraron conceptos, conocimientos y prácticas de cuidado relacionadas con la violencia doméstica. Todas las entrevistas fueron grabadas y tuvieron una duración promedio de diez minutos. La saturación de datos se alcanzó en la entrevista número 35, sin embargo, se realizaron cinco entrevistas más para confirmar la saturación de los hallazgos.

El procesamiento de datos se llevó a cabo por el *software* IRAMUTEQ® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que se halla anclado en el *software* R y permite diferentes análisis estadísticos sobre el corpus textual, tablas, individuos y palabras<sup>10</sup>.

En el presente estudio, se utilizó el método de la Clasificación Jerárquica Descendente (CJD) o método de Reinert para el procesamiento de los datos, puesto que permite la agrupación de palabras estadísticamente significativas y el análisis cualitativo de los datos. Este método permite obtener Segmentos de Texto (ST) que se agrupan en diferentes clases en función de su similitud entre sí. La asociación de los ST con cada clase se establece mediante la prueba de chi-cuadrado, en la cual, cuanto más bajos son los valores, menor es la asociación<sup>10</sup>.

Después del procesamiento, el *software* ilustra el análisis de los datos en un dendrograma CJD, que organiza las asociaciones entre clases y muestra sus ST más característicos<sup>10</sup>. El *corpus* fue procesado por el *software* en 58 segundos, tras lo cual se analizaron los resultados, con interpretación y discusión de los hallazgos sobre la base de la TRS.

El protocolo de investigación cumplió con las Resoluciones 466/2012 y 510/2016 del Consejo Nacional de Salud, además de ser aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Los participantes del estudio fueron informados sobre el contenido de la investigación y sus objetivos, así como de su participación voluntaria y garantía de confidencialidad y anonimato mediante la lectura y firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado. Para asegurar el anonimato, las declaraciones de los profesionales fueron identificadas con la palabra Participante seguida de un número del 1 al 40 referente al orden de las entrevistas y la categoría profesional.

## RESULTADOS

En los estudios de representaciones sociales, conocer el grupo al que se pertenece es fundamental. Así, participaron en el estudio 40 profesionales de la salud, de los cuales 29 eran mujeres y 11 hombres; el rango de edad varió entre 22 y 70 años y 26 se declararon de piel morena. Respecto a la religión, 30 participantes se declararon católicos, nueve protestantes y uno informó no tener religión. Respecto al estado civil, 24 estaban casados/en unión estable, 10 eran solteros y seis estaban divorciados.

En cuanto a la categoría profesional, 15 eran enfermeros, 11 técnicos de enfermería, nueve médicos, tres fisioterapeutas y dos trabajadores sociales. Entre los participantes, 26 profesionales reportaron tener una especialización, 13 no contaban con título de posgrado y un participante reportó tener un doctorado. Respecto al tiempo de formación, 27 profesionales tenían entre 5 y 10 años de formación. Sólo un participante informó haber realizado un curso de capacitación para asistir a mujeres en situaciones de violencia doméstica.

Del análisis léxico del procesamiento de datos se obtuvieron 279 ST. De estos se analizaron 227, representando así un aprovechamiento del 81,36% del material sometido a análisis. Así, el *corpus* presentó 1556 formas, con 9756 ocurrencias y la lematización de palabras obtuvo un total de 1026 con 934 formas activas y siete suplementarias. A partir de matrices de cruce de ST y palabras en función de la similitud de sus contenidos, se aplicó el método CJD, obteniéndose de ese modo seis clases divididas en dos ejes temáticos.

La CJD generada, en un primer momento, presentó el *corpus textual* dividido en dos subgrupos, denominados eje A y eje B. En este estudio, nos centraremos en el análisis del eje B formado por las clases 3 y 4 (Figura 1). La división de las respectivas clases se forma por palabras en función de su frecuencia, así como la indicación del grado de significación de las palabras que tienen mayor afinidad con la clase.

