

Ocurrencia de violencia contra la mujer en los diferentes ciclos de vida

Maísa Tavares de Souza Leite¹
Maria Fernanda Santos Figueiredo²
Orlene Veloso Dias³
Maria Aparecida Vieira⁴
Luís Paulo Souza e Souza⁵
Danilo Cangussu Mendes⁶

Objetivo: analizar las ocurrencias y factores asociados a la violencia contra la mujer. Método: se trata de estudio transversal, exploratorio y analítico con informaciones de los casos registrados de violencia, extraídos de los Boletines de Ocurrencias de la Policía Civil, en una ciudad de porte medio de Minas Gerais, Brasil. Resultados: de las 7.487 ocurrencias de violencia contra la mujer, se identificó que 44,6% de los casos fueron de amenaza, 28,5% de agresión, 25,1% de lesión corporal, 1,1% de estupro y 0,7% de algún tipo de injuria. En el análisis bivariado, se observó un mayor número de casos ($p=0.000$) cometidos por el compañero, para todos los tipos de violencia, con excepción del estupro. Las niñas, adolescentes y adultas fueron violentadas por el compañero, seguido de familiar. En las mujeres ancianas, los casos de violencia fueron cometidos por familiares. Conclusión: existe necesidad de que sean instituidos programas de prevención de la violencia contra la mujer, en todo su ciclo de vida, en los diversos sectores de la sociedad.

Descriptor: Salud de la Mujer; Violencia Contra la Mujer; Epidemiología; Salud Pública.

¹ PhD, Profesor Titular, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

² Doctoranda, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil. Profesor, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

³ Doctoranda y Profesor Titular, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

⁴ Doctoranda, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Profesor Titular, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

⁵ Estudiante de maestría, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Titular, Departamento de Odontologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

Correspondencia:

Luís Paulo Souza e Souza
Rua Doze, 27
Bairro: Santo Antônio
CEP: 39402-285, Montes Claros, MG, Brasil
E-mail: luis.pauloss@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 representa un problema histórico, social y de salud, de gran magnitud y de transcendencia mundial, con raíces macro estructurales. Se encuentra diluida en la sociedad, es polimorfa, tiene múltiples aspectos y presenta diversas manifestaciones que se interconectan, interactúan, realimentan y fortalecen. Posee formas de expresión coyunturales presentes en lo cotidiano de las relaciones interpersonales⁽¹⁻²⁾. Estudios destacan que los reflejos de la violencia, provenientes de lesiones y traumas, directa e indirectamente, generados por el acto violento, repercuten en los costos económicos con asistencia médica, sistema judicial y penal, además de los costos sociales provenientes de la caída de productividad⁽¹⁻⁴⁾.

Entre las diversas formas de violencia existentes, la agresión doméstica practicada contra la mujer se configura como un grave problema de salud pública⁽¹⁾, habiendo sido sintetizada, a partir del siglo XX, en la categoría sociológica conocida como género⁽³⁾, que es entendido como un conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas atribuidas a las personas, así como al proceso de salud y enfermedad, de forma diferenciada, de acuerdo con el sexo^(3,5). En ese sentido, esa categoría abarca tipos de violencia provenientes de las relaciones desiguales entre los géneros⁽³⁾.

Estudios internacionales y nacionales recientes muestran la alta prevalencia de al menos una forma de violencia contra la mujer. En el Nepal rural, más de la mitad (51,9%) de las mujeres casadas, entre 15 a 24 años, sufrieron algún tipo de violencia por parte del compañero íntimo⁽⁶⁾; en Karachi (Paquistán), la prevalencia auto relatada entre las mujeres de 25 a 60 años fue de 56,3%⁽⁷⁾. En la India, esa prevalencia fue de 56%⁽⁸⁾ y en España, 24,8% de las mujeres relataron haber sido maltratadas por su compañero alguna vez en la vida, presentando variaciones de prevalencia de acuerdo con la región. Los más altos porcentajes fueron registrados en Ceuta y Melilla (40,2%) y en las Islas Baleares (32,5%). Ya los menores porcentajes registrados ocurrieron en Cantabria (18%)⁽⁹⁾ y en la ciudad de Celaya, en México (8,1%)⁽¹⁰⁾.

