

Factores asociados a la sobreposición de tipos de violencia contra la mujer notificada en servicios centinela

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira¹

Renata Carneiro Ferreira²

Gracyelle Alves Remigio Moreira³

Ana Paula Soares Gondim⁴

Maria Alix Leite Araujo⁴

Raimunda Magalhães da Silva⁵

Objetivo: identificar la prevalencia y los factores asociados a la sobreposición de los diferentes tipos de violencia contra la mujer notificados en servicios centinela. Método: estudio transversal realizado con 939 fichas de notificación de casos de violencia contra la mujer, referentes al trienio de 2006 a 2008, en Fortaleza, Ceará. Fueron realizados el análisis univariado y el múltiple por regresión logística. Resultados: los resultados mostraron asociación positiva entre la sobreposición de tipos de violencia contra la mujer, con la escolaridad variando de analfabeta a enseñanza fundamental y la agresión haber ocurrido otras veces. Conclusión: este conocimiento contribuye para el delineamiento de acciones específicas que tengan por objetivo enfrentar esta problemática, así como generar subsidios para elaborar una propuesta adecuada de atención y encaminamiento de las víctimas que buscan los servicios de salud.

Descriptores: Violencia contra la Mujer; Factores de Riesgo; Servicios de Salud; Estadísticas de Servicios de Salud.

¹ PhD, Profesor Titular, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

² MSc, Profesor, Faculdade de Ensino Superior do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Estudiante de doctorado, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondencia:

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Universidade de Fortaleza
Av. Washington Soares, 1321
Bairro: Edson Queiroz
CEP: 60811-905, Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: janeeyre@unifor.br

Introducción

La violencia contra la mujer es un fenómeno que refleja las desigualdades de géneros en la sociedad⁽¹⁾, se manifiesta como problema de salud pública por la magnitud de su prevalencia⁽²⁾, gravedad y recurrencia, así como por las consecuencias negativas en la calidad de vida de las víctimas.

Estudios mundiales revelan una elevada prevalencia y variabilidad (15% a 71%) del problema⁽³⁻⁴⁾. En Brasil, las estadísticas de mortalidad apuntan que a cada dos horas ocurre un homicidio de mujer⁽⁵⁾, representando el último grado de una escala de agresión, que muchas veces se inicia con violencia psicológica. La literatura presenta también a los compañeros o ex-compañeros íntimos como los principales perpetradores de esa violencia⁽⁶⁻⁷⁾.

Entre las acepciones de lo que sea la violencia contra la mujer, el estudio se orienta por la definición de la Convención de *Belém do Pará*, adoptada por la Organización de los Estados Americanos en 1994, como siendo cualquier acción o conducta basada en el género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado⁽⁸⁾.

Según la Ley nº 11.340/2006, los tipos de violencia contra la mujer se manifiestan en las formas: física, psicológica, sexual, patrimonial y moral⁽⁹⁾. Sin embargo, las investigaciones advierten la interrelación de los tipos de violencia, configurándose los casos en eventos complejos en que esas formas se entrelazan, repercutiendo en la gravedad de las situaciones⁽⁶⁻⁷⁾.

Tratando de entender el fenómeno, algunos autores defienden la influencia de factores sociales en la ocurrencia de los casos de violencia⁽¹⁰⁾. La baja escolaridad, la pobreza, el menor rendimiento salarial de la mujer o el desempleo, y el uso de alcohol y de drogas ilícitas por los compañeros parecen exacerbar la magnitud del problema.

La violencia contra la mujer ha sido una demanda frecuente en la rutina de los servicios de salud, los cuales desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico, registro, notificación y tratamiento de los casos⁽¹¹⁾, además de presentarse como locales propicios para hacer efectivas las estrategias necesarias frente a la problemática.

Los servicios de referencia de violencias centinela fueron instituidos con el propósito de contribuir con la visibilidad del fenómeno, por el potencial que presentan para generar informaciones de calidad. Ese conocimiento producido es imprescindible para la implementación de estrategias de prevención y control del problema, para la evaluación de las acciones implementadas y para la planificación de los recursos y servicios⁽¹¹⁾.