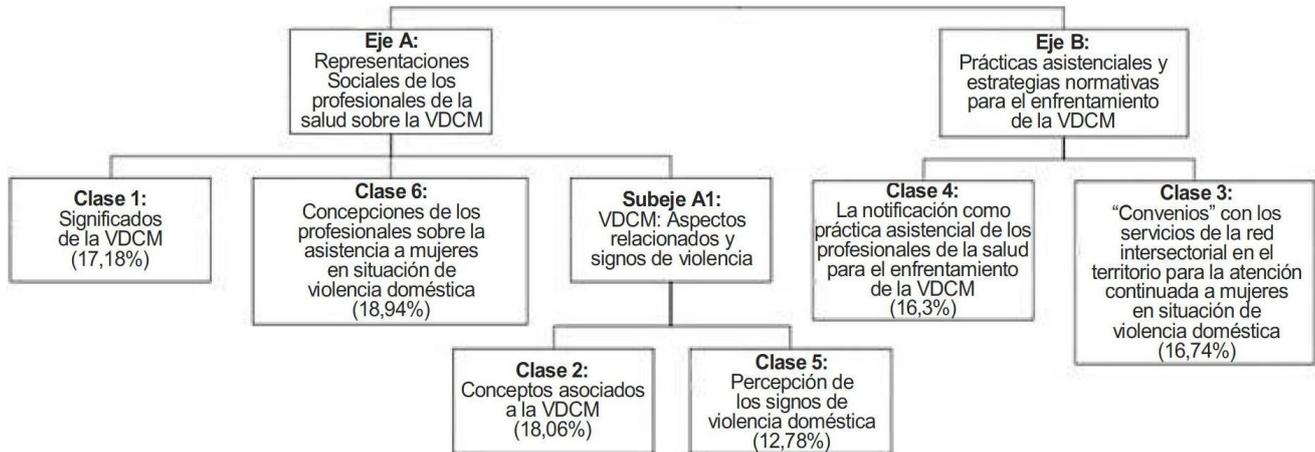


Figura 1: Distribución de clases temáticas en ejes según la Clasificación Jerarquía Descendiente. Itabuna, BA, Brasil, 2023.

El eje B permitió comprender las prácticas de asistencia y las estrategias normativas para el enfrentamiento de la violencia doméstica contra las mujeres, a partir de los elementos que componen la clase 3 ("Convenio" con servicios de la red intersectorial del territorio para la atención continuada a mujeres en situación de violencia doméstica) y la clase 4 (Notificación como práctica asistencial de los profesionales de la salud para el enfrentamiento de la VDCM). Las palabras o términos que componían las clases 3 y 4 y que fueron analizadas presentaron Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) que varió entre 140,20 y 20,91.

### Eje B: Prácticas asistenciales y estrategias normativas para el enfrentamiento de la violencia doméstica contra las mujeres

Los contenidos reunidos en el eje B presentan la elaboración de un pensamiento relacionado a la dimensión práctica de las representaciones sociales de los profesionales de la salud acerca de la asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica, por lo que aportan elementos del pensamiento práctico de los profesionales a través de sus conductas, actitudes y estándares establecidos por el servicio.

El análisis del eje mostró que los profesionales de la salud, al atender a mujeres en situación de violencia doméstica en el sector de emergencia, desempeñan un papel importante en el enfrentamiento y prevención de la VDCM, ya que brindan orientación y referencias para que la mujer se sienta acogida en este primer momento y fortalecida para buscar ayuda ante las consecuencias de la situación de violencia vivida.

#### Clase 3: "Convenio" con servicios de la red intersectorial del territorio para la atención continuada a mujeres en situación de violencia doméstica

Del análisis de la clase 3, las palabras más significativas fueron: convenio ( $\chi^2=140,2$ ), servicio ( $\chi^2=120,5$ ), derivar ( $\chi^2=96,59$ ), poseer ( $\chi^2=90,72$ ), comisaría de la mujer ( $\chi^2=90,72$ ), hospital ( $\chi^2=44,44$ ), saber ( $\chi^2=33,93$ ), lugar ( $\chi^2=33,41$ ) y CERPAT ( $\chi^2=30,65$ ), entre otras.

