

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Faculdade de Farmácia**

**Programa de Pós Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica**

Ághata Scarlett de Assis Vieira

**VIOLÊNCIA SOFRIDA POR PACIENTES MULHERES SOB A PERSPECTIVA DE  
PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS**

BELO HORIZONTE

2024

Ághata Scarlett de Assis Vieira

**VIOLÊNCIA SOFRIDA POR PACIENTES MULHERES SOB A PERSPECTIVA DE  
PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Martins Gonzaga do Nascimento

Coorientadora: Dra. Isabela Viana Oliveira

BELO HORIZONTE

2024

Vieira, Ághata Scarlett de Assis.  
V658v Violência sofrida por pacientes mulheres sob a perspectiva de profissionais farmacêuticos [recurso eletrônico] / Ághata Scarlett de Assis Vieira. – 2024.  
1 recurso eletrônico (177 f. : il.) : pdf

Orientadora: Mariana Martins Gonzaga do Nascimento.  
Coorientadora: Isabela Viana Oliveira.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Farmacêuticos – Teses. 2. Saúde da mulher – Teses. 3. Violência contra a mulher – Teses. 4. Violência de gênero – Teses. 5. Violência no trabalho – Teses. 6. Saúde pública – Teses. I. Nascimento, Mariana Martins Gonzaga do. II. Oliveira, Isabela Viana. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 362.1042



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**VIOLÊNCIA SOFRIDA POR PACIENTES MULHERES SOB A PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS**

**ÁGHATA SCARLETT DE ASSIS VIEIRA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 14 de agosto de 2024 pela banca constituída pelos membros:

Mariana Martins Gonzaga do Nascimento - Orientadora (FAFAR-UFMG)  
Isabela Viana Oliveira - Coorientadora (Hospital Militar/MG)  
Kirla Barbosa Detoni (UFMG)  
Marselle Nobre de Carvalho (Universidade Estadual de Londrina)  
Cristiane de Paula Rezende (UFMG)



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane de Paula Rezende, Usuário Externo**, em 15/08/2024, às 09:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Martins Gonzaga do Nascimento, Servidor(a)**, em 15/08/2024, às 10:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kirla Barbosa Detoni, Usuária Externa**, em 15/08/2024, às 18:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Dedico este trabalho a todas as mulheres que atravessaram meu caminho e contribuíram para a construção da mulher que sou, e àquelas que em algum momento da vida já se sentiram violentadas e desamparadas.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus e a todas as forças divinas pela condução fundamental em todos os aspectos da minha vida, incluindo esta conquista acadêmica.

Aos meus pais, Raquel e Jailson, pelo amor incondicional, apoio incansável, pelos sacrifícios que fizeram para que eu pudesse alcançar meus objetivos e por acreditarem em mim e no meu potencial mais do que eu mesma. Agradeço pela oportunidade, força, liberdade e incentivo para que eu me tornasse o que eu quisesse ser e hoje sou.

Ao meu companheiro Arthur, pela presença constante, paciência e apoio durante os desafios deste percurso, que fez com que todo o processo fosse mais leve. Obrigada por sempre me fazer acreditar que sou capaz e que posso ir além. Agradeço aos meus amigos e familiares pelo apoio moral e encorajamento foram essenciais ao longo desta jornada.

Às minhas estimadas orientadora e coorientadora, profa. Dra. Mariana Martins Gonzaga do Nascimento, e a Dra. Isabela Viana de Oliveira, pela orientação, ajuda e estímulo, que muito contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho e imersão no tema. Nada mais incrível do que construir algo ao lado de quem admiramos. Agradeço também a todas as participantes do grupo de pesquisa de Saúde Integral da Mulher, cuja colaboração e contribuições foram fundamentais para chegarmos até aqui. Obrigada por todas as trocas e pelo acolhimento.

Aos profissionais farmacêuticos participantes dessa pesquisa, pelo tempo dedicado e relatos oferecidos para a construção e realização deste estudo. Suas vozes e experiências são o coração deste trabalho e espero verdadeiramente que ele atenda às expectativas.

Por fim, agradeço à Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais e ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pela oportunidade concedida e por todo o suporte acadêmico e estrutural oferecido ao longo deste período.

*“A natureza sou eu e eu sou a natureza  
O feminino é a fonte de nossa beleza, mas também fortaleza  
Nós somos água... fontes de vida, e por que não magia?  
Somos água, somos força, fluidez, emoção e potência  
Mas também somos seca, julgada, desmerecida e incompreendida  
Ao oposto, fazem também de nós gelo  
Impedidas de tornar seu estado físico natural, se portar como quer e tratada com zelo  
Nós somos o ar, somos fôlego, somos som, verbo, intelecto e voz  
Às vezes inaudíveis, mas sempre presentes e de coração feroz  
Nós somos terra, somos ancestralidade, materialidade, somos raízes  
Criadoras, fonte de alimento, umas para as outras e ainda para eles  
Somos fogo, somos força motriz e energia  
Mas também fazem de nós cinzas, com orgulho e covardia  
Nós somos lua, somos muitas fases e muitas em uma só  
Somos vivências, experiências e saberes  
Somos muitos dizeres...  
Nós somos sol, somos calor, acolhimento e acalento  
A esperança depois de dias de chuvas  
Mas também somos chuva, somos o choro de muitas  
Ainda assim capazes de lavar e curar  
Seja por nossas mãos, com feridas escondidas por luvas  
Ou nossos corações, mesmo que cheio de indagações  
Dentre tantas, a pergunta  
Se somos natureza e somos muitas, me diga com verdade  
Onde está nossa liberdade?”*

*(Ághata Scarlett de Assis Vieira - autoria própria).*

## RESUMO

A violência contra a mulher constitui uma violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública histórico. Tendo em vista a capilaridade e acessibilidade que os ambientes de atuação dos farmacêuticos proporcionam, estes profissionais podem desempenhar um papel essencial na identificação, no apoio às mulheres em situação de violência e no enfrentamento da violência. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi analisar as perspectivas de profissionais farmacêuticos no tocante ao atendimento de situações de violência contra pacientes mulheres, em seus ambientes de trabalho. Para tal, foi realizada uma pesquisa com métodos mistos, a partir dos dados de uma survey online realizada entre setembro de 2021 e março de 2022, com profissionais inscritos no Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais. Foram exploradas respostas dadas às questões: "Você já identificou uma situação de violência à mulher com alguma paciente que frequenta seu ambiente de trabalho?"; "Explique uma situação de violência que mais chamou sua atenção." Adotou-se análises descritivas da frequência da identificação de violência e avaliação de fatores associados por regressão logística. Para análises qualitativas, utilizou-se a análise de conteúdo com identificação de temas, construção de narrativas e de nuvem de palavras. Dos 139 respondentes, 30,6% identificaram situações de violência em seus ambientes de trabalho, sendo as violências psicológica (47,6%) e física (22,8%) as mais frequentes. Na nuvem de palavras construída, prevaleceram as palavras "violência", "medo" e o conjunto de termos referentes ao "agressor". Quatro categorias emergiram da análise de conteúdo: "Violência psicológica, patrimonial e física sob a ótica farmacêutica", "Do domínio sobre o corpo à violência sexual", "O apagamento da violência" e "Da vivência à busca da superação da violência". Os resultados demonstraram que a violência está presente no ambiente de trabalho farmacêutico. Os profissionais reconheceram situações diversificadas de violência, e, mesmo tipos mais invisibilizados, como violência psicológica e patrimonial, foram exemplificados. Evidencia-se o potencial do profissional farmacêutico e de seus ambientes de trabalho para o apoio em situações de violência, apesar da necessidade de sua qualificação para tal.

Palavras-chave: farmacêuticos; saúde da mulher; violência contra a mulher; violência de gênero.

## ABSTRACT

Violence against women constitutes a violation of human rights and a historic public health problem. Given the capillarity and accessibility that the work environments of pharmacists obtain, these professionals can play an essential role in identifying and supporting women in situations of violence and in confronting violence. In view of the above, the objective of this study was to analyze the experiences of pharmaceutical professionals in dealing with situations of violence against female patients in their work environments. To this end, a mixed methods research was carried out, based on data from an online survey carried out between September 2021 and March 2022, with professionals registered with the Minas Gerais Regional Pharmacy Council. Answers to the questions were explored: "Have you ever identified a situation of violence against women with a patient who frequents your work environment?"; "Explain a situation of violence that caught your attention the most." Descriptive analysis of the frequency of identification of violence and assessment of associated factors using logistic regression were adopted. For qualitative analyses, content analysis was used with identification of themes, construction of narratives and word clouds. Of the 139 respondents, 30.6% identified situations of violence in their work environments, with psychological (47.6%) and physical (22.8%) violence being the most frequent. In the constructed word cloud, the words "violence", "fear" and the set of terms referring to the "aggressor" prevailed. Four categories emerged from the content analysis: "Psychological, patrimonial and physical violence from a pharmaceutical perspective", "From domination over the body to sexual violence", "The erasure of violence" and "From the experience to the search for overcoming violence". The results demonstrated that violence is present in the pharmaceutical work environment. Professionals recognized diverse situations of violence, and even more invisible types, such as psychological and property violence, were exemplified. The potential of pharmaceutical professionals and their work environments to provide support in situations of violence is evident, despite the need for their qualifications to do so.

Keywords: pharmacists; women's health; violence against women; gender violence.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - Tipos de violência contra a mulher.....	27
FIGURA 1 - Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.....	31
QUADRO 2 - Serviços da Rede de Atendimento à Mulher em situação de Violência.....	44
FIGURA 2 - Representação em nuvem de palavras dos termos presentes nos relatos de farmas sobre violência contra a paciente mulher (n=121). Minas Gerais, Brasil. 2021-2024.....	70

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Análise univariada de fatores associados à identificação de situação de violência contra a mulher com paciente que frequenta a farmácia/ambiente de trabalho (n=455). Minas Gerais, Brasil. 2021-2022.....67

TABELA 2 - Tipos de situação de violência contra a mulher, frequência de relato por farmas, conceitos e caso ilustrativo (n=121). Minas Gerais, Brasil. 2021-2022.....72

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEDAW - *Committee on the Elimination of Discrimination on Against Women*

CFF - Conselho Federal de Farmácia

CRF - Conselho Regional de Farmácia

DEAMs - Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulheres

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNPM - Plano Nacional de Políticas para Mulheres

SES-MG - Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
2.1 A SAÚDE DA MULHER PARA ALÉM DE SUA CAPACIDADE REPRODUTIVA.....	18
2.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SEUS DESDOBRAMENTOS.....	22
2.3 AVANÇOS NA LUTA CONTRA A VIOLÊNCIA ÀS MULHERES: APOIO LEGISLATIVO, ENGAJAMENTO SOCIAL E MOVIMENTO FEMINISTA.....	25
<b>2.3.1 O envolvimento social e o Movimento Feminista</b> .....	33
2.4 A PRÁTICA ASSISTENCIAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....	40
<b>2.4.1 Rede integrada de serviços</b> .....	43
2.5 O PAPEL DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NO COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....	47
2.6 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....	52
<b>2.6.1 A perspectiva mundial</b> .....	52
<b>2.6.2 A perspectiva brasileira</b> .....	53
<b>2.6.3 A perspectiva do Estado de Minas Gerais</b> .....	55
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	57
3.1 GERAL.....	57
3.2 ESPECÍFICOS.....	57
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	58
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	58
4.2 POPULAÇÃO.....	58
4.3 CÁLCULO AMOSTRAL, ACESSO À AMOSTRA E AMOSTRAGEM FINAL.....	59
4.4 COLETA DE DADOS.....	59
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	61
<b>4.5.1 Aprofundando o método da Análise de Conteúdo</b> .....	63
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	66
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO ARTIGO I</b> .....	67
5.1 RESULTADOS ARTIGO I.....	67
5.2 DISCUSSÃO ARTIGO I.....	76
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO ARTIGO II</b> .....	83
6.1 RESULTADOS ARTIGO II.....	83
<b>6.1.1 Violência psicológica, patrimonial e física sob a ótica farmacêutica</b> .....	83
<b>6.1.2 Do domínio sobre o corpo à violência sexual</b> .....	85
<b>6.1.3 O apagamento da violência</b> .....	86
<b>6.1.4 Da vivência à busca da superação da violência</b> .....	88
6.2 DISCUSSÃO ARTIGO II.....	89

<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	102
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	104
<b>ANEXOS</b> .....	127
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP.....	127
ANEXO B - CARTA-CONVITE E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO 131	
<b>APÊNDICES</b> .....	135
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO.....	136
APÊNDICE B - ARTIGO I.....	154

## 1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é considerada uma violação dos direitos humanos e um fator limitante do desenvolvimento humano, já que, mesmo com diversas iniciativas de enfrentamento propostas por organizações nacionais e internacionais, sua incidência segue em ascensão (ONU Mulheres, 2023). Trata-se de um fenômeno que afeta mulheres em todo o mundo, atravessa fronteiras culturais e econômicas e aflige mulheres de diferentes faixas etárias, raça ou cor (Ellsberg, *et al.* 2014; Abdi *et al.*, 2021). As intervenções em saúde atuais direcionadas às mulheres ainda não abordam de forma integral diversas condições pertinentes à sua saúde, incluindo questões relacionadas à violência a que essas estão expostas. Pouco se discute, por exemplo, sobre as ações que são, de fato, efetivas e voltadas para a prevenção da violência contra a mulher dentro dos sistemas de saúde (Minayo, 2006; Frost *et al.*, 2013).

No contexto em que compreende-se que a saúde da mulher possui diferentes dimensões, a proposta de uma assistência integral e intersetorial faz com que seja necessária uma grande estruturação de todas as esferas do cuidado e dos serviços oferecidos e, por conseguinte, a complexidade desse processo acaba por impedir o reconhecimento do potencial impacto positivo do cuidado integral para a vida das mulheres (Brasil, 2004a). Nesse sentido, a dificuldade em reconhecer a integralidade da saúde da mulher pode limitar a capacidade desta de identificar e discutir as violências a que está exposta diariamente (Santos, 2015).

No Brasil, a violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública pois reconhece-se o impacto substancial que esta exerce sobre a saúde e bem estar das mulheres. Além disso, trata-se de uma das principais pautas de discussão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004, que destaca a necessidade de consolidação de políticas de saúde que visem o cuidado integral, e a importância da participação da sociedade e do Estado para melhorias do problema (Brasil, 2004; Ellsberg *et al.*, 2014).

De acordo com a Lei 11.340/2006, Art. 5º, “*configura violência qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial*”. Trazer à tona, com o respaldo legislativo, a proporção do problema que a violência contra a mulher representa é essencial, pois esta só é identificada quando apontada; e só é apontada diante da inquietação de membros da comunidade, dispostos a questionarem o sistema e saírem da neutralidade, que inclui a realização de estudos e teorias sobre o tema (Brasil, 2006). No contexto dos profissionais de saúde, o desconhecimento sobre os conceitos e legislações do âmbito da violência de gênero também é comum, e vem frequentemente associado à falta de preparo para lidar com situações de violência e oferecer a devida assistência para pacientes mulheres (Conselho Regional de Farmácia, 2021).

Diante dos fatos explicitados, é notável que a viabilização do enfrentamento da violência contra a mulher passa por todas as organizações da sociedade, e não seria diferente para a área da saúde, que tem o dever de atuar ativamente na prevenção da violência e restauração da saúde da mulher já vítima de violência. Não obstante, é importante ter em mente que a violência contra a mulher é um mal evitável e que os profissionais da saúde, incluindo os(as) farmacêuticos(as), têm um papel importante a desempenhar na prestação de cuidados de saúde integrais às mulheres em situação de violência (UN Women, 2022).

Em adição, a capilaridade, a disponibilidade e a distribuição geográfica das farmácias e da(o) farmacêutica(o), fazem com que este ambiente e esta(e) profissional representem frequentemente a primeira possibilidade de acesso ao cuidado em saúde. Tal contexto configura uma potencialidade no acolhimento e na orientação da população, em especial, orientando as vítimas de violência contra a mulher. No entanto, apesar das(os) profissionais farmacêuticas(os) terem a oportunidade de prestar assistência à vítima de violência, ainda não está documentado na literatura o que estas (es) profissionais vivenciam e o que fazem em tal contexto, bem como o quão capacitadas(os) estão para realizar a atividade. (Conselho Federal de Farmácia, 2016; Conselho Regional de Farmácia, 2021).

Para permitir a evolução da prática farmacêutica e da capacitação profissional aplicada ao mundo real, é importante elucidar a interseção entre a atuação do(a) farmacêutico(a) no tocante ao seu contato com a mulher em situação de violência. Tendo isso em vista, torna-se relevante entender a perspectiva e ações de profissionais farmacêuticos acerca das situações de violência contra pacientes mulheres vivenciadas em seus ambientes de trabalho, bem como as características dos incidentes e os fatores associados à sua identificação.

Não há, até o momento, estudos brasileiros realizados com profissionais farmacêuticos que avaliem sua atuação mediante pacientes mulheres em contexto de violência. Isso faz com que o presente trabalho seja de extrema relevância para a compreensão da perspectiva farmacêutica frente à temática, bem como para a abertura de um espaço para discussão sobre a contribuição desses profissionais no enfrentamento dessa disparidade.

Esta dissertação tem sob égide o respeito às diversas expressões de gênero, e, portanto, opta-se por adotar o termo “farmas” para se referir ao coletivo total de profissionais farmacêuticos. Quando houver recorte de gênero, entretanto, poderão ser adotados os termos em concordância nominal com a gramática portuguesa, “farmacêutica” ou “farmacêutico”.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A SAÚDE DA MULHER PARA ALÉM DE SUA CAPACIDADE REPRODUTIVA

Entender e vislumbrar “o que é ser mulher” perpassa por uma infinidade de significados, que podem variar de acordo com o ponto de partida e o contexto em que esse questionamento é feito. É possível elaborar uma definição com base em referências históricas e religiosas, traços de personalidade, características físicas e até mesmo fisiológicas. Entretanto, ser mulher vai além de qualquer descrição pautada em características; abarca toda a sua existência e não possui um conceito único e universal (Silva, 2015).

Do mesmo modo, quando se analisa “o que é saúde”, o conceito é também muito plural. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é o resultado de um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades (Organização Mundial da Saúde, 1946). De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, trata-se de um direito social fundamental, previsto no modelo de seguridade social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado pelo Estado sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição socioeconômica (Brasil, 1988).

Considerando então a complexidade de ambos os conceitos, há de se esperar que o entendimento acerca da saúde da mulher fosse também polissêmico, mas a realidade é que, definida em um contexto patriarcal e médico hegemônico, seu parecer reduz-se à capacidade reprodutiva do ser feminino e, por consequência, sua saúde ao bom funcionamento de seu aparelho biológico (De Marco, 2006). Todavia, com o advento de muitas discussões sobre o lugar da mulher na sociedade, seus direitos e capacidades, esse conceito tem ficado obsoleto. Contudo, ainda não há um consenso sobre a definição de saúde da mulher e quais esferas de sua vida devem ser compulsoriamente assistidas de maneira a garantir o seu direito à saúde, conforme previsto. Entretanto, a direção é de que a saúde da mulher seja

compreendida como uma integração sistemática do corpo-mente, em que fatores emocionais afetam também o corpo orgânico (Bird, 2016).

Posto isto, entende-se que sua abordagem deve ser integral dentro do sistema de saúde, em todos os níveis de atenção e articulada entre ações preventivas, curativas e de promoção, indo além das necessidades biomédicas (Pedrosa, 2011). Contudo, no contexto em que define-se essa necessidade, ficam evidentes os desafios enfrentados para a garantia da integralidade da saúde feminina, uma vez que, a intersetorialidade em um contexto de atendimento e acolhimento, pode, por vezes, prejudicar o processo, visto que demanda de uma grande estruturação de todas as etapas dos serviços oferecidos (Ogburn, 2008; Frost *et al.*, 2013; Castro, 2017).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas de saúde no século XX, tendo como base uma visão restrita da mulher, associada somente às demandas relativas à gravidez, ao parto e ao papel social de mãe e responsável pelo lar. A transformação dessa percepção sobre a mulher e sua saúde só foi possível por meio dos movimentos sociais e feministas. Em 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a atenção à saúde da mulher deixou de ser voltada para a relação materno-infantil para incorporar a assistência em todas as etapas da vida da mulher, como um reflexo das mudanças e da quebra de paradigmas acerca do papel feminino na sociedade (Ministério da Saúde, 1984; Brasil, 2011; Santos, 2015).

O PAISM constituiu a primeira iniciativa do Ministério da Saúde com foco na assistência integral à saúde da mulher, com ênfase em planejamento familiar e direitos sexuais e não somente reprodutivos. A mulher passou também a ser vista em sua integralidade, como sujeito biopsicossocial, autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas que atendessem às suas reais necessidades (Ministério da Saúde, 1984).

A introdução da discussão sobre violência de gênero no Brasil também teve uma contribuição fundamental para a construção do programa. Todavia, a criação do

PAISM não reduziu as dificuldades relacionadas à consolidação da assistência integral e, nesse contexto, um ponto a se destacar, é a força da soberania patriarcal na qual a sociedade se estruturou ao longo dos anos, o que, historicamente, acarretou em grandes limitações para o desenvolvimento da mulher dentro de alguns aspectos e impede os avanços dos direitos à saúde feminina (Pasinato, 2019).

Somente em 2004, 20 anos mais tarde, foi elaborado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que tinha como proposta reafirmar o comprometimento governamental de incorporar a questão de gênero dentro das políticas públicas. O PNPM foi o primeiro passo para a então criação efetiva da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), também em 2004, que tinha como objetivo a garantia de direitos e ampliação dos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde feminina, com uma grande inserção da temática de gênero, raça/etnia nas políticas públicas. Atrelada à PNAISM, também foi formalizada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que fomentou a discussão sobre a necessidade das ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres no Brasil. Entretanto, apesar dessa conquista, muitos outros desafios ainda impedem o pleno avanço da assistência à saúde integral da mulher (Brasil, 2004; Pasinato, 2019).

Nessa perspectiva, vale trazer à discussão, o papel dos profissionais de saúde, tendo em vista que diversas esferas da saúde são negligenciadas na maioria das profissões da área, seja por falta de conhecimento dos profissionais, seja por falta de recursos e infraestrutura ou de interdisciplinaridade do cuidado, tirando o enfoque da capacidade reprodutiva feminina (Schraiber, 2023). A prestação do atendimento integral à mulher exige um olhar holístico para todas as demandas apresentadas por esse, e não somente pelo tratamento da doença com foco na mulher cisgênero e heterossexual, mas também para aquelas que se identificam como lésbicas, bissexuais, transgêneros ou não-binárias e para aquelas que encontram-se em situação de vulnerabilidade, seja ela emocional (mulheres com transtornos psíquicos/incapacitantes), física ou social (em situação de rua ou privadas de liberdade), uma vez que as questões que dizem respeito à saúde

desses outros grupos de mulheres não são alvos da maioria dos estudos acerca da saúde da mulher.

É importante que o processo de cuidado seja articulado e ao mesmo tempo contemple as ações de promoção à saúde, prevenção do agravo, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e reabilitação. Do mesmo modo, pesquisadores devem trabalhar de forma intersetorial para explorar as conexões entre os mecanismos biomédicos e os processos psicossociais que tornam a saúde de homens e mulheres tão distintas entre si (Bird, 2008; Ogburn, 2008; Frost *et al.*, 2013; Santos, 2015; Bird, 2016).

A dificuldade em reconhecer a integralidade da saúde da mulher também limita a capacidade humana de identificar e discutir as violências a que ela está exposta. Ainda no contexto da rede assistencial, é válido mencionar que um grande número de condições inerentes à saúde feminina não são abordadas como parte das intervenções de atenção primária, incluindo violência e lesões (Brasil, 1990). Pouco se discute sobre as ações que são de fato efetivas e voltadas para a prevenção da violência contra a mulher dentro dos sistemas de saúde. É sabido também que para que um sistema abrangente de atenção primária à mulher seja eficaz, a prestação de serviços deve ser liderada pelos esforços do Estado e pelas políticas de saúde pública que considerem a questão de gênero como um determinante da saúde (Ogburn, 2008; Brasil, 2011).

Nesse sentido, torna-se importante o reconhecimento das potencialidades e possíveis contribuições dos diferentes profissionais de saúde visando o enfrentamento da violência contra a mulher, bem como a identificação e pesquisa dos problemas de saúde para as mulheres, com o objetivo de eliminar a lacuna na saúde integral destas, acabar com a violência familiar, promover vidas longas e produtivas, erradicar o isolamento social e a dependência financeira e, garantir a igualdade de oportunidades, com base no conceito de atenção a todos os domínios da vida das mulheres.

## 2.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SEUS DESDOBRAMENTOS

A violência sofrida por mulheres tem marcado de maneira persistente a história da humanidade. Trata-se de um fenômeno que afeta mulheres em diferentes lugares e estágios da vida, e é influenciado por diferentes interseccionalidades como religião, classe social, cor ou estado civil e, promove a perpetuação de uma cultura marcada pela submissão e violência de gênero na sociedade patriarcal. A violência contra as mulheres manifesta-se de várias maneiras, desde a agressão verbal até a mutilação genital e gera custos econômicos consideráveis no enfrentamento da violência contra a mulher, seja de maneira direta ou indireta (estruturação do sistema de saúde em todas as esferas assistenciais, desenvolvimento de campanhas sociais, elaboração de políticas públicas, fortalecimento do judiciário e etc) (Brasil, 2004a; Ellsberg *et al.*, 2014).

No Brasil, há um longo histórico de violência, associada à sua colonização e desenvolvimento sociocultural e político, mesmo que muitos ainda acreditem na plena pacificidade entre o povo. É importante ter em mente a perspectiva de que, mesmo sendo um povo muito miscigenado, acolhedor e alegre, a construção do país é fruto da apropriação e da exploração dos povos originários e das pessoas escravizadas - especialmente as mulheres indígenas, negras e mestiças, que enfrentaram, e ainda enfrentam, múltiplas formas de violência (Minayo, 2006). A questão da violência de gênero no país é um tema complexo que requer uma análise multidimensional. Para além, as normativas patriarcais têm moldado as dinâmicas sociais, submetendo as mulheres a papéis de subordinação que resistem com o passar dos anos e perpetuam as desigualdades de gênero (Balbinotti, 2018; Motta, 2020).

Nos últimos tempos, muitos esforços estão sendo dedicados a pesquisas que prezam pela saúde integral da mulher e visam compreender os fatores e as causas relacionadas ao problema em questão. Em 2014, Ellsberg e colaboradores diferenciaram as gerações de intervenções atuais em dois grupos, de modo a propor de forma prática o combate da violência contra a mulher:

A primeira geração de intervenções concentrou-se principalmente na prestação de serviços de apoio a sobreviventes de violência e procurou reduzir a impunidade dos perpetradores e aumentar a eficácia do sistema de justiça. Uma segunda geração de programação, principalmente em países de baixa e média renda, teve um foco maior na prevenção da violência (Ellsberg *et al.*, 2014, p. 1555).