Los servicios centinelas son responsables por la notificación de casos de violencias contra grupos específicos en respuesta la Ley Nº 10.778 que tornó obligatoria la notificación compulsoria de violencia contra la mujer en los servicios de salud públicos y privados⁽¹²⁾. Es importante acrecentar que la Portería nº 104 de 25 de enero de 2011 dispone sobre la violencia doméstica, sexual y/o otras violencias como el 45º evento de notificación compulsoria, en todo el territorio nacional⁽¹³⁾.

Se reconoce la creciente publicación sobre el tema, sin embargo la prevalencia, la diversidad tipológica dentro de los servicios de salud refleja la complejidad del problema y exige continuas investigaciones. En cuanto las actuaciones internacionales alertan a los gobiernos sobre el valor de los derechos humanos y la reducción de las iniquidades sociales, la salud integral de la mujer todavía se mantiene amenazada por la fuerza, poder y falta de respeto a su condición de ciudadana⁽⁸⁻⁹⁾.

Considerando que el profesional enfermero transita en los niveles jerárquicos de atención a la salud de la mujer, el estudio contribuye con la práctica social de esta categoría, ya que la comprensión del fenómeno favorece el delineamiento de estrategias y acciones específicas, objetivando la prevención y el enfrentamiento de la violencia contra este grupo, así como fomentando la promoción de la salud.

El estudio asume como constructos teóricos analíticos los dispositivos legales que legislan sobre el tema, considerando las especificidades de las violencias contra la mujer^(8-9,12-13).

En ese sentido, comprender los factores que pueden contribuir para la superposición de los tipos de violencia contra la mujer, así como características sociodemográficas y comportamentales de las mujeres en situación de violencia, características de las agresiones y de los agresores, pueden contribuir de sobre manera para cualificar la asistencia, además de proporcionar un cuidado contextualizado por parte de los enfermeros. Además, el enfrentamiento de la violencia es complejo y está asociado a la falta de visibilidad del problema por las diferentes instancias, especialmente por los servicios de salud.

En ese contexto, el estudio tiene como objetivo identificar la prevalencia y los factores asociados a la sobreposición de los diferentes tipos de violencia contra la mujer notificada en servicios centinela.

Métodos

Se trata de un estudio transversal que utilizó como fuente de datos las fichas de notificaciones de mujeres víctimas de violencia, en la ciudad de Fortaleza, estado

de Ceará, referentes al trienio de 2006 la 2008. Fortaleza, capital del Ceará, de igual manera que otras metrópolis⁽²⁾ brasileñas concentra un número significativo de registros de violencia contra la mujer⁽¹⁴⁾.

Situando al lector, en la época del estudio, la atención a la violencia contra la mujer en Fortaleza era ofrecida por cuatro servicios centinela. El estudio utilizó tres de estos servicios, abarcando 75% de las notificaciones en el trienio seleccionado, o sea, 960 casos.

Para efecto del análisis, el estudio tomó por base las notificaciones de mujeres con edad igual o superior a 12 años y residentes en Fortaleza. De los 960 casos encontrados fueron excluidas 21 fichas: 16 por agresión a menores de 12 años y cinco por no identificar el tipo de violencia, resultando en 939 fichas analizadas. Para la operacionalización de la recolección de datos, una de las autoras mantuvo contacto previo con los gestores de esos servicios, presentando los objetivos de la investigación, así como programando la fecha y el horario para realizarla.

Esta etapa se realizó manualmente, ficha por ficha, en el período de julio a octubre de 2009. Es importante referir que la obtención de esos datos se hizo en sala reservada, bajo monitorización de funcionarios de los servicios, considerando el sigilo que envuelve las atenciones de esta naturaleza.