Estos elementos indican que ante situaciones de violencia, los profesionales que actúan en la unidad buscan, además de tratar las lesiones derivadas de la violencia, encaminar a la mujer a otros servicios de la red intersectorial, lo que se puede evidenciar en los siguientes relatos:

*Yo remito a la víctima a la Comisaría de la Mujer si quiere hacer la denuncia, está la Casa de Acolhimento à Mulher y el CRAM [Centro de Referência de Atendimento à Mulher] que está en el centro de la ciudad, el hospital no tiene convenio, pero el servicio social remite a las mujeres que así lo prefieran a los servicios de protección, aquí no podemos hacer mucho, somos un hospital, cuando hay lesiones las tratamos. (Participante 10, Trabajador Social; Puntuación: 629,94)*

*Dependiendo de la demanda de la víctima puedo derivarlas a la Comisaría de la Mujer si quieren hacer la denuncia, al CRAM [Centro de Referência de Atendimento à Mulher], también está el CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social], siempre las derivamos a la Casa de Acolhimento à Mulher aquí en la ciudad, en casos de violencia sexual está el CERPAT [Centro de Referência em Prevenção, Assistência e Tratamento]. El municipio cuenta con otros servicios como el Centro de Referência em Saúde da Mulher, además de convenios con servicios de asistencia social. Todos estos servicios de la red están coordinados para recibir a las víctimas de violencia. El profesional que brindó la atención solo debe derivarlas. Aquí curamos las heridas y si es necesario dispongo la intervención quirúrgica. (Participante 13, Enfermera; Puntuación: 549,96)*

*Yo aplico vendajes cuando es necesario, siempre aconsejo a la víctima que vaya a la Comisaría de la Mujer si quiere denunciar, conozco la Patrulla Maria da Penha de la policía militar que trabaja muy bien en el seguimiento de las víctimas aquí en la ciudad, cuando la violencia es muy clara, llamamos a la policía militar, no hay mucho que hacer acá en el hospital (Participante 16, Técnico de Enfermería; Puntuación: 655,46)*

*Yo siempre derivó a la a la Comisaría de la Mujer, al CERPAT [Centro de Referência em Prevenção, Assistência e Tratamento] en casos de violencia sexual, nuestra ciudad debería facilitarle a las víctimas de violencia el acceso a la asistencia psicológica, suelo remitir a las personas a la unidad básica del barrio de la víctima para que la enfermera las derive a los servicios de psicología, creo que el único convenio que tiene el hospital es con el CERPAT para remitir a las víctimas de violencia sexual. (Participante 18, Enfermero; Puntuación: 549,96)*

Se puede observar, en las declaraciones de algunos profesionales, la necesidad de orientación por parte del servicio sobre los lugares de la red que prestan asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica.

*Yo creo que el hospital tiene convenios, no sé con cuales servicios, pero creo que el convenio existe y el servicio social que remite, los coordinadores, deberían orientar a todo el equipo sobre esos servicios. (Participante 27, Técnico de Enfermería; Puntuación: 637,15)*

*No conozco ningún servicio para derivar a víctimas de violencia doméstica, ni sé si el hospital tiene convenio con servicios de asistencia a víctimas, pero si no lo tiene, debería empezar a establecer esos convenios y brindar orientación para que el profesional pueda derivar a las víctimas de forma más segura. (Participante 31, Médico; Puntuación: 556,49)*

#### **Clase 4 - Notificación como práctica asistencial de los profesionales de la salud en el enfrentamiento de la VDCM**

La clase 4 estuvo conformada por las expresiones principales: formulario de notificación ( $x^2=84,33$ ), saber ( $x^2=71,66$ ), notificar ( $x^2=36,37$ ), hospital ( $x^2=33,34$ ), centro de vigilancia hospitalaria ( $x^2=26,25$ ), completar ( $x^2=25,51$ ) y técnicos de enfermería ( $x^2=20,91$ ), entre otras.