Apesar de um plano de ação teoricamente bem estruturado, o manejo da violência contra a mulher segue sendo um problema de difícil resolução, que tem deixado cada vez mais nítido as inúmeras necessidades das mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade e também a importância de se considerar todas as dimensões atemporais ao qual a mulher encontra-se imersa, as pessoas de seu convívio, o seu processo de construção individual, o contexto em que vive e também o tempo que prediz seus valores e crenças pessoais. O entendimento de violência é diferenciado, por exemplo, pelas diferentes faixas etárias, em que mulheres mais velhas, influenciadas pelo etarismo e a cultura sexista e androcêntrica, tendem a ser mais tolerantes às situações de violência (Minayo, 2006).

Mesmo sendo parte do cotidiano de mulheres e meninas do mundo todo, a violência contra a mulher é tratada com naturalidade por grande parte da população, como se fosse fato comum, corriqueiro, invisível à sociedade e, portanto, de pouca importância. Seu enfrentamento por vezes, se torna muito difícil, pois além de velada na sociedade, está presente em diversos ambientes, de diferentes maneiras e vinda de múltiplos agressores (Lira e Castro, 2020).

A violência sofrida por mulheres repercute em toda a sua rotina, não se resume à presença de lesões físicas e impactam em todo o seu existir social e sua forma de vida. A violência psicológica, por exemplo, tende a deixar resquícios do momento de dificuldade desse ser por toda a sua vida, impactando em suas relações, desejos e vontades (Minayo, 2006).

Além disso, a violência tem um perfil de afetar não apenas a pessoa que sofreu o ato, mas também seus entes mais próximos, como filhos, que, por vezes, crescem traumatizados em um ambiente violento, desenvolvem distúrbios comportamentais e emocionais e um eterno dilema pessoal de repudiar, ou

reproduzir os atos de violência contra mulheres, de modo a perpetuar ou encerrar ciclos (Minayo, 2006; Organização Mundial da Saúde, 2024).

“É um legado que se reproduz quando novas gerações aprendem com a violência de gerações passadas, quando as vítimas aprendem com seus agressores e quando se permite que se mantenham as condições sociais que nutrem a violência. (...) Muitos dos que convivem com a violência dia após dia assumem que ela é parte intrínseca da condição humana, mas isto não é verdade. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser modificadas” (World Health Organization, 2002, P. 5).

Pode-se também ser levado em consideração a presença de agravos interseccionais dentro da discussão sobre a violência sofrida por mulheres. A cor da pele, a presença de deficiências e transtornos psicológicos, a falta de acesso à educação e alfabetização, a dependência financeira e a orientação sexual são alguns dos exemplos que podem, representar fatores agravantes e determinantes do acesso aos direitos fundamentais e ao acolhimento integral dessas mulheres dentro do sistema de saúde (Castro, 2017). Neste sentido, é importante assinalar que nem sempre os sistemas de saúde contam com profissionais preparados para promover um atendimento direcionado e uma escuta ativa livre de preconceitos, ou seja, nem sempre a conduta profissional se adequa às diferentes realidades das mulheres assistidas. Essa interseccionalidade reitera a importância de serem feitas políticas públicas abrangentes que tenham como objetivo em comum a garantia de equidade social para as mulheres, bem como reconhecimento claro de seus direitos (Pasinato, 2019).

É importante ter-se em mente que, a resolução da questão da violência envolve inúmeras questões e depende do reconhecimento da problemática pela sociedade, a fim de explanar os debates de forma ativa e comprometida por todas as esferas sociais e políticas envolvidas no fortalecimento da saúde pública e de forma mais específica, da saúde integral da mulher.

### 2.3 AVANÇOS NA LUTA CONTRA A VIOLÊNCIA ÀS MULHERES: APOIO LEGISLATIVO, ENGAJAMENTO SOCIAL E MOVIMENTO FEMINISTA

A violência de gênero possui motivações comuns e começa com a marginalização econômica e a dominação cultural, na sensibilização das pessoas às mudanças que se propagam de geração em geração, até tornarem-se naturalmente culturais (Alves, 2020).

Dos muitos desafios enfrentados pela mulher na sociedade, o mais antigo é a falta de espaço no mercado de trabalho, uma vez que sempre existiram dificuldades para que o sexo feminino tivesse a oportunidade de aprimorar e demonstrar suas competências e habilidades, por questões oriundas de crenças limitantes. Vale ressaltar ainda, que a legitimação do trabalho feminino foi motivada por pessoas de pele clara, uma vez que, as mulheres negras sempre trabalharam e exerceram jornadas duplas, de maneira informal com pouco ou nenhum acesso à educação, à remuneração financeira ou à condições adequadas de trabalho, o que confirma a ideia de que, mesmo com muitas conquistas e avanços, o preconceito contra a atuação da mulher no mercado de trabalho ainda enfrenta muitos obstáculos, e que o processo não é igual para todas (Davis, 2016).

O passo mais importante da inserção das mulheres no mercado de trabalho iniciou-se na Inglaterra e se espalhou pela França rapidamente. As mulheres, naquela época, viviam em total abandono em relação aos seus direitos. Como exemplo disso, pode-se citar a Lei Francesa 9.9.1848, que regulava a duração do trabalho nas indústrias, mas que não se aplicava às mulheres operárias (Oliveira, 2019).

Ainda que em um primeiro momento não fique nítido a violência contra a mulher nessa conjuntura laboral, ao refletir, é possível identificar traços de violência moral, patrimonial e psicológica do sexo oposto sobre as mulheres ao observar o abuso sobre a capacidade braçal, intelectual e financeira (o cônjuge na maioria dos casos era o responsável pela administração do dinheiro de sua companheira e a maternidade era vista como um problema para os patrões, devido aos direitos

adquiridos no período de gestação); além da falta de suporte emocional para lidar com rotinas exaustivas e exploração sexual em alguns casos, consistindo em violência física (Castro e Machado, 2021).

Neste mesmo cenário, pode-se ainda mencionar o acidente ocorrido em uma fábrica têxtil em 1911 na cidade Nova York, em que mulheres morreram em um incêndio enquanto trabalhavam em condições precárias, dando origem ao feriado do dia 08 de março, conhecido como o Dia Internacional da Mulher. Apesar do fato lamentável, a tragédia impulsionou ainda mais outras mulheres a lutarem pelo alcance de alguns direitos depois de tal fato, como a diminuição da jornada e melhorias no local de trabalho, que antes eram mantidas em condições insalubres (Castro e Machado, 2021).

A análise do contexto da inserção da mulher no ambiente laboral é muito importante para a compreensão da necessidade da articulação da força feminina dentro de uma sociedade, pois foi o momento da história em que o patriarcalismo demonstrou de forma ostensiva o seu desprezo pela figura feminina e tudo que ela representa e, de forma complementar, a grande necessidade de se propor medidas e ações que possam garantir dignidade às mulheres e seu reconhecimento como um indivíduo com um nível de conhecimento único e fundamental para construção social de um povo (Oliveira, 2019).

A conquista das políticas para o enfrentamento das múltiplas violências contra as mulheres também é permeada por movimentos sociais que, de forma organizada, realizaram conferências e convenções com temas voltados para as questões femininas que culminaram, posteriormente, em acordos internacionais e políticas públicas de governo (Brasil, 2009; Pasinato, 2019).

Entre os marcos normativos importantes, a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (*Committee on the Elimination of Discrimination on Against Women - CEDAW*) tem grande destaque, pois essa, instituída pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1979 pela resolução 34/80 e aceita por 20 países, pois consagrou o princípio da igualdade

para as mulheres, em todos os domínios da vida dessas, reconhecendo, assim, um direito de plena cidadania e o respeito integral dos direitos humanos das mulheres. Essa foi a resposta para as inúmeras reivindicações do movimento de mulheres que surgiram a partir da primeira Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada no México, em 1975, tendo como base a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (UN Women, 2016; Brasil, 2014).

A relevância da *CEDAW* se deve ao seu caráter global e abrangente fundamentada na equidade feminina, que contempla direitos civis, políticos, econômicos, sociais, reprodutivos e culturais, incluindo mulheres de todas as idades e de todas as condições sociais, e leva também em consideração a cultura e a tradição como forças influentes para moldar os papéis de gênero na sociedade. Os países que ratificaram a resolução se comprometeram a adotar medidas adequadas para dar fim a todas as formas de discriminação contra as mulheres e garantir os direitos e liberdades dessas. No Brasil, a CEDAW foi acatada de forma plena apenas em 1994, após a promulgação da Constituição de 1988, que previa desde então a igualdade aos direitos fundamentais por homens e mulheres (UN Women, 2016; Melo, 2016).

Outra resolução significativa para a conquista de direitos para as mulheres brasileiras foi a Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher), ratificada no país em 1995, que teve como principal objetivo responder às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres e abordar a violência contra a mulher como um problema específico e urgente (Sousa et. al., 2014). Na convenção foi também definido o conceito norteador utilizado até hoje em nosso país de que a violência contra a mulher consiste em “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (Souza et al., 2014, p.1).

No âmbito legislativo, a definição de violência contra a mulher e as ações propostas pelo Plano Nacional de Políticas para Mulheres, sustentam a discussão acerca da violência sofrida por mulheres na esfera pública e privada, pois

reconhece-se que a garantia aos direitos humanos não é uma exclusividade de um espaço ou outro e sim um interesse de todos, mesmo que seja a violência doméstica, pois "em briga de marido e mulher, se mete a colher sim" e qualquer ato no contexto interessa à sociedade (Souza, 2014; Observatório Lei Maria Da Penha, 2006).

Dentre as conquistas do contexto de políticas públicas, duas foram muito importantes para gerar visibilidade e levantar a temática da violência contra a mulher em rodas de discussão no Brasil: a Lei 10.778/2003 (Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher); e a Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), que diz respeito a violência contra a mulher sofrida em ambiente doméstico e familiar.

A primeira Lei citada estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de conhecimento, suspeita ou comprovação de violência contra a mulher, recebidos em serviços de saúde públicos ou privados, por meio da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM 2.406/2004 e regulamentada pelo Decreto-Lei 5.099/2004 que incentiva a mulher a não se calar frente uma agressão, seja ela qual for. A notificação deve ser realizada pelo serviço de saúde, público ou privado, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, de forma sigilosa. Sua utilização efetiva permite a realização da avaliação da ocorrência do evento e busca fornecer subsídios para explicações causais dos agravos e evidenciar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas em determinada região. É também uma fonte de informações para os profissionais de saúde, uma vez que auxilia no planejamento da saúde e define prioridades de intervenção e posteriormente seus impactos (Brasil, 2004; Brasil, [s.d.]).

Já a Lei Maria da Penha, é o resultado da luta de uma farmacêutica chamada Maria da Penha Maia Fernandes, que ficou paraplégica após sofrer violência doméstica por anos e ser vítima de duas tentativas de homicídio pelo cônjuge. Na época, em 1983, não existiam legislações e normatizações que garantisse a defesa e o bem estar das mulheres, o que fez com que a lei ganhasse extrema importância

na resposta ao feminicídio, visto que acarretou em maior representatividade para a causa e é até hoje o maior amparo legislativo para as mulheres que encontram-se em situação de violência (Penha, 2012). O caso da Maria da Penha é um exemplo sobre como o abuso de poder, vinculado à ideia de masculinidade e virilidade do homem é naturalizada na sociedade até mesmo pelas vítimas, que, na maioria dos casos, permeadas pelo medo, desconhecem as formas de violência existentes e a possibilidade de tomar-se medidas cabíveis para o contexto em que se encontram (Jung, 2020).

O respaldo jurídico e validação da lei só foi obtido em 2006, após uma luta incessante. Sua consolidação tinha como objetivo coibir e prevenir a impunidade dos agressores e oferecer maior proteção para as mulheres no âmbito familiar e tornou-se, portanto, um importante instrumento de defesa e concretização de igualdade entre homens e mulheres, proporcionando inúmeras conquistas ao gênero feminino, essenciais para a garantia de suas integridades (Brasil, 2006).

Atualmente, a Lei 11.340/2006 cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, dispõe sobre os juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece uma série de medidas de proteção e assistência, de acordo com a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (Brasil, 2006). A elaboração da Lei Maria da Penha é um marco na história da luta feminina brasileira, pois além do seu caráter protetor e punitivo, a legislação estabeleceu as formas de violência sofridas pelas mulheres, descritas no quadro abaixo (Quadro 1):

### QUADRO 1 - Tipos de violência contra a mulher

Tipo de violência	Definição de acordo com a Lei Maria da Penha
<b>Violência física</b>	Qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal
<b>Violência psicológica</b>	Qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
<b>Violência sexual</b>	Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
<b>Violência patrimonial</b>	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.
<b>Violência moral</b>	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Fonte: Adaptado de Artigo 7 da Lei nº 11.340, de 07 de Agosto de 2006, Capítulo II, art. 7º, incisos I, II, III, IV e V. Brasil, 2006.

De origem latina, o termo violência é associado à força e se refere à capacidade e uso da força física usada por um indivíduo para coagir outro. A

Organização Mundial da Saúde define violência como o uso de força mental ou física para forçar, ameaçar, ou prejudicar outra pessoa, grupo ou comunidade que cause dano físico ou psicológico, privação ou morte. Para além de seu sentido prático, a violência evidencia conflitos humanos de luta por poder, dominação, subjugação e aniquilamento sobre o próximo ou sobre seus bens e é uma ideia muito ampla, passível de diversas interpretações, influenciada pelas vivências e experiências de cada ser. A dificuldade em conceituar a violência parte do pressuposto de que esta é um fenômeno de ordem vivido e sua manifestação conta com uma carga emocional de quem a comete, quem a sofre e quem a vivencia. Limitar sua definição em uma perspectiva fixa e simples significa compreender erroneamente sua importância na história e subestimar seu impacto na construção social (World Health Organization, 1996; Minayo, 2006; Abdi *et al.*, 2021).

No que diz respeito às correntes de pensamentos que buscam explicar a violência, dentro da área da saúde, há três grandes grupos. No primeiro deles, os pesquisadores compreendem que a violência é o resultado das necessidades biológicas humanas e os transtornos biológicos, emocionais e físicos; no segundo, a violência é entendida a partir da ideia do livre arbítrio dos indivíduos, onde o que repercute na sociedade depende unicamente do indivíduo e de seus comportamentos, vinculadas às suas crenças morais e religiosas e traços da personalidade de cada um. No terceiro, agrupam-se os autores que interpretam que a violência é fenômeno eminentemente social. Independentemente de qual linha de raciocínio seja a mais coerente, a violência é um fenômeno dependente da relação do sujeito com o meio sendo a qualidade das relações um determinante importante (Minayo, 2006).

Todavia, definir em palavras e de maneira didática a violência de gênero com o amparo jurídico, foi de extrema importância pois permitiu o maior entendimento da problemática pela sociedade, especialmente pelas mulheres adaptadas à cultura sexista, e muitas vezes vítimas da violência de forma sutil e velada, que ganharam uma oportunidade de se alertarem e entenderem seu lugar de sofrimento, sem naturalizar a ação do agressor como uma normalidade patriarcal e consequência do meio em que vive (Souza, 2020).

Foi muito importante também para avaliar a efetividade dos aspectos preventivos propostos no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, associados à transversalidade, universalidade e integralidade das políticas públicas de atenção às mulheres e à capacidade de intervenção estatal. Entretanto, a luta pelos direitos e liberdades das mulheres no Brasil não é suprida pelos mecanismos protetivos e de denúncias e, muitas mulheres são ainda vítimas da violência de gênero (Brasil, 2011; Engel, 2015; Cartaxo, 2023).

Visando acrescentar o caráter punitivo aos agressores dentro do processo de enfrentamento da violência sofrida por mulheres, foi acrescentado ao Código Penal brasileiro o crime de feminicídio por meio da Lei 13.104/2015 como um qualificador crime de homicídio, dito hediondo, com penalidades maiores se constatado que o ato é resultado da violência doméstica/ familiar em que o agressor já manteve/mantém um vínculo com a vítima ou quando constata-se menosprezo/discriminação contra a condição da mulher: ou seja, quando o crime resulta da discriminação de gênero, manifestada pela misoginia e pela objetificação da mulher, sendo o autor conhecido ou não da vítima (Brasil, 2015).

Outra legislação importante para a progressão do combate da violência contra as mulheres foi a Lei de número 13.427/17, que garantiu a incorporação dos cuidados à mulher em situação de violência doméstica ou sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da assistência e atendimento especializado de diversos profissionais da saúde. Esse marco reitera a importância que os serviços públicos representam dentro da luta pois, são a maior ferramenta disponível na sociedade capaz de oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde das mulheres sem qualquer distinção interseccional, reiterando que é direito de toda e qualquer mulher ter liberdade física, social e psicológica (Brasil, 2017).

Além destas, outras legislações importantes sancionadas nos últimos anos podem ser mencionadas como a Lei Joana Maranhão (12.650/2012) que alterou os prazos de prescrição para casos de crimes contra a dignidade sexual de crianças e adolescentes e a Lei do Minuto Seguinte (12.845/2013) que tem como objetivo

garantir o atendimento multidisciplinar, obrigatório e gratuito às vítimas de violência sexual pelo SUS.

Em nível estadual, diversas legislações que abordam a violência contra a mulher são propostas para otimizar os serviços considerando as particularidades das diferentes regiões do país e a infraestrutura disponível para a aplicação das prerrogativas federais (Brasil, 2011a; Minas Gerais, 2019).

Apesar dos avanços, há poucos estudos sobre a efetividade e aplicabilidade de tais políticas e o real impacto da iniciativa coletiva e das legislações já estabelecidas no enfrentamento da violência em uma situação de mundo real. Sabe-se ainda que a violência contra as mulheres pode resultar em inúmeros custos significativos para o Estado, para as vítimas/sobreviventes e para a sociedade como um todo (UN Women, 2022).

### **2.3.1 O envolvimento social e o Movimento Feminista**

Nos últimos tempos, seja no Brasil ou em outros países, as mulheres, através do esforço coletivo de muitas, vêm conquistando seus espaços e direitos. Todavia, esse é um processo longo que já perdura por muitos anos.

A conquista do direito ao voto, considerada uma das primeiras manifestações feministas e da luta contra o sexismo no século XX (em 1932 no Brasil) nos países democráticos, é compreendida como a primeira onda do movimento feminista, conhecida como Movimento Sufragista:

“[...] Com a conquista do voto que as mulheres conseguem dar um passo à frente e começa a mudar sua história, mesmo que de maneira mais velada, mas a sociedade passa a vê-la de outra maneira, e não mais como apenas a responsável pelo lar” (Franciscani, 2010, p. 20).

Durante a Revolução Francesa, que tinha como ideologia: “Liberdade, Igualdade, Fraternidade”, a atuação feminina foi de extrema importância devido ao grande envolvimento das mulheres com as questões políticas (Pasinato, 2019).

Nesse cenário, atrelado ao rearranjo político e debates sobre direitos individuais, já eram vistas as primeiras mobilizações que mais futuramente resultariam no que conhecemos hoje como movimento feminista. As mudanças ocorridas entre o período transicional de feudalismo até o advento do capitalismo provocaram no mundo, com reflexos no Brasil, uma reorganização social marcada por inúmeras revoluções e movimentos sociais de forte participação popular, com o intuito de conquistar melhores condições de vida. Para as mulheres, o principal objetivo de suas reivindicações era adquirir liberdade política, social e cultural, bem como o direito de escolha sobre seus corpos (Garcia, 2022).

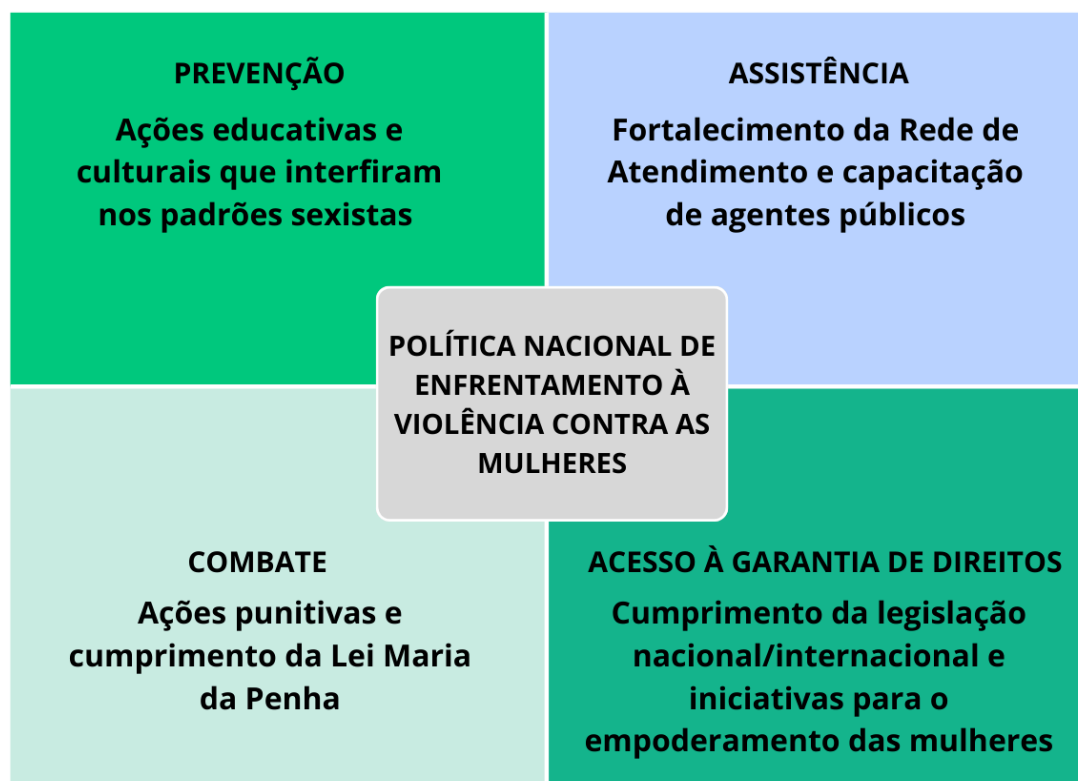
Atualmente, as conferências de saúde são a principal porta de entrada para a participação social no âmbito legal. A principal representação do debate feminino nessa esfera é conduzida pelo Plano Nacional de Políticas para Mulheres que visa promover e garantir a participação das mulheres nos espaços de poder, por meio de planos e ações pré-definidas, com metas concretas e objetivos específicos no âmbito educacional, financeiro, reprodutivo e sexual.

Dentre os planos, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres foi elaborada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres que

tem como objetivo explicitar os fundamentos conceituais e políticos do enfrentamento à questão, que têm orientado a formulação e execução das políticas públicas formuladas e executadas para a prevenção, combate e enfrentamento à violência contra as mulheres, assim como para a assistência às mulheres em situação de violência (Brasil, 2011, p. 10).

A proposta do Plano é implementar políticas amplas e articuladas capazes de atender a todas as demandas e complexidades do tema, por meio da colaboração dos setores de saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros, capazes de combater a desigualdades de gênero e os padrões machistas atuais, e promover o empoderamento feminino e o tratamento humanizado para as vítimas da violência contra a mulher (Figura 1).

**FIGURA 1 - Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**



Fonte: Adaptado de Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasil, 2011.

Nesse contexto, a participação social e por consequência a mobilização e organização, são essenciais na quebra do paradigma já construído acerca da feminilidade marcada por dominações externas e internas e da determinação do que a mulher deve ser, sentir ou fazer. Não é possível pensar em saúde sem pensar também em justiça social e equidade e, apenas a partir da ação individual de cada um são conquistados os direitos sociais e civis da mulher. O envolvimento dos indivíduos no enfrentamento da violência contra a mulher também é ponto fundamental para o desenvolvimento de estudos de gênero, interseccionalidade feminina e desconstrução social e da visão capitalista e masculina sobre os corpos femininos.

Após várias ações isoladas e muitos debates sobre a situação/posição da mulher na sociedade, o movimento feminista originou-se na década de 60 nos

Estados Unidos, abordando a dominação masculina, a sexualidade e o direito à educação com o objetivo de conquistar igualdade entre os gêneros. O conceito de feminismo, advindo do movimento, é entendido como a ação política das mulheres, englobando teoria, prática e ética, em busca da transformação de sua própria condição social e propõe a prática de transformações interiores e exteriores (Alves, 2013).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos aprovada em 1948, na Assembleia Geral da ONU, abriu o leque para muitas discussões que fomentariam o que no futuro se tornaria o Movimento Feminista, ao defender a igualdade e a dignidade das pessoas e reconhecer que os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser válidos para todos, sem distinção de gênero (Unicef Brasil [s.d.]; Araújo e Facchini, 2018).

O Movimento Feminista trouxe também para a causa feminina, o protagonismo e a atenção necessárias para que a saúde integral da mulher e a questão da violência sofrida por estas, fossem introduzidas na agenda da área da saúde e suas dores tratadas no âmbito de políticas públicas. Houve um processo de desconstrução de normas sobre o corpo feminino, sobre a noção de fragilidade e da dominação masculina, bem como reconhecimento de diversas formas de violência (Minayo, 2006).

Do mesmo modo, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contribuiu com o debate acerca da equidade de gênero, ao postular que:

“As diferenças entre homens e mulheres não constituem em si mesmas um problema salvo quando limitam as oportunidades ou recursos necessários para saúde e por conseguinte provocam discriminação e desigualdades que podem ter consequências negativas para a saúde.” (OPAS, 2023, s.p).

Simone Beauvoir, escritora francesa e hoje símbolo do Movimento Feminista, foi essencial no reconhecimento das limitações históricas impostas ao gênero feminino ao afirmar em sua obra “O Segundo Sexo”, lançada em 1949, que:

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico e econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto

intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino (Beauvoir, 1980, p. 9).

Tal ideia, em 1949, era intangível aos olhos da sociedade e impulsionou uma série de indagações ao questionar se o que nomeamos como "feminilidade" era um traço comum a todas as mulheres ou se não seria apenas uma construção social histórica, criada para justificar a inferioridade com a qual as mulheres eram vistas pelo sexo oposto, e se o que era considerado como característica inata de sua natureza e instinto biológico, não tratava-se apenas da passagem de crenças perpetuadas de geração em geração. Em sua obra, a autora rejeita também a ideia de submissão, que nada mais seria do que uma construção social do patriarcado e compreende que a invisibilidade, a forma de viver e o papel histórico feminino são condicionadas pelo meio (Melo, 2016).

