



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



Percepción de profesionales de salud sobre violencia contra la mujer: estudio descriptivo

Maria Elza de Souza Machado¹, Larissa Silva de Abreu Rodrigues^{1,2}, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes^{1,2}, Jair Magalhães da Silva³, Dejeane de Oliveira Silva^{2,4}, Jeane Freitas de Oliveira²

1 Universidad del Estado de Bahia

2 Universidad Federal de Bahia

3 Universidad Estadual del Sudoeste de Bahia

4 Universidad Estadual de Santa Cruz

RESUMEM

Objetivo: conocer la percepción de profesionales de salud acerca de violencia contra la mujer. **Método:** estudio descriptivo, cualitativo, realizado con integrantes de equipos de la Estrategia Salud de la Familia de Guanambi, Bahia, Brasil. Los datos fueron colectados por medio de entrevista semiestructurada, sistematizados por el análisis de contenido y analizados con base en referencial teórico sobre la temática.

Resultados: surgieron tres categorías: Conceptuando violencia contra la mujer; (Des) conocimiento sobre notificación y denuncia; (Des) conocimiento sobre la ley que pune quien comete violencia contra la mujer.

Discusión: los profesionales exhiben dificultades en la comprensión de conceptos, como denuncia y notificación, y conocimiento superficial sobre la Ley María de la Peña, el que puede perjudicar procesos de orientación y encaminamientos. **Conclusión:** se indica la necesidad de educación permanente con vistas a la notificación, al reconocimiento y manejo de los casos de violencia para la mejora de los indicadores y empoderamiento de mujeres para su enfrentamiento.

Descriptor: Violencia Contra la Mujer; Salud de la Mujer; Atención Primaria de Salud; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La violencia consiste en un producto de una construcción histórica y es influenciada por cuestiones sociales, políticas y culturales, que afecta toda la humanidad y trae impactos negativos para la salud pública. La violencia contra la mujer, en específico, pasa por las relaciones de género en las diferentes culturas, basadas en construcciones sociales del femenino y masculino. Ese tipo de violencia está presente en diversas generaciones y en modelos patriarcales de familia⁽¹⁾.

Esos modelos confieren a las mujeres obligaciones como la procreación, el cuidado de la casa, de los hijos y de los maridos y a los hombres la función de proveedor y la actuación en el ámbito público⁽²⁾. En esa perspectiva, normas sociales que polarizan y valoran de modo desigual papeles masculinos y femeninos, de modo equivocado, justifican y potencializan desigualdades entre los sexos.

La violencia contra la mujer, también conocida como violencia de género, se basa en una visión simbólica y cultural de inferioridad femenina y relega a las mujeres la condición de víctimas preferenciales y crónicas de la fuerza física o de la violación sexual⁽²⁾. Todo acto u omisión basado en el género, que lleve a la muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como toda situación que viola los derechos humanos y hiere la ciudadanía de las mujeres, se constituye en violencia contra la mujer⁽³⁾.

En las últimas décadas, el número de casos de ese tipo de violencia ha aumentado a cada año, muchas veces, por cuenta de la naturalización con que los crímenes son tratados⁽¹⁾. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de Salud (OMS), en 2013, se observó una tasa de 4,8 homicidios por 100 mil mujeres en Brasil, que confiere al País la indeseada 5ª posición en números de homicidios femeninos en un grupo

de 83 países que presentan datos homogéneos ofrecidos por la OMS⁽⁴⁾.

La violencia contra la mujer ejerce un impacto negativo en el campo de la salud, alcanza mujeres de diferentes clases sociales, origen, edad, regiones, estados civil, escolaridad, razas y orientación sexual y se manifiesta por actos severos dirigidos contra a las mujeres, como agresiones físicas o sus amenazas, malos tratos psicológicos, violación, acoso sexual, atentados al pudor o actos libidinosos.

Los movimientos feministas, sobre todo, con mayor fuerza en la década de 1970, tuvieron un importante papel en la articulación y lucha por los derechos de las mujeres contra el machismo, inclusive contra la violencia que esas venían sufriendo⁽⁵⁾ y fueron imprescindibles para una mayor visibilidad de la violencia contra la mujer como un problema social y de salud pública⁽⁶⁾.