En Brasil, un estudio transversal realizado en el municipio de Feira de Santana (BA) mostró que, entre los sujetos que sufrieron violencia, 76,3% de las ocurrencias eran relacionadas a mujeres⁽¹¹⁾. En investigación realizada con usuarias del Servicio Único de Salud (SUS), de 15 a 49 años, en el municipio de Sao Paulo, la prevalencia fue de 59,8%⁽¹²⁾.

Algunos factores fueron asociados a la violencia contra la mujer realizada por el compañero íntimo, como

abuso de alcohol, cohabitación, edad joven, actitudes de apoyo al acto de golpear a la esposa, haber sufrido abuso en la infancia y experimentar otras formas de violencia en la fase adulta⁽¹³⁾.

Los efectos de la violencia doméstica pueden tener importantes repercusiones en la vida de la mujer⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ y en la sociedad, lo que demuestra la amplitud y magnitud del problema⁽¹⁵⁾. Sin embargo, existe dificultades en prevenir la ocurrencia o actuar en el enfrentamiento debido a las barreras culturales, a los factores educacionales y a la escasez de servicios y profesionales especializados para atender los casos de violencia doméstica⁽¹⁶⁾. En ese sentido, la intervención del Estado en para hacer efectivas las políticas públicas es requerida para producir acciones afirmativas que realmente sean eficaces para la reducción de la violencia de género⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

El abordaje de la violencia de género en los servicios de salud demanda prácticas congruentes con esa perspectiva⁽¹⁷⁾, para dar visibilidad a la violencia, incorporar la perspectiva de género en las acciones y abrir posibilidades de escuchar.

Se considera la violencia como una "epidemia silenciosa" y los pocos estudios sobre esta temática resultan de acciones concretas o están a ellas asociados, en lo que se refiere a su atenuación o reducción. Siendo así, la situación se agrava todavía más cuando el objeto de análisis es el espacio municipal, ya que la mayoría de las investigaciones se refiere a espacios macro regionales del país, de ese modo no se diagnostican las peculiaridades y la dimensión de la violencia contra la mujer en el espacio local.

Así, se objetivó analizar las ocurrencias y los factores asociados a la violencia contra la mujer en una ciudad de porte medio del estado de Minas Gerais, Brasil.

Método

Se trata de un estudio transversal, exploratorio y analítico. Los datos primarios contienen informaciones referentes a los casos de violencia contra la mujer, registrados en el período de enero a diciembre de 2010, extraídos de los Boletines de Ocurrencias de la Policía Civil. Esos datos fueron recolectados en el *site* armazemsids.mg.gov.br "BusinessObject", del 11º Departamento de Policía Civil de Montes Claros, órgano de la Policía Civil del estado de Minas Gerais, en Brasil, por un funcionario de la institución, debidamente autorizado para efectuar esa recolección, con la finalidad de preservar la identidad de agresores y víctimas, de forma que los autores no tuvieron acceso a los nombres de las participantes.

Las variables explicativas sobre los tipos de violencia contra la mujer constantes en los Boletines de Ocurrencias y que fueron recolectadas para el análisis fueron: Agresión, Amenaza, Estupro, Injuria y Lesión Corporal. Los conceptos a ser utilizados en el presente estudio para esas variables fueron extraídos del Código Penal Brasileño⁽¹⁸⁾, excepto Agresión que no consta en el referido código.

- Agresión: ataque a la integridad física o acto de hostilidad y provocación que tiene el objetivo de causar daño a la persona a quién es dirigida⁽¹⁹⁾.

- Amenaza: "amenazar a alguien, por palabras, escrito o gesto, o cualquier otro medio simbólico, de causar mal injusto y grave (art.147)⁽¹⁸⁾.

- Estupro: "constreñir a alguien, mediante violencia o grave amenaza, para tener relación carnal o a practicar o permitir que con él se practique otro acto libidinoso" (art. 213)⁽¹⁸⁾.

- Injuria: "insultar a alguien, ofendiéndole la dignidad y el decoro" (art.140)⁽¹⁸⁾.

- Lesión Corporal: "ofender la integridad corporal o la salud de otro" (art. 129)⁽¹⁸⁾.

