



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



Situaciones de violencias por parejas íntimas en trabajadoras rurales brasileñas: estudio descriptivo

Rejane Antonello Griiboski¹, Dirce Guilhem¹, Leides Barroso Azevedo Moura¹

¹ University of Brasília

RESUMEN

Objetivo: Describir las situaciones de violencias perpetradas por parejas íntimas (VPI) en la interpretación de las mujeres trabajadoras rurales. **Método:** Estudio descriptivo, incluyendo 795 participantes de la cuarta Marcha de las Margaritas en la capital brasileña. Datos colectados por técnica de urna y analizados según la estadística descriptiva. **Resultados:** 41% de las mujeres sufrieron por lo menos un episodio de VPI: 70% relataron violencia física, 63% violencia psicológica y 14% violencia sexual. Variables: edad, estado civil, posición en la familia, origen geográfica y tipos de violencias. **Discusión:** Violencia física fue la más frecuente, acompañada por violencias psicológica y sexual. Mujeres que ya vivieron en unión presentaron una razón mayor de chance para violencias. **Conclusión:** Las situaciones de violencias por pareja íntima fueron confirmadas por las mujeres trabajadoras rurales. Se espera contribuir para la estructuración de redes de protección para mujeres en situación de violencia, estrategia de salud de la familia y formación de profesionales de salud y de enfermería.

Descriptor: Población Rural; Mujeres; Violencia Contra la Mujer; Políticas Públicas de Salud; Investigación en Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de la existencia de violencias contra mujeres trabajadoras rurales – en casa, en el trabajo y en la sociedad - no ocupa lugar privilegiado en el escenario de las pesquisas en salud y de la producción de conocimientos que revelen la magnitud del problema⁽¹⁾. Estudios realizados en sociedad por la Organización Pan-Americana de Salud (OPAS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) demostraron niveles elevados de las situaciones de violencias contra las mujeres, principalmente en los espacios urbanos. Resultados de un estudio realizado en América Latina y en Caribe sobre violencia contra mujeres registraron la persistencia de las violencias en los mismos índices de aquellos encontrados en escala global, con niveles al rededor de 25 a 50% de incidencia^(1,2).

El Mapa de la Violencia 2012 reveló que Brasil ocupa el 7º lugar en feminicidios – violencia fatal contra las mujeres. Se observa que 42,5% del total de agresiones tuvieron como perpetrador el compañero o ex pareja íntima⁽³⁾. Un estudio brasileño sobre mortalidad femenina debido a agresiones apuntó otros factores socioeconómicos y demográficos asociados al asesinato de mujeres por la pareja, tal como la pobreza, la disparidad de edad entre los cónyuges y la situación marital no formalizada⁽⁴⁾. Investigaciones brasileñas de ámbito nacional y regional sobre violencias cometidas por parejas íntimas (VPI) revelaron índices semejantes globalmente a los resultados obtenidos por la OMS y OPAS, en que las mujeres experimentan algún tipo de agresión por parte del actual o del ex cónyuge^(5,6).

Violencias contra mujeres son reconocidas como un grave problema de salud pública y una barrera al desarrollo de un país^(1,2,6). La principal causa de las agresiones contra las mujeres, diferentemente de otros tipos de violencias, es manifestada por las desigualdades en las relaciones tradicionales de género. Violencias de género son

definidas por las desigualdades en las relaciones entre hombres y mujeres y comprenden agresiones de naturaleza física, psicológica, sexual, moral y patrimonial^(2,5). Es en el espacio familiar que ocurre grande parte de los actos y, generalmente, la mujer conoce su agresor⁽⁶⁾. Son esos escenarios de violencias, multideterminados y polisémicos, que involucren a toda la sociedad en sus complejas dimensiones – sociales, económicas, políticas y culturales⁽⁶⁾. Es posible que aún exista un número reducido de evidencias sobre ese fenómeno en el sector rural. Por otro lado, esas lagunas tienden a contribuir para la mantención de su invisibilidad y dificultar la adopción de estrategias de intervención para minimizar el problema^(1,5,7).

