

Estudo transversal sobre fatores de risco de violência por parceiro íntimo entre enfermeiras¹

María-Aurora Rodríguez-Borrego²

Manuel Vaquero-Abellán³

Liana Bertagnolli da Rosa⁴

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco de abuso por parceiro íntimo entre enfermeiras. Trata-se de estudo transversal, realizado com 622 enfermeiras, selecionadas aleatoriamente nos seus locais de trabalho (hospitais e centros de saúde). Utilizou-se um questionário autoadministrado sobre maus-tratos psicológico, físico e sexual, complementado com perguntas de caráter sociodemográfico. As mulheres enfermeiras com maior probabilidade de sofrer violência foram: aquelas que mantinham a família com seu salário (Odds Ratio: 2,41 [0,63-9,15]), as que conviviam com filhos (Odds Ratio: 4,27 [1,43-2,78]) e com parceiro íntimo de classe social IIIa (Odds Ratio: 2.62 [1.37-5,00]). Os dados parecem indicar que a independência representa fator de risco para esse abuso.

Descritores: Violência Doméstica; Violência Contra a Mulher; Identidade de Gênero; Enfermagem; Mulheres Maltratadas.

¹ Artigo extraído da Tese de Doutorado "Prevalencia de violencia del compañero íntimo contra la enfermera" apresentada a Universidad de Córdoba, Espanha. Apoio financeiro do governo de Andaluzia, Espanha, nº PI-0109/2008.

² Enfermeira, Antropóloga, Doutor em Antropologia, Professor, Universidad de Córdoba, Espanha. E-mail: en1robom@uco.es.

³ Médico, Doutor, Professor, Universidad de Córdoba, Espanha. E-mail: mvaquero@uco.es.

⁴ Dentista, Doutor em Metodologia de Pesquisa. E-mail: lianabertagnolli@yahoo.es.

A cross-sectional study of factors underlying the risk of female nurses' suffering abuse by their partners

This study aimed to identify factors underlying the risk of suffering abuse by a partner. A cross-sectional study of 622 female nurses was accomplished, randomly chosen at their place of work, at a hospital and health centers. We used a self-administered validated questionnaire that covered psychological, physical and sexual abuse, complemented by a set of sociodemographic questions. The nurses at most risk of being abused by their partners were those who supported their family by their own salary (Odds Ratio: 2.41 [0.63–9.15]), those who lived with dependents (Odds Ratio: 4.27 [1.43–2.78]) and had a partner from social class IIIa (Odds Ratio: 2.62 [1.37– 5.00]). The data appear to indicate financial independence as a risk factor for this type of abuse.

Descriptors: Domestic Violence; Violence Against Women; Gender Identity; Nursing; Battered Women.

Estudio transversal sobre factores de riesgo de sufrir violencia por compañero íntimo en la mujer enfermera

Se tuvo por objetivo investigar los factores de riesgo relacionados al maltrato por compañero íntimo. Se trata de un estudio transversal realizado en 622 enfermeras, elegidas por aleatorización de sus lugares de trabajo, Hospitales y Centros de Salud. Se utilizó un cuestionario autoadministrado sobre maltratos psicológico, físico y sexual, complementado con preguntas de carácter sociodemográfico. Las mujeres enfermeras con mayor probabilidad de sufrir violencia del compañero íntimo fueron las que mantienen la familia con su salario (Odds Ratio: 2,41 [0,63–9,15]), las que conviven con hijos (Odds Ratio: 4,27 [1,43–2,78]) y las con pareja de clase social IIIa (Odds Ratio: 2.62 [1.37–5.00]). Se concluye que los datos parecen indicar que la independencia constituye un riesgo de maltrato.

Descriptores: Violencia Doméstica; Violencia Contra la Mujer; Identidad de Género; Enfermería; Mujeres Maltratadas.

Introdução

A violência por parceiro íntimo (VPI) ocorre entre duas pessoas em um relacionamento próximo. O termo "parceiro íntimo" abrange esposo(a)s atuais e anteriores e parceiros em relacionamentos de namoro. Esse tipo de violência se divide entre: violência física, violência sexual, ameaças e abuso emocional. Em muitos casos, a VPI começa com abuso emocional. Esse comportamento pode progredir para agressão física ou sexual. Vários tipos de VPI podem acontecer concomitantemente⁽¹⁾.