Las tipologías de la violencia adoptadas en el estudio siguieron las mencionadas en la ficha de notificación⁽¹⁵⁾. De esa forma se consideraron los datos de la ocurrencia que se refirieron a la violencia física, psicológica/moral, negligencia/abandono, sexual, tortura y patrimonial. Vale resaltar que la ficha también incluye el tráfico de seres humanos y el trabajo infantil, que por demandar otros constructos epistemológicos no fueron objeto de esta investigación.

La variable dependiente fue el registro de dos o más tipos de violencia contra la mujer y como variables independientes, datos sociodemográficos (situación conyugal, intervalo de edad, escolaridad, color, ocupación, orientación sexual, estaba embarazada, tiene alguna deficiencia); datos de la agresión (local de ocurrencia, si ocurrió otras veces, número de participantes); datos del agresor (sexo, tipo de relación con la víctima, sospecha de uso de alcohol). Las variables fueron descritas de acuerdo con la nomenclatura referida en la ficha de notificación⁽¹⁵⁾.

La prueba chi-cuadrado (χ^2) fue utilizada para analizar si la mujer había sufrido dos o más tipos de violencia en relación a las variables independientes. Se estableció $p < 0,05$ para la significancia estadística. La selección de las variables para la construcción del modelo de regresión logística multivariado se basó en el método de selección automática (*Stepwise*). La fuerza de asociación entre las variables independientes y la dependiente fue

expresada en valores estimados de *Odds ratio* (OR) bruto y ajustado, con Intervalo de Confianza (IC) de 95%. Los datos fueron organizados en el programa SPS (SPS Inc., Chicago, Estados Unidos), versión 16.0; y analizados con el programa STATA (Stata Corp LP, College Station, TX 77845, USA), versión 11.0.

La investigación obedeció a las normas de la Resolución nº 196/96, del Consejo Nacional de Salud que regula las investigaciones con seres humanos y se encuentra aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Fortaleza en el parecer nº 123/2009.

Resultados

Entre las 939 fichas analizadas, la frecuencia de sobreposición de violencia contra la mujer fue de 73,9% (694). Solamente un tipo de violencia fue experimentado por 245 mujeres (26,1%), distribuidos entre violencia psicológica/moral (85,7%), física (74,9%), negligencia/abandono (18,2%), sexual (13,3%), patrimonial (4,0%) y tortura (2,7%).

La edad promedio de las mujeres víctimas de violencia analizadas fue de 33,26 años (DE=11,05). El promedio de edad entre las mujeres víctimas de dos o más tipos de violencia fue de 33,32 años (DE=10,57) y en el grupo de un tipo de violencia fue de 33,08 años (DE=12,30).

Las mujeres casadas que tenían edad igual o superior a 30 años, que poseían escolaridad variando de analfabeta a enseñanza fundamental, que eran morenas, que estaban desempleadas, que mantenían relaciones sexuales solo con hombres; que no estaban embarazadas y que no poseían deficiencia, fueron las más frecuentes (Tabla 1).

En la Tabla 1, se observa que la variable escolaridad presentó significancia estadística ($p=0,029$) con el hecho de la mujer ser víctima de dos o más tipos de violencia, por otro lado la situación conyugal, el intervalo de edad, el color, la ocupación, las relaciones sexuales, el estar embarazada y el poseer algún tipo de deficiencia, no presentaron significancia estadística ($p > 0,05$).

En el grupo de las mujeres que sufrieron dos o más tipos de violencia, la frecuencia del local de la agresión fue mayor en la residencia (89,9%); la violencia fue recurrente (91,4%); con la participación de un agresor (88,2%); del sexo masculino (97,5%); del compañero íntimo de la víctima (73,8%); y sospecha de consumo de alcohol (66,5%). Entre las mujeres que sufrieron un tipo de violencia, también predominó la residencia (81,6%); la agresión ocurrió otras veces (80,5%); con un agresor participando (89,5%); del sexo masculino (96,6%); compañero íntimo de la víctima (65,8%); y con sospecha de uso de alcohol (57,7%) (Tabla 2).