Obviamente que a superação dessa situação passaria pelo desenvolvimento da autonomia da mulher e pela conquista de sua liberdade econômica. Para Beauvoir (1980), todas as características que tomamos como inatas precisam ser desconstruídas, na medida em que elas não apenas reconhecem as diferenças entre os sexos, mas reforçam desigualdades (Melo, 2016, p. 27).

A perspectiva de gênero apresentada pela autora e discutida também por muitas outras, é uma lente essencial a ser tomada para maior compreensão acerca da violência sofrida por mulheres uma vez que, na perspectiva de gênero, designa de uma construção social e cultural de poder, atribuída aos sexos com base na hierarquia e desigualdade. É importante compreender que a violência de gênero, apesar de ser um fenômeno mundial em ascensão que fere a dignidade humana que contraria a igualdade entre os povos, apresenta particularidades significativas e afeta todas as esferas da vida do indivíduo (Brilhante, 2016).

A violência de gênero define um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construído nas relações entre homens e mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias (Minayo, 2006, p. 93).

Em sua história, o Movimento Feminista promoveu diferentes lutas organizadas em busca das liberdades femininas que são comumente conhecidas como "ondas". A primeira onda, já comentada anteriormente, ocorreu nos Estados

Unidos e na Inglaterra no final do século XIX e ficou conhecida como a Onda Sufragista, pois representou a busca pela emancipação política e direito ao voto para as mulheres (Abreu, 2002; Melo, 2016).

Outro debate que ganhou força, recebeu bastante apoio do movimento feminista e ficou conhecida como a segunda onda do Movimento Feminista, foi a aquisição de poder sobre a reprodutibilidade, prazer e sexualidade das mulheres, na década de 60, com o lema “o pessoal é político”, representando o desejo das mulheres pelo direito ao divórcio, aborto e ao uso de métodos contraceptivos, além da igualdade laboral. Nesse período, houve o desenvolvimento do primeiro contraceptivo oral aprovado pela *Food and Drug Administration*: Enovid® (150 mg de estrogênio sintético e 9,85 mg de derivado de progesterona). Nos primeiros anos de desenvolvimento, os pesquisadores trabalhavam às escondidas, pois a ideia de “prevenir” uma gravidez era tida como uma afronta para os mais conservadores e por esse motivo, o medicamento foi inicialmente proibido em diversos países da Europa (Hartl, 2020).

A terceira onda teve início na década de 1990 e seu propósito era a busca pelo direito da diversidade sexual e de gênero, bem como o direito a questionar as definições de feminilidade impostas pela sociedade e, foi marcada por trazer fortes críticas à segunda onda devido à ênfase dada apenas às experiências das mulheres brancas e de classe média alta na sociedade (Bittencourt, 2015).

No Brasil, os processos ocorreram de forma bem semelhante aos movimentos da Europa e Estados Unidos, tendo como principais representantes, mulheres intelectuais, atuantes principalmente no jornalismo, que buscavam participar ativamente da luta em defesa aos direitos das mulheres no contexto da ditadura militar. Já no período de redemocratização na década de 80, questões como educação, sexualidade, corpo da mulher e sua saúde, antes ditas apenas de esfera privada, foram popularizadas pelo movimento feminista e fortalecidas pelo apoio de outros movimentos sociais que fomentaram a discussão (Pinto, 2017; Alves, 2013). Neste mesmo período, muitos clubes ganharam visibilidade e as reuniões de

mulheres preocupadas com sua posição na sociedade foram ganhando cada vez mais espaço. Os debates envolviam divulgar o movimento:

[...] e combater a opressão a que estão sujeitas as mulheres, as quais almejam alcançar autonomia e protagonismo na sociedade e ter acesso à cultura e educação, defendendo a igualdade de direitos entre homens e mulheres (Alves, 2013, p. 117).

Pode-se dizer que as mudanças econômicas e sociais ocorridas no país foram essenciais para as primeiras conquistas do movimento no Brasil, pois abriu espaço para o debate das desigualdades de gênero, para o estreitamento das relações das mulheres entre si e para o rompimento feminino das tradições culturais impostas.

A partir da Conferência sobre Violência e Saúde realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde em Washington em 1994, foram endereçados à área da saúde os mais diversos problemas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e muitos outros sintomas associados à violência de gênero. A força do feminismo na abordagem do diagnóstico situacional e nas propostas de ação, relativas a gênero, aparece claramente nos documentos dos organismos internacionais do setor saúde (Minayo, 2006).

Nesse sentido, abordar o feminismo, em todas as suas vertentes, na área da saúde abre portas e questionamentos acerca dos desafios enfrentados na busca pela integralidade da saúde feminina.

Abraçar a teoria feminista nos permite conectar campos e corpos de conhecimento díspares e questionar suposições sobre a saúde das mulheres ao longo da vida e discutir o ambiente em que se é formado o conceito de “saúde para as mulheres” levando em consideração os diferentes aspectos importantes na consolidação da integralidade do cuidado, como o bem estar físico, social, psicológico, reprodutivo, financeiro e outros temas interseccionais. (World Health Organization, 2014, 2017; Bird, 2016).

## 2.4 A PRÁTICA ASSISTENCIAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

A viabilização do enfrentamento da violência contra a mulher passa por todas as organizações da sociedade, e não seria diferente para a área da saúde, que tem se mostrado a maior área atuante na prevenção da violência contra a mulher e restauração da saúde da mulher já vítima de violência.

Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico. Mas ela afeta fortemente a saúde: 1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e 5) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos. (Minayo, 2006, p. 45)

Segundo a Organização Mundial da Saúde, embora a prevenção e a resposta à violência contra as mulheres demandem da abordagem multissetorial, o setor da saúde desempenha um papel crucial posto que os profissionais da área têm a possibilidade de questionar e fomentar as discussões sobre a violência contra as mulheres e seu impacto no direito à vida dessas, promovendo-a como uma questão de saúde pública. Adicionalmente, o setor da saúde pode contribuir para a promoção de programas educacionais abrangentes e ao gerar evidências sobre a eficácia das intervenções no combate da violência de gênero, através de sistemas de vigilância para monitorar e informar políticas e práticas (Organização Mundial da Saúde, 2024).

Apesar do consenso da necessidade da atuação dos profissionais de saúde na violência contra a mulher e dos esforços já realizados, ainda há muitos desafios para todos, uma vez que é um processo recente, cuja abordagem implica na desestruturação cultural já discutida neste trabalho e no desenvolvimento capacitatório dos profissionais, para estruturar a prestação de serviços de forma adequada. Não se pode ignorar a falta de preparo e amparo dos profissionais para trabalharem prestando apoio às mulheres em situação de violência e para

reconhecerem a violência contra a mulher se essa não for explícita ou descrita pela vítima e, por vezes costumam ser ocultas diante dos olhos que buscam por diagnósticos e resoluções de problemas claros e, por inúmeras questões que envolvem desde a falta de abertura nos diálogos até a vergonha ou represália que essas mulheres sofrem, são invisibilizadas ao olhar dos profissionais (Prefeitura de Belo Horizonte, 2018; Lira e Castro, 2020).

Para o planejamento adequado dos serviços de saúde e suas ações, é importante que haja a sensibilização dos profissionais e gestores de saúde sobre a gravidade, o impacto e relevância do debate sobre as questões da mulher na sociedade e especialmente, na prevenção dos agravos e nos cuidados necessários após a violência, de forma integrada na sociedade, para que assim, possam organizar os serviços da atenção integral e consolidar a rede integrada de atenção existente e ter profissionais capacitados para o atendimento/enfrentamento de situações de violência contra a mulher (Prefeitura de Belo Horizonte, 2018).

Abaixo, seguem listadas algumas prerrogativas importantes a serem consideradas na abordagem da mulher em situação de violência nos serviços de saúde, propostas pela ONU Mulheres (Organização Mundial da Saúde, 2024).

- Manter o foco do serviço no acolhimento e no cuidado da mulher e de sua família, sem se preocupar com o legislativo, visto que, nem sempre uma mulher em situação de violência procura o serviço para fazer denúncias e sim para ser acolhida;
- Fornecer serviços abrangentes e enxergar a mulher de forma integral
- Realizar buscas ativas entre as paciente mulheres sobre seus contextos familiares para a identificação de situações de violência, fornecendo encaminhamento e apoio adequados;
- Realizar uma escuta atenta empática, visando empoderar e proteger a mulher, sem colocá-la em uma posição de revitimização, julgá-la ou desacreditá-la;
- Incentivar e orientar, por meio de uma comunicação não agressiva sobre a prevenção de novos episódios de violência, sobre a possibilidade de

denunciar e/ou acionar outros serviços protetivos, e também sobre os serviços de saúde aos quais a paciente tem acesso direto e onde procurar por esses. Defender que a violência contra as mulheres seja inaceitável e tratada como um problema de saúde pública emergencial;

- Gerar dados, por meio dos sistemas de vigilância e informação em saúde, sobre a ocorrência dos casos de violência, e promover, a partir desses dados, a inclusão da violência contra a mulher em pesquisas demográficas e de saúde como agravo específico.

Além destas, o Ministério da Saúde do Brasil divulgou em 2015, o manual de atenção humanizada para pessoas em situação de violência que contém as normas técnicas para o atendimento e preconiza:

- Acolhimento adequado em serviços de referência;
- Disponibilização de espaço de escuta qualificada com privacidade, de modo a proporcionar ambiente de confiança e respeito;
- A informação prévia das pessoas em situação de violência sexual, assegurada a compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas profissionais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;
- Divulgação de informações sobre a existência de serviços de referência para atendimento à violência sexual.

O manual descreve as etapas do atendimento de mulheres em situação de violência sexual que devem ser seguidas e inclui: acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial (Brasil, 2014).

Quanto aos espaços de atendimento, determina-se que esses sejam feitos em instalações e área física adequada para acolhida e atendimento, preferencialmente

fora do espaço físico do pronto socorro ou da triagem, para garantir privacidade durante os atendimentos, com equipamentos e materiais necessários. Quando ofertado o serviço de aborto previsto em lei, as orientações seguem a norma técnica de abortamento, que exige recursos humanos qualificados e acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar por médico(a); enfermeiro(a); técnico(a) em enfermagem; assistente social e psicólogo(a) e outros profissionais, como farmacêuticos(as). Além disso, a normativa também discute a relevância do acolhimento e escuta ativa e qualificada para o atendimento humanizado às pessoas em situação de violência, com o propósito de atender a todas as suas demandas e ainda, reforça a importância do respeito à mulher, à sua fala e a expressão de seus sentimentos; a necessidade de atenção à comunicação verbal e não verbal; e apresenta orientações acerca da necessidade de priorizar o atendimento de acordo com as necessidades identificadas, bem como a capacidade profissional de avaliar os riscos dos agravos à saúde, resolvendo-os ou encaminhando, conforme a capacidade técnica do local de atendimento, sempre garantindo a privacidade e confidencialidade da paciente (Brasil, 2014a).

#### **2.4.1 Rede integrada de serviços**

O enfrentamento da violência contra a mulher de forma prática conta com o apoio coletivo da sociedade e órgãos estatais, seja na prevenção ou no combate, na difícil missão de garantir a integralidade e a assistência às mulheres vítimas. Em 2019, a OMS e a ONU Mulheres, com uma grande rede de apoio, elaboraram um documento intitulado “RESPECT Women” que tem como objetivo orientar e auxiliar os governos na confecção de políticas na prevenção da violência contra as mulheres. Neste documento, estratégias foram elaboradas a partir de evidências contundentes e fundamentadas e consideradas eficazes para prevenir a violência contra as mulheres foram citadas: fortalecer habilidades de relacionamento, empoderar mulheres, garantir serviços adequados, reduzir a pobreza, criar ambientes seguros (como escolas, locais de trabalho e espaços públicos), prevenir o

abuso de crianças e adolescentes, e transformar atitudes, crenças e normas sociais (Organização Mundial da Saúde, 2019).

O embate do problema da violência pela área no Brasil vem se fazendo de forma fragmentada, lenta, intermitente, mas progressiva. Todavia, ainda existe uma tendência ao isolamento dos serviços e à desarticulação entre os diversos níveis de governo no enfrentamento da questão (Minayo, 2006; Brasil, 2011a).

É necessário que haja uma rede de enfrentamento e uma rede de atendimento que sejam consistentes e trabalhem de forma cooperativa, em que, cada uma cumprindo seu papel, promova uma articulação entre as partes e seja capaz de interligar conhecimentos e promover um cuidado integral e descentralizado para as mulheres em situação de violência (Prefeitura de Belo Horizonte, 2018).

O trabalho em rede surge então, como um caminho para superar essa desarticulação e fragmentação dos serviços [...] visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção (Brasil, 2011a, p. 29).

Atualmente, a rede criada promove uma atuação múltipla em diversas áreas, como: saúde, educação, segurança pública, assistência social, cultura, entre outras, sendo que, cada uma dessas redes possui suas atribuições específicas para atender a todas as demandas e estratificar as responsabilidades, com o intuito de garantir maior efetividade do sistema integrado. É muito importante que todas as esferas e seus serviços saibam reconhecer qual o seu papel dentro da rede de enfrentamento.

Vale ressaltar que a garantia dos direitos das mulheres depende também dos direitos à vida, como o direito à educação, cultura, habitação e trabalho, pois, só assim, a vítima pode ter acesso à rede de serviços (Quadro 2).

## QUADRO 2 - Serviços da Rede de Atendimento à Mulher em situação de Violência

Serviços da Rede de Atendimento à Mulher em situação de Violência	
<b>SEGURANÇA</b>	Delegacias e postos especializados Departamento de polícia (civil, militar e bombeiro) Instituto Médico Legal (IML) Polícia judiciária (perícia)
<b>ASSISTÊNCIA SOCIAL</b>	Centros de referência Casas abrigo Central de atendimento à mulher (Ligue 180) CRAS (Centros de Referência da Assistência Social) CREAS (Centros de Referência Especializado de Assistência Social )
<b>SAÚDE</b>	Postos de saúde Hospitais Serviços de violência sexual Serviços de saúde mental SAMU
<b>JUSTIÇA</b>	Juizado especial Defensorias Promotoria Ministério Público Balcão da cidadania Centro de reabilitação do agressor

Fonte: Adaptado de Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasil, 2010.

Apesar da pluralidade de serviços disponíveis, não podemos ignorar as falhas destes. As Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (DEAMs), por exemplo, são unidades da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência que têm a responsabilidade de promover a prevenção, a apuração, a investigação e o enquadramento legal dos casos relatados pelas vítimas. Entretanto, a má distribuição regional - as delegacias se concentram em áreas urbanas, deixando de lado as zonas rurais - e a alta demanda de atendimentos nas unidades - é comum que apenas uma delegacia seja responsável por regiões muito extensas - enfraquecem a atuação e serventia do órgão (Brasil, 2010).

Outro exemplo a ser citado, é a falta de divulgação nos veículos e canais midiáticos do serviço ofertado pela Lei 10.714/2003: o Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) disponível em tempo integral, onde os profissionais encontram-se disponíveis para aconselhar, receber denúncias, escutar, informar,

apoiar e encaminhar as vítimas para os outros serviços disponíveis. O serviço é essencial, uma vez que é de possui abrangência em todo o território nacional, é gratuito e sigiloso. Além disso, constitui uma porta de entrada das mulheres em situação de violência na rede de atendimento e auxilia no levantamento de informações importantes para a efetivação prática da política de enfrentamento da violência. Atualmente, foi disponibilizado um novo canal de denúncias, via Whatsapp® (Brasil, 2021; Rede Brasil Atual, 2023), que representa um grande avanço na viabilização do acesso a esse serviço, isso porque encaminhar uma mensagem, através de um aplicativo extensivamente utilizado na sociedade, pode ser mais fácil para muitas mulheres entrarem em contato e pedir a ajuda necessária (Brasil, 2010; Prefeitura de Belo Horizonte, 2018).

Ainda no contexto da importância da integração entre os serviços, vale ressaltar o papel crucial da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS no enfrentamento da violência contra as mulheres por ser, em muitos casos, a porta de entrada e único acesso para a mulher em situação de violência ao sistema de saúde, onde é possível identificar sinais de violência, fornecer apoio imediato, encaminhar para serviços especializados, promover ações de prevenção e atuar na intervenção precoce a fim de gerar uma resposta coordenada e eficaz à problemática (Brasil, 2017a).

A APS tem o potencial de oferecer um ambiente acessível, confiável e integrado, onde as mulheres podem receber o suporte necessário para superar a violação dos seus direitos humanos (Silva, 2022). Contudo, esses ambientes e seus profissionais devem estar aptos a realizar um acolhimento adequado, prezando pela garantia de confidencialidade de modo a encorajar as pacientes a relatarem suas experiências. Com uma abordagem integral da saúde, que considera aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais, a atenção primária permite uma avaliação completa das necessidades das mulheres (Pereira Tavares de Alcantara, 2022).

Nesse sentido, reitera-se a necessidade de profissionais capacitados capazes de reconhecer sinais de violência, oferecer apoio emocional e psicológico, orientar e encaminhar adequadamente sempre que pertinente (Fusquine, 2021; Jardim, 2022).

Além dos serviços da rede de atendimento e da APS, as farmácias, ao serem reconhecidas como um estabelecimento de saúde, possuem grande potencial para auxiliar nas atividades de promoção, prevenção e cuidado com a saúde da população e no enfrentamento da violência contra as mulheres (Conselho Regional de Farmácia, 2021). Além disso, as farmácias privadas também podem ser portas de entrada para a APS, devido à sua ampla presença e acessibilidade. Esses estabelecimentos podem acolher e triar pacientes, realizando avaliações preliminares e encaminhando-os para os serviços de saúde adequados. Não obstante, farmas podem oferecer consultas que incluam acompanhamento de condições inerentes à saúde das mulheres e seus hábitos de vida e promover educação em saúde, ferramentas estas que podem auxiliar na identificação de situações de violência. Todavia, vale mencionar que, para a realização dessas atividades, é essencial uma parceria adequada entre o setor público e privado que garanta que os profissionais estejam capacitados para essas funções (Cavalcanti, 2021).

Em resumo, é muito importante que ações visando a prevenção dos agravos de violência e denúncia dos ocorridos sejam incentivadas, e que os serviços de referência sejam amplamente divulgados, inclusive nos ambientes de atuação do profissional farmacêutico (Prefeitura de Belo Horizonte, 2018; Conselho Regional de Farmácia, 2021).

## 2.5 O PAPEL DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NO COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

No que diz respeito aos(as) farmacêuticos(as), tem sido cada vez mais importante delinear as atividades assistenciais que estes profissionais podem oferecer, reconhecendo que existe uma falta de consenso no perfil de farmas devido a variabilidade das possíveis áreas de atuação, sem uma metodologia padronizada, além dos desvios de função devido a multiutilidades e do despreparo no que diz respeito ao desenvolvimento habilidades assistenciais específicas para integrar a equipe de saúde multidisciplinar (Soares, 2020). Todos esses fatos, resultam na

fragmentação da atuação do profissional, reduzindo o impacto da prática farmacêutica e inibindo o desenvolvimento de estratégias de ação mais efetivas (Destro, 2021).

Cada dia mais fica evidente a transição que os(as) farmacêuticos(as) tem vivenciado, deixando de serem somente tecnicistas, gerenciadores(as) e fiscalizadores(as) e passado a assumir responsabilidade com a farmacoterapia e o processo de uso dos medicamentos para promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos, junto aos demais membros da equipe de saúde para suprir essa demanda assistencial, mas trata-se de uma atividade demorada, uma vez que é necessário reorganizar processos de trabalho e diretrizes institucionais para a ampliação do acesso aos serviços farmacêuticos centrados no paciente (Soares, 2020). As atividades assistenciais visam qualificar a atenção integral aos usuários, e, também, potencializar ações realizadas pelos demais profissionais relacionadas ao cuidado do paciente (Destro, 2021).

Vale salientar que, o profissional voltado para o cuidado não necessariamente precisa ser o farmacêutico clínico, e sim qualquer farma que exerce sua profissão em contato com a população/usuários de medicamentos, seja em drogarias, ambulatórios, núcleos assistenciais e demais estabelecimentos de saúde. Cabe à própria classe

enfrentar o desconhecimento do seu papel assistencial em outros espaços além da farmácia, distorcido pela demanda dos demais profissionais da saúde e da comunidade como sendo função apenas a garantia do acesso aos medicamentos (Destro, 2021, p.9).

Cabe mencionar que a violência contra a mulher é um problema prevalente, que frequentemente associa-se a más resultados de saúde e desfechos clínicos desfavoráveis, além de impactar nos tratamentos medicamentosos, seja por falhas de tratamento, aumento da utilização, ou dos custos dos cuidados em saúde (Barnard, 2020).

O profissional farmacêutico desempenha um papel crucial na atenção primária à saúde e no acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) devido às suas habilidades que vão além da simples dispensação de medicamentos (Lima, 2021). No contexto

do enfrentamento da violência contra a mulher, farmas podem identificar sinais de abuso, fornecer apoio inicial, orientar sobre recursos disponíveis e encaminhar para serviços especializados. Dessa forma, oferece um serviço multifacetado e essencial, garantindo uma assistência integral e de qualidade para a população.

Farmas, ao receber o devido preparo com fundamentação teórica dos problemas identificados na sociedade, podem identificar os problemas que preocupam a paciente, podendo auxiliar a situação e elaborar hipóteses de solução dos problemas. Atualmente as instituições de ensino em sua maioria não contemplam o estudo de populações mais vulneráveis para os(as) farmacêuticos(as) que atuam/ pretendem atuar no cuidado ao paciente (Mota Junior, 2024).

Demonstrar à população a necessidade de farmas para a atenção integral em si já é um grande desafio, assim como trabalhar em equipes de atenção primária onde a realidade é multifacetada e a atuação do profissional tem se mantido restrita à gestão técnica do medicamento, mesmo com um número cada vez maior de profissionais inseridos nas drogarias e nos ambientes hospitalares. Quando incluímos temas específicos e pouco explorados na profissão, como a violência contra a mulher, o impasse é ainda maior, pois, além de todo o preparo profissional que precisa ser adquirido como já foi comentado, é necessário “popularizar” a ideia, estabelecer um diálogo e demonstrar de forma interativa para as vítimas que o profissional farmacêutico é um educador, um ponto de apoio e suporte para atender suas demandas iniciais e ser um mediador fácil de pedido de ajuda. Nem mesmo dentro das equipes multidisciplinares dos locais de referência de atendimento para mulheres em situação de violência, o profissional farmacêutico é citado, apesar do uso de inúmeros medicamentos profiláticos.

Por ser uma fonte de informações para pacientes, atualmente, com o novo modelo assistencial onde a ênfase é a atenção primária à saúde, o farmacêutico torna-se na maioria das vezes, no ciclo assistencial, o primeiro ou o último profissional a ter contato direto com o(a) paciente, tendo em vista que a farmácia costuma ser o primeiro lugar onde os indivíduos buscam orientações ou um tratamento ao apresentarem sintomas de doenças comuns. Sendo assim, pode-se

inferir que também é o meio de acesso mais fácil para acolher vítimas de violência em diversos horários e localizações (Lopes, 2021).

O artigo 2º da lei nº 13.021/14 descreve o papel do farmacêutico como orientador, visando assegurar a assistência terapêutica do paciente em tempo integral, portanto é essencial a presença do profissional desempenhando atividades farmacêuticas relacionadas aos medicamentos e insumos farmacêuticos, em todo período de funcionamento (Lopes, 2021, p.1).

Em 2020, foi realizada nos Estados Unidos uma pesquisa que tinha como objetivo avaliar um módulo de desenvolvimento educacional profissional para farmacêuticos, acerca da violência contra a mulher, sofrida por um parceiro íntimo, a fim de prepará-los para atender os casos. O conteúdo tinha como proposta: preparar os(as) farmacêuticos(as) para prestar cuidados de forma segura e adequada, aumentar o conhecimento e a conscientização sobre a violência, identificar o impacto que a violência tem na saúde do paciente e no sistema de saúde, preparar os profissionais para lidar com pacientes em situação de violência nas farmácias, identificar as fraquezas deste processo e também estratégias que fossem capazes de melhorar o desenvolvimentos dos profissionais acerca do tema. Como resultado, os pesquisadores relataram que a percepção de preparação e conhecimento dos profissionais aumentou significativamente após a exposição ao módulo educacional, bem como o entendimento da necessidade de treinamento para lidar com pacientes em situação de violência. Foi descrito também que os farmacêuticos, se bem preparados, têm o potencial de impactar positivamente os pacientes que encontram em seus ambientes de prática (Barnard, 2020).

Outro artigo, produzido em 2015 também nos Estados Unidos, aponta a necessidade da criação de ferramentas de treinamento para melhorar a capacidade dos estudantes de farmácia e farmacêuticos de identificar a violência às quais as mulheres estão expostas. Como resultado, obteve-se que quase 90% dos alunos acreditavam que a violência contra a mulher era relevante para suas carreiras farmacêuticas e que o aprimoramento desse conhecimento, por meio do conhecimento teórico, melhorou sua capacidade de reconhecer as situações de violência. Concluiu-se também que para superar as barreiras enfrentadas pelos farmacêuticos quando o assunto é violência contra as mulheres, os alunos e

profissionais precisam de oportunidades para se envolver na aplicação prática do conhecimento adquirido (Cerulli, 2015).

Com o intuito de suprir a demanda e estabelecer uma rede de apoio sólida nas mais diversas conjunturas, inúmeras campanhas foram e vêm sendo lançadas nos diferentes estados brasileiros. Como resultado dessas ações, foi lançada em junho de 2020 a Campanha Sinal Vermelho pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e apoiadores, oferecendo uma alternativa segura de denúncia e acolhimento para as mulheres. O projeto foi sancionado pela Lei 741/2021, que define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a violência doméstica como uma das medidas de combate à violência de gênero. Essa iniciativa permite que mulheres denunciem de forma silenciosa uma situação de abuso, desenhando um “X” vermelho na palma da mão (Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais, 2022).

A nível mundial, outra campanha desenvolvida pela Canadian Women 's Foundation ganhou força: a “*Signal for help*” (Canadian Women' s Foundation, [s.d.]). Essa forma de denúncia tem uma proposta bem similar à do Sinal Vermelho, pois a mulher em situação de violência utiliza-se de uma simbologia produzida com as mãos para denunciar a violência a qual está sendo submetida em estabelecimentos ou nas redes sociais.

Em suma, é importante que sejam realizados estudos que enfoquem os efeitos positivos das ações farmacêuticas, para gerar informação para o serviço e para a população para se conseguir dimensionar e compreender o impacto da violência sobre a saúde, fazem-se imprescindíveis abordagens inter e transdisciplinares que incluam uma visão quantitativa e qualitativa do fenômeno.