Apesar das variações estatísticas entre vários relatórios, todos indicam que a violência contra a mulher (VCM) alcançou proporções epidêmicas. O *Multi-Country Study of Women's Health and Domestic Violence Against Women*, da Organização Mundial da Saúde (OMS, indica variações significativas na prevalência da VPI ao longo da

vida, entre países e regiões, variando de 13 a 71%⁽²⁾. Essa população necessita de atenção à saúde. De acordo com os *Centers for Disease Control and Prevention* (2003), o custo da VPI contra as mulheres, no ano 1995, ultrapassou a estimativa de \$5,8 bilhões. Esse valor costuma ser considerado subestimado devido à não inclusão dos gastos associados ao sistema jurídico⁽³⁾.

Ao redor do mundo, a violência contra a mulher (VCM) se tornou um dos principais problemas sociais; representando problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos. Em nível internacional, os governos prometeram enfrentar e eliminar a violência de gênero⁽⁴⁾. Apesar dessas declarações, ainda há muito a fazer. Somente na Espanha, nos últimos quatro anos, a quantidade de mulheres que faleceram em consequência

de violência cometida por seus parceiros foi de 71, em 2007; 76, em 2008; 55, em 2009; 73, em 2010⁽⁵⁾; claramente excedendo os números de todo o ano anterior.

A enfermagem, como profissão particularmente feminina, especializada no cuidado a outras pessoas⁽⁶⁾, costuma ser o primeiro contato das vítimas de violência com os serviços de saúde. Vários estudos destacaram a posição estratégica dessa profissão no tratamento às mulheres em situações/relacionamentos de violência⁽⁷⁻⁸⁾.

A proeminência das enfermeiras no setor de saúde leva à pergunta se, como mulheres, essas profissionais podem ser vítimas atuais ou anteriores de VCM. No presente estudo, o enfoque foi sobre as enfermeiras de Andalusia. Nessa perspectiva, desenvolveu-se estudo para identificar os fatores que afetam o risco de abuso por parceiro íntimo em uma amostra representativa de enfermeiras andaluzianas.

Métodos

Foi desenvolvido estudo transversal, nos setores de atenção primária especializada, nos sistemas público e privado, nas oito províncias da Andalusia, região autônoma da Espanha, cuja população é de 8,3 milhões. A coleta de dados aconteceu entre os meses de maio e julho de 2008, na província de Córdoba, e entre abril e junho de 2009, nas outras províncias. A amostra incluiu enfermeiras ativas em instituições andaluzianas, e enfermeiras solteiras e estrangeiras foram excluídas.

O tamanho da amostra foi calculado com base em uma prevalência estimada de 12% (um índice encontrado em todas as mulheres espanholas, de acordo com o estudo macro, realizado em 1999, por SIGMA DOS Espanha, em nome do *Women's Institute*), acurácia de 3% e nível de confiança 95%. Devido às perdas estimadas e ao alto nível de respeito pela privacidade das entrevistadas, os pesquisadores decidiram realizar mais entrevistas que a amostra mínima exigida. Na seleção da amostra, consideraram-se os seguintes critérios: centros, província, propriedade do centro. Um pedido de permissão para distribuir o questionário foi enviado a todos os centros, junto com a descrição do projeto, o termo de consentimento livre e informado, o próprio questionário, o parecer da Comissão de Ética do Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba - Acta nº156 de 1/30/2008, e um formulário de concordância. Finalmente, o questionário foi distribuído naqueles centros que haviam concedido permissão para tal. A amostra foi randomizada por localidade, para respeitar a privacidade das respondentes. Em todos os momentos os pesquisadores se esforçaram para garantir que nenhuma respondente se sentisse

identificada, apesar de saber que o próprio fato de ser voluntária pode limitar a generalização dos resultados. Os questionários não foram coletados imediatamente, mas alguns dias depois, antes da coleta das urnas em que os questionários deveriam ser depositados, o que também ajudou a garantir a anonimato das respondentes.

As variáveis independentes foram classificadas, conforme mostrado a seguir.