Tabla 1 - Características sociodemográficas en relación a la sobreposición de tipos de violencia contra la mujer. Fortaleza, CE, Brasil, 2006 la 2008

Variable	Violencia				Total (%)	p
	Un tipo (N=245)		Dos o más tipos (N=694)			
	n	%	n	%		
Situación conyugal						0,112
Casada	145	63,9	453	69,6	598 (68,1)	
No casada	82	36,1	198	30,4	280 (31,9)	
Intervalo de edad (en años)						0,174
12-29	104	42,6	257	37,7	361 (39,0)	
≥30	140	57,4	425	62,3	565 (61,0)	
Escolaridad						0,029*
Analfabeto/Enseñanza fundamental	142	58,9	451	66,7	593 (64,7)	
Enseñanza media/Superior	99	41,1	225	33,3	324 (35,3)	
Color						0,394
Morena	137	58,0	373	54,8	510 (55,7)	
No morena	99	41,9	307	45,1	406 (44,3)	
Ocupación						0,942
Empleada	104	43,7	294	43,4	398 (43,5)	
Desempleada	134	56,3	383	56,6	517 (56,5)	
Relaciones sexuales						0,141
Solo con mujeres	10	7,2	20	4,2	30 (4,9)	
Solo con hombres	128	92,8	458	95,8	586 (95,1)	
Gestante						0,484
Si	16	6,5	37	5,3	53 (5,6)	
No	229	93,5	657	94,7	886 (94,4)	
Posee algún tipo de deficiencia						0,283
Si	14	5,7	54	7,8	68 (7,2)	
No	231	94,3	640	92,2	871 (92,8)	

* Prueba de Chi-cuadrado de Pearson; significativo cuando $p < 0,05$

En la tabla 2, la mayoría de las variables mostró con excepción del número de participantes y sexo del autor de la agresión. significancia estadística ($p < 0,05$) en el análisis univariado,

Tabla 2 - Características de la agresión y del agresor en relación a la sobreposición de tipos violencia contra la mujer. Fortaleza, CE, Brasil, 2006 la 2008

Variable	Violencia				Total (%)	p
	Un tipo (N=245)		Dos o más tipos (N=694)			
	n	%	n	%		
Local de ocurrencia						<0,001*
Residencia	191	81,6	605	89,9	796 (87,8)	
Otro local	43	18,4	68	10,1	111 (12,2)	
Ocurrió otras veces						<0,001*
Si	186	80,5	613	91,4	799 (88,6)	
No	45	19,5	58	8,6	103 (11,4)	
Número de participantes						0,573
Un	214	89,5	605	88,2	819 (88,5)	
Dos o más	25	10,5	81	11,8	106 (11,5)	
Sexo del autor de la agresión						0,480
Femenino	08	3,4	17	2,5	25 (2,8)	
Masculino	227	96,6	655	97,5	882 (97,2)	

(continúa...)

Tabla 2 - continuación

Variable	Violencia				Total (%)	p
	Un tipo (N=245)		Dos o más tipos (N=694)			
	n	%	n	%		
Relación con la víctima						0,019*
Compañero íntimo	154	65,8	501	73,8	655 (71,7)	
Otros vínculos	80	34,2	178	26,2	258 (28,3)	
Sospecha de uso de alcohol						0,024*
Si	116	57,7	401	66,5	517 (64,3)	
No	85	42,3	202	33,5	287 (35,7)	

* Prueba de Chi-cuadrado de Pearson; significativo cuando $p < 0,05$

El análisis no ajustado mostró una asociación positiva entre la mujer que sufrió dos o más tipos de violencia con la escolaridad (OR=1,39; IC95%=1,01-1,91); local de ocurrencia (OR=2,00; IC95%=1,28-3,08); agresión ocurrió otras veces (OR=2,55; IC95%=1,63-3,97); relación del agresor con la víctima (OR=1,46; IC95%=1,04-2,03) y sospecha de uso de alcohol por el agresor (OR=1,45; IC95%=1,03-2,04) (Tabla 3).