No obstante, a partir de los años de 2007 y 2008 surgieron políticas del gobierno importantes. Se instituyó la Política Nacional de Enfrentamiento a la Violencia contra las Mujeres y el II Plano Nacional de Políticas para las Mujeres, que pasaron a incluir a las trabajadoras rurales⁽¹⁾. Se creó, la Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo y de la Floresta, que buscaba garantizar el derecho y el acceso a la salud basada en los principios de la equidad, universalidad e integralidad del Sistema Único de Salud (SUS) para la población rural⁽⁷⁾.

Debido a la gran repercusión de la articulación política de las mujeres trabajadoras rurales, en 2011, ellas fueron contempladas con las Directrices y Acciones Nacionales de Enfrentamiento a la Violencia contra las Mujeres del Campo y de la Floresta⁽¹⁾. Sin embargo, esas políticas fueron solamente parcialmente implantadas. Eso se debe a los siguientes hechos:

- 1- Los servicios especializados en el atendimento a las mujeres en situación de violencia están concentrados en municipios de porte mayor;
- 2- Las áreas rurales están aisladas geográficamente;
- 3- Hay una falta de recursos humanos capacitados para reconocer el problema y encaminarlos debidamente.⁽¹⁾

Griiboski RA, Guilhem D, Moura LBA. Occurrence of violence caused by intimate partners in brazilian rural working women: a descriptive study. Online braz j nurs [internet] 2015 Mar [cited year month day]; 14 (2):151-60. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4653>

Esos aspectos dificultan el acceso de las trabajadoras rurales a la infraestructura social de enfrentamiento a la violencia contra las mujeres.

Aunque se reconozcan los avances de las iniciativas del gobierno, aún hay mucho que hacer, tanto a nivel de políticas públicas de salud con relación al atendimento a las demandas de las mujeres rurales en la atención básica a partir de la inserción de la Estrategia de Salud de la Familia. Es importante destacar que el proceso de trabajo es multidisciplinar, teniendo al enfermero como articulador en las acciones educativas, en el fortalecimiento del vínculo con la comunidad, en la proximidad con la familia y en la articulación del sector, entre otros aspectos que podrían ser mencionados⁽⁸⁾.

Un estudio realizado en Perú demostró aspectos estructurales semejantes a los encontrados en Brasil. Apuntó dificultades en la distribución de recursos humanos en el área de la salud que tienden a concentrarse en grandes centros urbanos⁽⁹⁾. En ese contexto, se evidencian el importante papel de la enfermería, por tratarse de profesionales que tradicionalmente son *aprobados* entre usuarios, comunidades y servicios de salud^(5,8,9). Justamente por eso, la inclusión de esa temática en pesquisas en el área de enfermería, de las ciencias de la salud y en el proceso de formación académica se hace obligatoria. Los futuros profesionales deben ser capacitados para el reconocimiento de las distintas formas de violencia, para el gerenciamiento de la atención a las mujeres en situación de violencia y para la adopción de estrategias preventivas que minimizen la violencia de género⁽⁹⁾. Todas las estrategias de intervención que busquen minimizar la violencia contra las mujeres son bienvenidas.

Este estudio surgió de la necesidad de verificar las situaciones y episodios de violencias practicadas por parejas íntimas contra mujeres que viven en el medio rural. Asume relevancia, pues el conocimiento producido por la pesquisa podrá contribuir para la organización de las pautas de

reclamación de las coordenadas por el movimiento sindicalista de trabajadoras rurales y los planos de intervención para politización del problema de la estructuración de la red de protección para mujeres en situación de violencia. El principal objetivo fue describir la situación de violencias perpetradas por parejas íntimas, en la interpretación de las mujeres trabajadoras rurales.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo, que adoptó el muestreo por conveniencia⁽¹⁰⁾. Las siguientes informaciones fueron preestablecidas: grado de confianza=95%, y p-valor <0,05. El escenario de colecta de datos fue la cuarta edición de la Marcha de las Margaritas, que sucedió en Brasilia. La Marcha de las Margaritas es una acción colectiva sociopolítica y una actividad en adhesión a la Marcha Mundial de Mujeres de carácter formativo, de denuncia y presión, pero también de proposición, diálogo y negociación política con el Estado⁽¹¹⁾. Sucede a cada cuatro años y es organizada por las mujeres del Movimiento Sindical de los Trabajadores Rurales y coordinada por la Confederación Nacional de los Trabajadores de la Agricultura. Participaron de la pesquisa 795 trabajadoras rurales que atendieron a los criterios de inclusión: edad superior a 18 años y participantes de la 4ª Marcha de las Margaritas. Las cuestiones fueron adaptadas de instrumento validado del estudio plurinacional para estimar la violencia contra las mujeres, realizado por la OMS^(6,13).