Variáveis sociodemográficas: *quantitativas* - idade da respondente, anos junto com o parceiro, número de filhos e/ou dependentes; *qualitativas* - província (Huelva, Sevilla, Jaén, Almería, Granada, Málaga, Cádiz, Córdoba), estado civil (solteira, casada/união estável, separada/divorciada, viúva), coabitação (esposo/parceiro, filhos, família parental, família do parceiro, sozinha, com amigos), posteriormente recodificado como: esposo/parceiro, filhos, família parental/família do parceiro, sozinha, esposo/parceiro+outros membros da família; local de trabalho (público, privado); localização do trabalho (rural, urbana); posição (enfermeira clínica, gestão); fontes de renda familiar (salário de enfermagem, salário do parceiro, salários de ambos); classe social do parceiro (de acordo com o Grupo de Trabalho da Sociedade Epidemiológica Espanhola)⁽⁹⁾; crianças e/ou idosos (dependentes).

A variável dependente foi a existência de abuso físico, psicológico ou sexual, detectado mediante questionário validado⁽¹⁰⁾, com perguntas fechadas e cinco alternativas de resposta: nunca, quase nunca, às vezes, bastante, quase sempre. As questões de 1 a 5 se referem ao abuso psicológico; 6, 7 e 9, 10 ao abuso físico e 8 ao abuso sexual (Figura 1).

Questões seu marido/parceiro	Abuso	
	Não	Sim
1. Respeita seus sentimentos?	bastante	às vezes
	quase sempre	quase nunca
		nunca
2. Já lhe insultou, envergonhou ou humilhou?	nunca	às vezes
	quase nunca	bastante
		quase sempre
3. Já ameaçou você, seus filhos ou algum ente querido?	nunca	quase nunca
		às vezes
		bastante
		quase sempre
4. Já quebrou algum de seus pertences ou qualquer coisa na casa?	nunca	quase nunca
		às vezes
		bastante
		quase sempre
5. Já tentou controlar sua vida ou sua movimentação?	nunca	às vezes
	quase nunca	bastante
		quase sempre

(a figura 1 continua na próxima página)

Continuação

Questões seu marido/parceiro	Abuso	
	Não	Sim
6. Já bateu em você?	nunca	quase nunca
		às vezes
		bastante
		quase sempre
7. Já a machucou?	nunca	quase nunca
		às vezes
		bastante
		quase sempre
8. Já forçou você a ter relações sexuais contra sua vontade?	nunca	quase nunca
		às vezes
		bastante
		quase sempre
9. Já a ameaçou com uma arma ou outro objeto?	nunca	quase nunca
		às vezes
		bastante
		quase sempre
10. Já a feriu com uma arma ou outro objeto?	nunca	quase nunca
		às vezes
		bastante
		quase sempre

Figura 1 – Recodificação das variáveis de abuso, de acordo com Delgado et al. (2006)⁽¹⁰⁾

Usou-se a escala dos autores do questionário, apesar de ter sido modificada após a identificação de um erro na recodificação⁽¹¹⁾; finalmente, as variáveis de abuso foram tratadas como dicotômicas: “Sim” para a existência de abuso ou “Não” para sua ausência. Ademais, o questionário prossegue com uma série adicional de questões: 11, 12, 12a e 13, relacionadas a aspectos subjetivos da respondente, se estava recebendo qualquer forma de apoio profissional (por exemplo, psicológico), e a quem tinha solicitado apoio, também indagava sobre a disposição em participar de uma entrevista em profundidade, vinculada à segunda parte do projeto em curso “Violência de gênero cometida contra enfermeiras”, de natureza qualitativa. No questionário solicitava-se o endereço de *e-mail* do grupo do projeto para aquelas respondentes que aceitaram a oferta da entrevista em profundidade. Junto com o questionário foi entregue uma carta, explicando o projeto. Esse tipo de consentimento informado não necessitou da assinatura das participantes, para fins de preservação do seu anonimato.

Para a análise estatística, foi usada o *software* SPSS 14.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL). As variáveis qualitativas foram expressas como frequências absolutas e relativas (porcentagens), e as quantitativas como médias e desvios padrão. Para a comparação das variáveis, foram aplicadas as tabelas de contingência qui-quadrado

de Pearson para as variáveis qualitativas e o teste t de Student para as quantitativas. O nível de significância foi determinado como $p < 0,05$.