Además del tipo de violencia, fueron recolectadas informaciones referentes a la edad de las víctimas (niña/adolescente, adulta y anciana), período del año de ocurrencia de la violencia (primero, segundo, tercer o cuarto trimestre) y del agresor (compañero, familiar, conocido, extraño, otro). Para esa última variable, las categorías fueron agrupadas de acuerdo con los registros de la Policía Civil. Se consideró como compañero: el cónyuge, ex-cónyuge, relación extraconyugal o pasional. En la categoría familiar, fueron incluidos: abuelos/bisabuelos/tatarabuelos, nieto/bisnieto, hijo/hijastro, hermano, padres/responsables legales u otra relación de parentesco no especificada. En la opción conocido, fueron encuadrados: amigos, relación doméstica/cohabitación, compañero de trabajo/superior, socio/condómino o vecino. La categoría 'extraño' contiene los casos sin ningún tipo de relación; y en la categoría 'otro' fue considerada la

opción de respuesta para los casos que no se relacionaban a ninguna categoría citada.

Los datos fueron tabulados y analizados por medio del programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versión 18.0 para Windows. Inicialmente, fue realizado el análisis descriptivo y, posteriormente, se realizó el análisis bivariado por medio de la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson. Para este estudio, fue adoptado el nivel de significancia estadística de 5% ($p < 0,05$) con intervalos de 95% de confianza (IC 95%).

Esta investigación fue autorizada por el Delegado General de Policía – Delegado Regional de la Policía Civil, de la Comarca de Montes Claros, mediante firma del Término de Consentimiento Institucional para la participación en investigaciones en que participan seres humanos y, también, por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Montes Claros – Parecer nº185/2010.

Resultados

Fueron encontrados, en el año de 2010, 7.487 casos de violencia contra la mujer, registrados por la Policía Civil de Montes Claros, a partir de las notificaciones policiales ocurridas en las Áreas Integradas de Seguridad Pública (AISP), con sede en esa ciudad.

La Tabla 1 muestra el análisis descriptivo de los datos. Los 7.487 casos de violencia contra la mujer en la ciudad de Montes Claros fueron así caracterizados: 3.340 (44,6%) como amenaza, 2.134 (28,5%) agresión, 1.877 (25,1%) lesión corporal, 83 (1,1%) estupro y 53 (0,7%) como algún tipo de injuria. Esos actos de violencia fueron practicados en todo el ciclo de vida, en su mayoría, contra mujeres adultas (80,9%), seguidos de niñas/adolescentes (14,5%) y en ancianas (4,6%). Con relación al período del año, los registros de violencia contra la mujer ocurrieron con variación de 23,4% (observado en el primer trimestre) a un valor máximo de 28% observado en el cuarto trimestre.

Tabla 1 - Análisis descriptivo de los casos de violencia contra la mujer registrados por la Policía Civil, 2010, Montes Claros, MG, Brasil

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Tipo de violencia			
Agresión	2.134	28,5	28,5
Amenaza	3.340	44,6	44,6
Estupro	83	1,1	1,1
Injuria	53	0,7	0,7
Lesión corporal	1.877	25,1	25,1
Total	7.487	100,0	100,0
Edad			
Niña/adolescente	1.067	14,3	14,5
Adulta	5.968	79,7	80,9