## 2.6 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

### 2.6.1 A perspectiva mundial

Apesar dos problemas de subnotificação dos reais números relacionados à violência contra a mulher, a disponibilidade de dados melhorou consideravelmente nos últimos anos e estão disponíveis para pelo menos 106 países no mundo, no site “UN Women” (entidade das Nações Unidas que agrupa todas as informações relevantes no contexto da saúde da mulher ao redor do mundo) (UN Women, 2022; Organização Mundial da Saúde, 2024).

De acordo com os dados relatados, estima-se que cerca de 736 milhões de mulheres foram submetidas a violência física e/ou sexual por parceiro íntimo, pelo menos uma vez na vida (30% das mulheres com 15 anos ou mais). Sabe-se que mais de 640 milhões de mulheres com 15 anos ou mais que vivenciaram situações de violência foram por parte de companheiros íntimos, seja ex ou atual. Além disso, 81.000 mulheres e meninas foram mortas pela violência contra as mulheres em 2020 (58% por parceiro íntimo ou um familiar), o que equivale a uma mulher ou menina sendo morta a cada 11 minutos dentro do lugar em que deveria se sentir mais segura: em casa (Organização Mundial da Saúde, 2024; UN Women, 2022).

Um inquérito realizado pela OMS apontou que quase dois quintos (38%) de todas as mulheres vítimas de homicídio no mundo durante a pandemia do Coronavírus foram assassinadas por seus companheiros e que 4,3 milhões de mulheres foram agredidas fisicamente com tapas, socos ou chutes durante este período. 18,6% das mulheres relataram ter sofrido alguma ofensa verbal (insultos, xingamentos e humilhações); 8,5% ter sofrido ameaças de violência física como tapas, empurrões e chutes; e 7,9% ter sofrido amedrontamento ou perseguição (UN Women, 2022; Organização Mundial da Saúde, 2024).

As taxas de depressão, transtornos de ansiedade, gravidez não planejada, infecções sexualmente transmissíveis e HIV são maiores em mulheres que sofreram violência em comparação com mulheres que não sofreram, assim como muitos

outros problemas de saúde que podem durar mesmo após o término da violência (Organização Mundial da Saúde, 2024; UN Women, 2022).

A violência também é influenciada por outros determinantes sociais, como a questão financeira. As mulheres que habitam os países menos desenvolvidos e em desenvolvimento, estão mais submetidas a situações de violência. Entretanto, cabe refletir se, de fato a violência afeta menos as mulheres de países desenvolvidos, ou se a violência por essas é pouco relatada e naturalizada nesse contexto social (Organização Mundial da Saúde, 2024; UN Women, 2022).

Menos de 40% das mulheres que sofrem violência procuram ajuda de qualquer tipo. Na maioria dos países com dados disponíveis sobre esta questão, entre as mulheres que procuram ajuda, a maioria recorre a familiares e amigos e muito poucas a instituições formais, como a polícia e os serviços de saúde (menos de 10%) (Organização Mundial da Saúde, 2024; UN Women, 2022).

### **2.6.2 A perspectiva brasileira**

Embora, no Brasil, a violência seja reconhecidamente um problema de manejo complexo e intersetorial, faltam análises demonstrativas fidedignas ao tamanho real da ocorrência e prevalência da violência contra a mulher na sociedade, tanto de forma retrospectiva quanto de forma atual. No país, estima-se que uma mulher é vítima de agressão física, verbal ou psicológica a cada dois segundos. A atualização de informações e notificações de casos de violência são um grande desafio governamental e são de extrema importância para que o suporte chegue de maneira adequada e haja um fortalecimento da rede de prevenção e enfrentamento da violência contra a mulher. (Minayo, 2004; UN Women, 2022; Organização Mundial da Saúde, 2024).

Em 2021, o Instituto Patrícia Galvão, realizou uma pesquisa quantitativa online em todo o país, no formato de entrevista, com 1.503 participantes com 18 anos ou mais. Na pesquisa, utilizou-se a media ponderada a partir da distribuição da população brasileira por região, sexo, idade e escolaridade, conforme parâmetros da

PNAD/IBGE para interpretação dos dados. O estudo tinha como objetivo avaliar a percepção da população brasileira sobre feminicídio. Foram realizados diferentes questionamentos acerca do tema relacionados às percepções sobre feminicídio, conhecimento e experiência com o feminicídio e responsabilização e serviços de apoio (Instituto Patrícia Galvão, 2021).

Os achados demonstraram que 90% dos respondentes sabem o que é feminicídio e apenas 7% nunca ouviram falar sobre a lei do feminicídio. 57% da população – ou 91,2 milhões de pessoas – conhece uma mulher que já foi vítima de ameaça de morte pelo (ex-)parceiro. 53% das mulheres ameaçadas de morte sofreram tentativa de feminicídio. Para 49% das pessoas, o momento em que a mulher corre mais risco de ser morta é quando ela decide terminar a relação, embora 87% concordem que o término seja a melhor forma de romper com o ciclo de violência. Para 28%, a mulher vítima de violência corre mais risco de ser assassinada a qualquer momento. Um em cada três atribui alguma culpabilização à vítima de feminicídio. 67% dos respondentes citam o telefone da Polícia Militar (190), como referência para mulheres que estejam sendo agredidas ou ameaçadas por um (ex-) parceiro e corram o risco de serem assassinadas e somente 20% citam a Central de Atendimento à Mulher (180). 85% dos participantes acreditam que os serviços de atendimento à mulher agredida são bons, mas estão presentes em poucas cidades e não dão conta de atender as mulheres em todo o país. A maioria é a favor da promoção de campanhas para sensibilizar a população sobre essas questões e estimular a denúncia e também apoiam a capacitação dos profissionais dos serviços de assistência para avaliarem o risco das mulheres, até porque, para 93% da população, mais importante do que punir o agressor é preservar a vida da mulher (Instituto Patrícia Galvão, 2021; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021).

Um levantamento divulgado em 2023 pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com o DataFolha, por meio da entrevista de 1.042 mulheres em 126 municípios do país nos anos de 2022 e 2023, demonstra que a violência contra a mulher é uma epidemia e que 28,9% das mulheres brasileiras sofreram algum tipo de violência ou agressão por parte de parceiros ou ex-parceiros (26,7% e 31,3%,

respectivamente). 46,7% das mulheres foram submetidas à alguma situação de assédio (comentários desrespeitosos, abordagens agressivas e assédio físico) em 2022. As pesquisas demonstraram também que as mulheres não são submetidas a um episódio único de violência, e sim vários (média de quatro a nove agressões em 2022) e que o lugar em que as mulheres estão mais expostas à violência é dentro de casa (53,8%). Quanto ao lugar em que se encontram, 48% das mulheres habitavam cidades do interior e 52% encontravam-se nas capitais e regiões metropolitanas. Em relação ao que foi feito após o episódio de violência, 45% das mulheres não fizeram nada e somente 4,8% ligaram para a polícia (190) e 1,6% para o serviço de atendimento à mulher, o que reflete a baixa visibilidade desses canais de enfrentamento contra a violência para as mulheres (Bueno, 2022; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023).

### **2.6.3 A perspectiva do Estado de Minas Gerais**

Foi divulgado no ano de 2023 dados acerca da violência contra a mulher, pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (SES - MG), a partir de dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e da Polícia Civil do Estado de Minas Gerais através registros estatísticos sobre violência doméstica e familiar contra a mulher e de vítimas de feminicídio. De acordo com os dados fornecidos pelo SINAN, entre 2016 e 2022 foram registrados pelo SUS 232.125 casos de violência contra mulher e mais 721.944 ocorrências registradas pela Polícia Civil, em Minas Gerais. Em paralelo, nos dados coletados pela Polícia Civil, há o relato de 1.779 casos de feminicídio, entre 2018 e 2022. Dados atualizados de 2023 do mesmo banco apresentam 49.408 ocorrências registradas de violência doméstica, dos mais diversos tipos e 97 casos de feminicídio (Minas Gerais, 2020; Minas Gerais, 2023).

De acordo com as análises dos dados fornecidos pelo SINAN, têm-se que as mulheres jovens são as que mais sofrem violência (108.622) e, na maioria dos casos, a violência ocorre dentro de suas próprias casas (81,29%) sendo que, em cerca de 37,76% dos registros as agressões aparecem como situações recorrentes

e os homens aparecem como sendo os principais autores. Quanto aos tipos de violência 25.242 casos registrados foram de violência sexual, 70.738 de violência psicológica e 164.805 são casos de violência física. Não houve o registro dos demais tipos de violência, o que pode ser um indicativo da baixa notificação dos demais casos como os de violência moral e patrimonial, que tendem a ser mais invisibilizados na sociedade (Minas Gerais, 2023).

Considerando os dados registrados e o impasse das subnotificações que pode subestimar os reais valores atribuídos à violência contra a mulher no Brasil e no mundo, são necessárias medidas práticas que assegurem a assistência das mulheres em situações vulneráveis, conforme as normatizações previstas na Lei Orgânica da Assistência Social (Brasil, 1993).

Todavia, apesar dos dados epidemiológicos serem impactantes, deve-se ter em mente que violência não é uma doença e sim um problema social complexo e multifatorial. Nesse sentido, é importante que as medidas de enfrentamento da violência contra a mulher incluam ações de prevenção, combate e também elaboração de indicadores que tenham como base do seu delineamento a percepção da violência como um fenômeno social. Uma questão que evidencia essa necessidade é o fato da violência sofrida por mulheres ser incluída nas análises de causa de morte na categoria de morte por agravos e acidentes, quando na verdade, é um indicador único e muito mais complexo que merece ser avaliado separadamente. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível também que a perspectiva de gênero seja incorporada na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade, a saúde e os direitos de cidadania da mulher (Brasil, 2004a; Minayo, 2004; Brasil, 2021a).

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Analisar a perspectiva de farmas relacionadas às situações de violência contra pacientes mulheres vivenciadas em seus ambientes de trabalho, por meio da confecção de dois artigos.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

1. Identificar o tipo e as características das situações de violência contra a mulher envolvendo pacientes observadas no ambiente profissional de farmas (artigo I);
2. Avaliar os fatores associados à identificação de situações de violência contra a mulher envolvendo pacientes observadas no ambiente profissional de farmas (artigo I);
3. Elucidar os aspectos envolvidos nas situações de violência contra a paciente mulher relatadas por farmas respondentes (artigo II).

## 4. MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente pesquisa é o recorte de um projeto de escopo maior, intitulado “Atuação do Farmacêutico no Cuidado Integral à Saúde da Mulher”. Foi desenvolvida a partir de métodos mistos, combinando a abordagem quantitativa e qualitativa para a elaboração de dois artigos científicos. No Artigo I, foi utilizada uma abordagem quantitativa descritiva combinada a diferentes instrumentos qualitativos da análise de conteúdo superficial. Já no artigo II, foi utilizada metodologia qualitativa baseada na análise de conteúdo aprofundada. Ambos foram feitos utilizando-se dos dados obtidos em uma *survey* online.

O emprego de métodos mistos nas pesquisas em saúde faz-se pertinente, considerando a complementaridade dos métodos quantitativos e qualitativos e a riqueza que ambos acrescentam nas análises, partindo do pressuposto que estas não se opõem e sim interagem dinamicamente, conforme as particularidades do objeto de pesquisa, excluindo o conceito de dicotomia. O estudo quantitativo pode gerar questões e hipóteses com o potencial de serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa (Minayo, 2002; 2004).

Para ambos os artigos, foi considerada a mesma população, amostra e procedimentos de coleta de dados, descritos nas seções de 4.2 a 4.4. Entretanto, a análise de dados foi distinta para cada artigo.

### 4.2 POPULAÇÃO

A população do estudo foi constituída por 16.607 profissionais farmacêuticos inscritos no Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (CRF-MG) e atuantes em cenários nos quais, usualmente, são realizadas atividades clínicas: farmácias comunitárias privadas ou públicas, farmácias magistrais, hospitais, clínicas e consultórios. O levantamento da população foi realizado em maio de 2021 no setor

de registro do CRF-MG. Não houve critério de exclusão, sendo todos os profissionais inscritos no conselho convidados a participar da pesquisa.

#### 4.3 CÁLCULO AMOSTRAL, ACESSO À AMOSTRA E AMOSTRAGEM FINAL

Foi enviado para todos os profissionais farmacêuticos com inscrição ativa um e-mail institucional do CRF-MG, apoiador do presente estudo, contendo uma carta-convite para participação da pesquisa de forma *online* e à distância, ou *survey* (Anexo B). O convite foi feito e divulgado pelo CRF-MG e por pesquisadoras do projeto, via e-mail e redes sociais, até que fosse obtida a amostra mínima de 376 profissionais, definida considerando-se um nível de significância de 95,0%, erro amostral de 5% para prevalências entre 1,0 e 50,0% de acordo com a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Em que:

n - amostra calculada; N – população; Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança de 95% (1,96); p – à verdadeira probabilidade do evento (neste caso, 50%); e - erro amostral.

Ao final do período de coleta, a amostra final foi superior à amostra mínima, sendo composta por 455 farmas, o que representa um erro amostral de 4,5%. Todavia, foram utilizados apenas dados de 139 farmas que responderam às questões selecionadas para serem alvo de análise na presente pesquisa.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados do estudo teve como ponto de partida o questionário (*survey*) pré -existente aplicado entre setembro de 2021 e março de 2022, no

contexto da pesquisa “Atuação do Farmacêutico no Cuidado Integral à Saúde da Mulher” (Apêndice A). O questionário foi desenvolvido e estruturado em uma plataforma *online* (Google Forms®) e as respostas dos participantes foram recuperadas e armazenadas em um banco de dados apropriado para as análises (Microsoft Excel®).

Quanto à estrutura das perguntas, seguiu-se o modelo adaptado de entrevistas semiestruturadas, em que foram incluídas questões fechadas para coleta de dados do perfil de respondentes, local de trabalho e atuação de farmas no campo da saúde da mulher; e questões abertas para explorar as experiências de farmas no que tange à saúde integral da mulher e outras questões relacionadas ao gênero, como a violência (Apêndice A). O tempo médio de resposta do questionário foi de 20 minutos, com a possibilidade de pausar e retomar o preenchimento posteriormente.

A elaboração de uma pesquisa que tem como base o uso de questionário eletrônico (*survey*) é uma estratégia prática, acessível e economicamente viável, que ultrapassa barreiras geográficas e possibilita maior comodidade aos(às) participantes que podem responder ao instrumento no momento que lhes é cômodo, sem grandes dificuldades. Trata-se também de um meio que conta com o auxílio da internet como uma ferramenta de comunicação, já consolidada na sociedade, uma vez que o ambiente virtual faz parte do cotidiano de milhões de pessoas em todo o mundo, sobretudo entre profissionais de nível superior, como a população-alvo do presente estudo. É um método cada vez mais utilizado na busca de informações sobre temas relacionados à saúde, além de ser um veículo facilitador da democratização do acesso ao conhecimento (Faleiros, 2016).

Para esta dissertação, foram utilizados os dados referentes às seguintes seções da *survey*:

- 1) Dados sobre respondentes:** contendo questões que exploraram o perfil de farmas quanto à idade, gênero, cor de pele e estado civil;
- 2) Dados de caracterização do ambiente laboral:** contendo questões sobre a localização do estabelecimento de trabalho (Belo Horizonte ou região

metropolitana *versus* fora da região metropolitana de Belo Horizonte) e se esse local possui ou não consultório farmacêutico;

Também foram selecionadas as seguintes questões da *survey* para exploração neste estudo: "Você já identificou uma situação de violência à mulher com alguma paciente mulher que frequenta sua farmácia/ambiente de trabalho?"; "Explique uma situação de violência à mulher com alguma paciente mulher que mais chamou sua atenção."

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos na *survey* foram agrupados automaticamente em um banco de dados gerado pela plataforma eletrônica GoogleForms® e alvos de análises quantitativas, no Artigo I, e qualitativas, nos Artigos I e II. Para as análises quantitativas, utilizou-se o *software* Stata®; e para as análises qualitativas, o *software* NVivo®.

Para o Artigo I, as respostas sobre as experiências dos profissionais com situações de violência contra pacientes mulheres foram exploradas sob a perspectiva de abordagens mistas, quantitativas e qualitativas, baseadas no método de Bardin (2011). Foram utilizados dados sobre os respondentes e seus locais de trabalho, bem como as respostas às questões "Você já identificou uma situação de violência à mulher com alguma paciente mulher que frequenta sua farmácia/ambiente de trabalho?" e "Explique uma situação de violência à mulher com alguma paciente mulher que mais chamou sua atenção."

Primeiramente, foi determinada a prevalência de identificação de incidentes de violência contra pacientes mulheres entre farmas respondentes, bem como os fatores associados, que foram avaliados mediante comparação da proporção de identificação de incidentes em relação às variáveis independentes relativas às características do profissional respondente e ao seu local de trabalho, utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson a um nível de confiança de 5%. A força da associação entre as variáveis dependente e independentes foi determinada pelo

cálculo de regressão logística, que gera a medida de *Odds Ratio* (OR) e seu intervalo de confiança de 95% (IC<sup>95%</sup>).

Outra forma de análise explorada foi a avaliação da frequência em que determinadas palavras eram descritas nos relatos das situações de violência contra pacientes mulheres, pela perspectiva de farmas. Todos os substantivos, adjetivos e verbos das respostas abertas foram separados e adicionados a um sítio eletrônico que permite a representação gráfica das falas dos respondentes da pesquisa em formato de nuvem de palavras. Pronomes e artigos foram desconsiderados devido suas funções de conectivos da língua portuguesa, sem sentido quando vistos de forma isolada. O substantivo "mulher" também foi desconsiderado na análise, tendo em vista que a pergunta foi específica ao solicitar relatos de violência contra a paciente MULHER e sua prevalência interferir na construção da nuvem de palavras, uma vez que os relatos foram escritos de forma livre, na linguagem coloquial e o termo foi utilizado como sujeito da pergunta e não para caracterizar a situação de violência. Todavia, "violência" e "paciente" foram mantidos, pois, entende-se que o uso destes substantivos refletem a percepção do(a) profissional sobre o status da MULHER atendida.

Para além, no Artigo I, as respostas de farmas às perguntas abertas foram analisadas de modo superficial através de métodos mistos da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011). Casos ilustrativos que exemplificam os tipos de situações de violência contra pacientes mulheres no contexto da atuação farmacêutica foram construídos com base nas características e descrições presentes nos relatos dos profissionais e na tipificação e conceito de violência contra a mulher, definidos segundo a Lei Maria da Penha (violência física, psicológica, sexual, patrimonial e/ou moral), sendo esta classificação e associação realizada aos pares pelas pesquisadoras. A frequência das respostas foi representada conforme sua frequência absoluta e relativa.

No Artigo II, objetivou-se analisar de modo mais aprofundado as respostas abertas dadas à questão "Explique uma situação de violência à mulher com alguma paciente mulher que mais chamou sua atenção.", tendo também como pilar o método da análise de conteúdo e as técnicas propostas por Bardin (2011).

A análise foi realizada a partir dos critérios definidos por Bardin (pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados), com o intuito de propor interpretações e inferências críticas e reflexivas, alinhadas com o objetivo do estudo, acerca dos incidentes de violência à paciente mulher presenciados por farmas em seu ambiente de trabalho, buscando todos os significados por trás do discurso direto dos profissionais. As respostas selecionadas do *corpus* de análise obedeceram aos critérios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 2011; Arboit, 2017).

#### **4.5.1 Aprofundando o método da Análise de Conteúdo**

O uso da metodologia de análise de conteúdo para pesquisas da área da saúde possui relevância de cunho social e educacional, uma vez que promove uma real imersão no campo estudado e no fenômeno analisado, capaz de levar a profundas interpretações. Trata-se de um processo de investigação que objetiva a descrição sistemática do conteúdo manifesto no meio de comunicação alvo do estudo - no presente estudo, as respostas dadas à *survey* - que permita a inferência do conhecimento relativo às condições de produção e recepção das mensagens descritas e suas consequências, ou seja, aquilo que é apresentado pelo escritor e como o conteúdo é interpretado pelo leitor (Campos 2004; Bardin, 2011; Silva, 2021).

A análise de conteúdo permite uma leitura minuciosa e objetiva e a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores, por meio dos critérios de organização da análise definidos por Bardin (2011) em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Salienta-se que a metodologia descrita pela autora é a mais aplicada em estudos que têm como base a análise de conteúdo produzidos no Brasil, devido aos seus critérios de validação e confiabilidade e caracteriza-se como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a diferentes análises do discurso (Bardin, 2011; Silva, 2021). Para a construção do artigo, foram trabalhadas todas as etapas do método proposto por Bardin (2011), com o desígnio de explorar cada aspecto implícito nas respostas de farmas.

Na etapa de pré-análise, foi realizada a organização do material, de modo a operacionalizar as ideias iniciais sem o compromisso da sistematização, mas sim o da assimilação do material. Nessa etapa, foram feitas leituras flutuantes de todas as respostas do questionário, com o intuito de aprender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise, de acordo com os objetivos propostos e hipóteses do estudo, revisando-as a fim de detectar possíveis erros e/ou inconsistências que a plataforma escolhida não fosse capaz de indicar, e selecionar os alvo da análise. Em seguida, foram elaborados e definidos indicadores que permitissem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens contidas nas respostas analisadas. Foram realizadas também diversas leituras exaustivas das informações disponíveis em cada resposta dos respondentes. As respostas selecionadas, que constituíram o *corpus* de análise (conjunto de documentos submetidos à análise), obedeceram aos critérios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, definidos por Bardin (2011).

Na etapa de exploração do material, as respostas abertas sobre violência contra a paciente mulher (*corpus* da análise), foram agrupadas e classificadas em unidades de registro. Cada uma foi incluída em um grupo, objetivando-se a codificação dos dados e o recorte das informações comuns encontradas nas respostas (Minayo, 2002; 2004). Essas unidades de registro, que podem ser uma palavra, frase, parágrafo ou texto completo considerados relevantes, foram nomeadas; isto é, codificadas de acordo com a correlação de cada tema emergido e com aspectos que pudessem ser entendidos como pontos chave da investigação pela pesquisadora, tendo como orientação o referencial teórico assumido nesta pesquisa (Campos, 2004; Arboit, 2017).

Por fim, na etapa de tratamento, os temas emergidos foram objetos de análise descritiva categorial ou temática do conteúdo, etapa esta que permite o encontro de respostas para as questões formuladas e a descoberta do que pode estar por trás do que é comunicado diretamente pelos respondentes da pesquisa, por meio do processo de categorização, que consiste na classificação de elementos

constitutivos do discurso por diferenciação e seguida por reagrupamento (Minayo, 2004; Bardin, 2011).

Vale mencionar ainda que a análise temática consiste em uma excelente técnica para a análise de documentos relacionados à saúde e é considerada a mais antiga, rápida e eficaz das técnicas utilizadas nas investigações por temas na análise de discursos diretos (Campos, 2004).

Quanto à associação da abordagem quantitativa ao método da análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), compreende-se que as análises quantitativas são importantes para a análise dos resultados, uma vez que a autora não rejeita nenhuma forma de quantificação, mas propõe sua associação como uma ferramenta de grande utilidade para a análise qualitativa.

Sabe-se também que a análise de conteúdo é entendida como um conjunto de técnicas, o que possibilita diferentes aplicações, desde que mantenha seu critério de analisar informações de forma adequada e ostensiva, a fim de propor hipóteses existentes por trás dos conteúdos manifestos ou latentes e que para isso, são aplicáveis tanto ferramentas qualitativas como quantitativas para estudos que pretendam analisar fenômenos complexos por meio de uma investigação interpretativa (Minayo, 2004; Bardin, 2011).

É importante destacar que, apesar da categorização ser elaborada a partir de um raciocínio lógico-semântico-temático, os achados do processo necessitam da inferência da pesquisadora e sua interpretação para que possa ser estabelecida uma relação com a proposta teórica inicial ou uma ampliação para outras possibilidades teóricas e interpretativas, não podendo portanto ser um processo isento das vivências e experiências da pesquisadora, sendo o senso crítico, a criatividade e a capacidade de observação importantes estratégias para a condução do estudo, desde que não confundidas com a finalidade e caráter científico do trabalho (Campos, 2004; Minayo, 2004).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto “Atuação do Farmacêutico no Cuidado Integral à Saúde da Mulher” foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG, no dia 06 de agosto de 2021, sob registro CAAE 48187521.1.0000.5149 (Anexo A), sendo respeitados todos os princípios éticos de pesquisa em saúde.

Na carta-convite (Anexo B), os profissionais respondentes foram informados de que o acesso ao site do questionário e resposta positiva ao TCLE, ambos disponíveis *online*, representariam a manifestação expressa de concordância livre esclarecida de concessão das respostas para os fins propostos pela pesquisa. Em nenhum momento foi permitida a identificação dos respondentes e suas respectivas respostas, sendo, portanto, garantido completo sigilo em relação à participação na pesquisa.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO ARTIGO I

### IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A PACIENTE MULHER NO AMBIENTE DE TRABALHO DE FARMAS

#### 5.1 RESULTADOS ARTIGO I

Foram obtidas 455 respostas no questionário da pesquisa, e 139 (30,6%) farmas responderam positivamente à questão "Você já identificou uma situação de violência à mulher com alguma paciente mulher que frequenta sua farmácia/ambiente de trabalho?". Respostas positivas à identificação de situação de violência mostraram-se associadas positivamente com ser mulher ou pessoa não binária (OR = 1,86; IC<sup>95%</sup> = 1,01-3,41; p =0,043) e também com ser uma pessoa viúva ou divorciada (OR = 3,15; IC<sup>95%</sup> = 1,1,35-7,33; p =0,017) (Tabela 1).