Con la participación efectiva de los movimientos feministas y otros movimientos sociales, la violencia contra la mujer alcanzó espacios políticos que han contribuido con diálogos más efectivos sobre la problemática y con el reconocimiento de la magnitud de esa condición vivenciada por las mujeres, promoviendo, consecuentemente, reformulación de las políticas⁽⁷⁾.

Influenciado por las reivindicaciones del movimiento feminista, políticas y acciones de combate a la violencia contra la mujer fueron implementadas, destacándose la creación de las Comisarías Especiales de Atendimento a las Mujeres (DEAM), en 1985 - iniciativa pionera y de referencia para otros países de América Latina⁽⁵⁾.

Otro avance importante en el enfrentamiento del problema en Brasil fue la aprobación de la Ley María de la Peña, de 07 de agosto de 2006, que prevé pena para los agresores involucrados en situaciones de violencia doméstica, y representa un apelo para asegurar a la mujer el derecho a su integridad física, psíquica, sexual y moral^(5,8).

Las mujeres en situación de violencia frecuentan los servicios de salud y presentan, muchas veces, señales de violencia como lesiones físicas en el cuerpo, nervosismo, ansiedad, tristeza intensa e insomnio^(7,9). La violencia se relaciona, todavía, a diversos agravios a la salud física, como abuso de drogas y alcohol, disturbios gastrointestinales, picos hipertensivos, molestias en la columna cervical, cefalea, mareos, depresión y disturbios psíquicos⁽⁹⁾.

La mayoría de las veces, las señales de violencia pasan no se sabe por los profesionales de salud, una vez que algunas señales son subjetivos, mascarados y de difícil identificación. Además de eso, la no valorización de esa violencia como problema de salud asociada a la rutina mecanicista y biomédica potencializa la invisibilidad de la violencia en el cotidiano del trabajo de equipo multiprofesional, lo que genera más vulnerabilidades a las mujeres.

Estudio realizado con profesionales de salud de la red pública de São Paulo informó que, muchas veces, esos no identifican la violencia en su práctica asistencial, por la dificultad de identificación de los síntomas o por el silencio de las usuarios del servicio⁽¹⁰⁾. De ese modo, es de extrema importancia la actuación de un equipo multiprofesional, en que todos estén aptos a oír con atención y con respecto a los problemas del usuario, identificar señales de violencia, notificar y proveer cuidados en salud.

Ante lo expuesto, conocer la percepción de profesionales del equipo de salud de la familia es necesario, pues son agentes fundamentales para el enfrentamiento de la violencia contra la mujer desde la prevención e identificación de los casos hasta la orientación y manejo adecuados de ese problema. En ese sentido, esa investigación tuvo como objetivo: conocer la percepción de profesionales de salud con relación a la violencia contra la mujer.

MÉTODO

Pesquisa cualitativa del tipo descriptiva y exploratoria, realizada en tres unidades de salud de la familia del municipio de Guanambi, localizado al sudoeste de Bahia, Brasil. La elección de esas unidades se basa en el hecho de constituirse campo de practica para discentes de curso de Licenciatura en Enfermería y por la posibilidad de retorno a los equipos y a la comunidad.

Participaron del estudio doce profesionales de salud. Fueron utilizados como criterios de inclusión: profesionales mayores de dieciocho años, de ambos sexos, que trabajasen hace más de seis meses en las unidades de salud de la familia, excluyendo aquellos que no concluyeron la entrevista. La delimitación de lo cuantitativo de participantes obedeció al criterio de saturación de los datos, definido como un punto tal en que ocurre repetición y redundancia de los datos, lo que justifica suspender la inclusión de nuevos miembros en el estudio⁽¹¹⁾.

la producción de los datos sucedió en los meses de febrero y marzo de 2014 por medio de la técnica de la entrevista semiestructurada. Las entrevistas fueron realizadas después la aprobación verbal y formal de los participantes cuanto a la utilización del grabador, además de la lectura y la firma del Término de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLE).

Para garantizar el anonimato de los participantes, los trechos de las entrevistas transcritas para ejemplificación fueron marcados con la letra "E", seguida de numeración y categoría profesional.