La colecta de datos ocurrió en los días 16 y 17 de agosto de 2011, en la dependencia externa de los alojamientos destinados a las mujeres y situados en el Parque de la Ciudad, en Brasilia, bien como durante el evento. Fue acompañada por un equipo de voluntarios, académicos de diferentes áreas de la salud y afines, previamente capacitados en la técnica de urna. Ese procedimiento permite

Griiboski RA, Guilhem D, Moura LBA. Occurrence of violence caused by intimate partners in brazilian rural working women: a descriptive study. Online braz j nurs [internet] 2015 Mar [cited year month day]; 14 (2):151-60. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4653>

la confiabilidad sobre la fuente de los datos, con el fin de mejorar la integridad de las respuestas a cuestiones socialmente controversas que se relacionan a la privacidad de los participantes, como, por ejemplo, el aborto, violencias, comportamientos, entre otros⁽¹²⁾. Eran cuestionarios autopreenchidos y posteriormente depositados en urnas dispuestas estratégicamente en el local del evento. La finalidad del uso de urnas fue la de guardar la confidencialidad y garantizar el anonimato de los participantes.

Para el análisis estadístico, fueron utilizadas las siguientes variables independientes: grupo de edad, años de estudio, estado civil, posición familiar, color, religión y origen geográfica. Se definieron cuatro cuestiones como variables dependientes, que tienen la intención de identificar la naturaleza y la ocurrencia de episodios de violencias por parejas íntimas y dos cuestiones sobre episodios de violencia cometidos por ellas.

La definición operacional utilizada en este estudio siguió la clasificación de la OMS para identificar la naturaleza de las violencias según el acto violento cometido por parejas íntimas. Son ellas:

- 1) Violencia psicológica (VP): incluyen las humillaciones, insultos públicos, o amenazas;
- 2) Violencia física (VF), que comprende dos tipos:
 - a) Violencia física moderada (VFM): caracterizada por tirones, o agitación, bofetones o lanzamiento de objetos,
 - b) Violencia física grave (VFG): incluyendo golpes, patadas, arrastrar o golpear, estrangulamiento, quemaduras, el intento de usar arma – blanca, o de fuego, u otro tipo de arma.
- 3) Violencia sexual (VS): la mujer ha sido forzada física o psicológicamente a practicar relaciones sexuales^(1,13).

Se utilizó el Editor de Datos *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS® [versión 18] para la creación del banco de datos y análisis estadística⁽¹⁰⁾. Como a los tipos de violencias, se averiguó su distribución según el perfil sociodemográfico de las

mujeres y posibles asociaciones entre las variables. El test chi-cuadrado fue utilizado para comparar las proporciones de cantidades de respuestas afirmativas entre los grupos, identificar la existencia de diferencias y evaluar las razones de chances (*odds ratio*) de ocurrencia de violencias⁽¹⁰⁾.

El desarrollo del estudio atendió a las normas nacionales e internacionales de ética en investigación involucrando seres humanos. La pesquisa fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa de la Facultad de Salud de la Universidad de Brasilia (CEP-FS/UnB) con el protocolo n°068/2011.

RESULTADOS

El perfil sociodemográfico de las 795 mujeres trabajadoras rurales encuestadas es demostrado en la tabla 1. Los resultados revelaron que la mayoría de ellas pertenecen al grupo de edad considerada adulta (25 a 59 años). Más de la mitad de ellas informaron tener hasta 10 años de estudio. Con relación al estado civil, más de 70% respondieron que vivían en unión consensual o ya viveron con una pareja. Cerca de 40% de las mujeres afirmaron ser la persona de referencia en la familia. El estudio mostró que 77% de las participantes son negras, representando el contingente de mujeres de color autodeclarada negras (16%) y pardas (61%). Con relación al origen geográfico, la región Nordeste se mostró más presente.