En el modelo de regresión logística múltiple se observó que estaban asociados positivamente con la mujer que sufrió dos o más tipos de violencia, la escolaridad variando de analfabeta a enseñanza fundamental (OR=1,43; IC95%=1,05-1,96) y la agresión haber ocurrido otras veces (OR=2,41; IC95%=1,57-3,71) (Tabla 3).

Tabla 3 - Factores asociados a la mujer que sufrió dos o más tipos de violencia. Fortaleza, CE, Brasil, 2006-2008

Variable	n	%	Sufrir dos o más tipos de violencia			
			No ajustada		Ajustada	
			OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Situación conyugal						
Casada	598	75,7	1,29 (0,92-1,79)	0,112		
No casada	280	70,7				
Intervalo de edad (en años)						
12-29	361	71,1				
≥30	565	75,2	1,22 (0,90-1,67)	0,174		
Escolaridad						
Analfabeto/Enseñanza fundamental	593	76,0	1,39 (1,01-1,91)	0,029*	1,43 (1,05-1,96)	0,022*
Enseñanza media/Superior	324	69,4				
Color						
Morena	510	73,1				
No morena	406	75,6	0,87 (0,64-1,19)	0,394		
Ocupación						
Empleada	398	73,8				
Desempleada	517	74,0	1,01 (0,74-1,37)	0,942		
Relaciones sexuales						
Solo con mujeres	30	66,6				
Solo con hombres	586	78,1	1,78 (0,72-4,12)	0,141		
Gestante						
Si	53	69,8				
No	886	74,1	1,24 (0,63-2,33)	0,484		
Posee algún tipo de deficiencia						
Si	68	79,4	1,39 (0,74-2,76)	0,283		
No	871	73,4				
Local de ocurrencia						
Residencia	796	76,0	2,00 (1,28-3,08)	<0,001*		
Otro local	111	61,2				

(continúa...)

Tabla 3 - continuación

Variable	n	%	Sufrir dos o más tipos de violencia				
			No ajustada		Ajustada		
			OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	
Ocurrió otras veces							
Si	799	76,7	2,55 (1,63-3,97)	<0,001*	2,41 (1,57-3,71)	<0,001*	
No	103	56,3					
Número de participantes							
Uno	819	73,8					
Dos o más	106	76,4	1,14 (0,70-1,92)	0,573			
Sexo del autor de la agresión							
Femenino	25	68,0					
Masculino	882	74,2	1,35 (0,49-3,37)	0,480			
Relación con la víctima							
Compañero íntimo	655	76,4	1,46 (1,04-2,03)	0,019*			
Otros vínculos	258	68,9					
Sospecha de uso de alcohol							
Si	517	77,5	1,45 (1,03-2,04)	0,024*			
No	287	70,3					

* Prueba de Chi-cuadrado de Pearson; significativo cuando $p < 0,05$

Discusión

Este estudio presenta como diferencial la identificación de los factores asociados a la sobreposición de tipos de violencia contra la mujer, siendo escasas, en la literatura brasileña, las investigaciones que eligieron como objeto de investigación esta especificidad.

Los hallazgos mostraron mayor prevalencia de mujeres víctimas de dos o más tipos de violencia, indicando que estos se sobreponen, difícilmente ocurren aisladamente. Otras investigaciones encontraron resultados similares, destacando el entrelazamiento de las agresiones física, sexual y psicológica, y advirtiendo que la superposición de diversos tipos de violencia parece estar asociada a mayor gravedad de los casos y a la búsqueda de servicios especializados^(6-7,16).

La residencia constituye el lugar más frecuente para la ocurrencia de esos casos, reafirmando lo que se encuentra en la literatura⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ que más de 90% de las agresiones contra las mujeres acontecen en el ambiente doméstico. El hogar es el local más escogido, debido a que las agresiones son facilitadas por transcurrir en la privacidad, resguardado de la interferencia de otras personas⁽¹⁸⁾. De esa forma, el ámbito privado que circunscribe el fenómeno inhibe el rompimiento y la visibilidad de las casuísticas.