**Tabela 1 - Análise univariada de fatores associados à identificação de situação de violência contra a mulher com paciente que frequenta a farmácia/ambiente de trabalho (n=455). Minas Gerais, Brasil. 2021-2022**

Variável	Identificou situação de violência		OR (IC95%)**	valor-p***
	Sim - n(%)*	Não - n(%)*		
<b>Gênero</b>				
Homem	15 (20,6)	58 (79,4)	1	0,043
Mulher ou pessoa não binária	124 (32,5)	258 (67,5)	1,86 (1,01-3,41)	
<b>Idade</b>				
22 a 30	40 (30,3)	92 (69,7)	1	0,172
31 a 40	56 (27,0)	151 (73,0)	0,85 (0,53-1,38)	

Variável	Identificou situação de violência		OR (IC95%)**	valor-p***
	Sim - n(%)*	Não - n(%)*		
41 ou mais	43 (37,1)	73 (62,9)	1,35 (0,80-2,30)	
<b>Cor de pele</b>				
Branca	52 (30,8)	117 (69,2)	1	
Parda ou negra	87 (31,6)	188 (68,4)	1,04 (0,69-1,57)	0,082
Amarela ou indígena	0 (0,0)	11 (100,0)	-	
<b>Estado civil</b>				
Solteira	59 (28,8)	146 (71,2)	-	
Pessoa casada /união estável	66 (29,3)	159 (70,7)	1,03 (0,67-1,56)	0,017
Viúva/divorciada	14 (56,0)	11 (44,0)	3,15 (1,35-7,33)	
<b>Cidade de trabalho</b>				
Belo Horizonte/ região metropolitana	74 (32,5)	154 (67,5)	1	0,374
Fora da região metropolitana	65 (28,6)	162 (71,4)	0,83 (0,56-1,25)	
<b>Consultório no local de trabalho</b>				
Sim	67 (28,2)	171 (71,8)	1	0,245
Não	72 (33,2)	145 (66,8)	1,27 (0,85-1,89)	

\*Frequência absoluta e relativa \*\*OR = *Odds Ratio*, com um intervalo de confiança de 95% (IC<sup>95%</sup>) \*\*\* valor-p = Probabilidade menor a 5% ( $p \leq 0,05$ )

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Dentre as 139 pessoas que relataram ter identificado uma situação de violência, 11 (7,9%) não responderam à questão aberta "*Explique uma situação de violência à mulher com alguma paciente mulher que mais chamou sua atenção*". Portanto, foram obtidas 128 respostas abertas, sendo que 7 (5,0%) farmas não descreveram a violência em si, mas pontuaram algumas características frequentes nessas situações, como: desconhecimento sobre o que é violência contra a mulher; as justificativas dadas pelas mulheres e pela sociedade para a violência sofrida; a ineficiência dos serviços de saúde e autoridades competentes em lidar com situações de violência; e a repetição dos casos de violência.

Respostas que apresentavam a descrição de situações de violência diretamente, foram 121 (87,1%) ao total. Na representação do conteúdo dessas respostas por nuvem de palavras, observa-se o destaque para as palavras violência, medo, o conjunto de termos referentes ao agressor (ex.: agressor, marido, parceiro, companheiro, esposo, cônjuge) e os tipos de violência mais frequentes (ex.: sexual, psicológica e física) (Figura 2).



ilustrativos dos tipos de violência construídos a partir do conteúdo dessas respostas, bem como seu conceito encontram-se na Tabela 2.

**Tabela 2 - Tipos de situação de violência contra a mulher, frequência de relato por farmas, conceitos e caso ilustrativo (n=121). Minas Gerais, Brasil. 2021-2022**

Tipo de violência	Frequência de relato por farmas n (%)	Conceito*	Narrativa**
<b>Psicológica</b>	69 (47,6)	Qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.	<i>"O companheiro a todo tempo falava grosseiramente com a esposa durante a consulta farmacêutica, impedindo-a de falar, discordando de tudo que ela falava e alegando que ela 'não sabia de nada'. Em um momento, ele gritou e a xingou na minha frente. Ela ficou acuada e com vergonha. Um dia, ela foi sozinha à farmácia e desabafou sobre o jeito impaciente dele e uso de ofensas e palavras abusivas no dia a dia. Apesar da tristeza profunda no olhar e fragilidade, ela tentou justificar o comportamento do companheiro como normal e disse ter dificuldade em lidar com a situação devido a ser 'sozinha na vida'".</i>

Tipo de violência	Frequência de relato por farmas n (%)	Conceito*	Narrativa**
<b>Física</b>	33 (22,8)	Qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal.	<i>"O marido foi à farmácia solicitando medicamentos e maquiagem para hematomas, relatando que a esposa 'sempre caía'. Eu pedi para que ela fosse à farmácia para que eu pudesse atendê-la, mas ele recusou. Alguns dias depois, a esposa apareceu, não só com hematomas, mas também feridas no corpo e olho roxo, além de estar totalmente abalada psicologicamente. Ela relatou violência física por parte do marido e disse que não sabia a quem pedir orientação. Tentei ajudar, mas ela ficou com medo de denunciá-lo."</i>
<b>Sexual</b>	24 (16,6)	Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação,	<i>"O marido ia à farmácia solicitando 'pílulas do dia seguinte' constantemente. Ao ser questionado, explicou que sua esposa puérpera não poderia tomar anticoncepcional por ter 'bebê novo'. Solicitei o acompanhamento da sua esposa. Durante meu atendimento, constatei a intimidação da mulher para que permanecesse sexualmente ativa, mesmo passando pelo pós parto. Ela também relatou que, antes de decidir engravidar, o marido a forçava a tomar anticoncepcional injetável na farmácia, entrava com ela na sala de aplicação de injetáveis e só permitia que mulheres</i>

Tipo de violência	Frequência de relato por farmas n (%)	Conceito*	Narrativa**
Patrimonial	14 (9,6)	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.	<p><i>realizassem a administração. Ele também sempre se recusou a fazer uso de preservativo.”</i></p> <p><i>“O cônjuge humilhou sua esposa, dona de casa e dependente dele financeiramente, no ato de comprar os antibióticos prescritos pelo médico para seu tratamento. Ele disse que não iria comprar 2 caixas para completar os 7 dias recomendados, nem mesmo quando eu ofereci o desconto. Ele disse que seria uma “bobagem gastar”, e que, se ela quisesse jogar dinheiro fora, que fosse trabalhar e comprar ela mesma. A paciente ficou calada e constrangida. Eu acabei dando a outra caixa que faltava para ela. Outro dia, ela retornou à farmácia e o marido não a deixou escolher nenhum produto, nem mesmo seu próprio absorvente.”</i></p>

Tipo de violência	Frequência de relato por farmas n (%)	Conceito*	Narrativa**
<b>Moral</b>	5 (3,4)	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.	<i>“Um funcionário da farmácia fica olhando as clientes da farmácia e não para de falar mal de mulheres com outros homens que trabalham lá, chamando-as de burras ou de palavras de baixo calão. Ele tem a opinião de que, se a mulher está vestida de forma inadequada, merece ser estuprada ou sequestrada”, por exemplo. Um dia, ele se recusou a atender uma mulher trans na farmácia, falando que nunca a chamaria pelo pronome “ela”.</i> “

\*Conceito definido pela Lei Maria da Penha (nº11.340/2006) \*\*Narrativas construídas a partir da análise de conteúdo das respostas de farmas sobre violências experienciadas por pacientes em seu ambiente de trabalho.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

## 5.2 DISCUSSÃO ARTIGO I

O presente trabalho possui caráter inédito ao discutir as situações de violência contra pacientes mulheres vivenciadas por profissionais farmacêuticos em seus locais de trabalho. Durante todo o processo de construção deste trabalho, confirma-se a proposta de Minayo (2006), de que toda e qualquer violência contra a mulher precisa ser avaliada sob uma perspectiva de gênero, posto que este dita um tipo de dominação e opressão construídos de forma estrutural e reproduzido na vida cotidiana, em que as mulheres, independente de classe, raça, etnia ou idade são afetadas por essa violência baseada no gênero, tanto no domínio privado quanto no público (Minayo, 2006). Os relatos dos profissionais, coletados nesta pesquisa, refletem essa perspectiva e corroboram com os dados da literatura acerca das barreiras do enfrentamento da violência contra a mulher e o impacto desse acontecimento na vida destas (Pereira et al., 2022; UN Women, 2022; Schraiber, 2023).

Nesse contexto, a elevada frequência de identificação de situações de violências por farmas (30,6% de respondentes), apesar de ser ainda passível de percepção superficial, corrobora com um perfil de atenção desses profissionais frente aos acontecimentos, já que sua visão se insere numa sociedade que ainda não identifica com facilidade situações de violência (Da Silva Cordeiro, 2018; Lira e Castro, 2020). Em adição, além de identificar, esse profissional também deve ser capaz de compreender aquilo que é colocado diante de seus olhos acerca da problemática. A barreira em achar que a violência de gênero é um problema só da mulher em situação de violência, deve ser rompida pois, a violência, seja ela qual for, é a pior e mais severa manifestação do machismo e do patriarcado, e deve ser combatida por todos (Balbinotti, 2018; ONU Mulheres, 2016; 2024).

Também foi possível estabelecer uma associação positiva com ser mulher ou pessoa não binária (OR = 1,86; IC<sup>95%</sup> = 1,01-3,41; p =0,043) e com ser uma pessoa viúva ou divorciada (OR = 3,15; IC<sup>95%</sup> = 1,1,35-7,33; p =0,017) e relatar violência contra mulheres. É possível inferir, a partir dessa observação, que as mulheres estão mais envolvidas e engajadas nas situações de violência contra a mulher. Isso

pode ser um reflexo do processo de identificação ou empatia com os relatos, bem como de uma melhor compreensão acerca do que caracteriza a violência, como ela se manifesta e como impacta a vida das mulheres em diferentes ambientes. Em adição, pode-se compreender que tal resultado pode estar associado ao fato de mulheres em situação de violência sentirem-se mais confortáveis e representadas ao conversar com farmacêuticas. Quanto à associação entre ser viúva ou divorciada e identificar violência, pode-se associar ao fato de que, no Brasil, esse é o grupo de mulheres mais exposto às situações de violência, e que também se sente mais encorajado a discutir o tema da violência (Fórum Brasileiro De Segurança Pública, 2021).

Este resultado também pode refletir o fato de que, de modo geral, há um desinteresse masculino em discutir questões de gênero, como a violência, e também de identificá-las (Magrin, 2023). Esse desinteresse pode estar relacionado ao desconforto que o tema ainda provoca nos homens, levando a uma hesitação em abordar o assunto abertamente pois, mesmo com a compreensão crescente de que a violência contra as mulheres não é um problema individual, mas sim coletivo e de interesse de todos, a resistência em discutir esses temas persiste (Stanley, 2012; ONU Mulheres, 2016). O distanciamento masculino é ainda sustentado conforme dados da literatura, pelo patriarcalismo e sua construção histórica e social, pautada na diferença entre os gêneros e na subordinação das mulheres, em que a violência não é reconhecida e os atos das quais elas repercutem são considerados normais (Beauvoir, 1980; Rose, 2022).

Observou-se também que, dentre os profissionais farmacêuticos que identificaram a violência, mais da metade (n=72; 51,8%) não dispunha de consultório em seu ambiente de trabalho. Este dado vai ao encontro da discussão já existente sobre a necessidade de qualificar os ambientes de trabalho farmacêutico bem como os serviços de cuidado prestados por farmas, pensando que em diferentes contextos de atendimento pode haver contato com uma paciente em situação de violência (Conselho Federal de Farmácia, 2013).

A descrição das situações de violência adicionada à nuvem de palavras gerou destaque aos termos “violência” e “paciente”, marcadores claros de que farmas

reconhecem as situações que descreveram como um ato de violência contra uma paciente. As palavras “companheiro”, “parceiro” ou “marido” também chamam atenção na nuvem, validando as estatísticas nacionais que descrevem o parceiro íntimo como principal agressor (um em cada cinco brasileiras violentadas) e a análise feita pela ONU entre 2000 e 2018 em 161 países distintos, que relatou que 1 em cada 3 mulheres já foram submetidas à violência por seu parceiro ou ex-parceiro (Nakamura, 2021; Organização das Nações Unidas, 2021; Rose, 2022).

Outra palavra em destaque foi “medo”, consoante aos dados que demonstram que esse sentimento é, frequentemente, um fator limitante de denúncias e um dos motivos da subnotificação do número de casos de violência (Pinto, 2017; Lira e Castro, 2020). Há o medo do agressor e o medo do julgamento que sofrerá, sendo provavelmente a principal razão da subnotificação que nos impede de dimensionar o real impacto da violência contra as mulheres na sociedade e a efetividade dos mecanismos de proteção e prevenção vigentes (Silva e Silva, 2020).

A palavra “psicológica” também se destacou na nuvem de palavras, bem como na frequência de tipo de violência descrita por farmas (47,6%), demonstrando que, por mais que existam diversos tipos de violência contra a mulher, a violência psicológica possui elevada frequência e tende a ser comum na maioria dos casos (Potter et. al., 2021). Esse tipo de violência condiciona a mulher a um estado de sofrimento mental através de um controle coercitivo, configurando um padrão de dominação baseado na intimidação, isolamento e controle ao qual o agressor submete sua companheira com o intuito de impor a essa uma condição servil (Stark, 2012). Trata-se de um tipo de violência que dificilmente é denunciado ou levado a sério, uma vez que tende a ser naturalizado e justificado pela sociedade e pela própria vítima. Desta forma, é comum que a mulher seja exposta a esse tipo de violência silenciosa durante longos períodos antes de denunciá-la ou mesmo identificá-la, até que um ato de violência física se concretize (Minayo, 2006; Potter et. al., 2021).

Por outro lado, a violência física foi a segunda mais frequentemente identificada por farmas (22,8%), o que condiz com as alarmantes estatísticas nacionais e mundiais sobre a frequência desse tipo de violência. Nakamura e

colaboradores (2021) empregaram a metodologia de metanálise e revisão sistemática para estimar a prevalência de violência física contra a mulher no Brasil, e os resultados demonstram que uma em cada cinco mulheres brasileiras sofreu violência física durante a vida e uma em cada dez foi agredida fisicamente no ano de 2020, e que, apesar do foco principal da busca ser a agressão física, comumente as agressões verbais e psicológicas encontravam-se associadas e eram fatores desencadeadores do ato físico (Nakamura, 2021).

Não há como não mencionar também que a violência física tem sua maior e mais amarga expressão no feminicídio. Definido pelo Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/1940) como um crime hediondo decorrente da desigualdade de gênero, feminicídio é o ato máximo da violência estrutural e sistemática contra as mulheres. O Brasil, de acordo com o Instituto Patrícia Galvão, é o 5º país que mais mata mulheres no mundo, mesmo sendo este um crime evitável para o qual o Estado tem a responsabilidade de formular medidas de responsabilização, proteção, reparação e prevenção (Instituto Patrícia Galvão, 2016).

Seria de se esperar que a violência sexual fosse também facilmente identificada, mas esta só configurou em terceiro lugar entre farmas respondentes (16,6%). Contudo, sabe-se que a identificação facilitada das violências psicológica e física, pode ser explicada pelo fato dessas serem visíveis, deixar marcas e ocorrer de maneira mais evidente diante dos nossos olhos, enquanto que os outros tipos de violência tendem a ocorrer na intimidade, causar desconforto e vergonha, sendo, por isso, menos perceptíveis e identificadas somente através do relato diretos das pacientes mulheres e não pela percepção do profissional (Lira e Castro, 2020).

Além disso, a reduzida frequência de identificação da violência sexual (16,6%) pode estar relacionada ao dado já mencionado anteriormente, que demonstrou que mais da metade (51,8%) de farmas respondentes não dispunham de consultório em seu ambiente de trabalho, pois, o processo de cuidar, quando realizado fora de um ambiente que resguarde a dignidade e o sigilo da paciente, torna-se despotencializado e desqualifica as atribuições clínica de farmas, determinada pela Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013 que preconiza a provisão de cuidados aos pacientes em consultório farmacêutico ou em outro ambiente adequado, visando

a privacidade do atendimento (Conselho Federal de Farmácia, 2013). Não obstante, também é comum que este tipo de violência não seja compreendida em sua definição mais ampla, como determina a Lei Maria da Penha, que inclui múltiplas formas de violência além da relação sexual forçada em si (Brasil, 2006).

A violência patrimonial (9,6%) e moral (3,4%) foram menos identificadas por farmas, refletindo um potencial desconhecimento sobre estes tipos de violência, similar ao identificado na sociedade como um todo (Pereira, 2013; Souza, 2021; Minas Gerais, 2023). A percepção inadequada sobre a violência patrimonial e moral sofre influência do patriarcalismo, posto que, segundo Rose (2022), quem decide e nomeia o que é violência é o capitalismo que se personifica na figura do homem branco dominador que, durante toda a história da humanidade, tem na violência uma forma de legitimação de seus atos, sem que a responsabilização de seus danos indizíveis à vida das mulheres lhe sejam imputados. Sabe-se ainda que as formas mais prevalentes de violência são as que não podem ser vistas, posto que muitos reconhecem e repudiam a violência quando a vê, mas é na obscuridade que ela se perpetua na forma de cegueira mental (Rose, 2022).

A violência patrimonial está intrinsecamente relacionada à violência doméstica. Possui uma natureza multifacetada e implica na perda de direitos da mulher, incluindo o direito à saúde que, como demonstrado na narrativa construída no presente estudo, se materializa na dependência financeira e emocional, perda de suporte familiar e submissão (Pereira, 2013; Assunção Santos Figueira, 2021).

Quanto à violência moral, Oliveira e colaboradores (2008) propuseram um artigo que discute se há sentido ou não em diferenciar esse tipo de violência, posto que todo o tipo de violência possui um componente moral já que esta é um tipo de agressão imaterial que implica em uma desvalorização do ser (Oliveira, 2008). De modo geral, a violência moral se resume a insultos recebidos por qualquer indivíduo, e está associada à esfera psicológica dos sentimentos. Essa violência pode ocorrer até mesmo de forma indireta, como é o caso da narrativa construída, já que o insulto descrito não é direcionado a uma mulher em específico e está impregnado de um discurso de ódio à mulheres de forma coletiva, característico da violência de gênero.

Todavia, é importante não marginalizar esse tipo de violência e entender que, mesmo não sendo uma violência isolada, não se descaracteriza o ato como uma manifestação da violência. Assim, a inclusão da tipificação da violência moral na Lei Maria da Penha (2006) foi muito importante, pois permite sua identificação e aplicação de medidas de proteção, punição e especialização, mesmo que esta já se encontre prescrita no Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940; Souza, 2021).

De uma forma geral, os dados apontam que o contexto de identificação de situações de violência contra a mulher por farmas é ainda um cenário a ser aprimorado, gerando o desafio de desenvolvimento de competências para que seu atendimento seja adequado (Pedrosa, 2011; Bervian, 2019). Visando as metas mundiais do enfrentamento da violência, o subsídio para a capacitação de farmas e transformação das farmácias em um espaço de acolhimento às vítimas, mostra-se de muita relevância pois a farmácia é o estabelecimento de saúde de mais fácil acesso para as mulheres (Conselho Federal de Farmácia, 2016; Conselho Regional de Farmácia, 2021). Torna-se assim, fundamental que esses profissionais desenvolvam um entendimento acerca da influência da construção social e seus impactos na vida das mulheres em situação de violência. Também é importante que sejam capacitados para a realização de acolhimento adequado, humanizado, baseado na escuta ativa e livre de discriminações, para garantir que a saúde seja abordada de forma integral, e não isolada dentro de uma rede de cuidados fragmentada e revitimizante (Pereira et al., 2022).

Além disso, a adesão dos estabelecimentos farmacêuticos à iniciativa do Sinal Vermelho, citada anteriormente, representa um avanço significativo na proteção das mulheres vítimas de violência doméstica no Brasil posto que esta campanha incentiva o uso de uma ferramenta simples e acessível, de papel fundamental no combate à violência de gênero, oferecendo às mulheres uma forma discreta e eficaz de denunciar abusos. Com aproximadamente 10 mil estabelecimentos em todo o país aderindo à causa, incluindo farmácias, a rede de apoio cresce exponencialmente, garantindo que as vítimas recebam assistência imediata ao sinalizar sua necessidade por ajuda através do simples gesto do sinal vermelho na palma da mão. Esta mobilização serve de auxílio na garantia da segurança das

mulheres e reforça a importância da denúncia e do enfrentamento conjunto de todas as formas de violência contra as mulheres (Governo do Brasil, 2021; Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais, 2022).

Tendo isto em vista, a construção de narrativas propostas no presente estudo pode ser um contributo para fomentar discussões e treinamentos voltados a estudantes de farmácia e profissionais farmacêuticos graduados, para que sejam capazes de identificar as violências de acordo com a tipificação legislativa associadas à cenários de mundo real no contexto da farmácia. Adicionalmente, a divulgação e leitura dos casos baseados em relatos farmacêuticos subsidia a necessária reflexão sobre as situações de violência contra a mulher e promove o engajamento com a temática de interesse global.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO ARTIGO II

### EXPERIÊNCIAS FARMACÊUTICAS FRENTE À VIOLÊNCIA CONTRA A PACIENTE MULHER EM SEUS AMBIENTES DE TRABALHO

#### 6.1 RESULTADOS ARTIGO II

A partir da análise do conteúdo da questão aberta sobre os incidentes de violência contra a mulher vivenciados por farmas em seus ambientes de trabalho, identificou-se quatro categorias, sendo elas: “Violência psicológica, patrimonial e física sob a ótica farmacêutica”, “Do domínio sobre o corpo à violência sexual”, “O apagamento da violência” e “Da vivência à busca da superação da violência”. Os principais temas de cada uma das categorias foram analisados, tendo como ponto de partida a descrição de farmas sobre a situação de violência contra a paciente mulher em seu ambiente de trabalho que mais chamou a atenção.

##### 6.1.1 Violência psicológica, patrimonial e física sob a ótica farmacêutica

Todos os tipos de violência foram descritos por farmas, advindos sobretudo de companheiros homens. Destacou-se, entretanto, a violência psicológica, que foi nomeada diretamente assim em várias das respostas e ilustrada em relatos diretos:

“O marido a torturava psicologicamente, com diversas ofensas e palavras abusivas.”

“A mulher estava amamentando uma das crianças e o companheiro gritando, xingando e segurando a outra criança pelo braço com uma força desproporcional.”

A violência psicológica e desrespeito contra mulheres não adveio apenas de sua parceria, sendo presenciada e pontuada a conduta violenta de profissionais de saúde:

“Vi um médico ginecologista criticando a mulher por ter engravidado com idade acima de 40 anos.”

“Mulheres em trabalho de parto sendo tachadas de ‘chatas’ pela equipe de saúde.”

“Mulher que foi violentamente atendida por um ginecologista que perfurou seu hímen supondo que a paciente por ser mais velha não pudesse ser virgem. A paciente violentada apareceu na minha farmácia muito muito triste e indignada com o que aconteceu.”

Essas condutas, trouxeram à tona também, relatos de preconceitos em relação à algumas questões:

“O momento do uso do pronome ELA quando se tratava de uma mulher trans.”

“Constrangimento em relação a doenças sexualmente transmissíveis.”

A agressão psicológica verbal performada frente a farmas também foi marcada por traços de violência patrimonial e moral:

“O marido gritava com ela, dizendo o que deveria ou não comprar e chamava de burra e outras palavras de baixo calão.”

“O marido a todo tempo falando grosseiramente com a esposa, discordando de tudo que ela tentava falar, falando que ela não sabia de nada.”

“São várias situações que presenciei, mas a mais comum é a mulher depender do homem para tratar de sua saúde e o homem negar, achar desnecessário e humilhar na nossa frente.”

Exemplos de violência patrimonial explícita, muitas vezes interligada à limitação da capacidade de autocuidado, também foram trazidos por farmas:

“O marido não deixa a mulher falar nem escolher nenhum produto, inclusive produtos de uso pessoal, como absorventes.”

“Várias pacientes não compram medicamentos ou algum produto porque o marido acha caro (...). Várias vezes elas estão precisando do medicamento e o marido diz que vai falar pro médico trocar que é bobagem gastar.”

“Era uma mulher dona de casa, evangélica, dependente do marido. O cônjuge a humilhou no ato de comprar os antibióticos prescritos pelo médico para seu tratamento, dizendo que não iria comprar duas caixas para completar os sete dias exigidos na receita porque seria um gasto ‘desnecessário’. Disse que, se ela quisesse jogar dinheiro fora, que fosse trabalhar e comprar ela mesma. A paciente ficou calada e constrangida. Eu como farmacêutica expliquei a relevância de se administrar o antibiótico (...). Contudo, eu acabei dando a outra caixa que faltava pra ela, porque o marido não queria comprar as duas, mesmo com desconto.”

Marcas de violência física também foram identificadas e citadas por farmas: *“feridas no corpo”, “lesões físicas”, “manchas escuras na pele”, “olho roxo”,*

*“hematomas e queimaduras pelo corpo”*. Em adição, casos específicos deste tipo de violência foram narrados:

“Marido queria medicamentos para hematomas da esposa que ‘sempre caía’. Pedi para levá-la até a farmácia, só que ele não voltou. Passados alguns dias, a esposa apareceu, não só com hematomas mas totalmente descontrolada psicologicamente. Mas ela não quis ajuda.”

“Paciente sofria agressão física a ponto de chegar ao posto de saúde com couro cabeludo exposto em uma grande área. Foi levada pelo próprio agressor, que informava que a paciente estava com quadro de quedas constantes.”

“Uma mulher que teve o nariz quebrado pelo parceiro.”

### **6.1.2 Do domínio sobre o corpo à violência sexual**

Além das situações de violência psicológica, patrimonial e física, relatos de farmas trouxeram representações extremas da submissão e domínio sobre os corpos e escolhas das mulheres, ameaçando sua saúde e integridade física:

“Pacientes que se sentem prisioneiras dos maridos e não conseguem frequentar a Unidade de Saúde e participar de programas coletivos (cessação do tabagismo ou outros).”

“Impedir a mulher de fazer a cirurgia para o câncer de mama alegando que a mama não pertencia só à mulher, mas a ele também.”

“Usuária relatou que marido a fazia beber água do ralo do banheiro.”

Respondentes também exemplificaram a dominação masculina sob o formato de violações aos direitos sexuais e reprodutivos:

“O marido não permitia o uso de qualquer método contraceptivo.”

“Parceiro que obrigava a utilizar pílula do dia seguinte.”

“O marido obrigava a esposa a tomar anticoncepcional injetável, mas a mesma não podia reclamar de nada, e só podia ser aplicado por outra mulher.”

“Quando trabalhava em drogaria, fui realizar a administração de um anticoncepcional injetável e o parceiro da mulher exigiu que pudesse entrar na sala de aplicação para ver se estava aplicando mesmo.”

Adicionalmente, o entrelaçamento entre a religião e a violência sexual velada sob a forma de cerceamento da contracepção chamaram a atenção de farmas:

“Situação em que o cônjuge não podia saber que a mulher estava tomando anticoncepcional, pois não era permitido na religião.”

“Paciente utilizava anticoncepcional injetável no centro de saúde a cada três meses escondida do marido, que sob a forte crença cristã, mantinha controle sobre o corpo dela e não autorizava a evitar filhos com métodos hormonais nem aceitava o uso do preservativo.”

Situações específicas narradas por farmas destacaram o uso de medicamento relacionado com formas explícitas de violência sexual e estupro:

“A mulher buscou contraceptivo de emergência e PEP [profilaxia pós-exposição] após relação sexual não consentida com parceiro eventual.”