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

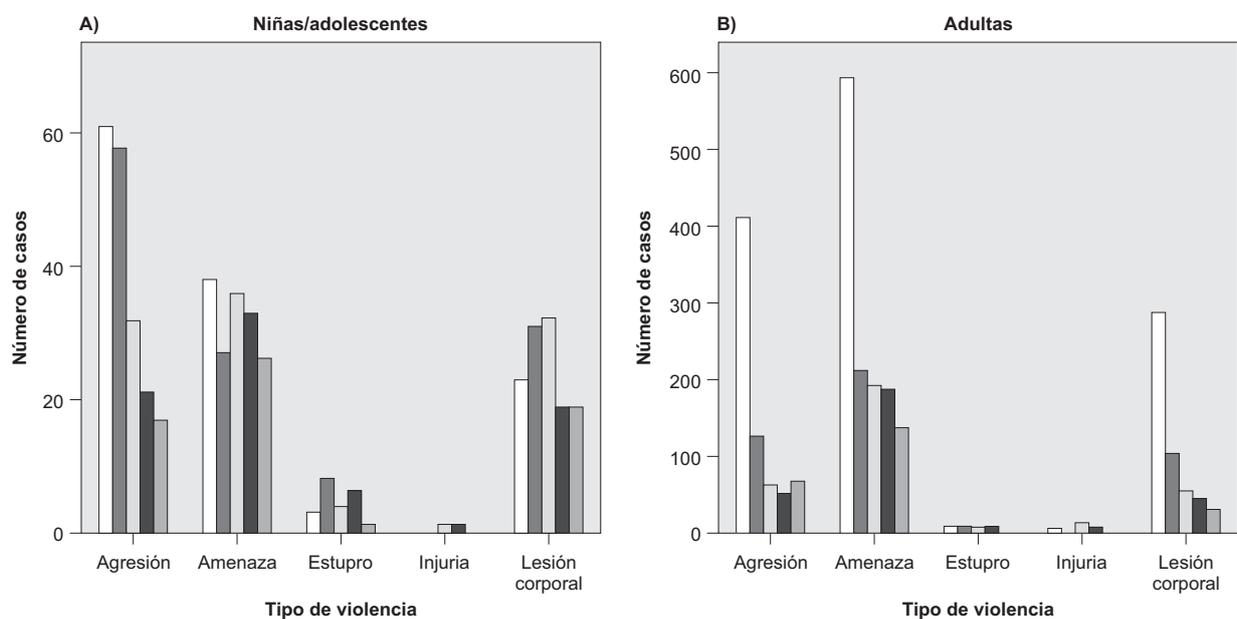
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Anciana	341	4,6	4,6
Total válido	7.376	98,5	100,0
Sin información (<i>missing</i>)	111	1,5	-
Total	7.487	100,0	
Período del año			
Primer Trimestre	1.750	23,4	23,4
Segundo Trimestre	1.821	24,3	24,3
Tercer Trimestre	1.820	24,3	24,3
Cuarto Trimestre	2.096	28,0	28,0
Total	7.487	100,0	100,0
Agresor			
Compañero	1.455	19,4	45,1
Familiar	641	8,6	19,9
Conocido	439	5,9	13,6
Extraño	377	5,0	11,7
Otro	315	4,2	9,8
Total válido	3.227	43,1	100,0
Sin información (<i>missing</i>)	4.260	56,9	-
Total	7.487	100,0	100,0

Fuente: *site* armazemsids.mg.gov.br "BusinessObject", del 11º Departamento de Policía Civil de Montes Claros, MG, Brasil

Se observó, en los resultados, un elevado número de casos notificados sin la debida identificación del agresor en los formularios de registro de la Policía Civil ($n=4260$, 56,9% del total de casos de violencia). Entre los valores válidos para esa variable, se constató que los casos de violencia fueron cometidos por alguien muy próximo de la víctima, siendo 45,1% por un compañero y 19,9% por algún familiar.

En lo que se refiere a la distribución de los casos de violencia en función del agresor y del intervalo de edad

de las víctimas, se observó en este estudio que, en las primeras fases del ciclo de vida (infancia y adolescencia), existe semejanza en la distribución de los agresores en función del tipo de violencia, exceptuando la agresión que presenta valores bien más elevados para compañero y familiar. Cuando analizados los casos en la edad adulta, el patrón es peculiar, con incremento de las violencias causadas por los compañeros de las víctimas. En relación a la persona anciana, el familiar es quién asume el papel de agresor (Figura 1).