La sistematización de los datos fue realizada por el método de análisis de contenido, que es el "conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones que utiliza procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción de los contenidos de los mensajes"^(12:34). El contenido de las entrevistas fue transcrito, organizado y,

posteriormente, discutido en categorías con base en referencial teórico sobre la temática.

Los preceptos éticos fueron respetados en todas las etapas de la investigación, conforme Resolución 466/2012, siendo aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad del Estado de Bahia, sobre CAAE:22942113.4.0000.0057 y Parecer n° 478.947.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

Participaron de la investigación 12 profesionales: 02 enfermeros, 02 dentistas, 03 técnicos de enfermería y 05 agentes comunitarios de salud (ACS). Cinco afirmaron haber concluido la enseñanza superior, seis haber terminado la enseñanza media y uno dice cursar la enseñanza superior. Esos profesionales tenían entre 02 y 19 años de formado – los que hicieron curso técnico tenían entre 03 y 19 años y los con formación universitaria entre 02 y 05 años.

Once eran mujeres y un hombre; la edad media fue de 40 años, tres tenían entre 50 y 52 años; cinco entre 40 y 46 años y cuatro entre 25 y 29 años. Siete de los participantes se autodeclararon pardos, cuatro blancos y uno amarillo. En lo que se refiere a la religión, siete declararon ser católicos, tres evangélicos, uno espírita y uno testigo de Jehová. En relación al estado civil, cinco eran casados, seis solteros y uno divorciado.

Categorías temáticas

A partir del contenido de las entrevistas, surgieron tres categorías: Conceptuando violencia contra la mujer; (Des) conocimiento sobre notificación y denuncia; (Des) conocimiento

sobre la ley que pune quien comete violencia contra la mujer.

Categoría 1: Conceptuando violencia contra la mujer

En relación al concepto de violencia contra la mujer, los participantes reportaron la violencia verbal, física, moral, sexual, psicológica, doméstica, privación de los derechos de la mujer, no respeto, la condición de ser considerada sexo frágil y la falta de diálogo. Además de la violencia física, mencionaron diversas expresiones de la violencia contra la mujer:

La violencia contra la mujer no es sólo la violencia física, es también aquella en que ella es privada de tener sus derechos (E 3- AGENTE COMUNITARIA DE SALUD).

Violencia no es sólo la violencia física, pero también la moral, la verbal (E 10- AGENTE COMUNITARIA DE SALUD).

Violencia contra la mujer no es sólo pegar, pero [...]es también la violencia sexual (E 12- TÉCNICA DE ENFERMERÍA).

Muchos hijos tratan a las madres con ignorancia, eso también es violencia (E3- AGENTE COMUNITARIA DE SALUD).

Por otra parte, la violencia contra la mujer que sufre dentro de casa por los compañeros, maridos, enamorados y que es motivada por el alcohol, uso de drogas y celos excesivos, como evidenciado a seguir:

Violencia contra la mujer puede ser tanto física como psicológica y normalmente ella es ocasionada por los

compañeros, maridos, enamorados, algunos casos ocasionados por la bebida, uso de drogas y por celos excesivo (E 11 - DENTISTA).

Categoría 2: (Des) conocimiento sobre notificación y denuncia

Los entrevistados afirmaron distinguir denuncia y notificación, sin embargo, al exponer sus ideas, demuestran desconocimiento, equivocados o conocimiento superficial en relación a esos términos.

Cuando llegamos ahí comunicado por el agente comunitario del área, el ACS va a hacer la notificación. Ella trae para unidad y va a tomar esa notificación y enviar para el consejo y el consejo que va a accionar. la denuncia y cuando el consejo va a orientar ese paciente a hacer la denuncia, sin embargo, el protocolo (E 1- ENFERMEIRA).

En relación a ese discurso, se percibe que la enfermera asocia la función de notificación al agente comunitario y a la denuncia al "consejo". La enfermera no sabe decir cuál es el tipo de consejo es ese y demuestra desconocimiento sobre notificación y denuncia. Sólo un profesional se refirió a la notificación es realizada en la vigilancia epidemiológica:

En relación a la notificación, rellenos un formulario y pasa para la vigilancia y la denuncia tiene que ir hasta la comisaría registrar la queja (E 9- AGENTE COMUNITARIA DE SALUD).