La mayor ocurrencia de la violencia perpetrada por el compañero íntimo de la víctima, conforme encontrado en esta investigación, expresa subordinación y dominación, en la cual existe una distribución desigual de privilegios, derechos y deberes, estableciéndose asimetrías de poder basadas en las diferencias de género⁽¹⁹⁾. Las agresiones

perpetradas por el compañero o ex-compañero son reconocidas como una de las formas más frecuentes de violencia contra la mujer^(7,17,20). Un estudio realizado en la región este de la India con 1.718 mujeres constató un mayor riesgo de violencia perpetrada por parte del marido que por cualquier otra persona⁽³⁾.

Otro hallazgo relevante de esta investigación corroborado por la literatura^(4,7) muestra la asociación del uso de alcohol por parte del agresor con las situaciones de violencia contra la mujer. Las investigaciones reconocen la ingestión del alcohol como factor precipitante de la violencia doméstica, pudiendo ser explicado por el efecto de desinhibición de la conducta de los agresores, como un medio de minimizar la responsabilidad por el comportamiento violento, o también, la combinación del uso de alcohol con la práctica de violencia puede actuar como un factor denunciante de una personalidad impulsiva⁽²¹⁾.

Algunos autores⁽²²⁾ también demostraron, en una investigación de abordaje cualitativo, los trastornos provenientes del consumo de alcohol en las familias, enfatizando los altos niveles de conflictos interpersonales, que desembocan en las diversas formas de violencia doméstica. Sin embargo, el alcohol no es el responsable básico por las agresiones, actuando más bien como facilitador de situaciones previamente determinadas⁽¹⁷⁾.

El análisis bivariado no ajustado mostró una asociación entre la mujer víctima de dos o más tipos de violencia con las variables: escolaridad, local de ocurrencia, agresión ocurrida otras veces, relación del agresor con la víctima y sospecha de uso de alcohol por el agresor. Después

del ajuste de las variables solamente la baja escolaridad, variando de analfabeto a enseñanza fundamental, y el hecho de la agresión haber ocurrido otras veces se mantuvieron asociados positivamente con el resultado.

El bajo nivel educacional de las mujeres víctimas de violencia es apuntado en estudios en otros países^(3,23) y en Brasil^(16-17,24). En un país de Asia Meridional, los niveles más altos de escolaridad se tornaron un factor de protección contra las formas de violencia⁽³⁾. Una investigación brasileña, realizada a partir de fichas de atención médicas y laudos de institutos médicos legales, mostró que la mayor parte de las víctimas no había concluido al enseñanza fundamental⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, las mujeres de todos los niveles educacionales enfrentan situaciones de violencia⁽⁷⁾. Lo que diferencia la conducta de esas mujeres es que las más esclarecidas tendrían una mayor autonomía personal, disminuyendo la tolerancia a las agresiones⁽⁴⁾. Así, cuando son víctimas, casi siempre, recurren a consultorios médicos y a abogados de defensa particulares. De ese modo, las agresiones pueden estar subrepresentadas en los registros, asociando las situaciones de violencia contra la mujer a la pobreza⁽⁷⁾, ya que la mayoría de las investigaciones es realizada en servicios públicos.

Las manifestaciones de violencia contra mujer se mostraron asociadas directamente en este estudio al hecho de que las agresiones son recurrentes, indicando que el problema se revela de forma intensa y repetitiva en la vida de las víctimas. Algunos autores^(19,25) exponen que las mujeres, muchas veces, desisten de la denuncia formal por ser dependientes financieramente o emocionalmente del agresor, como también por miedo o vergüenza de la exposición del caso. Este episodio contribuye para que la violencia adquiera el carácter de rutina.

Las investigaciones demuestran que la mayor parte de las agresiones contra la mujer no son constituidos por un único acontecimiento, son más bien varios episodios que pueden perdurar por décadas^(10,19). Este contexto colabora con el nivel de gravedad de las situaciones de violencia, repercutiendo negativamente en la salud física, mental y social de las mujeres víctimas. Los reflejos de ese problema son nítidamente percibidos en el ámbito de los servicios de salud, sea por los costos que representan o por la complejidad de la atención que demandan.