Tabla 1 - Perfil sociodemográfico de las mujeres trabajadoras rurales participantes del estudio. 4ª Marcha das Margaritas. Brasilia, 2011.

Variables sociodemográficas	n	%
Total de encuestados	795	100
Grupo de Edad		
18 a 24 años	66	8
25 a 49 años	465	59
50 a 59 años	164	21
60 años o más	90	11
No respondió	10	1

Griiboski RA, Guilhem D, Moura LBA. Occurrence of violence caused by intimate partners in brazilian rural working women: a descriptive study. Online braz j nurs [internet] 2015 Mar [cited year month day]; 14 (2):151-60. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4653>

Años de estudio		
No estudió	22	3
1 a 3 años	90	11
4 a 7 años	198	25
8 a 10 años	129	16
11 o más	332	42
No respondió	24	3
Estado Civil		
Viven en unión consensual	498	63
No viven, mas ya vivieron en unión	72	9
Nunca vivieron en unión	209	26
No respondió	16	2
Posición familiar		
Persona de referencia (jefe de familia)	316	40
Cónyuge, esposa o compañera	341	43
Hija	107	13
Otras posiciones	18	2
No respondió	13	2
Color		
Blanca	154	19
Negra	130	16
Parda	486	61
Amarilla o Indígena	18	3
No respondió	7	1
Religión		
Católica	630	79
Evangélica	117	15
Otra	26	3
No tiene religión	14	2
No respondió	8	1
Origen		
Centro-Oeste	54	7
Norte	29	4
Nordeste	607	76
Sudeste	67	8
Sur	38	5

Fuente: Elaboración de las autoras, 2011.

La tabla 2 presenta el perfil de las mujeres expuestas a episodios de violencia. Entre los participantes de la pesquisa, 41% (n=326) relataron haber sufrido violencia practicada por la pareja íntima en algún momento de la vida. La mayoría

de los episodios ocurrió con adultas, con hasta 10 años de estudio, en unión consensual y que eran la persona de referencia en la familia. Las mujeres declaradas negras, presentado por la suma de las autodeclaradas de color negra (16%) y de color pardas (61%), representaron 90% del total de las que sufrieron VPI.

El análisis mostró diferencias estadísticas significativas para las siguientes variables: edad ($p < 0,036$), estado civil ($p < 0,000$), posición en la familia ($p < 0,000$), origen geográfica ($p < 0,0048$) y la ocurrencia de la violencia. El significado entre la variable origen geográfica y episodios de violencia se produjo debido al gran número existente en la región Nordeste, así como no se puede dudar que es la región de mayor ocurrencia de VPI.

La razón de chance de mujeres que ya vivieron, pero no viven más en unión consensual que sufren violencia es de 5,25 veces mayor que aquellas que viven en otras situaciones de estado civil. Igualmente, a las mujeres que son personas de referencia (jefes de familia) tiene 3,39 veces más chance de sufrir violencia.

Tabla 2 – Características sociodemográficas de las mujeres trabajadoras rurales que relataran haber sufrido algún episodio de VPI. 4ª Marcha de las Margaritas. Brasília, 2011.

Variables sociodemográficas	n(%)	Razón de chance	Sig. p-value
Total	326(41)		
Grupo de edad			
18 a 24 años	19(6)	0,56	
25 a 49 años	185(57)	0,89	
50 a 59 años	78(24)	1,4	$p < 0,036^*$
60 años o más	42(13)	1,3	
No respondió	2(0)	0,36	
Años de estudio			
No estudió	12(4)	1,75	
1 a 3 años	40(12)	1,17	
4 a 7 años	91(28)	1,31	
8 a 10 años	53(16)	1	$p < 0,176$
11 o más	123(38)	0,75	
No respondió	7(2)	0,58	