En relación a la denuncia, los participantes se referían a que ella debe ser hecha en la co-

misaría, en el consejo, llamar a la policía (180), conforme presentado abajo:

Denuncia es cuando la persona va a la comisaría y hace una queja, en este caso, contra el compañero. Aquí en Guanambi no hay comisaría para la mujer, en Salvador yo sé que hay. Aquí debería haber una comisaría para orientar a la mujer a resolver ese caso. Aquí parece que no es una prioridad. Notificación yo no sé (E11 - DENTISTA).

[...] Denunciar es ir a la comisaría y registrar lo que sucedió (E4- TECNICA DE ENFERMERÍA).

Denuncia, es usted llamar para el 180 (E12 - TECNICA DE ENFERMERÍA).

La denuncia es cuando el consejo orienta ese paciente a hacer la denuncia de acuerdo con el protocolo (E1- ENFERMERA).

La denuncia es cuando usted busca una organización responsable, usted ya tendrá una responsabilidad de que aquello sucedió [...] (E3- AGENTE COMUNITARIA DE SALUD).

Categoría 3: (Des) conocimiento sobre la ley que castiga a quien comete violencia contra la mujer

La mayoría de los profesionales, cuando cuestionados si sabían de la existencia de alguna Ley que prevé el castigo de quien comete violencia contra la mujer, citó la Ley María de la Peña, sin embargo, cuando indagados sobre el

contenido de la referida Ley, mostraron conocimiento puntual, como ilustrado a seguir:

La Ley María de la Peña, que yo no sé bien si ella es bien cumplida, pues la gente sabe que la Ley en nuestro país no es para todos [...] yo sé que existe la Ley María de la Peña, que fue el caso de la Señora María de la Peña que sufrió agresión por el marido y se quedó parálitica. Así, lo que la gente quiere es que realmente sea cumplida para todos, independiente si es rico, pobre, blanco, negro (E11- DENTISTA).

Entre las entrevistadas que mencionaron conocimiento de la Ley María de la Peña, una que actúa como agente comunitaria afirmó haber sufrido violencia doméstica cometida por el ex-marido y que la Ley no fue cumplida de forma correcta:

Conozco la Ley María de la Peña, ahora si está cumpliendo, así, correctamente, yo no sé. Yo mismo sufrí violencia en mi casamiento, yo me separé por causa de eso. Yo fui violentada, él fue preso por seis días, después fue suelto y salió, entonces la Ley no se cumplió correctamente. Pidió para él estar distante de mí 100 metros, pero después que yo ya tengo seis años que yo estoy separada yo lo tengo como amigo, no entra en mi casa, pero ya va a la puerta de mi casa y busca a mis niños para pasar el final de semana con ellos. La Ley no cumple correctamente, muchas veces manda dar cesta básica. ¿Cuántas mujeres que ya fueran muertas [...] separadas durante muchos años y ahí es muerta? (Y 10- AGENTE COMUNITARIA DE SALUD).

DISCUSIÓN

Los profesionales entrevistados reconocen as diversas expresión de la violencia contra la mujer, lo que corrobora con los resultados de otras investigaciones sobre la temática, a ejemplo de estudio realizado con profesionales del equipo de salud de la familia de un barrio periférico de Campina Grande-PB⁽¹³⁾, y de investigación con enfermeras de Unidades Distritales Básicas de Salud de Ribeirão Preto-SP⁽¹⁴⁾.

Estudio con víctimas de violencia intrafamiliar en el municipio de Pelotas-RS⁽¹⁵⁾ y una investigación con mujeres de un barrio de Salvador-BA⁽¹⁶⁾, con historia de vivencia de violencia conyugal, evidenciaron el consumo de alcohol y/u otras drogas como factor que, muchas veces, suscita la violencia contra la mujer. Otros factores que potencializan la violencia en la percepción de profesionales son el acceso precario a la educación, el desempleo y el abuso de alcohol y drogas⁽¹⁰⁾.