Conclusión

Los resultados de esta investigación mostraron como factores asociados a la sobreposición de tipos de violencia contra la mujer, la escolaridad baja y la recurrencia de la agresión.

Es importante resaltar que el estudio en cuestión se trata de una demanda de servicios centinelas, y los hallazgos obtenidos no pueden ser generalizados para la población de mujeres víctimas en general, considerando que una parcela de esas víctimas ni siquiera procura atención.

Sin embargo, ese conocimiento contribuye para delinear acciones específicas que objetiven el enfrentamiento de esa casuística, así como para generar subsidios para elaboración de propuestas adecuadas de atención y encaminamiento de las víctimas que buscan los servicios de salud, contribuyendo para la visibilidad de la violencia contra la mujer.

Referencias

1. Ilha MM, Leal SMC, Soares JSF. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):328-34.
2. Silva MA, Falbo GH Neto, Figueiroa JN, Cabral JE Filho. [Violência contra a mulher: prevalência e fatores associados em pacientes de um serviço público de saúde no Nordeste brasileiro]. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(2):264-72. Inglês.
3. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health.* 2009;9:129. doi:10.1186/1471-2458-9-129
4. Vieira EM, Perdoná GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(4):730-7.
5. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet.* 2011;377(9781):1962-75.
6. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(3):359-67.
7. 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. *Estudos Psicologia.* 2011;28(2):219-27.
8. Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996 (BR). Promulga a convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. 1996. [acesso 9 abr 2012]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/112212/decreto-1973-96>

9. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 (BR). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. 2006. [acesso 21 jun 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
10. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. Rev Saúde Pública. 2009;43(6):944-53.
11. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG, et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. Ciência Saúde Coletiva. 2007;11(Sup):1269-78.
12. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (BR). Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. 2003. [acesso 14 mai 2012]. Disponível em: http://www.abenfomg.com.br/site/arquivos/outros/09_LEI_DE_NOTIFICACAO_VIOLENCIA.PDF
13. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (BR). Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde. 2011. [acesso 20 jun 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_104_26_2011_dnc.pdf
14. Diniz K. Em Fortaleza, violência contra a mulher é epidemia crônica. Grupo UN 15 dez 2011. [acesso 20 junho de 2012]. Disponível em: <http://www.grupoun.net/em-fortaleza-violencia-contra-a-mulher-e-epidemia-cronica/>
15. Ministério da Saúde (MS). Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), ficha de notificação/investigação individual, violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília – 2008. 2008. [acesso 13 mar 2012]. Disponível em: <http://saude.gov.br/svs>
16. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev Saúde Pública 2005;39(5):695-701.
17. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(11):2551-63.
18. Leôncio KL, Baldo PL, João VM, Biffi RG. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. Rev Enferm UERJ. 2008;16(3):307-12.
19. Deeke LP, Boing AF, Oliveira WF, Coelho EBS. A Dinâmica da Violência Doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. Saúde Soc. 2009;18(2):248-58.
20. Lettiere A, Nakano AMS. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(6):1421-8.
21. Rovinski SLR. Dano psíquico em mulheres vítimas de violência. Rio de Janeiro: Lumen; 2004. 271 p.
22. Reinaldo AMS, Pillon SC. Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(esp):529-34.
23. Oyunbileg S, Sumberzul N, Udval N, Wang JD, Janes CR. Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence among Mongolian Women. J Women's Health. 2009;18(11):1873-80.
24. 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. 2009;43(2):299-310.
25. Lima VLA, Souza ML, Monticelli M, Oliveira MFV, Souza CBM, Costa CAL, et al. Violência contra mulheres amazônicas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(6):968-73.

Recibido: 25.6.2012

Aceptado: 22.4.2013

Como citar este artículo:

Vieira LJES, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araujo MAL, Silva RM. Factores asociados a la sobreposición de tipos de violencia contra la mujer notificada en servicios centinela. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2013 [acceso: / /];21(4):[08 pantallas]. Disponible en: _____

día / mes abreviado con punto / año

URL