“Uma jovem menor grávida, profissional do sexo, relatou ser abusada pelo pai biológico e pelos irmãos. Relatou sua experiência, veladamente, pois procurava por informações sobre como utilizar o medicamento Cytotec (abortivo) que conseguira clandestinamente (com um amigo). Estava com medo. Foi um dos atendimentos mais difíceis que realizei e, na ocasião, solicitei apoio aos colegas da psicologia.”

“A situação em questão envolvia uma mulher puerpera, na qual o marido solicitava pílulas do dia seguinte constantemente. Ao ser questionado, explicou que ela não poderia tomar anticoncepcional por ter "bebê novo". Solicitei acompanhamento da unidade responsável para atender o caso. Foi constatada a intimidação da mulher para que permanecesse sexualmente ativa, mesmo passando pelo pós parto, e o marido se recusava a realizar o uso de preservativos.”

“Paciente em uso de antagonista hormonal com baixa de libido, foi abusada sexualmente do marido enquanto dormia durante anos. No atendimento, a mesma relatou interesse em cometer suicídio.”

### **6.1.3 O apagamento da violência**

A inconsciência, a naturalização e a passividade por parte das mulheres em situação de violência foram questões observadas por respondentes:

“A falta de consciência da mulher que estava sendo violentada. Não entendia e nem reconhecia a violência que estava sofrendo.”

“Observei a naturalização da violência pela paciente; como se fosse algo comum.”

“O que mais chamou a minha atenção foi a forma como a mulher aceitou a violência do parceiro.”

Em outro estágio, farmas também testemunharam o processo de negação da violência, representadas por posturas de justificativas e proteção do agressor relatadas:

“Ela dava justificativas à violência sofrida. Quase pedindo para que perdoassem o agressor.”

“A paciente ia às consultas acompanhada pelo esposo e ela nunca falava quase nada. Um dia ela foi sozinha e desabafou sobre o jeito impaciente dele, mas não informou detalhes. Em uma outra consulta, a fisioterapeuta a viu apanhando dele no corredor do ambulatório. Chamei a assistente social e acolhemos a mulher. Entretanto, ela optou por não denunciar, pois falou que tinha muita pena dele.”

Apesar disso, traços comportamentais das mulheres em reflexo das múltiplas violências vivenciadas foram citados por farmas, como estar com *“baixa autoestima”*, *“muito deprimida”* ou com *“tristeza profunda no olhar”*.

A postura dos agressores, alinhada com o processo de naturalização da violência, também foi um ponto levantado por farmas. Chamou-lhes atenção o fato do agressor *“não se desculpar pelo ocorrido”* e manter *“comportamento carinhoso com a vítima que tinha várias marcas pelo corpo”*.

Paralelamente, farmas também sinalizaram que a postura de apagamento do ato de violência não se restringe às mulheres em situação de violência ou seus agressores, sendo extensiva a toda a sociedade: *“Isso é natural para as pessoas e ninguém tem coragem de se manifestar contra.”* Além disso, farmas criticaram falas de *“diminuição da dor”* decorrente da violência, como: *“Você está exagerando”* ou *“Você estaria muito pior sem ele”*.

Adicionado ao processo de naturalização da violência, a postura de culpabilização da vítima identificada na sociedade e no ambiente de farmácia comunitária foi exposta por farmas:

“A cultura das pessoas, que insistem em colocar a culpa de violências cometidas contra mulheres nas vítimas.”

“Meu próprio patrão olha as clientes da farmácia. Ele fala mal de mulher no balcão com outros homens. Ele tem a opinião que, se a mulher está vestida de forma inadequada, merece ser estuprada, sequestrada, etc.”

#### 6.1.4 Da vivência à busca da superação da violência

Em reconhecimento da evolução do processo de violência, farmas demonstraram clareza sobre as inúmeras violações que uma mulher passa até ser agredida fisicamente, e sobre o quão difícil e complexo é sua superação:

“A paciente foi vítima de violência psicológica, patrimonial e moral por muitos anos. Até que sofreu violência física de seu parceiro vindo a ser internada em estado grave na UTI [unidade de terapia intensiva]. A paciente se recuperou parcialmente e permanece em cuidados numa enfermaria. Ela teria condições de alta, com acompanhamento e suporte domiciliar. Porém, não pode voltar para o ambiente familiar que veio e não tem suporte de outros familiares ou do estado. Por isso, permanece há mais de seis meses numa internação social.”

Conforme evidenciado na narrativa de farmas, a *“forma com que o agressor acua psicologicamente”* ou a *“perseguição”* são situações que atordoam, gerando *“a insegurança da mulher frente à denúncia”*, a *“sensação de estar indefesa”* e o *“medo de falar”*, sendo este último aspecto citado em múltiplas respostas. Ademais, a *“ausência de apoio”*, a *“dependência financeira”* e a *“falta de perspectiva”* identificadas por respondentes dificultam a retirada da mulher do ambiente violento, conforme fala de farmacêuticas:

“Muitas vezes a mulher se submete a violência por não poder garantir seu sustento e de seus filhos.”

“Mulheres forçadas a viver relação sob coerção e ameaças como: perda de moradia, abandono do lar. Mulheres forçadas à relação sexual.”

O *“estado psicológico abalado”*, a *“fragilidade diante da situação de violência”* e a *“vergonha de relatar”* foram ressaltados como obstáculos para a busca de ajuda. Dessa forma, foi percebido que, em situações de violência, recorre uma vasta gama de sentimentos complexos e difusos, que gera *“a forma velada da mulher em relatar o problema”*, como pontuado por uma farmacêutica, ou as impede de falar: *“A pessoa estava visualmente abalada, mas não quis se abrir nem falar sobre”*.

A *“dependência emocional”*, o apego à relação e o sentimento de culpa retroativa também foram referidos:

“A paciente ainda gosta do agressor mesmo após todas as violências sofridas.”

“O medo de perder o que ela não sabe que já perdeu.”

“O desespero e o sentimento de culpa que a mulher sente, pois acaba se sentindo culpada por não ter evitado tal situação.”

Entretanto, a importância das farmácias e do atendimento farmacêutico enquanto instâncias de acolhimento desses tipos de violências foi destacada nas situações a seguir relatadas, mobilizando acolhimento e estímulo à superação da violência, mesmo que não finalística:

“Um casal em que o rapaz agrediu física e verbalmente a moça, que entrou correndo na drogaria para pedir socorro.”

“Mulher que já foi espancada pelo seu marido, e que não sabia a quem solicitar ajuda, veio até a drogaria pedir orientação.”

“A paciente entrou na sala de testagem para covid da farmácia para escapar de um marido abusivo. Orientei a procurar ajuda profissional e ela já estava em contato com advogado. Mas depois da minha conversa, ia procurar outros profissionais que eu indiquei.”

## 6.2 DISCUSSÃO ARTIGO II

A categorização das respostas abertas de farmas sobre os incidentes vivenciados em seus locais de trabalho demonstrou que, mesmo sendo um assunto pouco discutido dentro da profissão farmacêutica, a violência contra a mulher é parte de seu cotidiano e rotina. Ademais, esses profissionais vivenciam o processo de naturalização da violência, as marcas da violência - que não são só físicas, a repercussão da dependência financeira na saúde feminina, e o medo ao qual essas mulheres estão submetidas.

A violência psicológica e a agressão verbal se destacaram aos olhos dos profissionais e foram trazidas em seus relatos, especialmente, a forma sutil com que o agressor, na maioria dos casos o parceiro ou ex-parceiro, cometia o ato. A observância facilitada e a prevalência dos casos identificados neste estudo (artigo I), fundamentam-se nos dados existentes sobre a violência contra a mulher, pois, de acordo com a ONU Mulheres (2022), estima-se que no Brasil uma mulher é vítima de agressão física, verbal ou psicológica a cada dois segundos.

Além disso, a identificação da violência psicológica pode também ser facilitada pela sua natureza mais explícita, conforme mencionado anteriormente (Lira e Castro, 2020). Ademais, o contexto global de debate sobre saúde mental e o cenário pandêmico da Covid-19, em que este estudo foi realizado, podem ter contribuído para uma maior percepção e discussão sobre a violência psicológica. Esse cenário pode ainda explicar o envolvimento proativo de farmas pois esses estiveram na linha de frente do combate à doença, e as farmácias mantiveram seu funcionamento de modo contínuo, por serem consideradas serviços essenciais, mesmo durante as medidas de isolamento (Conselho Federal de Farmácia, 2021). Para além, uma revisão da literatura conduzida por Souza e colaboradores (2020), revelou um aumento nas denúncias de violência doméstica durante o isolamento social no Brasil, o que pode ajudar a contextualizar os resultados obtidos nesta pesquisa (Souza, 2020).

A violência moral e patrimonial também estava presente nas respostas de forma associada à psicológica. Apesar de não nomearem claramente esses tipos de violência com a mesma facilidade em que nomearam a violência psicológica, farmas foram capazes de descrevê-la

A agressão verbal e a inferiorização intelectual, nítidas através do uso de palavras de um vocabulário de baixo calão como “burra” e “não sabe de nada”, é presente em quase todas as respostas e comumente ignorada como um ato de violência pela sociedade. Contudo, é importante estar atento a esse evento, pois essa forma de agressão pode ser um dos primeiros indícios de violência (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023).

A dependência financeira e o cerceamento do autocuidado, seja por questões religiosas ou de poderio masculino, também foram frequentemente citados. Essa dependência impede que as mulheres possam tomar decisões independentes sobre seus próprios corpos e saúde, muitas vezes necessitando da permissão ou do suporte financeiro de um parceiro masculino ou de figuras de autoridade religiosa. Além disso, o controle financeiro pode ser usado como uma forma de abuso psicológico, em que a mulher é mantida em um estado de constante submissão e

medo de retaliações. A falta de acesso a recursos básicos não só prejudica a saúde física, mas também contribui para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, exacerbando ainda mais a vulnerabilidade dessas mulheres (Moraes, 2021; Soares e Teixeira, 2022). A dependência financeira nesse contexto é uma ferramenta do domínio patriarcal que faz com que a mulher encontre-se em uma situação de perda do controle sobre sua vida, em que sua liberdade e autonomia são limitadas pois sentem-se presas às relações e às situações que lhes são impostas (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023).

Como demonstrado, diversas são as situações nos estabelecimentos farmacêuticos em que essa dependência é visualizada, seja na compra de itens essenciais, como absorventes e medicamentos em geral, desde aqueles que, apesar de não essenciais, auxiliam na construção da autoestima e autocuidado das mulheres. Diante desses cenários, é de suma importância que farmas estejam atentos e compreendam essas situações como formas veladas de violências que impedem a concretização de um cuidado integral a essas mulheres. Além disso, o olhar sensibilizado de farmas para essas questões pode fomentar a defesa às políticas públicas e de acesso a medicamentos e produtos para a saúde, bem como a realização de campanhas e iniciativas que assegurem a autonomia e saúde das mulheres em situação de violência, em alinhamento com o princípio de equidade em saúde.

A violência física também se manifestou fortemente, entremeada aos relatos de buscas constantes por medicamentos analgésicos, curativos e maquiagens para esconder lesões nas farmácias e drogarias, o que reflete a necessidade de farmas manterem-se atentos quanto aos sinais físicos de suas pacientes, como machucados suspeitos, manchas pelo corpo, hematomas, histórias frequentes de quedas e acidentes domésticos. A observação desses sinais visíveis representa uma alerta e uma maneira viável para que farmas acessem essas pacientes e realizem uma abordagem cautelosa e acolhedora, pois sabe-se que menos de 40% das mulheres que sofrem violência procuram ajuda de qualquer tipo e que essa oferta de ajuda pode ser essencial para o enfrentamento da violência (UN Women, 2022).

Além do companheiro, profissionais de saúde também foram apontados reproduzindo violência, especialmente a obstétrica que, além da violência de gênero, também persiste de maneira alarmante nos serviços de saúde, onde profissionais muitas vezes reproduzem práticas discriminatórias e coercitivas. Questões como a gestação, virgindade, e a dor do parto são frequentemente desconsideradas ou tratadas com desdém, perpetuando uma cultura de desrespeito e violência simbólica. Essas condutas são tão arraigadas, especialmente na rotina hospitalar, que as mulheres tendem a aceitá-las como normais, dificultando o reconhecimento da violação dos seus direitos (Barboza e Mota, 2016; Freitas e Aragão, 2021). Estudos mostram que muitos profissionais de saúde não estão preparados para lidar com a violência de gênero, alguns até mesmo justificando-a como algo natural nas relações entre homens e mulheres, o que justifica a reprodutibilidade de tais atos dentro dos serviços de saúde. Todavia, há também aqueles que reconhecem as violências mas não sabem como atuar frente às situações vivenciadas (Conceição, 2022). A falta de conhecimento e preparo desses profissionais contribui para a perpetuação desse ciclo de violência, em que o sistema de saúde falha em proteger e defender as mulheres, e trazem à tona que estes possuem um papel como contribuinte do enfrentamento da violência ao passo que ela é uma realidade em seus ambientes de trabalho.

A relação de domínio e poder que é imposta aos corpos femininos também foram mencionadas. Esses aspectos marcam a desigualdade existente entre os gêneros perante a sociedade, seja por perda de autonomia, desígnio comportamental e ideia de submissão (Rose, 2022). Foram apontadas situações em que as pacientes mulheres foram privadas de seus direitos básicos como direito de ir e vir, direito de ser atendida nos serviços de saúde, direito à água potável. Quanto à violação desses direitos, a identificação foi possível a partir da observação dos relatos em que farmas descreveram diálogos vivenciados com suas pacientes, como de ser forçada a tomar água do ralo do banheiro, não poder ir à farmácia desacompanhada, não poder participar de atividades na comunidade (Brasil, 2014a; Pereira et al., 2022). Esses relatos profundos reforçam a importância de se estabelecer um atendimento baseado na confiança, empatia, escuta ativa e

acolhimento, para que essas mulheres em situação de violência possam se sentir seguras para trazer à tona suas realidades, sem o receio do julgamento. Além disso, farmas devem estar atentos a alguns sinais que podem indicar um contexto de violência, como pacientes que frequentemente comparecem aos serviços com as mesmas queixas, a busca por demandas básicas que poderiam ser resolvidas de forma autônoma, relatos de quedas frequentes, medo das perguntas quanto à sua rotina e bem estar geral, entre outros, pois, nem sempre a busca pelo acolhimento será uma demanda espontânea e o profissional farmacêutico deve estar apto ao realizar este de forma ativa.

Também foi possível observar nas respostas descritivas a violação dos direitos sexuais e reprodutivos como, por exemplo, a respeito da escolha de ter ou não filhos e de usar métodos contraceptivos ou não. Os relatos evidenciaram essa outra face da violência sexual, que é a violação do corpo feminino de forma integral, perpassando por sua saúde e suas escolhas individuais para seus corpos ao demonstrar a interferência dos parceiros na escolha de métodos contraceptivos por suas companheiras. Houve a descrição tanto da obrigação de utilizar métodos contraceptivos, quanto da proibição da prevenção como escolha própria da mulher. Apesar de opostos, os relatos têm em comum a anulação da responsabilidade de uso de preservativo por parte dos parceiros que por gostos pessoais e/ou crenças religiosas ou culturais, recusam-se a utilizar o método e submetem suas esposas não apenas a uma gravidez não planejada ou indesejada por ela, mas também expõe a vítima aos riscos de infecções e outras enfermidades. Trata-se portanto, de uma esfera da violência sexual pouco conhecida pela sociedade que se destaca nos ambientes em que são prestados cuidados à saúde (Loiola, 2021; Da Costa, 2023).

Posto que isso é uma realidade, farmas devem estar aptos à identificar os sinais de violência sexual no âmbito conjugal e propagar o acesso a informações e métodos contraceptivos e de emergência seguros, especialmente ao considerar-se que, esses profissionais são os únicos aos quais algumas mulheres tem acesso e, frequentemente, se deparam com pacientes em uso de métodos contraceptivos sem orientações ou prescrições médicas (Silveira, 2022).

Diante disso, farmas possuem contribuição fundamental na orientação sobre a saúde reprodutiva de mulheres em situação de violência, e podem fornecer uma linha de apoio essencial para estas, promovendo não apenas o uso eficaz e seguro dos métodos, mas também proteção e suporte.

Houve também relatos de casos de estupro sendo estes facilmente nomeados por farmas além de relatos velados, normalizados pelo contexto matrimonial. A violência sexual tende a fugir do controle e não está relacionada ao desejo do corpo em si, mas sim a relação de domínio e poder (Vérges, 2021). Essa relação é dada no ambiente potencial e em que homens não têm o seu referencial de masculinidade discutido. O mesmo cenário foi observado por Schraiber e colaboradores (2023), que mencionam que há profissionais atuantes na rede de atenção primária que observam que as mulheres vivem relações violentas as quais elas mesmas não reconhecem como violência, mas como um dever marital, e essa ideia propicia a invisibilidade da violência.

É comum que a violência sexual só seja vista na figura do estupro explícito, que choca e aterroriza. Por outro lado, frequentemente desconsidera-se a relação sexual forçada dentro de uma relação conjugal, sendo essa coação sexual dentro das parcerias íntimas entendida como parte da interação sexual “natural” dos relacionamentos, ou mesmo um “direito” do homem e um “dever” a se cumprir pela mulher, conforme a prerrogativa da dominação heteronormativa virilista, como define Vergès (Vergès, 2021; Schraiber, 2023). Essa percepção popular sobre a violência sexual desconsidera também outros fatores que dizem respeito à vida reprodutiva dessas mulheres, reforçada pelo sistema de saúde que reduz o conceito de saúde da mulher à sua capacidade reprodutiva e de concepção da vida e não considera o direito de querer ter ou não relações sexuais, de usar ou não métodos contraceptivos e de ter poder sobre os próprios corpos (Schraiber, 2023).

Em um contexto físico, o domínio patriarcal manifesta-se através do sentimento de posse, da objetificação e da sexualização dos corpos femininos, encarregados de suprir o desejo do sexo oposto, sem direito à autonomia, escolhas e tomada de decisão, adequando-se a padrões irrealistas de conduta, sem nenhum

compromisso com a saúde integral da mulher (Pedrosa, 2011; Vérgees, 2021; Rose, 2022). A invisibilização da violência emergiu claramente nas respostas em que os profissionais de saúde descreviam situações de agressão sem reconhecer plenamente que se tratava de violência. Muitas vezes, a própria vítima é incapaz de identificar as violências a que está sujeita, desconhecendo seus direitos e as possibilidades de saída da situação abusiva. Essa dificuldade em reconhecer a violência é agravada pelo tratamento banalizado da sociedade, que muitas vezes naturaliza e justifica os abusos, tendo uma conduta passiva frente às situações (Da Silva Cordeiro, 2018; Lira e Castro, 2020).

Além do desafio de reconhecer a violência, as vítimas frequentemente negam ou minimizam as ações do agressor, justificando seus comportamentos como situações esporádicas ou específicas, de modo a protegê-los, seja por sentimento ou receio de sofrer novas represálias (Da Silva Cordeiro, 2018). Profissionais da saúde atuantes na atenção primária reconhecem que no processo de enfrentamento da violência contra a mulher, nomear as situações às quais tais mulheres são expostas como violência, é fundamental para que a mulher em situação de violência compartilhe de uma congruência de pensamento e concepção da situação vivenciada como sendo uma violação de seus direitos individuais, caso contrário, as medidas propostas para lidar com a situação podem ser recusadas pela mulher atendida (Schraiber, 2023).

Foram relatadas também características frequentes em situações de violência, que refletem problemas reais da sociedade, como a incapacidade de identificar a violência, o desejo devastador de parte da sociedade de querer culpar a vítima e justificar a violência, a negligência e ineficiência dos serviços de saúde e falta de respaldo jurídico, além do contentamento de que a violência sempre irá se repetir. Todas as características mencionadas impactam diretamente na concretização da identificação da violência de gênero, seja ela qual for, e demonstram o quão desafiador é sua prevenção e enfrentamento, posto que esta não tem uma única dimensão e não pode ter seu impacto e as transformações que gerou/gera no mundo em que vivemos desconsideradas (Vergès, 2021).

Relatos dos farmacêuticos também destacaram a atenção ao sofrimento mental das pacientes, indicando um reconhecimento da profundidade do impacto psicológico da violência. Teixeira e colaboradores (2021), através de um estudo exploratório qualitativo realizado com diferentes profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), identificaram que as questões mentais apresentadas pelas mulheres em situação de violência eram respectivas à acontecimentos passados e suas consequências como transtornos, estresse pós-traumático, e principalmente depressão, e que a atuação dos profissionais não era diretamente relacionada à violência em si mas sim às consequências que estas geram. Essa percepção é importante pois demonstra que a violência reverbera toda a existência dessas mulheres e não é uma questão isolada, de fácil resolução. No presente estudo, observou-se também através dos relatos de farmas, que os agressores raramente se identificam como tais, reforçando a dominação patriarcal que naturaliza a raiva, o ímpeto de dominação e a objetificação das mulheres (Balbinotti, 2018).

A culpabilização das vítimas é um aspecto crítico que emerge tanto na percepção individual quanto na concepção social e cultural. As mulheres frequentemente se culpam pelas agressões sofridas, internalizando a culpa que a sociedade também lhes impõe (Lira e Castro, 2020; Silva, 2022). Essa culpabilização perpetua a violência ao desviar a atenção das estruturas patriarcais que a sustentam. O medo, um sentimento relatado em diversos contextos, afeta profundamente a saúde física e mental, a autonomia e a segurança das mulheres (Teixeira, 2021). Esse medo inclui o temor de represálias violentas, tanto para si quanto para seus entes queridos, bem como o medo do desconhecido e da incerteza sobre o futuro após deixar a situação de violência. Outro aspecto é o medo de não encontrar outra pessoa, o medo do que o agressor pode sofrer caso seja feita uma denúncia e o medo de perder o apoio da rede familiar - que pode ser inexistente ou manipulada pelo agressor para desacreditar a vítima (Silva e Silva, 2020).

Quanto a atuação de farmas, o estudo das experiências vivenciadas por esses profissionais é essencial, partindo-se do pressuposto que a captação e

percepção do ambiente que favorece a violência contra as mulheres é a primeira abordagem para enfrentá-la de forma adequada, sendo fundamental que esses profissionais saibam identificar as violências presentes em seus ambientes de trabalho e tomar atitudes em defesa dessas pacientes.

Há farmas que demonstram em suas falas uma inquietude quanto às situações vivenciadas e, tendem a incorporar em sua práxis, um olhar político, em que os direitos das mulheres são levados a sério. Esses, por sua vez, demonstram uma atenção acurada às inúmeras formas de violências e violações que uma mulher pode sofrer antes mesmo que a agressão física se concretize e também reconhecem que o manejo dessas situações é extremamente complexo e requer uma abordagem intersectorial (Schraiber, 2023).

Embora os profissionais manifestem um desejo genuíno de ajudar, muitos também revelam um certo despreparo e insegurança para lidar com a complexidade inerente dessas situações (Fusquine, 2021). Eles compreendem que, frequentemente, o ambiente violento perpetua-se de tal forma que os sentimentos das vítimas são confundidos, e fatores como vergonha, sofrimento mental, dependência emocional e financeira impedem muitas mulheres de buscar ajuda (Lira e Castro, 2020; Silva e Silva, 2020). Essa realidade destaca a ineficácia de muitas redes de apoio atuais. No entanto, há um crescente reconhecimento de que farmácias e drogarias podem se transformar em espaços de acolhimento e estímulo à superação da violência. Esses locais têm o potencial de oferecer um ambiente seguro e acessível, onde as vítimas podem encontrar suporte e encaminhamento adequado, contribuindo significativamente para a criação de uma rede de apoio mais efetiva e acolhedora. Além disso, é posto que a garantia de um espaço de escuta que legitime o sofrimento da mulher pode ajudar as mulheres a reconhecer as violências (Conselho Federal de Farmácia, 2016, 2021; Schraiber, 2023).

A violência contra as mulheres apresenta um perfil diversificado, abrangendo jovens, adolescentes, idosas, gestantes, mães, funcionárias e mulheres trans, que sofrem em diferentes contextos e com variados agressores. Essa diversidade gera não apenas indignação, mas também uma demanda crescente no contexto da

atuação farmacêutica. É fundamental que os profissionais farmacêuticos estejam preparados para identificar e responder a essas situações de maneira eficaz e empática. A prevenção da violência de gênero é crucial para evitar que ela ocorra em primeiro lugar (Onu Mulheres Brasil, [s.d.]). No entanto, quando a violência ocorre, é essencial que os serviços ofereçam atendimento adequado às necessidades das mulheres e meninas, e que a justiça atue incisivamente na defesa de seus direitos. Conforme ressaltado pela ONU Mulheres ([s.d.]), a resposta à violência deve ser abrangente e coordenada, garantindo que as vítimas recebam os cuidados e o suporte necessários.

Em suma, o setor da saúde, incluindo as farmácias e drogarias, desempenha um papel vital na prestação de cuidados abrangentes às mulheres vítimas de violência. A atuação de uma equipe multidisciplinar é uma estratégia que pode apresentar grandes benefícios, no qual o profissional farmacêutico deve se fazer presente (Pedrosa, 2011; Schraiber, 2023). Farmas, em sua posição estratégica, podem servir como pontos de entrada para encaminhar as mulheres a outros serviços de apoio. Essa atuação não se limita à denúncia ou ao afastamento do agressor, mas envolve uma rede de suporte que deve ser real e acessível, e não uma utopia otimista.

Para combater a naturalização e a invisibilização da violência, é crucial abordar o assunto de maneira aberta e natural, sem gerar constrangimento ou desacreditar as vítimas (Lira e Castro, 2020). Desvincular a violência das mulheres do contexto global perpetua uma divisão que favorece o patriarcado, ao identificar e punir apenas alguns agressores sem questionar as estruturas que perpetuam essa abominação. Portanto, a conscientização e o enfrentamento das violências devem ser parte de um esforço maior para atacar as raízes culturais e estruturais que sustentam a dominação patriarcal (Vergès, 2021).

Nesse contexto, a intersetorialidade e o interprofissionalismo desempenham um papel fundamental na rede de apoio e enfrentamento da violência contra as mulheres, visto que, a cooperação entre diferentes setores e profissionais, como saúde, educação, direito, assistência social e setor jurídico, é essencial para uma

abordagem abrangente e eficaz. Integrar diferentes perspectivas e conhecimentos permite uma análise mais completa das causas e consequências da violência, promovendo estratégias de intervenção mais eficazes e sustentáveis (Menezes, et. al, 2014; Silva, 2023). A intersectorialidade e o interprofissionalismo garantem que as respostas à violência sejam coordenadas e holísticas, abordando tanto o suporte imediato às vítimas, quanto as mudanças estruturais necessárias para prevenir a violência no futuro. Além disso, a luta contra a violência deve também confrontar as violências promovidas e legitimadas pelo Estado, bem como aquelas que são invisibilizadas (Cavalcanti, 2021).