Para a estimação de risco, foi usado o *Odds Ratio* (OR), considerando aquelas variáveis que poderiam agir como fatores de risco. Também foi empregada a regressão logística para determinar a contribuição de fatores individuais ao abuso, mediante o método reverso de seleção de variáveis. Para cada variável explicativa, foram calculados a significância estatística, o sinal do coeficiente e o OR. O último mede o grau em que se espera o risco de ser vítima de abuso, se houver mudança em uma variável enquanto as outras permanecem constantes. Uma alteração próxima à unidade indica que nenhuma mudança foi causada pela variação em uma unidade na variável: ORs superiores à unidade são considerados fatores de risco e aqueles inferiores como fatores de proteção. Todas as variáveis que revelaram associação estatisticamente significativa à variável “abuso” foram consideradas para inclusão no modelo multivariado “reverso”. As variáveis sem significância no nível de $\leq 0,05$ foram progressivamente eliminadas até alcançar o modelo. O teste da razão de verossimilhança permitiu aos pesquisadores verificar a hipótese zero, *i.e.*, que as variáveis suprimidas no modelo haviam sido eliminadas corretamente e não contribuíram com informações adicionais à análise ($p=0,4$). Depois, a escala da variável contínua foi comparada (transformação Box-Tidwell) à idade da enfermeira. Foi criada uma nova variável, “BTidade”. O quadrado dessa variável (estatística Wald; $p=0,517$) foi usado para testar a marcação linear da variável em uma distribuição logit. As potenciais interações e a existência de variáveis de confusão foram avaliadas.

Resultados

A prevalência estimada do abuso entre as enfermeiras foi de 33%, e 75,1% dos casos foram unicamente de abuso psicológico (AP), 1,5% somente abuso físico e 2,0% somente abuso sexual. Também encontraram-se casos de combinações de tipos de violência; 4,9% psicológico e físico, 9,3% psicológico e sexual e 7,3% todos os três. Aproximadamente 60,6% dos casos de abuso podiam ser considerados levemente sérios. As enfermeiras que participaram do estudo e indicaram qualquer tipo de abuso mostraram as seguintes características sociodemográficas: idade 40 anos, casadas ou em união estável por 20 anos, trabalho em ambiente urbano, como enfermeira clínica, economia familiar baseada em dois salários e dois dependentes (filhos ou familiares idosos) (Tabelas 1, 2, 3).

Tabela 1 – Relação entre abuso e apoio financeiro da enfermeira à família (n=622)

Apoio financeiro à família	Abuso n (%)		X ²	p
	Não (grupo 1)	Sim (grupo 2)		
Ambos os salários	341 (82,8)	147 (71,7)	16,0	<0,001
Salário da enfermeira	54 (13,1)	53 (25,9)		
Salário do parceiro	17 (4,1)	5 (2,4)		
Total	412 (100)	205 (100)		

A soma dos valores acima pode não conferir devido à perda de alguns valores. Os dados representam frequências absolutas (porcentagens). X²: coeficiente qui-quadrado de Pearson. p: nível de significância. Dados coletados em 2008 e 2009; em setores de atenção primária especializada, públicos e privados, nas oito províncias de Andalusia.

Tabela 2 – Classe social do parceiro e abuso (n=622). Classificação da classe social de acordo com o grupo de trabalho da *Spanish Epidemiological Society*⁽⁹⁾

Classe social do parceiro	Abuso n (%)		X ²	p
	Não (grupo 1)	Sim (grupo 2)		
Classe I	103 (25,6)	32 (16,2)	11,1	0,134
Classe II	69 (17,1)	36 (18,3)		
Classe IIIa	55 (13,6)	33 (16,8)		
Classe IIIb	93 (23,1)	50 (25,4)		
Classe IIIc	9 (2,2)	3 (1,5)		
Classe IVa	55 (13,6)	26 (13,2)		
Classe IVb	14 (3,5)	10 (5,1)		
Classe V	5 (1,2)	7 (3,6)		
Total	403 (100)	197 (100)		

A soma dos valores acima pode não conferir devido à perda de alguns valores. Os dados representam frequências absolutas (porcentagens). X²: coeficiente qui-quadrado de Pearson. p: nível de significância. Dados coletados em 2008 e 2009; em setores de atenção primária especializada, públicos e privados, nas oito províncias de Andalusia.