Los hallazgos del estudio en esta clase muestran que las prácticas de cuidado de los profesionales de la salud jugaron un papel importante en la identificación y combate a la VDCM, al completar el formulario de notificación, como se puede observar en los informes:

*El formulario de notificación es importante para brindar información y terminar con la violencia contra la mujer. Aprendí sobre el formulario durante una pasantía y siempre le digo al enfermero que lo llene cuando sé que la mujer es víctima de violencia. Es una de mis primeras acciones. (Participante 7, Técnico de Enfermería; Puntuación: 421,92)*

*Aquí denunciamos los casos de violencia doméstica, yo no tengo mucho acceso a los registros aquí en el hospital, usualmente quien realiza la denuncia es el personal del Centro de Vigilancia Hospitalaria, yo sé que hoy en día cualquier profesional puede denunciar, pero yo soy técnica de enfermería, cuando tengo conocimiento de un caso le digo a mi enfermera que lo denuncie o que informe a la vigilancia del hospital, sé que denunciar es una forma de ayudar a combatir la violencia. (Participante 12, Técnico de Enfermería; Puntuación: 288,48)*

*Conozco el formulario de notificación obligatoria para denunciar violencia doméstica, siempre lo lleno cuando sé que la mujer ha sido víctima de violencia, sé que es una herramienta importante para combatir la violencia. Aquí en el hospital, la tarea de llenar el formulario es responsabilidad del equipo multidisciplinario, y puede ser completado por el enfermero, el médico, el trabajador social, el técnico de enfermería o miembros del Centro de Vigilancia Hospitalaria. (Participante 13, Enfermero; Puntuación: 370,31)*

*Aquí siempre denunciamos, es una de las primeras cosas que hacemos cuando nos damos cuenta de que se trata de un caso de violencia, es una forma de ayudar a la víctima a garantizar sus derechos. El hospital siempre realiza investigaciones y siempre le notificamos. En las reuniones de Estado, nuestro hospital es elogiado como una de las unidades que más reporta violencia doméstica. Aquí la mayoría de las veces quien reporta es el Centro de Vigilancia Hospitalaria, pero cualquier profesional puede reportar, la unidad de urgencias identifica el caso y lo pasa a vigilancia hospitalaria. (Participante 29, Enfermera; Puntuación: 291,04)*

Sin embargo, a pesar de ser una obligación ética y legal del profesional de salud, algunos participantes relataron no conocer el formulario de notificación o tener dudas relacionadas con el profesional que debe llenar el formulario en la unidad hospitalaria, como se observa en las declaraciones:

*Sé que hay un formulario de notificación obligatoria para casos de violencia doméstica, nunca me he puesto a leerlo, ni he recogido el formulario, pero sé que está aquí en el hospital porque hay una enfermera que viene todos los días*

*a preguntar si hay casos de violencia, sé que este formulario es importante, pero esta parte está más orientada a enfermería, creo que solo la enfermera puede llenarlo. (Participante 6, Fisioterapeuta; Puntuación: 316,24)*

*Aquí en el hospital, el único formulario que conozco es el que se usa para liberar medicamentos después de la exposición al VIH [virus de inmunodeficiencia humana]. No me han mostrado el formulario de notificación. No sé si el hospital tiene este formulario. Si es así debería ser responsabilidad del Centro de Vigilancia Hospitalaria. (Participante 12, Técnico de Enfermería; Puntuación: 288,48)*

*No conozco el formulario de notificación, si existe tal formulario aquí en el hospital, nadie me lo ha mostrado nunca, no sé la importancia de ese formulario. (Participante 27, Técnico de Enfermería; Puntuación: 370,78)*

*No conozco el formulario de notificación, desde que trabajo aquí nunca me han hablado de ese formulario, trabajé en otro hospital como técnico de enfermería durante más de 20 años y nunca tuvieron ese formulario tampoco. (Participante 30, Enfermera; Puntuación: 352,90)*

*El formulario de notificación es de suma importancia para combatir y prevenir la violencia, ayuda a proteger a la víctima. Nunca lo he visto aquí, pero sé que es obligatorio en todos los hospitales. No sé quién lo llena, quizás es la enfermera de triaje que recibe a la mujer cuando llega. (Participante 34; Trabajador Social; Puntuación: 299,68)*

De los relatos de los participantes, se observó que los profesionales requieren mayor conocimiento sobre la notificación obligatoria de la VDCM, además, necesitan también sentirse apoyados y concientizarse para así identificar y denunciar situaciones de sospecha o confirmadas de VDCM.