Conclui-se, portanto, que o trabalho de farmas, especialmente o coletivo, é crucial para enfrentar a violência contra a mulher de maneira eficaz, em um contexto onde as ações frequentemente são fragmentadas. A integração desses profissionais em redes de apoio e enfrentamento à violência proporciona uma abordagem mais coesa e abrangente, e estes podem desempenhar um papel vital não apenas ao fornecer orientações sobre o uso de medicamentos e cuidados de saúde relacionados, mas também ao identificar sinais de abuso e oferecer suporte imediato às vítimas (Freitas, 2023; Schraiber, 2023). No entanto, limitar o papel de farmas às orientações iniciais sobre violência não é suficiente e, para isso, é fundamental que tais profissionais sejam capacitados para ir além dessas orientações, participando ativamente em estratégias de intervenção e apoio contínuo, contribuindo para a construção de um sistema de suporte mais robusto e integrado.

Além disso, é imperativo que farmas, em destaque farmacêuticas mulheres, estejam protegidas e asseguradas para exercerem suas funções sem medo de retaliações por parte dos agressores, pois sabe-se que o envolvimento em casos de violência pode expor esses profissionais a riscos significativos, incluindo ameaças e agressões (Silva, 2022). Garantir a segurança e o apoio desses é essencial para que possam desempenhar seu papel de maneira eficaz e segura. Medidas de proteção e suporte psicológico para esses profissionais são essenciais para permitir que eles atuem com confiança e sem medo, contribuindo assim para um ambiente mais seguro tanto para eles quanto para as vítimas que assistem (Silva, 2022). Ao fortalecer o trabalho coletivo e assegurar a proteção dos profissionais, é possível

criar uma rede de apoio mais efetiva e segura, essencial para enfrentar a violência contra a mulher de forma abrangente e sustentada.

A obra de Vergès (2021) enfatiza que as prisões, por si só, não nos salvarão da violência, destacando que a violência é resultado de múltiplas outras violências que muitas vezes permanecem ocultas. A intervenção farmacêutica deve, portanto, ser crítica e consciente dessas dinâmicas, buscando sempre oferecer um suporte holístico e eficaz às vítimas. Portanto, a capacitação contínua dos farmacêuticos, e dos profissionais de saúde como um todo, para reconhecer e lidar com a violência contra a mulher é essencial (Fusquine, 2021). Sua atuação proativa pode transformar farmácias e drogarias em locais seguros e acessíveis para as vítimas, promovendo uma rede de apoio efetiva. Ao enfrentar essas violências, os farmacêuticos podem contribuir significativamente para a construção de uma sociedade mais justa e segura, onde os direitos das mulheres são defendidos e respeitados.

Quanto às limitações desta pesquisa, a ferramenta de coleta de dados utilizada (survey online), apesar de apresentar vantagens, pode ser considerada um fator limitante por questões como a falta acesso à internet e pouca habilidade de uso de tal tecnologia por parte dos respondentes. Porém, sabe-se que a internet tem se difundido cada vez mais na realidade dos brasileiros e que em 2021 mais de 160 milhões já possuíam acesso à internet (Data Reportal, 2021). O distanciamento proporcionado pelo ambiente virtual pode ter contribuído de forma positiva ao deixar os participantes mais confortáveis para responder questões polêmicas e sensíveis sobre a temática da violência (Tourangeau, 1996), apesar de impossibilitar aprofundamento em algumas questões, visto que não há essa interação direta entre o pesquisador e o participante da pesquisa. Todavia, pesquisas com metodologias que proporcionem maior profundidade de dados e análise já estão sendo desenvolvidas pelo grupo de pesquisa.

Pode-se mencionar também como limitação o reduzido número de respondentes em relação aos profissionais inscritos no CRF-MG, que, apesar de representar amostragem adequada, pode vir a refletir o quanto o tema é pouco

discutido tanto no meio acadêmico quanto profissional sob a égide da farmácia. Apesar disso, a diversidade do perfil dos respondentes foi expressiva, o que permitiu a captura de diferentes perspectivas e ao mesmo tempo a ampliação do debate sobre o tema.

Diante do exposto, este trabalho, além de inovador, é um convite à expansão da discussão sobre a saúde integral da mulher, que inclui a questão da violência por ela sofrida, no contexto da farmácia. Para tal, encoraja-se tanto o desenvolvimento de novos estudos com outros enfoques e métodos, como ações educativas voltadas para profissionais farmacêuticos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração da dissertação permitiu identificar que farmas estão em contato com diversas violências sofridas por suas pacientes mulheres em seus ambientes de trabalho. Diante desse cenário, esses profissionais desempenham uma importante função na prestação de assistência e cuidados em saúde para essas pacientes. Farmas podem e devem detectar sinais de abuso e violência, oferecer apoio emocional, e orientar as pacientes sobre os recursos disponíveis para a sua proteção e recuperação.

Todavia, este estudo também demonstrou a importância de uma escuta ativa, preconizada pela perspectiva de cuidado integral, e a necessidade de capacitação e sensibilização desses profissionais para que tenham condições e criem ambientes adequados de acolhimento, em um espaço seguro que preste suporte de qualidade às vítimas. É de suma importância que essa atuação de farmas seja feita com o objetivo de traçar estratégias de enfrentamento que visem a vida e a segurança de suas pacientes e que estes tenham conhecimento acerca das legislações e políticas públicas voltadas para o combate à violência contra a mulher.

Quanto às violências, os diferentes processos como naturalização cultural, desacreditação da mulher e falta de informações impedem que essas sejam identificadas e denunciadas, o que reflete a necessidade de discutir o tema nas mais diversas esferas sociais. Além disso, os resultados desse estudo reforça que as medidas de prevenção devem ser postas em prática e viabilizadas para que as medidas de proteção ocupem seu lugar de última escolha dentro do enfrentamento da violência contra as mulheres, tendo como pressuposto que a prevenção é o melhor caminho e que, saber identificar as inúmeras violências sofridas por mulheres é o início dessa jornada. Para isso, a ação da sociedade e profissionais de saúde, dando o destaque a farmas, se torna essencial diante das possibilidades que estes apresentam para atuação e apoio às mulheres em situação de violência, desde que sejam envolvidos e engajados nessa luta coletiva. Não obstante, o Estado e as instituições de diferentes esferas, como conselhos e universidades devem viabilizar ferramentas para o enfrentamento da violência.

É importante que cada vez mais a violência de gênero seja discutida dentro do contexto da saúde para que a saúde da mulher e suas individualidades seja interpretada em uma perspectiva integral e expansiva, que leve em conta os aspectos discutidos nesta pesquisa, e vão além da capacidade de gestar filhos.

Anseia-se por novos estudos que explorem este campo de atuação de farmas dentro de sua prática profissional, explorando outros aspectos também importantes dentro desse contexto a partir de outras metodologias, com entrevistas em profundidade que permitam a análise desse fenômeno e seu impacto social bem como uma amostra de todo o país para que se identifique as especificidades de cada região nos diferentes cenários de prática farmacêutica, bem como as interseccionalidades do cuidado prestado à mulheres em situações de violência.

## REFERÊNCIAS

ABDI, Fatemeh; MAHMOODI Z., Afsahi F., Shaterian N., RAHNEMAEI, FA. **Social determinants of domestic violence against suburban women in developing countries**: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology Science*, [S. l.], v. 64, n. 2, p. 131-142, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5468/ogs.20211>. Acesso em 10 out 2022.

ALVES, Ana Carla Farias; ALVES, Ana Karina da Silva. **As trajetórias e lutas do Movimento Feminista no Brasil e o protagonismo social das mulheres**. *Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social: IV Seminário CETROS*, Fortaleza - CE, v. 1, n. 1, p. 113-121, mai. 2013. Disponível em: [https://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos\\_completos/69-17225-08072013-161937.pdf](https://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/69-17225-08072013-161937.pdf). Acesso em 01 mai 2023.

ALVES, Ângela Gilda, et al. **Análise teórico-epistêmica da violência baseada em gênero**: a vulnerabilidade da c mulher durante o distanciamento social/ Epistemic theoretical analysis on gender-based violence: female vulnerability during social isolation. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 6, n. 7, p. 47192–47200, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n7-379. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/13248>. Acesso em: 17 jul. 2023.

ARAÚJO, Angela M.C.; FACCHINI, Regina. **Mulheres e Direitos Humanos no Brasil: avanços e desafios**. *Jornal da Unicamp*, 2018. Disponível em: <https://unicamp.br/unicamp/ju/artigos/direitos-humanos/mulheres-e-direitos-humanos-no-brasil-avancos-e-desafios/>. Acesso em: 27 ago. 2024

ARBOIT, Jaqueline, et al. **Health care for women in situations of violence**: discoordination of network professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 51, p. e03207, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016113303207>. Acesso em: 17 jul 2023.

ASSUNÇÃO SANTOS FIGUEIRA, Manoela. **A violência patrimonial contra a mulher e a atuação da polícia judiciária**. *Revista dos Estudantes de Direito da Universidade de Brasília*, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 306–333, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/redunb/article/view/39312>. Acesso em: 31 mai. 2024.

BALBINOTTI, Izabele. **A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo**. Revista da ESMESC, [S. l.], v. 25, n. 31, p. 239–264, 2018. DOI: 10.14295/revistadaesmesec.v25i31.p239. Disponível em: <https://revista.esmesec.org.br/re/article/view/191> . Acesso em: 16 mai 2024.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. **Violência obstétrica**: Vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador, Brasil, v. 5, n. 1, 2016. DOI: 10.17267/2317-3394rpds.v5i1.847. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847>.. Acesso em: 17 mai. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Persona, 2011. Obra original publicada em 1977.

BARNARD, Mary; WHITE, Aaron; BOULDIN, Alicia. **Preparing Pharmacists to Care for Patients Exposed to Intimate Partner Violence**. *Pharmacy (Basel, Switzerland)*, 8(2), 100, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/pharmacy8020100>. Acesso em 03 abr 2023.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. 9. ed v. 2.. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BERVIAN, Gabriela et al . **Violência contra mulheres rurais: concepções de profissionais da rede intersetorial de atendimento**. Enfermería global., Murcia , v. 18, n. 54, p. 144-179, 2019 . Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412019000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200006&lng=es&nrm=iso)>. Acesso 17 jul. 2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.324811>.

BIRD, Chloe E; RIEKER, Patricia P. **Gender and health**: The effects of constrained choices and social policies. New York, NY: Cambridge University Press, nov. 2008.

BIRD, Melissa, Wright, Rachel L., & Frost, Caren. J. (2016). **Enhancing women 's health**: A call for social work research. *Social work in health care*, 55(9), 732–751.

Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1205706>. Acesso em 31 mar 2023.

BITTENCOURT, Naiara Andreoli. Movimentos feministas. **Insurgência: revista de direitos e movimentos sociais**, v. 1, n. 1, p. 198-210, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009. 100 p. Disponível em: [https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_18.pdf](https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf). Acesso em: 30 mai 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 15 dez 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.427 de 30 de março de 2017**. Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral. Brasília, mar. 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13427.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13427.htm). Acesso em: 09 jan 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [S. I.], 19 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 09 jan 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, dez. 1993. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm). Acesso em 15 dez 2022.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MDH). **Violência doméstica e familiar contra a mulher: Ligue 180 e tudo o que você precisa saber.** 2021

BRASIL. Ministério da Saúde **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual: norma técnica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violencia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf). Acesso em: 02 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ano da Mulher.** Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2004\\_anodamulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2004_anodamulher.pdf) Acesso em: 07 out 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf).

Acesso em: 14 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004.** Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. [S.l.], nov. 2004. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/legislacao-1/nacional/portarias/portarias-em-pdf/portaria\\_ms\\_2406\\_integra\\_2004/view](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/legislacao-1/nacional/portarias/portarias-em-pdf/portaria_ms_2406_integra_2004/view) . Acesso em 04 abr 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Vigilância dos Acidentes e Violências.** Brasília, jul. 2021a. Disponível em:

[https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-dos-acidentes-e-violencias#:~:text=A%20vigil%C3%A2ncia%20das%20viol%C3%A2ncias%20e,Sa%C3%BAde%20do%20Escolar%20\(PENSE\)%20e](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-dos-acidentes-e-violencias#:~:text=A%20vigil%C3%A2ncia%20das%20viol%C3%A2ncias%20e,Sa%C3%BAde%20do%20Escolar%20(PENSE)%20e). Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Notificação Compulsória**. Brasília [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/notificacao-compulsoria>. Acesso em: 03 abr. 2023.

BRASIL. Onu Mulheres. **ONU e as mulheres**. 2014. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/onu-mulheres/sobre-a-onu-mulheres/> . Acesso em: 18 abr. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, set. 2017a Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) . Acesso em 01 jul 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto- Lei nº 5.099, de 3 de junho de 2004**. Brasília, DF, 3 de jun de 2004. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5099.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%205.099%2C%20DE%20os%20servi%C3%A7os%20de%20refer%C3%Aancia%20sentinela](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5099.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%205.099%2C%20DE%20os%20servi%C3%A7os%20de%20refer%C3%Aancia%20sentinela). Acesso em: 18 jun 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art.121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940-Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art.1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. [S. l.], 9 mar. 2015. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm) . Acesso em 15 jan 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.714, de 13 de agosto de 2003**. Autoriza o Poder Executivo a disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher. Brasília, DF, 13 de ago de 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.714.htm#:~:text=LEI%20No%2010](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.714.htm#:~:text=LEI%20No%2010)

.714%2C%20DE.de%20viol%C3%AAncia%20contra%20a%20mulher. Acesso em: 18 jun 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Brasília, DF, 24 nov de 2003a. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.778.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm) Acesso em: 18 jun 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.650, de 17 de maio de 2012**. Lei Joanna Maranhão. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes. Brasília, DF, 17 mai de 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12650.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12650.htm) Acesso em: 18 jun 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.842, de 1 de agosto de 2013**. Lei do Minuto Seguinte. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, DF, 1 ago de 2013. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm) Acesso em: 18 jun 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília, DF, 9 de mar de 2015. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm) Acesso em: 18 jun 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.427, de 30 de março de 2017**. Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para inserir,

entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral Brasília, DF, 30 de mar de 2017a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13427.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13427.htm) . Acesso em: 18 jun 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. [S. I.], 7 ago. 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm) . Acesso em: 16 fev 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2012-pdf/10182-14-pacto-enfrentamento-violencia-contra-mulheres/file> . Acesso em 01 out 2023.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Rede de enfrentamento: A violência contra as mulheres . 1. ed. Brasília: Editora Ideal, 2011. p. 1-74. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-ver-sao-final.pdf>. Acesso em 24 jul 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal Brasileiro, Brasília, DF. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/91614/codigo-penal-decreto-lei-2848-40>. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRILHANTE, Aline. V. M., et al. **Um estudo bibliométrico sobre a violência de gênero**. Saúde e Sociedade, v. 25, n. 3, p. 703–715, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016148937>. Acesso em: 12 mai 2023.

BUENO, Samira, LAGRECA, Amanda; SOBRAL, Isabela **Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2022**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, São Paulo, [S. l.], p. 12-14, 2022. Disponível em: <https://apidspace.universilab.com.br/server/api/core/bitstreams/4aabfb54-3045-4475-8649-7e8ecab018ce/content> . Acesso em: 15 abr. 2024.

CAMPOS, Claudinei J. G. **Método de análise de conteúdo**: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 57, p. 611–614, out. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019> . Acesso em: 16 abr. 2023

CANADIAN WOMEN 'S FOUNDATION. **Signal for help**. Canadian Women 's Foundation. [s.d.][s.l.][s.p.]. Disponível em: <https://canadianwomen.org/signal-for-help/> . Acesso em: 17 mai. 2024.

CARTAXO, Maria Stephanie B.. **Violência Contra a Mulher: Uma Pandemia Invisível**. 1º ed. Lisbon, abr 2023.

CASTRO, Danilo *et al.* **Saúde das Mulheres: Desafios para a integralidade**. Revista Nacional de Saúde [Digital], [s. l.], ano 2, ed. 4, p. 1-32, 1 ago. 2017. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/RevistaCNS\\_JulAgo2017.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/RevistaCNS_JulAgo2017.pdf). Acesso em: 18 mai 2023.

CASTRO, Mary Garcia; LODI-CORRÊA, Samantha; MACHADO, Rita de Cassia Fraga. **O 8 De Março Na História**: entre resistências e lutas, combinando “Ls”. Revista Pedagógica, [S. l.], v. 23, p. 1–21, 2021. DOI: 10.22196/rp.v22i0.6488. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/pedagogica/article/view/6488> . Acesso em: 14 jul. 2023.

CAVALCANTI, Gisélia de M. B., et al.. **Violence against women in the single health system** / A violência contra a mulher no sistema único de saúde. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro, Brasil, v. 12, p. 146–154, 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7148. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7148> . Acesso em: 10 jul. 2024.

CERULLI, Catherine, et. al. **Facilitating Intimate Partner Violence Education among Pharmacy Students: What Do Future Pharmacists Want to Know?** Curr Pharm Teach Learn. p. 283-291. jun 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4415369/>. Acesso em 15 mar 2024.

CONCEIÇÃO, Hayla N. da; MADEIRO, Alberto P. **Profissionais De Saúde Da Atenção Primária E Violência Contra A Mulher: Revisão Sistemática** . Revista Baiana de Enfermagem, [S. l.], v. 36, 2022. DOI: 10.18471/rbe.v36.37854. Disponível em: <https://revbaianaenferm.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37854> . Acesso em: 11 jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013). Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf> . Acesso em: 10 jul 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual** – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE MINAS GERAIS (CRF/MG). **Minas de superação: doses de força e competência**. 1. ed. Minas Gerais: [s.n.], 2021. p. 1-14. Disponível em: <https://crfmg.org.br/minasdesuperacao/>

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE MINAS GERAIS (CRF/MG). **CRF/MG apoia a campanha sinal vermelho contra a violência doméstica**. 2022. Disponível em: <https://crfmg.org.br/site/Noticias/crf-mg-apoia-a-campanha-sinal-vermelho-contra-a-violencia-domestica> ) Acesso em 02 maio 2024.

DA COSTA, Francisca T. da; et al. **Relacionamentos abusivos entre casais heteroafetivos na contemporaneidade: uma perspectiva do amor ao gozo.** 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) - Universidade UniAteneu

<https://uniateneu.edu.br/repositorio/relacionamentos-abusivos-entre-casais-heteroafetivos-na-contemporaneidade-uma-perspectiva-do-amor-ao-gozo/>

DA SILVA CORDEIRO, Débora. **Por que algumas mulheres não denunciam seus agressores?**. CSONline - Revista eletrônica de ciências sociais, [S. l.], n. 27, 2018. DOI: 10.34019/1981-2140.2018.17512. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17512>. Acesso em: 01 jul. 2024.

DATA REPORTAL, 2021. **Digital 2021: Brazil.** 2021. Disponível em: <https://datareportal.com/reports/digital-2021-brazil>. Acesso em: 02 jul. 2024.

DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe.** 1. ed. Boitempo.[S. l.: s. n.], 2016. 1-262 p. Traduzido por Heci Regina Candiani.

DE MARCO, Mario A.. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica.** São Paulo, Brasil. v. 30, n. 1, p. 60–72, jan. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/63Ck5wPNn4gxyN39SZfCZsv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 dez 2022.

DESTRO, Délcia Regina, et al. **Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde.** Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil. v. 31, n. 3, p. e310323, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310323>. Acesso em: 04 jan 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/denuncie-violencia-contra-a-mulher/violencia-contra-a-mulher>. Acesso em: 02 fev. 2024.

ELLSBERG, Mary, et al. **Violence against women and girls: Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?**. The Lancet,

Washington, DC, v. 1, n. 385, p. 1555-1566, nov. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25467575/> . Acesso em 22 fev 2023.

ENGEL, Cintia L. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. **A violência contra a mulher**. 1. Ed. [S.l.: s.n.], 2015. P. 1-61. disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10313> Acesso em: 19 mar 2023.

FALEIROS, Fabiana, et al. **Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies**. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 25, n. 4, p. e3880014, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003880014> Acesso em: 01 ago 2023.

FREITAS, Maria M. R. R. C de; ARAGÃO, Júlio C. S. **A naturalização da violência obstétrica e as dificuldades do reconhecimento dos seus sinais**. Revista Praxis, v. 13, n. 26, dezembro, 2021. Disponível em: <https://unifoa.emnuvens.com.br/praxis/article/view/1742/2874>. Acesso em: 04 jul 2024

FREITAS, Simone de. S, et al. **Atuação da equipe multiprofissional da atenção primária à saúde no enfrentamento à violência contra a mulher**. Saúde pública e saúde coletiva: Definições e debates em sua constituição. Capítulo 2. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/post/atuacao-da-equipe-multiprofissional-da-atencao-primaria-a-saude-no-enfrentamento-a-violencia-contra-a-mulher>. Acesso em 25 ago 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e invisível: A vitimização de mulheres no Brasil**. 3 ed. 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf> . Acesso em: 25 mai 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 4 ed. 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf> . Acesso em: 9 jul. 2024.

FRANCISCANI, Jane Stella. **A Mulher no Mercado de Trabalho e a Luta pela Valorização**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) -

Instituto Municipal de Ensino Superior de – Fundação Educacional do Município de Assis. Assis, São Paulo, p. 1-38. 2010.

FROST, Caren J, et al.. **Reframing the View of Women’s Health in the United States: Ideas from a Multidisciplinary National Center of Excellence in Women’s Health Demonstration Project.** Clinics Mother Child Health 2013, Utah, USA, v. 11, n. 1, p. 1-3, 10 jul. 2023.

FUSQUINE, Rafaela S.; DE SOUZA, Yasmin A.; CHAGAS, Aucely C. F. **Conhecimentos e Condutas dos Profissionais de Saúde Sobre a Violência Contra a Mulher.** Revista Psicologia e Saúde, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 113–124, 2021. DOI: 10.20435/pssa.v13i1.1010. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1010> . Acesso em: 10 jun. 2024.

GARCIA, Rubya Souza. **Gênero, trabalho doméstico e de reprodução social: uma análise sobre a exploração e opressão de mulheres no capitalismo.** 2022. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/10121>. Acesso em: 05 mai 2023.

GONÇALVES, Franciele Lima; Paulino, Marijara Aparecida Neves; Almeida, Luciane M. Dinardi de. **A violência psicológica contra as mulheres, traumas e consequências.** UNIJALES. Edição Completa da Revista UNIJALES, nº 15, ano 2023. Disponível em: <https://reuni.unijales.edu.br/edicoes/15/edicao-completa.pdf#page=31> Acesso em: 10 jun. 2024.

GOVERNO DO BRASIL. **Sancionada lei do Sinal Vermelho contra violência doméstica.** 2021. Serviços e informações do Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2021/07/sancionada-lei-do-sinal-vermelho-contra-violencia-domestica>. Acesso em: 16 jul. 2024

HARTL, Judith. **1960: Primeira pílula anticoncepcional chega ao mercado.** In: 1960: Primeira pílula anticoncepcional chega ao mercado. [S. l.], 18 ago. 2020. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/1960-primeira-p%C3%ADlula-anticoncepcional-chega-ao->

mercado/a-611248#:~:text=No%20dia%2018%20de%20agosto,h%C3%A1%20bits%20sexuais%20do%20mundo%20ocidental. Acesso em: 12 dez. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil** – 2ª edição, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html>. Acesso em 01 de junho de 2023.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2016. **Dossiê Femicídio**. #InvisibilidadeMata, 2016. Disponível em <http://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/femicidio/>. Acesso em: 04 abr 2024.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO; INSTITUTO LOCOMOTIVA. Dados e Fonte. **Percepções da população brasileira sobre femicídio**. 1. ed. São Paulo: [s.n.], 2021. p. 1-76. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/percepcoes-da-populacao-brasileira-sobre-femicidio-instituto-patricia-galvao-locomotiva-2021/> Acesso em 07 abr 2024.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. **FIP-EquityRx Collection: Inclusion for all, equity for all**. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2019. Disponível em: <https://www.fip.org/file/4391>. Acesso em: 20 mai. 2024.

JARDIM, Tânia. H. N. .; PALTRINIERI, Isabel. C. S. M. **A importância da capacitação profissional, na efetivação das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher**. *Studies in social sciences review*, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 755–767, 2022. DOI: 10.54018/srv3n3-005. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/sss/article/view/678>. Acesso em: 13 jul. 2024.

JUNG, Joyce M. **Da violência doméstica e familiar contra a mulher: compreensão sobre a aplicabilidade da Lei Maria da Penha**. Anuário de Pesquisa e Extensão Unoesc, UNOESC, São Miguel do Oeste, Santa Catarina, 1 ed. V. 5, n. 1, p. 1-14, 2020.

LIMA, Luana et al. **Assistência farmacêutica na atenção primária à saúde**. Cadernos Camilliani e-ISSN: 2594-9640, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 1182-1196, out. 2021. ISSN 2594-9640. Disponível em: <<https://www.saocamilo-es.br/revista/index.php/cadernoscamilliani/article/view/326>>. Acesso em: 13 jul. 2024.

LIRA, Kalline F. S. de; CASTRO, Ricardo V. A. de. **A violência contra mulheres na representação de profissionais da saúde**. *Diaphora*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 211-230, 2020. Disponível em: <https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/230/211>. Acesso em: 14 jun. 2024.

LOIOLA, Anna Carolina Chaves. **O papel da Enfermagem frente ao acolhimento de mulheres vítimas de violência sexual: uma revisão integrativa**. 2021. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)—Universidade de Brasília, Brasília, 2021. Disponível em: [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/31019/1/2021\\_AnnaCarolinaChavesLoiola\\_tcc.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/31019/1/2021_AnnaCarolinaChavesLoiola_tcc.pdf). Acesso em 15 jul 2024.

LOPES, Denise A. M. G. **Atenção farmacêutica e consultórios farmacêuticos**. Faculdade Oswaldo Cruz. São Paulo. 16. Ed [s.n.], 2021. P. 1-9. Disponível em: [http://www.revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao\\_16\\_LOPES\\_Denise\\_Aparecida\\_Moreira\\_Gollner.pdf](http://www.revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao_16_LOPES_Denise_Aparecida_Moreira_Gollner.pdf) . Acesso em 01 ago de 2023.

MAGRIN, Juliana C.; OLIVEIRA, Wanderley A. de. **Men 's Perceptions of Domestic Violence Against Women: A Qualitative Study**. *Paideia (Ribeirão Preto)*, v. 33, p. e3302, 2023. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3302> . Acesso em 20 ago de 2024.