Estado Civil			
Vive en unión consensual	181(56)	0,59	p < 0,000*
No viven, más ya vivieron en unión	49(15)	5,25	
Nunca vivieron en unión	90(28)	0,17	
No respondió	6(1)	0,72	
Posición en la familia			
Persona de referencia (jefe de familia)	185(57)	3,39	p < 0,000*
Cónyuge, esposa o compañera	106(33)	0,48	
Hija	26(8)	0,42	
Otras posiciones	6(2)	0,71	
No respondió	3(3)	0,43	
Color			
Blanca	55(17)	0,76	p < 0,501
Negra	58(18)	1,19	
Parda	201(62)	1,04	
Amarilla/Indígena	8(2)	1,15	
No respondió	4(1)	1,93	
Religión			
Católica	255(78)	0,89	p < 0,232
Evangélica	55(17)	1,36	
Otra	6(2)	0,65	
No tiene religión	5(2)	0,5	
No respondió	5(1)	1,81	
Origen			
Centro-Oeste	21(7)	2,84	p < 0,048*
Norte	19(6)	0,97	
Nordeste	248(76)	0,91	
Sudeste	27(8)	0,97	
Sur	11(3)	0,57	

Fuente: Elaboración de las autoras, 2011. * Nivel de significancia del test de asociación p-valor < 0,05

La tabla 3 presenta datos relacionados a la naturaleza y al tipo de violencias practicadas por

parejas íntimas que mostraron mayor prevalencia (41%), considerándose la suma del porcentaje de la violencia física moderada y de la violencia física grave, seguida de la violencia psicológica (35%). Con relación a la frecuencia de los actos violentos, los datos mostraron que la violencia física en las dos dimensiones de intensidad (moderada y grave), respondió por 70% de la violencia de repetición muy frecuente, y la violencia psicológica por 63%. Para violencia sexual, sólo 14% de las entrevistas reportaron una baja frecuencia de episodios.

Vale resaltar que cerca de 26% de las mujeres declararon haber experimentado múltiples combinaciones de las naturalezas de violencias. Las mujeres también declararon practicar actos violentos: 28% de ellas se refirieron a episodios de naturaleza psicológica y 10% de naturaleza física contra sus parejas. En la violencia psicológica, los episodios se repitieron con más frecuencia en los relacionamientos íntimo afectivos para 38% de ellas. Se constató, el mismo índice para episodios únicos o poco frecuentes de violencia física.

DISCUSIÓN

En este estudio, se observó que el resultado sobre el perfil sociodemográfico de las mujeres trabajadoras rurales acompaña las características del perfil general de la población brasileña. La OMS estima prevalencia de VPI que varía entre 25

Tabla 3 - Naturaleza, prevalencia y frecuencia de las violencias cometidas por pareja íntima contra mujeres trabajadoras rurales. 4ª Marcha de las Margaritas. Brasilia, 2011.

Tipo de violencia	Prevalencia		Frecuencia	
	Sufrió violencia	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Violencia Psicológica	279(35)	35(12)	58(20)	186(63)
Violencia Física Moderada	187(24)	73(36)	42(21)	72(35)
Violencia Física Grave	136(17)	51(34)	32(21)	53(35)
Violencia Sexual	119(15)	19(14)	36(26)	64(47)

Fuente: Elaboración de las autoras, 2011. Mujeres trabajadoras rurales que informaron episodios de violencia (n=326).

y 50%⁽¹⁴⁾. Ese dominio es considerado compatible con el presente estudio, en el cual 41% de las mujeres trabajadoras rurales relataron haber experimentado episodios de violencia por la pareja íntima.