La figura 1 continúa en la próxima pantalla

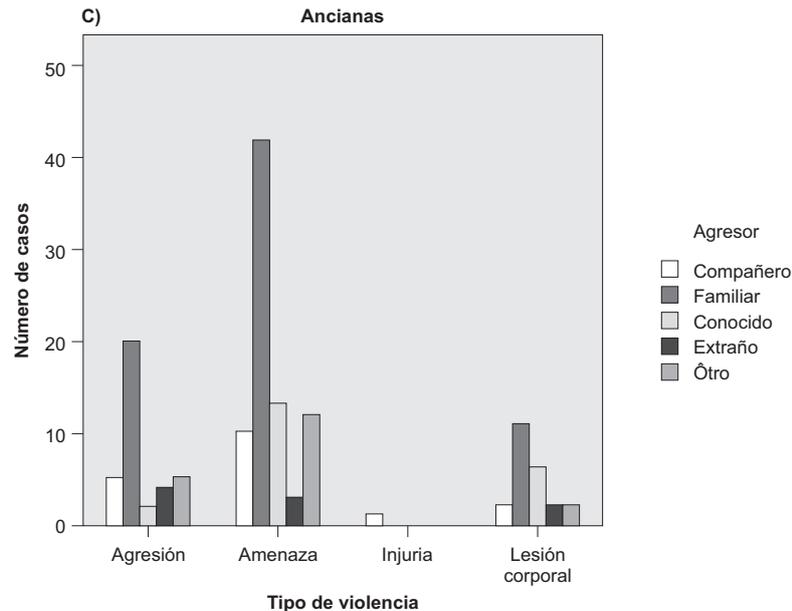


Figura 1 - Patrón gráfico de distribución de los casos de violencia en función del agresor por intervalo de edad: A) niñas y adolescentes; B) mujeres adultas; C) mujeres ancianas. Montes Claros, MG, Brasil, 2010

El análisis bivariado entre la variable "agresor", el "tipo de violencia" y la "edad" se utilizó para evaluar la significancia estadística de los datos (Tabla 2). El análisis mostró asociación estadísticamente significativa para todas las variables ($p=0.000$); el mayor número de casos de violencia fue cometido por el compañero para todos los tipos de violencia, con excepción de estupro (más

común entre familiar y extraño) e injuria (más común entre conocidos). Las niñas/adolescentes fueron más violentadas por el compañero (25,2%) seguido de familiar (24,9%), y en la fase adulta esa diferencia fue expresiva (50,8%) por el compañero y 17,1% por el familiar). En mujeres ancianas, 52,1% de los casos de violencia fueron cometidos por familiares de las víctimas.

Tabla 2 - Análisis bivariado entre agresor, tipo de violencia y edad, en los casos registrados, por la Policía Civil. Montes Claros, MG, Brasil, 2010

Variable	Agresor					Total	Valor p
	Compañero	Familiar	Conocido	Extraño	Otro		
Tipo de violencia							0,000*
Agresión	480 (51,4%)	199 (21,3%)	91 (9,8%)	75 (8%)	88 (9,4%)	933 (100%)	
Amenaza	647 (41,3%)	283 (18,1%)	240 (15,3%)	220 (14%)	177 (11,3%)	1.567 (100%)	
Estupro	07 (19,4%)	11 (30,6%)	06 (16,7%)	11 (30,6%)	01 (2,8%)	36 (100%)	
Injuria	04 (20%)	01 (5%)	10 (50%)	05 (25%)	00 (0%)	20 (100%)	
Lesión corporal	317 (47,2%)	147 (21,9%)	92 (13,7%)	66 (9,8%)	49 (7,3%)	671 (100%)	
Total	1.455 (45,1%)	641 (19,9%)	439 (13,6%)	377 (11,7%)	315 (9,8%)	3.227 (100%)	
Edad							0,000*
Niña/Adolescente	125 (25,2%)	124 (24,9%)	105 (21,1%)	80 (16,1%)	63 (12,7%)	497 (100%)	
Adulta	1.296 (50,8%)	436 (17,1%)	308 (12,1%)	283 (11,1%)	226 (8,9%)	2.549 (100%)	
Anciana	18 (12,9%)	73 (52,1%)	21 (15%)	09 (6,4%)	19 (13,6%)	140 (100%)	
Total	1.439 (45,2%)	633 (19,9%)	434 (13,6%)	372 (11,7%)	308 (9,7%)	3.186 (100%)	

Fuente: *site* armazemsids.mg.gov.br "BusinessObject", del 11º Departamento de Policía Civil de Montes Claros, MG, Brasil

Discusión

La desigualdad de género tiene como una de sus formas, más extrema de manifestación, la violencia contra las mujeres, resultado de la diferencia de

poder que se traduce en relaciones de dominación y fuerza. Así, la violencia basada en el género se ha constituido en un fenómeno social que influencia de sobremanera el modo de vivir, enfermarse y morir de las mujeres⁽²⁰⁾.

Se verificó, en este estudio, que, entre las formas de violencia contra la mujer, la amenaza se presentó como la de mayor ocurrencia (44,6%). Resultados semejantes fueron observados en un estudio realizado en el este de la India, en que la violencia psicológica contra las mujeres alcanzó el porcentaje de 52%⁽⁸⁾ y en otra investigación realizada en Nova Friburgo, Rio de Janeiro – Brasil, en donde se encontró 20,6% de los casos relacionados a esa forma de violencia⁽²¹⁾. Ya en el Nepal rural, la violencia sexual presenta mayores índices, totalizando 46,2%⁽⁶⁾.