Sin embargo, a pesar de los profesionales presentaron conocimiento acerca de la definición del concepto de violencia, lo que es esencial para el reconocimiento/identificación del agravio y enfrentamiento de este tipo de violencia, exhiben dificultades en la comprensión de conceptos fundamentales como denuncia y notificación. Tal hallazgo señala la necesidad de reflexión crítica sobre la formación y la actuación en salud, que puramente técnicas coadunan con la no valorización de la violencia como un legítimo problema de salud, que requiere un combate efectivo. La asistencia ofrecida a las mujeres que sufren violencia puede ser perjudicada, una vez que muchos no saben que hacer o para donde encaminar a las víctimas.

Específicamente, el desconocimiento por parte de profesionales de salud en relación a la notificación contribuye con la subnotificación de los casos de violencia contra la mujer, lo que

es preocupante, pues, la información en salud sirve como base para la formulación de políticas públicas de combate a la violencia.

La Ley n° 10.778 de 2003 establece la obligatoriedad de la notificación obligatoria de los casos de violencia contra la mujer, incluida en la relación de enfermedades y agravios de notificación obligatoria por la Portaria GM/MS n° 104, de 25 de enero de 2011⁽¹⁷⁾.

La notificación de ese agravio debe ser realizada por cualquier profesional o trabajador de la salud, siempre que haya atendimento de un caso sospechoso o confirmado, en dos vías: una permanece en la unidad de salud notificante y la otra deber ser encaminada para la vigilancia epidemiológica de Enfermedades y Agravios no Trasmisibles del municipio⁽¹⁷⁾.

A pesar de tener una ley de notificación desde hace más de 10 años, las subnotificaciones aún son constantes. Sin embargo, en lugar de culpabilizar al profesional por la subnotificación, es necesario buscar comprender la realidad en que él está insertado, establecer estrategias para modificar tal contexto y sensibilizarlo para su actuación como agente de transformación de ese proceso. Importante es, también, el empoderamiento de mujeres para que ella se sienta capaz de denunciar a las agresiones sufridas⁽¹⁸⁾.

Para el alcance de ese objetivo, es necesario que sean garantizados espacios de diálogos abiertos con discusiones sobre la temática; incentivar y hacer posible el establecimiento de vínculos y la escucha calificada de la mujer; conocer los servicios que componen la red de atención a la mujer en situación de violencia y cuáles son los encaminamientos que deben ser realizados; y establecer una asociación con las instituciones de enseñanza superior⁽¹⁹⁾.

En relación a la denuncia y a la Ley María de la Peña, su desconocimiento o conocimiento superficial implica directamente en la práctica de profesionales, que por no conocer los derechos

de las mujeres víctimas de la violencia, pueden conducir de modo inadecuado los procesos de orientación y encaminamiento.

Se resalta que la denuncia de la violencia contra la mujer puede ser hecha en una Comisaría común, en una DEAM o, aún, por medio de contacto telefónico gratis, en ámbito nacional, a través de la Central de Atendimento a la Mujer (Ligue 180) que funciona ininterrumpidamente todos los días de la semana⁽¹⁷⁾.

Con la finalidad de combatir y enfrentar adecuadamente la violencia contra la mujer, es necesario que profesionales de salud participen de acciones de educación permanente en salud, estén sensibles a esa problemática y compongan el servicio, fortaleciendo la relación con las mujeres, trayéndolas para una discusión. Así, será posible favorecer reflexiones conjuntas sobre la violencia, contextualizarla y problematizarla de forma a generar cambios en las prácticas, mejor atendimento y enfrentamientos⁽²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

Ese estudio evidenció que a pesar de los profesionales presenten conocimiento acerca de la definición del concepto de violencia, lo que es esencial para el reconocimiento/identificación del agravio y enfrentamiento de ese tipo de violencia, exhiben dificultades en la comprensión de conceptos fundamentales como la denuncia y la notificación, y conocimiento superficial sobre la Ley María de la Peña.

En la búsqueda de contribuir con el combate a la violencia contra la mujer, se indica la necesidad de la educación permanente envolviendo esa temática, con el fin de proporcionar subvenciones para que profesionales de la salud puedan estar comprometidos con el reconocimiento y manejo de los casos en una perspectiva interdisciplinar e intersectorial.