Tabela 3 – Crianças e/ou idosos mantidos pelas enfermeiras e abuso (n=622)

Crianças e/ou idosos	Abuso n (%)		X ²	p
	Não (grupo 1)	Sim (grupo 2)		
Não	127 (30,9)	46 (22,5)	4,7	0,030
Sim	284 (69,1)	158 (77,5)		
Total	411 (100)	204 (100)		

A soma dos valores acima pode não conferir devido à perda de alguns valores. Os dados representam frequências absolutas (porcentagens). X²: coeficiente qui-quadrado de Pearson. p: nível de significância. Dados coletados em 2008 e 2009; em setores de atenção primária especializada, públicos e privados, nas oito províncias de Andalusia.

O maior risco de abuso por parceiro íntimo foi identificado entre aquelas enfermeiras que mantinham suas famílias com seu próprio salário (*Odds Ratio*: 2,41 [0,63-9,15]), que viviam com dependentes (OR: 4,27 [1,43-2,78]) e com parceiros da classe social IIIa (OR: 2,62 [1,37-5,00]) (Tabela 4). No que diz respeito à mensuração do efeito, foi encontrado que o risco de abuso se multiplica por 1,06 para cada ano de idade quando as outras variáveis continuam constantes. Para a variável "coabitação", o risco de abuso entre as enfermeiras que dividem a casa com seus filhos é 4,27 vezes superior às outras categorias cobertas por essa variável e, no caso da variável classe social, a probabilidade de abuso por um parceiro da classe social IIa é 2,62 vezes superior aos outros grupos. O único fator de proteção foi a duração do relacionamento com o parceiro (OR: 0,97 [0,94-0,99]).

Tabela 4 - Regressão logística: análise univariada e multivariada, segundo as características das enfermeiras (n=569)

	OR* (IC 95%)	p	OR ajustado† (IC 95%)	p
Duração do relacionamento com o parceiro (anos)	0,97 (0,94 - 1,00)	0,061	0,97 (0,94 - 0,99)	0,032
Posição no trabalho	1,05 (0,59 - 1,89)	0,849		
Apoio financeiro à família				
Salário da enfermeira		0,426		
Ambos os salários	2,41 (0,63 - 9,15)	0,193		
Salário do parceiro	1,86 (0,57 - 6,08)	0,299		
Dependentes (crianças e idosos)	1,06 (0,63 - 1,77)	0,818		
Idade da enfermeira	1,06 (1,02 - 1,09)	0,001	1,06 (1,02 - 1,09)	0,000
Situação doméstica				
Morando sozinha		0,002		0,000
Família/família do parceiro	0,63 (0,20 - 1,97)	0,429	0,54 (0,19 - 1,57)	0,265
Morando com marido/parceiro	0,86 (0,29 - 2,55)	0,789	0,72 (0,28 - 1,84)	0,494
Filhos	4,27 (1,32 - 13,77)	0,015	4,27 (1,43 - 2,78)	0,009
Marido+filhos outros membros da família	1,06 (0,34 - 3,28)	0,917	0,90 (0,34 - 2,35)	0,837
Classe social do parceiro				
I		0,037		0,027
II	1,93 (1,03 - 3,61)	0,040	1,94 (1,04 - 3,62)	0,037
IIIa	2,55 (1,33 - 4,88)	0,005	2,62 (1,37 - 5,00)	0,003

(continua...)

Tabela 4 - *continuação*

	OR* (IC 95%)	p	OR ajustado† (IC 95%)	p
III (b & c)	2,16 (1,21 - 3,87)	0,009	2,21 (1,24 - 3,93)	0,007
IV (a & b) e V	2,18 (1,18 - 4,02)	0,013	2,23 (1,22 - 4,08)	0,009

OR: Odds Ratio. *OR: Odds Ratio estimado por regressão logística univariada. †OR: Odds Ratio ajustado calculado por regressão logística multivariada. Adequação do ajuste: estatística Hosmer-Lemeshow=1,39, p=0,180. IC 95%=intervalo de confiança 95%. Dados coletados em 2008 e 2009; em setores de atenção primária especializada, públicos e privados, nas oito províncias de Andalusia.

Discussão

Deve-se observar que, para muitos autores, as origens do fenômeno da VCM estão na interação entre fatores de risco que constituem o ambiente do indivíduo, o relacionamento, a comunidade e a sociedade como um todo⁽¹²⁻¹⁵⁾. Além disso, outros indicam que os determinantes sociais como imigração, desigualdade de gênero e a impotência das mulheres em um relacionamento têm vínculo com a VCM⁽¹⁴⁾.