El análisis de esta investigación mostró una asociación estadísticamente significativa para todas las variables ($p=0.000$); siendo que el mayor número de casos de violencia fue cometido por el compañero para todos los tipos de violencia, con excepción de estupro, que fue más común entre familiar y extraño e injuria, teniendo el conocido como mayor agresor.

Autores informan que la violencia contra la mujer se expresa, principalmente, por medio de la violencia física, sexual y psicológica, afectando su integridad biopsicosocial. En su mayoría, los actos sufridos por las mujeres son realizados dentro de la propia familia por personas íntimas, particularmente en el ámbito doméstico. Las mujeres poseen mayor riesgo de violencia en las relaciones con familiares y personas próximas que con extraños y, en la mayor parte, el agresor fue el propio cónyuge o el compañero⁽²²⁾.

En el presente estudio, la mayor ocurrencia de violencia contra mujeres en la edad adulta (80,9%) se encuentra en consonancia con lo observado en relación a los casos de violencia atendidos en una Comisaría de la Mujer, en la región metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande del Sur, en Brasil, cuyo intervalo de edad entre 24 y 45 años correspondió a 59% de los casos⁽²³⁾. Resultados semejantes también fueron encontrados en investigación con mujeres en el municipio de Feira de Santana, Bahia, en Brasil⁽¹¹⁾.

Ese fenómeno también ha sido verificado en el escenario internacional. Estudio realizado en el este de la India mostró que la prevalencia de todas las formas de violencia creció con el aumento de la edad⁽⁸⁾; en España, la edad promedio de inicio de la violencia contra la mujer, cometida por el compañero, fue de 25 años⁽⁹⁾.

En investigación multicéntrica realizada en Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, República de Tanzania, Samoa, Serbia y Montenegro y Tailandia, se observó que mujeres con edad entre 15 y 49 años de edad presentaron asociación significativa con el riesgo aumentado de violencia por el compañero íntimo⁽¹³⁾. Una de las explicaciones relacionadas a ese hecho es que, en la edad adulta, la mujer se encuentra en un período de mayor actividad sexual y reproductiva⁽²³⁾. Sin embargo,

se indaga si los casos de violencia ocurridos con niñas y adolescentes han permanecido ocultos, una vez que la denuncia, actitud adecuada, depende de alguien para ser realizada, considerando que la protección de los individuos que sufren violencia depende del conocimiento de la violencia por los órganos competentes⁽²⁴⁾. Se destaca la omisión de los profesionales de salud, muchas veces, en la notificación de los casos⁽⁴⁾.

La relación entre los mayores índices de violencia y el local de su ocurrencia fue evidenciada en investigación realizada en la ciudad de Joao Pessoa, Paraíba, en Brasil, que identificó diferencias relacionadas al riesgo de incidencia de violencia en los barrios⁽³⁾. Ese hecho puede ser comprendido al considerar que la violencia está asociada a las condiciones socioeconómicas de una población, a las cuestiones relacionadas a su estilo de vida y a las características de su territorio. Se destaca el uso de herramientas de procesamiento geográfico para el estudio y control de la violencia urbana, con la finalidad de auxiliar el proceso de toma de decisiones de los gestores en la construcción de políticas públicas para el enfrentamiento de esa situación compatibles con la realidad⁽³⁾.

En esta investigación, cuando ocurre la identificación del agresor, se verifica que el compañero íntimo de la mujer aparece con mayor prevalencia, (45,1%), que fue superior al encontrado en otro estudio de base poblacional realizado con mujeres en la ciudad de Sao Paulo y en 15 municipios en la zona de la Mata de Pernambuco, en Brasil⁽²⁵⁾.

Los compañeros íntimos también fueron los principales responsables por la violencia contra la mujer en el contexto internacional, como observado en el este de la India⁽⁸⁾ y en España⁽⁹⁾. Estudio realizado en Nepal rural mostró que más de la mitad (51,9%) de las jóvenes casadas relataron haber experimentado algún tipo de violencia practicada por sus maridos⁽⁶⁾.