## DISCUSIÓN

Para los participantes de este estudio, los contenidos de las representaciones sociales sobre la asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica se dirigen al tratamiento de lesiones físicas, acciones de derivación a servicios de la red y denuncia de la violencia, lo que demuestra la dimensión práctica de la representación.

La práctica de los profesionales de la salud es importante para identificar posibles casos de violencia doméstica entre las mujeres que buscan atención en el servicio. A pesar de la magnitud de la VDCM, no existen reportes de los profesionales que participaron en este estudio sobre estrategias de prevención de la violencia, refiriendo los mismos apenas a la atención a mujeres que sufrieron algún tipo de agresión<sup>11</sup>.

Este hecho se puede atribuir a la intensa rutina de trabajo de los profesionales que actúan en el sector de urgencias, debido a la sobrepoblación de pacientes en las unidades, falta de infraestructura, como también a situaciones de estrés y dotación insuficiente de profesionales<sup>6</sup>.

Se observa en uno de los relatos que durante la asistencia son atendidas apenas las lesiones físicas ocasionadas por la violencia doméstica, corroborando los hallazgos de otro estudio que relata la atención en urgencia a mujeres que han sufrido violencia como un servicio que debe priorizar el tratamiento de las lesiones con la implementación de cuidados restringidos a la resolución del trauma<sup>12</sup>.

En esta dirección, los participantes, a partir del proceso de trabajo, orientan y derivan a las mujeres en situación de violencia doméstica a los servicios de protección de la red de los que tienen conocimiento. Los profesionales refieren que las intervenciones realizadas durante la atención de urgencia no son suficientes para que las mujeres superen la violencia doméstica, por lo que es necesaria la derivación a otros servicios para continuar la asistencia.

Las concepciones de algunos profesionales sobre la red de atención a la salud de las mujeres en situación de violencia doméstica están relacionadas con la articulación de un amplio conjunto de servicios intersectoriales. Entre estos servicios se encuentran los Departamentos de Salud, las Unidades Básicas, el Departamento de Asistencia Social, la *Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher* (DEAM), el *Centro Especializado de Assistência Social* (CREAS) y las Casas de Apoyo<sup>13</sup>.

De esta forma, la articulación entre los servicios de la red de atención a las mujeres en situación de violencia debe ser mediada por la comunicación y el contacto con los profesionales de forma colectiva, con definiciones institucionales sobre los roles que cada servicio puede desempeñar durante la atención<sup>13</sup>.

En este sentido, un estudio realizado con agentes comunitarios de salud reveló que estos profesionales construyen sus representaciones sobre la violencia doméstica a partir de las formas de violencia, los vínculos afectivos y los contextos sociales y familiares de las mujeres, lo que fortalece su rol en la prevención, identificación y referencia de casos. Estas representaciones sociales orientan la conducta práctica y reflejan la importancia del vínculo entre territorio, recepción y acción intersectorial<sup>14</sup>.

Esta perspectiva resalta que la atención a las mujeres en situación de violencia no debe limitarse a la resolución inmediata de las lesiones físicas, sino que requiere un abordaje integral que tenga en cuenta los significados atribuidos a la violencia, las condiciones sociales involucradas y el acceso a una red de protección efectiva.

Además, es posible observar en los testimonios de los profesionales que algunas derivaciones se realizan en función del deseo de la mujer de denunciar el hecho o buscar ayuda. Un estudio realizado con profesionales de salud de Atención Primaria de Salud (APS) mostró que la asistencia de los profesionales está orientada por la voluntad de la mujer y en las situaciones en que la mujer no desea denunciar o decide retirar la denuncia, los profesionales dan por finalizada su actividad<sup>11</sup>.

Aunque vinculada a la autonomía de las mujeres, esta conducta puede reflejar representaciones sociales que desplazan la violencia a la esfera privada, con debilitamiento de la responsabilidad institucional. Las concepciones tradicionales del poder masculino aun legitiman el comportamiento agresivo, lo que provoca que la violencia doméstica sea tratada como un problema íntimo y no como una violación de derechos<sup>15</sup>.