Las desigualdades de género, principales motivadoras de la violencia contra la mujer, aún es temática poco discutida en los currículos de la graduación de las áreas de salud. La comprensión de la violencia como un problema que genera necesidades y demandas de salud es fundamental para la adopción de conductas profesionales en la perspectiva de su enfrentamiento.

Así, reconocer la violencia contra la mujer como un problema de salud pública requiere medidas eficaces para la reducción de los índices de morbimortalidad. Es basilar que todo el equipo multiprofesional e interdisciplinar realice el registro y la notificación de los casos y haga los encaminamientos que corresponden al proceso. Además, es imprescindible que el equipo esté sensible, motivado y comprometida con la red de protección a la mujer. Es necesario, aún, una reestructuración de la red de servicios para que haya articulación y efectución de las acciones propuestas.

De ese modo, los resultados de ese estudio ofrecen subsidios para ampliar el conocimiento sobre las percepciones de profesionales de salud acerca de la violencia contra la mujer y revelan desafíos para la efectiva actuación profesional en el enfrentamiento a ese tipo de violencia.

CITAS

1. Carneiro AA, Fraga CK. A Lei Maria da Penha e a proteção legal a mulher vitima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *Serviço Social & Sociedade*.2012;(110): 369-97
2. Coelho VP, Santos DBF, Alexandria IFPM, Gomes MAV. Reflexões sobre a violência: poder e dominação nas relações sociais de sexo. *R. Pol. Pub.* 2014; 18 (2): 471-479.
3. Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013;Mar [cited 2016 June 07]; 18(3):691-700. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300015>.
4. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil. Brasília: [s.e.]; 2015.
5. Moraes AF, Ribeiro L. As políticas de combate à violência contra a mulher no Brasil e a “responsabilização” dos “homens autores de violência”. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revistalatinamericana*. 2012;(11): p.37-58.
6. Moura MAV, Netto LA, Souza MHN. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. *Ver Esc Anna Nery* (impr.)2012; 16 (3):435-442.
7. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Soc. Estado* 2014; 29 (2): 449-469.
8. Souza L de, Cortez MB. A delegacia da mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. *Rev. Adm. Pública*. 2014; 48 (3): 621-639.
9. Silva AS, Lucena KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Vianna RPT, Anjos UU. Analysis of domestic violence and women's health. *Journal of Human Growth and Development* 2015; 25(2): 182-181.
10. Kiss LB, Schiraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(3):1943-1952.
11. Barcellos FBJ, Magdaleno Júnior R, Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicologia em Estudo* 2012; 17: 63-71.
12. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70. ed. São Paulo: [s.e.]; 2011.
13. Santos SMP, Colaço EO, Silva FL, Mesquita VGF, Gonçalves RL, Araújo CRF. Concepts and practice of health professional on violence against women. *Journal of Nursing UFPE on line* 2014; 8(1):77-82.
14. Baraldi ACP, Almeida AM, Perdoná GC, Vieira EM. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2012; 12 (3): 307-318.
15. BesTM, Lopes FAR, Morgan GJ, Ribeiro MS, Duarte WR. Relação da violência intrafamiliar e o uso

- abusivo de álcool ou entorpecentes na cidade de Pelotas, RS. *Revista da AMRIGS* 2013; 57 (1): 9-13.
16. Paixão GPN, Gomes NP, Diniz NMF, Couto TM, Vianna LAC, Santos SMP. Situations which precipitate conflicts in the conjugal relationship: the women's discourse. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(4): 1041-9.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 72 p.
 18. Cruz NM, Tavares VS, Gomes NP, Silva Filho CC, Magalhães JRF, Estrela FM. Meanings of thereportsof violence against women: a descriptive study. *Online braz j nurs [internet]* 2015 Mar; 14 (2):144-50.
 19. Gomes NP, Erdmann AL, Santos JLG, Mota RS, Lira MOSC, Meirelles BHS. Caring for women facing domestic violence: Grounded Theory. *Online braz j nurs [Internet]*. 2013 Dec [cited year month day]; 12 (4): 782-93. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4138>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134138>
 20. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface Botucatu* 2014; 18 (48): 47-59.

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: 07/07/2016
Revisado: 12/05/2017
Aprobado: 01/06/2017