En lo que se refiere a la escolaridad, la proporción de trabajadoras rurales que ingresaron en la enseñanza media y/o superior puede estar vinculada al hecho de tratar-se de mujeres ocupadas en movimientos sociales y sindicales. Son personas que valorizan la educación como una de las herramientas para la emancipación humana. Aunque haya habido un resultado de alta escolaridad entre las respondientes, aún existen mujeres con baja o ninguna escolaridad^(6,11,15). Estudios anteriormente realizados en Etiópia y en Brasil demostraron que la baja escolaridad estaba asociada a VPI^(6,13). Se observa que la escolaridad, aisladamente, no representa un elemento preventivo para las experiencias de violencia. Los resultados son semejantes y coinciden con las pesquisas en este estudio, donde ser casada, vivir en zona rural es tener baja o ninguna escolaridad son factores asociados a la VPI^(4,15). Aunque la educación por sí sola no sea capaz de contribuir para minimizar los episodios de violencias, ella forma parte del proceso de formación de una sociedad más igualitaria. Es considerada fundamental para la disminución de las desigualdades socioeconómicas, tanto en los espacios urbanos como rurales^(6,15). En Brasil, las informaciones sobre la escolaridad de las mujeres describen un escenario que mejora cada día, al mismo tiempo en que persisten las desigualdades en las relaciones de género y de trabajo, factores que exponen a las mujeres a distintas situaciones de vulnerabilidad⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

En ese contexto, se configuran la violencia de género que involucran a las relaciones de poder, sea en la esfera física, económica, política, social o hasta intelectual^(6,9,17,18). Las relaciones de género, de generación, de renta y de la propia familia en contextos rurales son influenciadas por comple-

jas telas de poder que perpetúan instituciones e hierarquías sociales, donde los hombres utilizan la violencia como instrumento de sumisión femenina, independientemente de cuestiones socioeconómicas⁽¹⁷⁾.

Otro resultado importante reveló la ocurrencia de violencias contra mujeres en edades más avanzadas, lo que también fue verificado en el estudio sobre las mujeres ancianas de la zona rural del sudoeste de Virginia, Estados Unidos. Las violencias son poco citadas por las víctimas y pueden no ser reconocidas por la comunidad y por profesionales de la salud como un problema relevante. Además de eso, las agresiones serían antiguas o menos valorizadas en los relatos ofrecidos por las mujeres. Este estudio mostró que mujeres en el grupo de edad superior a 50 años de edad presentaban más chances de sufrir episodios de violencia que mujeres jóvenes, lo que merece atención especial en la intersección entre políticas públicas para mujeres adultas y ancianas⁽¹⁸⁾.

Del mismo modo, ser la persona de referencia y responsable por el domicilio no se traduce en seguridad personal contra violaciones de derechos en las relaciones afectivas e íntimas mediadas por el sistema de dominación-subordinación^(6,9,17). Mismo que la mujer tenga autonomía financiera y sea la proveedora del hogar, esos atributos no se configuran como elementos protectores en lo que se relaciona a las VPI. Sobre esta óptica, la asociación entre autonomía financiera y aumento de VPI en las áreas rurales debe ser considerada, puesto que existen programas de transferencia preferencial de renta y propiedad para las mujeres trabajadoras rurales⁽¹¹⁾. Se destaca que la presencia de actos violentos contra las mujeres negras, constituye un viés importante de la raza, estando esta incidencia relacionada a otras formas de violencias, tal como la sexista.

Una de las principales causas de violencia contra las mujeres son las asimetrías de género que inciden sobre las relaciones íntimo-afectivas.

Griiboski RA, Guilhem D, Moura LBA. Occurrence of violence caused by intimate partners in Brazilian rural working women: a descriptive study. *Online braz j nurs* [internet] 2015 Mar [cited year month day]; 14 (2):151-60. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4653>

Los episodios de VPI tienden al escalonamiento y pueden aumentar con el decorrer de los años^(18,19). Esta investigación fue similar a la realizada en una comunidad rural de Uganda, donde la mayoría de las mujeres entrevistadas relató VP y exposición a laVF; más de la mitad sufría aislamiento y restricción de libertad; y 23% habían víctimas de violencia sexual⁽¹⁹⁾.

Sobre la prevalencia de VPI, el estudio reveló que los episodios de violencia pueden ser graves, recurrentes y en sobreposición, esto es, la asociación de cualquier tipo de violencia considerada más frecuente puede ser seguida por todos los tipos de violencia^(4,15,19). En este estudio también se percibió una similitud, las mujeres trabajadoras rurales mostraron la existencia del elevado índice de VF y de la frecuencia de los episodios, combinados con VP y VS presentes en un único evento.