Na Espanha, os dados normalmente usados dizem respeito às mortes e queixas de abuso^(5,15-17). Esses dados, porém, não refletem a totalidade dos casos de abuso. Em qualquer caso, todos os aspectos mencionados acima podem levar à subestimação da verdadeira incidência do abuso e, por esse motivo, para qualquer comparação de resultados com outros estudos deve-se tomar o máximo de cuidado possível. Em anos recentes, vários estudos tentaram determinar as verdadeiras dimensões desse fenômeno, tanto em nível da população quanto no setor de saúde^(5,18-21), porém, devido à falta de consenso sobre a definição do problema e o uso de diferentes metodologias e instrumentos nos estudos, comparar esses dados torna-se difícil, e também é difícil comparar os resultados com os de outros estudos internacionais.

Somente enfermeiras espanholas participaram deste estudo. Graças à capacitação profissional particular que receberam, pode-se partir de um alto nível educacional, contrastando a alta incidência de abuso com as reflexões acima. Isso leva à impressão de que os presentes dados estão mais próximos àqueles da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽²⁾, o que sugere que a maior autonomia das mulheres, em nível de educação e vida profissional, ameaça a hierarquia tradicional de gênero. Outros estudos indicam que a ruptura dos padrões tradicionais impostos pelo gênero podem agravar a violência cometida para manter essa hierarquia⁽²²⁻²³⁾. Outras publicações, por outro lado, destacam altos níveis educacionais e ocupacionais como um dos mais importantes fatores de proteção às mulheres contra o abuso⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Essa última consideração contrasta com os fatores de risco identificados no presente estudo, onde se verificou

que as enfermeiras que mantêm suas famílias com seus próprios salários, que dividem a casa com dependentes (filhos e/ou idosos) e cujos parceiros pertencem à classe social IIIa (profissionais administrativos, de gestão e apoio financeiro, trabalhadores em serviços pessoais e de segurança) enfrentam maiores riscos para a violência por seus parceiros.

Algumas limitações importantes do presente estudo devem ser destacadas. Primeiro, demonstra todos os vieses usuais em estudos dependentes de autorreferência. Em segundo lugar, deve-se sublinhar que a VCM representa um problema social e de saúde pública. A obtenção de dados confiáveis, acuradas e comparáveis sobre as dimensões da violência em casais, porém, traz problemas metodológicos severos e dificuldades, devido a uma série de fatores, por exemplo, a própria natureza do tema sob análise e a heterogeneidade das ferramentas de medida, a falta de adaptação cultural e a ausência de consenso internacional sobre as ferramentas mais adequadas que permitiriam comparações dos resultados. Além disso, sabe-se que a maioria dos casos de abuso acontece em domicílio, sendo um local privado e íntimo, onde é difícil entrar para fins de observação e estudo. Isso significa que a maior parte da informação a esse respeito deriva do que as pessoas estão dispostas a revelar, com todos os vieses e distorções que isso implica⁽²⁶⁾. Em terceiro lugar, a violência familiar é tema delicado que vem acompanhada por tabus, medos, sentimentos de culpa e vergonha, que poucas pessoas querem discutir com externos ou expressar na esfera pública. Isso leva a altos níveis de não resposta e encobrimentos que dificultam o alcance de indicadores acurados de sua prevalência.

Agradecimentos

Agradecemos todos os enfermeiros que se ofereceram para participar anonimamente deste estudo.

Conclusão

Os dados coletados identificam a independência financeira da mulher como fator que aumenta o risco de abuso.