Es evidente que algunos profesionales no conocen los servicios disponibles en el municipio para la derivación de las mujeres que han sido víctimas de violencia, lo que demuestra la necesidad de capacitar y sensibilizar a todo el equipo multidisciplinario para brindar una asistencia adecuada a las mujeres en situación de violencia, que no limite la atención al tratamiento de lesiones físicas, sin las derivaciones correspondientes a la situación que se presenta<sup>12</sup>.

Por ello, las unidades de salud son fundamentales para la identificación de la VDCM ya que teóricamente brindan asistencia y atención a las mujeres, además de poder identificar y denunciar el hecho antes de que se presenten consecuencias más graves. Incluso con la agitada rutina de los servicios de salud, los profesionales implicados en la asistencia deben estar alerta para reportar casos sospechosos o confirmados de violencia<sup>16</sup>.

Sin embargo, cuando se entiende a la violencia sólo por sus signos físicos, como las lesiones visibles, su detección se vuelve limitada<sup>17</sup>. Las representaciones sociales centradas en la violencia física dificultan el reconocimiento de formas más sutiles, como la violencia psicológica, descuidando señales importantes y retrasando una atención adecuada.

Esta limitación en el reconocimiento de las diferentes formas de violencia refuerza la importancia de la denuncia como instrumento de visibilización y combate. En este contexto, desde 2003, la Ley 10.778 establece la obligatoriedad de notificar los casos de violencia doméstica y reafirma la importancia de llevar los registros de la atención que prestan los profesionales de la salud a las mujeres que acceden a servicios de salud públicos y privados frente a esta compleja problemática<sup>18</sup>. Además, los profesionales de la salud deben denunciar la violencia independientemente del consentimiento de la mujer o de sus familiares<sup>19</sup>.

Al llenar el formulario de notificación/denuncia se recolectan datos que contribuyen a la comprensión de la violencia y al desarrollo de políticas públicas para prevenir y abordar este fenómeno. El presente estudio mostró que los participantes reconocen la notificación como un recurso para proteger y garantizar los derechos de las mujeres que sufren violencia.

Sin embargo, también se observa que algunos profesionales desconocen la VDCM como lesión de notificación obligatoria, ignoran el formulario de notificación, tienen dudas sobre cómo llenarlo o cuál es el profesional encargado de realizar la notificación, lo que contribuye al subregistro de la VDCM. Además, hay que reconocer que el profesional tiene miedo de sufrir represalias por parte del agresor, lo que puede llevar a que no se complete el formulario de notificación<sup>20</sup>.

En vista de ello, el subregistro parece contribuir a la relativa invisibilidad de la VDCM, por lo que es necesario realizar entrenamientos y capacitaciones en los cursos técnicos y carreras de grado, además de actividades de educación continuada en salud para perfeccionar la práctica de los profesionales de la salud<sup>21</sup>.

En este contexto, un estudio realizado en Turquía también analiza la necesidad de formar a los profesionales sanitarios para trabajar con mujeres que han sufrido violencia doméstica y muestra que los profesionales tienen dificultades para denunciar los casos y realizar las derivaciones necesarias<sup>22</sup>.

En Brasil, esta fragilidad también aparece en las representaciones sociales de las propias mujeres, que asocian la asistencia institucional, especialmente la policial, con experiencias de miedo, inseguridad y vergüenza. Estas percepciones exponen fallas estructurales en los servicios, que no siempre se adaptan a sus experiencias o necesidades, lo que indica que es urgente revisar las prácticas y las relaciones en la atención<sup>23</sup>.

Esta realidad también se refleja en las prácticas asistenciales observadas en el presente estudio. A partir de los elementos representativos, se puede percibir que en sus prácticas de atención algunos profesionales ignoran el formulario de notificación y, a pesar de comprender la necesidad de derivar a la mujer a un servicio de protección, también desconocen los servicios disponibles en la red del municipio.

A partir de estas prácticas, es posible comprender cómo ciertas representaciones sociales operan en la organización del cuidado. A la luz de la TRS, las acciones de los profesionales, descritas en este estudio, se apoyan en representaciones que atribuyen sentido y legitimidad al modo como se reconoce y aborda la violencia doméstica contra las mujeres en los servicios de salud.