Las violencias contra mujeres ha sido asociada a las dificultades de acceso a los derechos fundamentales, como educación, empleo, salud, renta, entre otros presentes tanto en los espacios urbanos cuanto en los espacios rurales. Ambos marcados por las desigualdades socioespaciales^(6,15). Existen otros factores que pueden desencadenar, motivar o aumentar los episodios de violencia en el ambiente doméstico, tales como el consumo de alcohol, drogas, pobreza y la falta de adaptación social,⁽⁶⁾.

Un factor determinante para la identificación de las violencias perpetradas contra las mujeres que buscan un servicio de salud y la capacitación de los profesionales que irán atenderlas en el ámbito de la Estrategia Salud de la Familia de modo acogedor y humanizado. Se sabe que, en la práctica educativa, las acciones utilizadas por los profesionales de salud pueden auxiliar en los procesos de cuidar, promover y prevenir agravos a la salud⁽²⁰⁾. En ese sentido, educación y salud contemplan la combinación de oportunidades que favorezcan la promoción de la salud y posibiliten su adopción en las prácticas cotidianas. El ejercicio de la autonomía

pressupone el desarrollo del sentido de responsabilidad, tanto en lo que se refiere a la propia salud, como la de la comunidad en la cual se está insertada⁽²⁰⁾. En ese contexto, la escasez de profesionales en las áreas más necesitadas impide la realización de ampliar la cobertura por los sistemas de salud.

Estudios realizados en Brasil y en Perú sobre trabajo y atractivos para mantener profesionales de la salud en el medio rural mostraron que esos profesionales perciben desintereses políticos en su actuación, lo que se refleja en bajos sueldos, baja calificación profesional, carencia de infraestructura y equipamientos adecuados, cuadro de profesionales de salud reducido^(8,9). Mientras los cambios deseados para la plena implementación de políticas públicas en el espacio rural no suceden, los profesionales de salud, sobre todo los de enfermería, pueden iniciar una estrategia de interlocución creando instrumentos que contribuyan para la transformación social y la autonomía de las mujeres. Eso se justifica por el hecho de que el(la) enfermero(a) es el elemento clave, por ser el primer profesional que ofrece atendimento, abriendo, pues, un canal de diálogo con las mujeres en situación de violencia y con las comunidades rurales^(5,20).

CONCLUSIÓN

El estudio permitió identificar las características sociodemográficas de las mujeres trabajadoras rurales, la prevalencia y la ocurrencia de violencias practicadas por parejas íntimas. Casi la mitad de las mujeres entrevistadas dijo haber experimentado por lo menos un episodio de violencia durante la vida. Las violencias físicas fueron más prevalentes, siendo acompañadas por la violencia psicológica y sexual. Para cada una de las naturalezas de las violencias reportadas, existe un mosaico de interacciones personales, familiares, comunitarias y sociales mediadas por falta de civilidad, relaciones asimétricas de poder y procesos civilizatorios

tangenciados por la interculturalidad e intersubjetividades. Los resultados revelaron la magnitud del problema, donde persisten las desigualdades de género en las relaciones íntimo afectivas y/o familiares en que el uso de la fuerza física, sea por opresión o supervivencia, expone a las mujeres trabajadoras rurales a constantes situaciones de vulnerabilidad.

Aspecto importante es el desarrollo de acciones que modifiquen las asimetrías de poder y consecuentemente a las violencias de género existentes en el medio rural. Se espera que los resultados contribuyan como fuente de información y ofrezcan subsidios para nuevas pesquisas en el área de la salud. Otro foco es respecto a la posibilidad de incorporación de los resultados al proceso de formación de los profesionales de salud y enfermería. Eso se debe al hecho de que la enfermera es considerada como agente social y el primero eslabón en la gestión del cuidado que puede colaborar en la construcción de planos locales, regionales y nacionales para la sensibilización, reducción, enfrentamiento y minimización de las VPIs. En contrapartida, esos resultados también pueden ser parte de un sistema de monitoreo de las políticas públicas para el establecimiento de la autonomía, de la igualdad y de la justicia para las mujeres trabajadoras rurales.