En el citado estudio multicéntrico, fue identificado que las mujeres que cohabitaban con un compañero sin ser formalmente casada con él, presentaban riesgo aumentado para la violencia por el compañero íntimo. En contrapartida, las mujeres que no vivían con sus compañeros tenían riesgos más bajos. La investigación mostró, también, que las relaciones más nuevas tenían el riesgo aumentado para la violencia por compañeros íntimos⁽¹³⁾.

La actuación de algún familiar en la ocurrencia de la violencia contra la mujer también fue significativa (19,9%) en el presente estudio, apareciendo luego en seguida el compañero íntimo, como verificado en estudio realizado en España⁽⁹⁾.

Delante de eso, para las mujeres víctimas de la violencia doméstica, el hogar, antes considerado como lugar seguro, pasó a representar un riesgo, una vez que el

agresor se encuentra dentro de casa⁽²³⁾. En esa perspectiva, la violencia practicada contra la mujer asume un enfoque diferenciado, cuando ocasionada por un agresor que comparte relaciones íntimas con la víctima, que todavía se atiene a comportamientos históricos, culturales, legitimados y cultivados, que tienen como base el dominio masculino en las relaciones sociales entre el sexo⁽³⁾.

Hay que considerar que, en algunos casos, las mujeres no tienen condiciones reales de librarse de esa situación de violencia por falta de acceso a los medios y recursos necesarios para deshacerse de la dependencia del agresor. Esas mujeres demandan asistencia psicológica, amparo social, orientación jurídica, residencias, guarderías, escuelas y oportunidades de trabajo para adquirir la autonomía financiera y realizar tratamientos de salud⁽²⁶⁾. Esa situación demuestra la importancia de contar con una amplia, integrada y eficaz red intersectorial – para atender la salud de la mujer – la que incluye casas de protección, centros de referencia y rehabilitación, defensorías públicas y Comisarías de la Mujer, Secretarías de Políticas para las Mujeres, Secretarías de Salud y de Planificación; con esos recursos y herramientas se podrá ofrecer un relevante apoyo en aspectos como seguridad, integralidad y efectividad de la atención a la mujer en situación de violencia⁽³⁻⁴⁾. Se destaca, también, el papel fundamental de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en el reconocimiento de los casos de violencia de género, traducidas a partir de una demanda por otros cuidados de salud y en el enfrentamiento de las necesidades de salud de mujeres que la experimentan actos de violencia, facilitada por el vínculo propiciado por su lógica de atención⁽⁵⁾ y por su atribución de promover la intersectorialidad.

Para esto, es fundamental que los profesionales que actúan en los servicios de enfrentamiento de la violencia estén capacitados para atender a la mujer víctima de ese acto⁽²⁷⁻²⁸⁾, con intervenciones integrales, interdisciplinarias y abordaje más amplio⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, por medio de una praxis emancipadora, posibilitando que esas mujeres enfrenten y superen esa realidad^(5,16). Además de eso, es imprescindible que esos profesionales contribuyan a desvendar ese problema, por medio de la notificación de los casos y de otras formas de registro y acompañamiento, para disminuir la invisibilidad de la violencia como problema de salud^(5,17) y romper con el estigma a que está asociada⁽¹⁷⁾.

Conclusión

Los resultados de este estudio reafirman la necesidad de que programas de prevención de violencia contra la mujer sean estructurados en las universidades, escuelas, instituciones de Atención Primaria a la Salud, unidades de salud y por los movimientos sociales, para que

ocurran cambios en el cuadro descrito. También, se debe preconizar el desarrollo de prácticas educativas enfocadas en la redefinición de los papeles de la mujer en la familia y en la sociedad.

Por consiguiente, la reducción de la violencia contra la mujer exige un compromiso intersectorial por parte de los gobernantes y de la sociedad para que se establezca una cultura de paz y atención humanizada en todas los intervalos de edad con destaque para niñas y ancianas, que presentan mayor vulnerabilidad.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
2. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MH, Silva CM, Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011;377:1962-75.
3. Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes RM, Silva CC, Bezerra IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1111-21. doi: 10.1590/S0102-311X2012000600010
4. Oliveira MT, Samico I, Ishigami ABM, Nascimento RMM. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):166-78. doi: 10.1590/S1415-790X2012000100015
5. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2013. [acesso 23 ago 2013]; 47(2):304-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200005&lng=pt
6. Lamichhane P, Puri M, Tamang J, Dulal B. Women's Status and Violence against Young Married Women in Rural Nepal. *BMC Women's Health*. [Internet]. 2011. [acesso 18 dez 2012];11(19):1-31. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/11/19>
7. 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. [acesso 18 dez 2012];3:105-15. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3089428/>
8. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health*. [Internet]. 2009. [acesso 15 dez 2012]; 9(129):1-18. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/129>
9. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar MI, Escribã-Agüir V, Jiménez-Gutiérrez E, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gac Sanit*. [Internet]. 2010 [acesso 16 dez 2012];24:128-35. Disponível em: http://www.ucm.es/info/seas/comision/tep/mt/Variabilidad_geografica_de_la_violencia_contra_las_mujeres%20en_Espana.pdf