En este contexto, las representaciones sociales de los profesionales no sólo moldean sus percepciones sobre la violencia doméstica, sino que también influyen directamente en las formas de intervención que adoptan los servicios de salud. El énfasis en la derivación como respuesta principal, la centralización de la asistencia en las manifestaciones físicas de la violencia y la escasa familiaridad con la notificación obligatoria revelan modos de pensar que naturalizan prácticas fragmentadas y desarticuladas al interior de la red. Este imaginario colectivo refuerza una lógica de acción que, aunque bien intencionada, tiende a minimizar la complejidad del fenómeno y a invisibilizar otras dimensiones de la violencia, como la psicológica, la emocional y la institucional.

### Limitaciones del estudio

La intensa e impredecible rutina del servicio de urgencias, marcada por alta demanda y sobrecarga de trabajo, limitó la disponibilidad de profesionales para participar en la investigación, lo que puede influir en un potencial sesgo de selección.

### CONSIDERACIONES FINALES

Los profesionales anclan sus representaciones sociales sobre la asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica en elementos cotidianos y en prácticas normativas e institucionales. En el contexto del estudio presentado, las representaciones se hallan influenciadas por valores sociales, experiencias personales y conocimientos profesionales adquiridos a lo largo de sus trayectorias.

Se advierte que los profesionales entienden que la atención que se presta en la unidad hospitalaria no es suficiente para que la mujer supere la situación de violencia que atraviesa y que la misma se halla condicionada por la voluntad de la mujer de continuar con la atención y/o la derivación.

Sin embargo, la falta de conocimientos del equipo sobre la red de servicios y cómo llenar el formulario de notificación genera consecuencias negativas como la falta de notificación de casos de VDCM en la unidad. Con base en el contenido representacional aprendido, se evidencia la necesidad de realizar debates entre el equipo multidisciplinario y capacitación en asistencia a las mujeres que viven situaciones de violencia para mejorar las estrategias de identificación y enfrentamiento de la violencia doméstica contra las mujeres.

### REFERENCIAS

1. Presidência da República (Br). Lei Maria da Penha. Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres. 2006 [cited 2023 Mar 08]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm).
2. Sousa, MR, Cunha, GIM, Sousa, MRS, Silva, Nascimento, IMS, Gonçalves, FR. Traumas in women victims of violence: an analysis in Recife-PE. *Nursing*. 2020 [cited 2023 Mar 08]; 23(269):4703–6. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4703-4710>.
3. Stöckl H, Sardinha L, Maheu-Giroux M, Meyer S, García-Moreno C. Physical, sexual and psychological intimate partner violence and non-partner sexual violence against women and girls: a systematic review protocol for producing global, regional and country estimates. *BMJ Open*. 2021 [cited 2023 Apr 5]; 11(8):e045574. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045574>.
4. Souza TMC, Martins TF. Vivências de policiais de uma DEAM no Sudoeste Goiano. *Fractal: Rev Psicol*. 2021 [cited 2023 Mar 15]; 33(1):21–30. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v33i1/5776>.
5. Teixeira JMS, Paiva SP. Violência contra a mulher e adoecimento mental: percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis*. 2021 [cited 2023 Mar 12]; 31(2):e310214. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310214>.
6. Altenbernd B, Macedo MK. Rigor e sensibilidade: singulares demandas do cuidado em enfermagem no contexto de urgência e emergência. *Psicol Conoc Soc*. 2020 [cited 2023 Mar 12]; 10(1):9–32. DOI: <https://doi.org/10.26864/pcs.v10.n1.1>.
7. Machineski GG. O significado da atenção à mulher vítima de violência doméstica no contexto da atenção primária à saúde. *Saúde Debate*. 2023 [cited 2023 Dec 10]; 47(139):931–40. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313915>.
8. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11ª ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
9. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. p.17–44.
10. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACDMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP*. 2018 [cited 2023 Mar 12]; 52:e03353. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>.
11. Silva CD, Mota MS, Acosta DF, Ribeiro JP. O cuidado às vítimas de violência doméstica: representação social de profissionais da saúde. *Rev Baiana Saúde Públ*. 2020 [cited 2023 Mar 8]; 44(4):160–73. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n4.a2796>.
12. Bakon S, Taylor A, Meyer S, Scott M. The provision of emergency healthcare for women who experience intimate partner violence part 1: an integrative review. *Emerg Nurse*. 2019 [cited 2023 Mar 8]; 27(6):19–25. DOI: <https://doi.org/10.7748/en.2019.e1950>.
13. Aguiar JM, Schraiber LB, Pereira S, Gragli CGV, Kalichmana BD, Reis MS, et al. Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. *Saúde Soc*. 2023 [cited 2023 Dec 10]; 32(1):e220266pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220266pt>.