CITAS

1. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Mulheres do Campo e da Floresta: Diretrizes e Ações Nacionais. Coleção Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Presidência da República; 2011. Available from: <http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/campo-e-floresta>
2. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization [Internet]. 2012. [cited 2013 Aug 22]. Available from: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/violence-against-women-lac.pdf>
3. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012 – Caderno complementar 11: homicídios de mulheres no Brasil [Internet]. São Paulo, Instituto Sangari [Internet]. 2012. [cited 2013 Sep 15]. Available from: http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_mulher.pdf
4. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2011; 45(3):564-574. [included in the review]
5. Gomes NP, Erdmann AL, Carneiro JB, Paixão GPN, Santos JAS, Bettinelli LA. Profissionais de saúde significando a permanência da mulher na relação de violência conjugal. Rev Rene. 2013; 14(3):558-67.
6. Moura LBA, Reis PED, Faustino AM, Guilhem D, Bampi LNS, Martins G. Experiences of Violence Lived by Women of the Federal District: Descriptive Study. Online braz j nurs (Online)[Internet]. 2011 Dec [Cited 2013 Dec 19]; 10 (3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3534>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/2F1676-4285.20113534>
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Available from: http://saudecampofloresta.unb.br/wp-content/uploads/2013/09/PNSIPCF_Revisada_CIT_19_11_2008.pdf
8. Abrahão AL, Souza RF. O trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família – aspectos da prática promocional em saúde. Rev Rene. [internet] 2013 [cited 2013 Dec 19]; 14(4):740-7. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1000>
9. Huicho L, Canseco FD, Lema C, Miranda JJ, Lescano AG. Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(4): 729-739.
10. Lindenau J, Guimarães L. Calculando o tamanho de efeito no SPSS. Revista HCPA. 2012; 32(3): 363-81.
11. Gois MN de. Marcha das Margaridas: mulheres trabalhadoras rurais construindo igualdade de direitos, políticas públicas e cidadania. In: Anais XX

- Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Córdoba, Argentina [Internet]. 2012. [cited 2013 May 07]. Available from: http://200.16.30.66/ets/index.php?option=com_remository&Itemid=27&func=startdown&id=897
12. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(supl.1): 959-966.
 13. Schraiber LB, Latorre MR, Dias O, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHOVAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(4): 658-66.
 14. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã/ Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. [Internet] Brasil, 2009. [cited 2013 Apr 25]. Available from: http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=cat_view&Itemid=423&gid=1267&orderby=dmdate_published&ascdesc=DESC&limitstart=5
 15. Erulkar A. Early Marriage, Marital Relations and Intimate Partner Violence in Ethiopia. *IPSRH*. 2013; 39(1): 6-13.
 16. Bonfim EG, Costa MC da, Lopes MJM. Vulnerabilidade das mulheres a violência e danos à saúde na perspectiva dos movimentos sociais rurais. *Athenea Digital: revista do pensamento e investigação social* [Internet]. 2013 [cited 2013 Sept 21]; 13(2): 193-205. Available from: <http://ddd.uab.es/record/107968?ln=ca>
 17. Scott P, Rodrigues AC, Saraiva JC. Onde mal se ouvem os gritos de socorro: notas sobre a violência contra a mulher em contextos rurais. In: Scott P, Cordeiro R, Menezes M, organizadores. *Gênero e geração em contextos rurais*. Florianópolis: Ed. Mulheres; 2010. p. 63-93.
 18. Roberto KA, Brossoie N, McPherson MC et al. Violence against rural older women: Promoting community awareness and action. *AJA*. 2013; 32(1): 2-7.
 19. Saile R, Neuner F, Ertl V, Catani C. Prevalence and predictors of partner violence against women in aftermath of war: a survey among couples in Northern Uganda. *Soc Sci Med*. [Internet]. 2013; 86: 17-25.
 20. Araújo VS, Guerra CS, Moraes MN, Silva JB, Monteiro CQA, Dias MD. Discourse of the Collective Subject regarding Education of Health in the Aging Process: a descriptive study. *Online braz j nurs (online)* [Internet]. 2013 Sept [Cited 2013 Dec 19]; 12 (3): 565-73. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4093>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935%2F1676-4285.20134093>

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 27/01/2014
Revisado: 17/03/2015
Aprobado: 14/04/2015