10. Herrera Paredes, JM e Ventura, CAA. Alcohol consumption and domestic violence against women: a study with university students from Mexico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(spe):557-64.
11. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM. Violence against women among urban area residents in Feira de Santana, Bahia, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother*. [Internet]. 2011. [acesso 18 dez 2012];33(3):164-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-60892011000300006&script=sci_arttext
12. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(2):365-72. doi: 10.1590/S0034-89102011005000008
13. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. [Internet]. 2011. [acesso 14 dez 2012];11(109):1-29. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/109>
14. Carneiro AA, Fraga CK. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *Serv Soc Soc* [Internet]. 2012. [acesso 13 dez 2012];1109:369-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000200008&lng=en&nrm=iso
15. Azambuja MRD, Nogueira C. Qual a importância da violência contra mulheres na Revista Portuguesa de Saúde Pública?. *Rev Port Saude Pub*. [Internet]. 2010 [acesso 23 ago 2013]; 28(1):57-65. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000100007
16. Bernz IM, Coelho EBS, Lindner SR. Desafio da Violência Doméstica para profissionais da saúde: revisão da literatura. *Saude & Transf Soc*. [Internet]. 2012 [acesso 23 ago 2013];3(3):105-11. Disponível em: <http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1545/2157>
17. Pedrosa CM, Spink MJP. A Violência Contra Mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude Soc*. 2011;20(1):124-35. doi: 10.1590/S0104-12902011000100015
18. Decreto-Lei No 2848, de 7 de dezembro de 1940 (BR). Código Penal Brasil. Diário Oficial da União. [Internet]. 31 dez 1940. [acesso 18 dez 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
19. Biaggio AMB. *Psicologia do desenvolvimento*. Petrópolis: Vozes; 1996. 344 p.
20. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery*. 2009;13(3):625-31. doi: 10.1590/S1414-81452009000300024
21. Pazo CG, Aguiar AC. Sentidos da violência conjugal: análise do banco de dados de um serviço telefônico anônimo. *Physis*. [Internet]. 2012 [acesso 13 dez 2012]; 22(1): 253-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a14.pdf>
22. Lettiere A, Nakano AMS, Bittar DB. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2012. [acesso 13 dez 2012];25(4): 524-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000400007&script=sci_arttext
23. Gadoni-Costa LM, Zucatti APN, Dell'Aglio DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estud Psicol*. 2011;28(2):219-27.
24. Garbin CAS, Rovida TAS, Joaquim RC, Paula AM, Queiroz APDG. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(4):665-70.
25. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2009. [acesso 12 dez 2012]; 43(2):299-310. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000400013&script=sci_arttext
26. Silva MAI, Ferriani MGC. Domestic violence: from the visible to the invisible. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15(2):275-81.
27. Souza JA, Almeida RA, Silva ATMC, Anjos UU. Modelo Baseado em Regras como Suporte à Atuação da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher no Encaminhamento de Mulheres em Situação de Violência Doméstica. *Rev Bras Cienc Saúde*. 2012;16(1):71-8. doi: 10.4034/RBCS.2012.16.01.11
28. Rodríguez-Borrego MA, Vaquero-Abellán M, Rosa LB. A cross-sectional study of factors underlying the risk of female nurses' suffering abuse by their partners. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(1):11-8.

Recibido: 20.3.2013

Aceptado: 23.9.2013

Fe de Erratas

Fascículo v22n1, página 85

Donde dice

Luís Paulo Souza e Souza⁵

⁵ Estudante de maestria, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brazil.

Debió decir

Luís Paulo Souza e Souza⁵

⁵ Estudante de maestria, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.