Referências

1. National Center for Injury Prevention and Control (USA). Understanding Intimate Partner Violence [internet]. [acesso 17 dez 2011]. Disponível em: http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/IPV_Factsheet-a.pdf
2. World Health Organization – WHO. WHO Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence against Women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses. WHO 2005. [acesso 4 abr 2009]. Disponível em: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf.
3. National Center for Injury Prevention and Control. Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States. [Internet]. [acesso 17 dez 2011]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPVBook-a.pdf>
4. Lemaitre EA, Apaza RM, Silva JR. Violencia Contra la Mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en El Alto, Bolivia. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2007. CEPAL – Serie Mujer y desarrollo nº 84.
5. Instituto de la Mujer. Estadísticas [Internet]. Madrid: 2011 [acesso 07 ago 2011]. Disponível em: <http://www.inmujer.es/ss/Satellite>.
6. Lunardi VL. Relacionando enfermagem, gênero e formação disciplinar. Rev Bras Enferm. 1993;46(3/4):286-95.
7. Schraiber LB, D’Oliveira AFPL, França I Junior, Strake SS, Oliveira EA. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. Saúde Soc. 2000;9:3-15.
8. Schoening AM, Greenwood JL, McNichols JA, Heermann JA, Agrawal. Effect of an Intimate Partner Violence Educational Program on the Attitudes of Nurses. JOGNN. 2004;33(5):572-9.
9. Regidor E. La clasificación de clase social de goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la sociedad española de epidemiología. Rev Esp Salud Pública. 2001;75:13-22.
10. Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. Rev Atención Primaria. 2006;38(2):82-9.
11. Rodríguez-Borrego MA, Vaquero-Abellán M, Bertagnolli L, Redondo-Pedraza R, Muñoz-Alonso A. Error en la interpretación de un cuestionario de malos tratos. Rev Atención Primaria. 2009;41(11):650.
12. Heise L. Violence against women: an integrated, ecological framework. Violence Against Women. 1998;4(3):262-90.
13. Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Gil-González D, Torrubiano-Domínguez J, Rohlfes I, Escribà-Agüir V. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. Rev Gac Sanit. 2009;23(5):410-4.
14. Morash M, Bui H, Zhang Y, Holtfreter k. Risk factors for abusive relationship: a study of Vietnamese American immigrant women. Violence Against Women. 2007;13:653-75.
15. Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez, Álvarez-Dardet C. Distribución temporal de las denuncias y muertes por violencia de género en España en el periodo de 1998-2006. Rev Esp Salud Pública. 2008;82:91-100.
16. Rodríguez-Borrego MA, Vaquero Abellán M, Bertagnolli da Rosa L, Redondo-Pedraza R, Muñoz-Alonso A. La violencia contra las mujeres en la pareja. Primeros resultados de un estudio en Andalucía. Rev Enferm Global. [Internet]. 2011;(21). [acesso 13 jan 2011]. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/clinica1.pdf>
17. Rodríguez-Borrego MA, Vaquero Abellán M, Bertagnolli da Rosa, L, Muñoz-Gomariz E, Redondo-Pedraza R, Muñoz-Alonso A. Violencia del compañero íntimo: estudio con profesionales de enfermería. Rev Atención Primaria. 2011;43(8):417-25.
18. González Méndez R, Santana Hernández JD. La violencia en parejas jóvenes. Psicothema. 2001;13(1):127-31.
19. Medina-Ariza J, Barberet R. Intimate Partner Violence in Spain. Findings from a National Survey. Violence Against Women. 2003;9(3):302-22.
20. Fontanil Y, Ezama E, Fernández R, Gil P, Herrero FJ, Paz D. Prevalencia del Maltrato de Pareja contra las Mujeres. Psicothema. 2005;17(1):90-5.
21. Ruiz-Pérez I, Mata-Pariente N, Plazaola-Castaño J. Women’s Response to Intimate Partner Violence. J Interpersonal Violence. 2006;21(9):1156-68.
22. Saffioti HIB. 2004. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. Coleção Brasil Urgente
23. Schraiber LB, D’oliveira AF, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. Ciênc Saúde Coletiva. [periódico na Internet]. 2009; 14 (4):1019-1027 [acesso 7 dez 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a04v14n4.pdf>
24. Gage AJ, Hutchinson, PL. Power, control and intimate partner sexual violence in Haiti. Arch Sex Behav. 2006;35:11-24.
25. Kishor S, Johnson K. Reproductive health and domestic violence: are the poorest women uniquely disadvantaged? Demography. 2006;43:293-307.

26. Medina JJ. Violencia contra la mujer en la pareja:
Investigación comparada y situación en España. Valencia:
Tirant Monografias; 2002.

Recebido: 17.8.2011

Aceito: 6.1.2012

Como citar este artigo:

Rodríguez-Borrego M-A, Vaquero-Abellán M, Bertagnolli da Rosa L. Estudo transversal sobre fatores de risco de violênci

_____/_____/_____];20(1):[08 telas]. Disponível em: _____

dia

ano

mês abreviado com ponto

URL