14. Machado JC, Santos CS, Gomes AMT, Lira MOSC, Rodrigues VP, Vilela ABA. Conceitos e significados da violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde. *Contrib Cienc Soc.* 2023 [cited 2025 Apr 16]; 16(9):13964–81. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.9-008>.
15. Richter TT, Silva TMG. Representações sociais da violência contra mulheres em práticas de cuidado dos profissionais da saúde. *Rev Cesumar Cienc Humanas Sociais Apl.* 2023 [cited 2025 Apr 16]; 25(1):1–15. Available from: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revcesumar/article/view/12148/7570>.
16. Leite FMC, Santos, DF, Ribeiro LA, Tavares FL, Correa ES, Ribeiro LEP, et al. Analysis of cases of interpersonal violence against women. *Acta Paul Enferm.* 2023 [cited 2023 Dec 10]; 36(1):eAPE001811. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO001811>.
17. Gomes NP, Silveira YM, Diniz NMF, Paixão GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. *Texto-Contexto Enferm.* 2013 [cited 2025 Apr 18]; 22(3):778–84. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300027>.
18. Presidência da República (Br). Lei de Notificação Compulsória. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília (DF): Casa Civil; 2003 [cited 2023 Mar 08]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.778.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm).
19. Presidência da República (Br). Altera a Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Lei no 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Brasília (DF): Casa Civil; 2019 [cited 2023 Mar 08]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/l13931.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13931.htm).
20. Machado JC, Santos CS, Gomes AMT, Boery RNSO, Rodrigues VP, Vilela ABA. Female community health agents' structure of social thinking about domestic violence against women. *Cien Saude Colet.* 2023 [cited 2023 Dec 10]; 28(6):1663–73. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.14592022EN>.
21. Leite AC, Fontanella BJB. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2019 [cited 2023 Apr 24]; 14(41):2059. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2059](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2059).
22. Taskiran AC, Ozsahin A, Edirne T. Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. *Prim Health Care Res Dev.* 2019 [cited 2023 Apr 24]; 20(96):e96. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423619000288>.
23. Gomes ICR, Lira MOSC, Rodrigues VP, Vilela ABA. Representações sociais de mulheres em relação à assistência policial prestada nas situações vivenciadas de violência doméstica. *Enfermería Actual de Costa Rica.* 2020 [cited 2025 Apr 19]; (39):100-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.39657>.

#### Contribuciones de los autores

Concepción, J.S.S. y V.P.R.; metodología, J.S.S., M.R.A.B.F., C.S.S.S., A.B.A.V., J.C.M. y V.P.R.; software, J.S.S. y J.C.M.; validación, J.S.S., M.R.A.B.F., C.S.S.S., A.B.A.V., J.C.M. y V.P.R.; análisis formal, J.S.S., M.R.A.B.F., C.S.S.S., A.B.A.V., J.C.M. y V.P.R.; investigación, J.S.S. y M.R.A.B.F.; obtención de recursos, J.S.S.; curaduría de datos, J.S.S.; redacción, J.S.S.; revisión y edición, J.S.S., M.R.A.B.F., C.S.S.S., A.B.A.V., J.C.M. y V.P.R.; visualización, J.S.S., M.R.A.B.F., C.S.S.S., A.B.A.V., J.C.M. y V.P.R.; supervisión, V.P.R.; administración del proyecto, J.S.S. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

#### Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito *“Asistencia brindada por profesionales de la salud a mujeres en situación de violencia: estudio de representaciones sociales”*.