MELO, Victor H. de, et al. **Para elas**. 1. ed. UFMG: NESCON, 2016. p. 1-168.

MENEZES, Paulo R. de M., et al. **Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.3, p.778-786, 2014. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0778.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0778.pdf) . Acesso em 23 ago 2024.

MINAS GERAIS, Ministério Público do Estado de Minas. **Violência Doméstica Contra a Mulher.** Minas Gerais, 2019. Disponível: <https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/areas-de-atuacao/direitos-humanos/violencia-domestica-contra-a-mulher/>. Acesso em 24 de abr. de 2023.

MINAS GERAIS, Polícia Civil do Estado de. **Olhares Sobre a Violência contra a Mulher.** 2023. Disponível em Microsoft Power Bi: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiY2QyYzJjYjMtNGQ4NS00NTkzLWI1YmQtZDI4NWY4NmY3YzVlliwidCI6ImU1ZDNhZTdjLTliMzgtNDhkZS1hMDg3LWY2NzM0YTl4NzU3NCJ9&pageName=ReportSectionacb0951f581e29869ca5> . Acesso em: 1 jun. 2023.

MINAS GERAIS, Polícia Civil do Estado de. **Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e de Vítimas de Femicídio no estado de Minas Gerais.** maio, 2020. Disponível em: <http://www.seguranca.mg.gov.br/component/gmg/page/3118-violencia-contra-a-mulher?layout=print> Acesso em: : 1 jun. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec; 2004, p 1-254

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 33 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 1-41.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde.** 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 1-132.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Integral à Saúde da Mulher:** Bases programáticas. Ministério da Saúde. Brasília - Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1984. Disponível em: [https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf) Acesso em: 03/09/24

MORAES, Fabiana L. da S. **A relação entre a dependência financeira e o silêncio da mulher na violência doméstica.** Centro Universitário de Barra Mansa. Rio de Janeiro, Brasil. v.1,n.01, 2021. Disponível em: <https://revista.ubm.br/index.php/copgrad/article/view/1295> . Acesso em 22 jun 2024.

MOTA JÚNIOR, José G. .; GARCIA, Paula S. P.; MACEDO, Isabelly da S. V.; TALACIMON, Elisane A. . **Problem-based learning: uma análise das potencialidades no curso de graduação em farmácia**. Epitaya E-books, [S. l.], v. 1, n. 79, p. 63-72, 2024. DOI: 10.47879/ed.ep.2024493p63. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/1139>. Acesso em: 13 jul. 2024.

MOTTA, Danielle. **A contribuição de Heleieth Saffioti para a análise do Brasil: gênero importa para a formação social?**. Caderno CRH, [S. l.], v. 33, p. e020027, 2020. DOI: 10.9771/ccrh.v33i0.37969. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/37969> . Acesso em: 5 jul. 2024.

NAKAMURA, Isabella. B. et al. **Prevalence of Physical Violence Against Brazilian Women: Systematic Review and Meta-Analysis**. *Trauma, violence & abuse*, 24(2), 329–339.dez./2021. <https://doi.org/10.1177/15248380211029410>

OBSERVATÓRIO LEI MARIA DA PENHA. **A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará). 2006**. Disponível em: [http://www.observe.ufba.br/legislacao\\_internacional](http://www.observe.ufba.br/legislacao_internacional) . Acesso em: 17 mar. 2022.

OGBURN, Tony; VOSS, Carolyn, ESPEY Eve,. **Barriers to women's health: why is it so hard for women to stay healthy?**. *The Medical clinics of North America*, 92(5), 993–ix. 2008. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2008.05.002>

OLIVEIRA, Luís R. C. de. **Existe violência sem agressão moral?**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 67, p. 135–146, jun. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092008000200010>

OLIVEIRA, Luzia A. de, OLIVEIRA, Edevamilton de L. **A mulher no mercado de trabalho: algumas reflexões**. *Revista Eletrônica da Faculdade de Alta Floresta. Multidisciplinar*. Mato Grosso, Brasil. 8, n. 1, p. 17-27. Jun. 2019. Disponível em: <http://refaf.com.br/index.php/refaf/article/view/287> . Acesso em : 01 jul 2024.

ONU MULHERES BRASIL. **Fim da violência contra as mulheres**. [s.l.] [s.d.]. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/areas-tematicas/fim-da-violencia-contra-as-mulheres>



<https://www.paho.org/pt/topicos/equidade-genero-em-saude>. Acesso em: 18 abr. 2023.

PASINATO, Wânia; MACHADO, Bruno A. ÁVILA, Thiago P. **Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher**. 6. ed. São Paulo: Ida Gouveia. Oficina das Letras, 2019. p. 1-22.

PEDROSA, Cláudia M.; SPINK, Mary. J. P. **A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica**. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 1, p. 124–135, jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015> Acesso em: 19 mar 2024.

PENHA, Maria da. **Sobrevivi... posso contar**. 2. ed. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2012.

PEREIRA TAVARES DE ALCANTARA, Patricia; FERREIRA CARNEIRO, Fernando,; ALVES PINTO, Antonio. G.; ANTERO SOUSA MACHADO, Maria de Fátima. **Cuidado integral às mulheres vítimas de violência: desafios para a estratégia de saúde da família**. Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 96, n. 39, 2022. DOI: 10.31011/reaid-2022-v.96-n.39-art.1461. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/146> 1. Acesso em: 13 jun. 2024.

PEREIRA, Rita de C.; LORETO, Maria das Dores; TEIXEIRA, Karla M,; SOUSA, Júnia. **O fenômeno da violência patrimonial contra a mulher: percepções das vítimas**. OIKOS - Revista Brasileira de Economia Doméstica, 2013. Disponível em: <http://www.locus.ufv.br/handle/123456789/13801> . Acesso em: 13 jun. 2024.

PINTO, Lucielma S. S. et al. **Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual**. Ciência & Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Piauí., v. 22, n. 5, p. 1501-1508, jun./2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33272016> Acesso em 15 abr 2024.

POTTER, Lucy C., et al. **Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women's**

**health and domestic violence.** Int J Epidemiol. 2021 May 17;50(2):652-662. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33326019/> . Acesso em 12 abr 2024.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Guia de atendimento às mulheres em situação de violência.** Belo Horizonte: PBH, 2018. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/guia\\_atendimento\\_mulheres\\_situacao\\_violencia.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/guia_atendimento_mulheres_situacao_violencia.pdf). Acesso em: 15 jun. 2023.

REDE BRASIL ATUAL. **Violência contra a mulher: ligue 180 agora tem canal por WhatsApp.** 2023. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/violencia-contr-a-mulher-ligue-180-agora-tem-canal-por-whatsapp/>. Acesso em: 02 fev. 2024.

ROSE, Jaqueline. **Sobre violência e sobre a violência contra as mulheres.** São Paulo: Fósforo 2022. Tradução de Mônica Kalil.

SANTOS, Maria Aparecida M. dos. **Políticas públicas e a saúde da mulher no brasil e no estado de Goiás.** Dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/3029/1/MARIA%20APARECIDA%20MACHADO%20DOS%20SANTOS.pdf> . Acesso em 14 mar 2024.

SCHRAIBER, Lilia B., et al. **Violência sexual contra mulheres por parceiro íntimo e desigualdade de gênero na voz dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.** Interface (Botucatu). 2023; 27: e220656. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220656> . Acesso em 20 mai 2024.

SILVA, Amanda Daniele. **Ser homem, ser mulher: as reflexões acerca do entendimento de gênero.** In: Mãe/mulher atrás das grades: a realidade imposta pelo cárcere à família monoparental feminina [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, p. 51-100, 2015.

SILVA, Ariana. S. B. da. et al. **Perceptions of primary health care workers regarding violence against women.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 56, p. e20210097, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0097> Acesso em 13 mai 2024.

SILVA, Brunna A.; OLIVEIRA, Guilherme S.; BRITO, Ana Paula G. de **Análise de conteúdo**: uma perspectiva metodológica qualitativa no âmbito da pesquisa em educação. Cadernos da FUCAMP, São Paulo. v 20 (44), p. 52-66, 2021. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2353> .Acesso em 22 jul de 2023.

SILVA, Daniele da; SILVA, Renata L. F. Coelho. **Violência contra as mulheres nos relacionamentos conjugais e a dependência emocional**: fator que influencia a permanência na relação. Revista FINOM Humanidade e Tecnologia, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 100-115, 2020. Disponível em: [https://revistas.icesp.br/index.php/FINOM\\_Humanidade\\_Tecnologia/article/view/1008/727](https://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/1008/727). Acesso em: 15 jul. 2024.

SILVA, Vera Lucia M. da, et al. **Recomendações inter(nacionais) para enfrentamento a violências contra mulheres e meninas na pandemia de COVID-19**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 6, p. 1643–1653, jun. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.14412022> . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QCfDJfghvJ8XCHm4j7yVnnt/#> Acesso em 23 ago 2024.

SILVEIRA, Eleidiane F. da.; SANTOS, Rythylle-Lanuccy S.; MORAIS, Yolanda de J. **O uso incorreto dos contraceptivos de emergência (EA) e a contribuição da orientação farmacêutica**. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento , [S. l.], v. 11, n. 14, p. e394111436070, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i14.36070. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36070>. Acesso em: 17 jul. 2024.

SOARES, Laís de S. A.; TEIXEIRA, Evandro C. **Dependência econômica e violência doméstica conjugal no Brasil**. IPEA. Planejamento de Políticas Públicas. n. 61. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012510>. Acesso em 03 jul 2024.

SOARES, Letícia S. da S.; BRITO, Evelin S. de; GALATO, Dayani. **Percepções de atores sociais sobre Assistência Farmacêutica na atenção primária**: a lacuna do cuidado farmacêutico. Saúde em Debate, v. 44, n. 125, p. 411–426, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012510> . Acesso em 17 jan 2024.

SOUSA, Josueida de C., et al.. **Health promotion of lesbian woman: nursing care.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 35, n. 4, p. 108–113, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45308> . Acesso em 29 mai 2023.

SOUZA, Carleane L., et al. **Violência moral contra a mulher no âmbito doméstico/ Moral violence against women in the domestic scope.** Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 7, n. 9, p. 89390–89402, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n9-210. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/35907> . Acesso em: 31 mai 2024.

SOUZA, Letícia M. de, SILVA, Heloisa N., AMARAL, Mariana. **A pandemia do Coronavírus e a violência contra a mulher: uma análise de possíveis relações.** Terra & Cultura, Londrina, v. 37, n. 72, p. 79-100, jun./2020. Disponível em: <http://publicacoes.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/1474/1739> . Acesso em 03 jul 2023.

STANLEY, Nicky, et al. **Men's Talk: Men's Understandings of Violence Against Women and Motivations for Change** (2012). Violence Against Women, 18(11), 1300-1318. <https://doi.org/10.1177/1077801212470547> . Acesso em: 20 ago de 2024

STARK, Evan. **Olhando além da violência doméstica: Policiamento e controle coercitivo.** *Jornal da Polícia*. Negociações de crise,12(2), 199–217. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15332586.2012.725016> . Acesso em 2 jul 2024.

TEIXEIRA, Júlia M. da S. e P.; PEREIRA, Sabrina. **Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v. 31, n. 02 e310214. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310214>> Acesso em 13 jul 2024.

TOURANGEAU, Roger.; SMITH, Tom.W. **Asking Sensitive Questions: The Impact of Data Collection Mode, Question Format, and Question Context.** *Public Opinion Quarterly*, v. 60, p. 275-304, 1996. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2749691>. Acesso em: 23 jul. 2024

UNICEF BRASIL. **Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos> Acesso em: 27 ago. 2024

UN WOMEN. **Convention on the Elimination of all forms of discrimination against Women, 1979**. CEDAW. New York, 2016. Disponível em: <<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2016/12/cedaw-for-youth#:~:text=The%20Convention%20on%20the%20Elimination,women's%20and%20girls'%20equal%20rights>>. Acesso em: 15 abr. 2023.

UN WOMEN. **Facts and figures: Ending violence against women**. New York, 2022. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>. Acesso em: 10 de abril de 2023.

VERGÈS, FRANÇOISE. **Um teoria feminista da violência**. São Paulo: Ubu Editora, 2021. Tradução de Raquel Camargo.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on violence prevention** Geneva, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793> Acesso em: 30 maio 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women 's Health**. Geneva: 2017. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/women-s-health> . Acesso em: 30 maio 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health: summary**. Foreword by Nelson Mandela. Geneva, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42512>. Acesso em: 30 maio 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health**. Violence:a public health priority. Geneva, 1996. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179463> Acesso em: 30 maio 2023.

## ANEXOS

### ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

**Pesquisador:** Mariana Martins Gonzaga do Nascimento

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 48187521.1.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.890.177

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo transversal utilizando formulários eletrônicos. A população será composta de farmacêuticos inscritos no Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais em cenários onde usualmente são realizadas atividades clínicas: farmácias comunitárias privadas ou públicas, farmácias magistrais, hospitais, clínicas e consultórios. Será enviado para todos os farmacêuticos inscritos, por meio de e-mail institucional do CRFMG, um convite para participar em pesquisa online e à distância. O questionário será dividido em quatro partes: 1) Dados do entrevistado: contendo questões que exploram o perfil do entrevistado quanto idade, gênero, escolaridade, estado civil; 2) Dados de caracterização do ambiente de trabalho atual ou do último local em que trabalhou: contendo questões sobre a faixa salarial em relação ao piso farmacêutico, cidade do local de trabalho, se está trabalhando no momento, tipo de estabelecimento, se o local de trabalho conta com consultório farmacêutico; 3) Perfil de atuação farmacêutica em relação à saúde da mulher: contendo questões sobre a atuação e conhecimento do entrevistado a respeito da saúde da mulher, utilização de contraceptivos de emergência, anticoncepcionais, medicamentos para tratamento da candidíase vaginal, e medicamentos utilizados durante amamentação e gestação; 4) Perfil de conhecimento dos farmacêuticos em relação às questões de gênero e sua experiência profissional relacionada.

O questionário será desenvolvido e armazenado numa plataforma online e as respostas dos participantes serão recuperadas agrupados automaticamente em um banco de dados gerado pela

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad 51 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31) 3409-4592

**E-mail:** coep@cpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.893.177

plataforma eletrônica.

**Objetivo da Pesquisa:**

De acordo com os proponentes, o objetivo primário do projeto é "Investigar o perfil e fatores associados com a atuação farmacêutica no campo da saúde da mulher, bem como sua experiência e conhecimentos nessa área."

Como objetivos secundários pretendem-se:

- Descrever o perfil de conhecimento dos farmacêuticos sobre saúde da mulher;
- Descrever a atuação clínica dos farmacêuticos na área de saúde da mulher;
- Descrever a experiência dos farmacêuticos em relação às questões de gênero no ambiente profissional;
- Avaliar fatores associados à realização de atividades clínicas na área de saúde da mulher;
- Avaliar fatores associados à ocorrência de incidentes relacionados ao gênero no ambiente profissional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com os proponentes, existe o risco de desconforto ou constrangimento ao responder o questionário eletrônico.

De acordo com o TCLE: "Para participar dessa pesquisa você terá que fornecer algumas informações pessoais, o que pode gerar algum desconforto ou constrangimento para você. Caso sinta desconforto, o preenchimento do questionário poderá ser pausado e retomado quando se sentir melhor ou até mesmo interrompido e cancelado a qualquer momento se for do seu desejo. Além disso, para seu conforto, a equipe de pesquisadores envolvidos garantirá o anonimato de todos os dados informados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será divulgado em hipótese alguma e você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo. Portanto, os riscos de constrangimentos pessoais englobam a ocorrência de desconforto durante o fornecimento de informações pessoais. Não há, entretanto, riscos físicos ou de outra natureza. Será disponibilizado, entretanto, apoio por parte do pesquisador caso o estudo gere algum dano à sua integridade mental, física ou de outra natureza. Em adição, se for identificado algum dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 3005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coepi@ppq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.890.177

de Consentimento Livre e Esclarecido, você tem direito à indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.”

Ainda de acordo com os proponentes, “a participação na pesquisa, trará como benefício pessoal a reflexão sobre a temática de saúde da mulher”.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As pendências foram corrigidas. Foram anexadas as questões norteadoras do Projeto.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos: folha de rosto assinada; projeto completo; parecer com aprovação da Câmara Departamental; Formulário de Informações Básicas; TCLE; proposta de questões norteadoras do projeto; Carta resposta ao COEP.

#### **Recomendações:**

Não há.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto poderá ser aprovado, SMU.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

#### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1771929.pdf	28/07/2021 12:28:02		Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_resposta_ao_revisor.pdf	28/07/2021 12:27:32	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad 51 3025

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.890.177

Outros	Proposta_questoes_norteadores_questonario.pdf	24/07/2021 19:44:12	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_v2.pdf	24/07/2021 19:40:14	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito
Outros	Parecer_Departamental.pdf	16/06/2021 13:29:41	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito
Outros	Aprovacao_Departamental.pdf	10/06/2021 17:30:06	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito
Declaração de concordância	Carta_parceria_CRFMG.pdf	10/06/2021 13:04:17	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	10/06/2021 13:03:28	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	09/06/2021 12:01:43	Mariana Martins Gonzaga do Nascimento	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 06 de Agosto de 2021

---

**Assinado por:**  
**Crissia Carem Paiva Fontainha**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad 51 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@pppq.ufmg.br

## ANEXO B - CARTA-CONVITE E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

### CARTA-CONVITE E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Como farmacêutico inscrito no Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (CRFMG), você está sendo convidado para participar da pesquisa “ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER”. A pesquisa está sendo desenvolvida pelo Departamento de Produtos Farmacêuticos (PFA) da Faculdade de Farmácia/UFMG. Este estudo visa investigar o perfil da atuação farmacêutica no campo da saúde da mulher e sua experiência em questões relacionadas ao gênero.

Como é para investigação, mesmo que você nunca tenha atuado ou não atue com tanta frequência nesta área, sua participação é fundamental para a descrição do perfil de atuação – todas as respostas são importantes para o nosso estudo. Assim, se não tiver atuado frequentemente na área, pedimos que participe da pesquisa assim mesmo.

Por favor, leia cuidadosamente as informações a seguir antes de decidir participar ou não desta pesquisa. Ao assinalar “sim”, você concorda em participar dessa pesquisa conforme os termos expostos neste documento. Se optar por assinalar “não”, nenhum dado seu será solicitado.

#### 1. POR QUE ESTOU CONVIDADO A PARTICIPAR?

O objetivo deste estudo é investigar o perfil da atuação farmacêutica no campo da saúde da mulher e sua experiência em questões relacionadas ao gênero.

#### 2. O QUE DEVO FAZER?

Solicitamos que preencha um questionário eletrônico, independentemente de você atuar nesta área ou não. O preenchimento do questionário será assumido como

concordância, e as informações prestadas farão parte da pesquisa. Nenhuma informação individual será analisada no trabalho, e não haverá nenhuma forma de relacionar suas declarações com os resultados analisados. O sigilo em pesquisa é obrigatório e definido em lei. Por outro lado, ao responder, você concorda em permitir que a equipe utilize suas informações para análises estatísticas, e consequente publicação em meios científicos ou de divulgação popular de conhecimentos científicos. As informações serão armazenadas em banco de dados que ficará armazenado em computador utilizado para a pesquisa na Faculdade de Farmácia da UFMG e depois de cinco (05) anos, serão apagados.

### 3. QUANTO TEMPO IRÁ GASTAR PARA RESPONDER O QUESTIONÁRIO?

O questionário vai exigir cerca de 20 minutos do seu tempo.

### 4. MINHA PARTICIPAÇÃO É OBRIGATÓRIA? RECEBEREI ALGUM TIPO DE BENEFÍCIO POR ELA?

Sua participação não é obrigatória, não será remunerada ou paga sob qualquer forma e não trará qualquer outro tipo de benefício financeiro. Sua participação trará como benefício pessoal a reflexão sobre a temática de saúde da mulher.

### 5. PODE HAVER ALGUM RISCO OU CONSTRANGIMENTO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA? MEUS DADOS SERÃO DIVULGADOS?

Para participar dessa pesquisa, você terá que fornecer algumas informações pessoais, o que pode gerar algum desconforto ou constrangimento para você. Caso sinta desconforto, o preenchimento do questionário poderá ser pausado e retomado quando se sentir melhor ou até mesmo interrompido e cancelado a qualquer momento se for do seu desejo. Além disso, para seu conforto, a equipe de pesquisadores envolvidos garantirá o anonimato de todos os dados informados.

Seu nome ou o material que indique sua participação não será divulgado em hipótese alguma e você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Portanto, os riscos ou constrangimentos pessoais englobam a ocorrência de desconforto durante o fornecimento de informações pessoais. Não há, entretanto, riscos físicos ou de outra natureza. Será disponibilizado, contudo, apoio por parte do pesquisador caso o estudo gere algum dano à sua integridade mental, física ou de outra natureza.

#### 6. E SE EU TIVER DÚVIDAS, COMENTÁRIOS, OU ME SINTA LESADO?

Você pode entrar em contato, a qualquer momento, com a coordenadora responsável pelo projeto, Mariana Martins Gonzaga do Nascimento, Professora do Departamento de Produtos Farmacêuticos (PFA) pelo telefone (31)34096728 ou pelo e-mail [marianamgn@yahoo.com.br](mailto:marianamgn@yahoo.com.br). O gabinete da professora está localizado na sala 3054 do bloco 3 da Faculdade de Farmácia no campus da UFMG em Belo Horizonte.

Também poderá ser contactado o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG por meio do telefone (31) 3409-4592, e-mail [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br), ou no endereço Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, CEP 31270-901.

#### 7. E SE EU MUDAR DE IDEIA E NÃO QUISER MAIS PARTICIPAR DA PESQUISA?

Mesmo que você concorde e responda o questionário, ainda assim, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, bem como solicitar que as informações prestadas sejam excluídas da pesquisa. Por essa razão, solicitamos apenas os 3 primeiros números do seu CRF para evitar duplicidade de respostas, embora nada seja analisado envolvendo o mesmo.

Ao clicar em "Sim", você declara estar de acordo em participar desta pesquisa: Declaro que concordo em participar da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER". Declaro que fui informado dos

objetivos da pesquisa e dos riscos potenciais de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim desejar.

Sim  Não

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

---

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER".

1. Ao clicar em "Sim", você declara estar de acordo em participar dessa pesquisa: Declaro que concordo em participar da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER". Declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa e dos riscos potenciais de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim desejar. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

PARTE A - SOBRE VOCÊ, RESPONDA AS PERGUNTAS SEGUIR:

2. Quais os 3 primeiros números do seu CRF? \*

\_\_\_\_\_

3. 1) Idade \*

\_\_\_\_\_

4. 2) Gênero \*

*Marcar apenas uma oval.*

Mulher

Homem

Outro: \_\_\_\_\_

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER".

## 5. 3) Raça/etnia \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Branca

## 6. 4) Escolaridade (pode ser marcada mais de uma alternativa): \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Graduação
- Especialização
- MBA
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

## 7. 5) Estado civil: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Solteira (o)
- Casada (o)
- União estável
- Divorciada (o)
- Viúva (o)

## 8. 6) Ano de formatura na graduação em farmácia: \*

---

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER".

**PARTE B - SOBRE SEU  
AMBIENTE DE  
TRABALHO, RESPONDA  
AS PERGUNTAS A  
SEGUIR**

Caso esteja trabalhando atualmente, as perguntas referem-se ao ambiente atual de trabalho; caso não esteja trabalhando atualmente, as perguntas referem-se ao último local em que trabalhou.

9. 7) Você está trabalhando no momento? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

10. 8) Qual é o local que você está trabalhando atualmente (ou último local onde trabalhou se não estiver trabalhando atualmente): \*

*Marcar apenas uma oval.*

Farmácia ou drogaria associada a rede associativista

Farmácia ou drogaria pertencente a grandes redes

Farmácia ou drogaria independente

Farmácia pública

Hospital

Clínica

Consultório independente

Farmácia-escola

Outro: \_\_\_\_\_

11. 9) Você está trabalhando em mais de um local? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER".

12. Se a resposta para a questão 9 for sim, especifique o tipo de estabelecimento do seu 2º local de trabalho:

*Marcar apenas uma oval.*

- Farmácia ou drogaria associada a rede associativista
- Farmácia ou drogaria pertencente a grandes redes
- Farmácia ou drogaria independente
- Farmácia pública
- Hospital
- Clínica
- Consultório independente
- Farmácia-escola
- Outro: \_\_\_\_\_

13. 10) Você está trabalhando no estado de Minas Gerais atualmente (ou seu último local de trabalho foi em Minas Gerais se não estiver trabalhando atualmente)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- sim
- não

14. 11) Qual é a cidade onde você está trabalhando atualmente (ou último local onde trabalhou se não estiver trabalhando atualmente)? \*

\_\_\_\_\_

15. 12) O local em que você está trabalhando atualmente (ou último local onde trabalhou se não estiver trabalhando atualmente) apresenta um consultório ou sala privativa para atender pacientes? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER".

16. 13) A soma dos seus rendimentos como profissional atuante na ÁREA DE FARMÁCIA atualmente ou no último local onde trabalhou está em qual faixa? (em salários mínimos) \*

Marcar apenas uma oval.

- De 1 a 2
- Acima de 2 até 3
- Acima de 3 até 4
- Acima de 4 até 5
- Acima de 5 até 6
- Acima de 6 até 7
- Acima de 7 até 8
- Acima de 8 até 9
- Acima de 9

Pular para a pergunta 17

PARTE C - SOBRE O ENTENDIMENTO SOBRE A SAÚDE DA MULHER, RESPONDA:

17. 14) O que você entende por SAÚDE DA MULHER? \*

---

---

---

---

---

PARTE D - SOBRE A SAÚDE DA MULHER, RESPONDA AS QUESTÕES A SEGUIR.

18. 15) Você realiza alguma dessas orientações sobre a saúde da mulher? Pode marcar mais de uma. \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Uso de anticoncepcionais
- Métodos contraceptivos
- Menopausa
- Manejo de doenças ginecológicas
- Uso de hormônios para transição de gênero
- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
- Manejo de doenças hormonais e/ou endócrinas
- Uso de medicamentos e/ou cuidados à lactante
- Uso de medicamentos e/ ou cuidados à gestante
- Climatério
- Tensão pré-menstrual
- Dismenorréia
- Manejo de Câncer de colo de útero e de mama
- Não realizo

Outro:  \_\_\_\_\_

19. 16) Quantas vezes você realiza uma orientação sobre a saúde da mulher POR SEMANA? \*

\_\_\_\_\_

#### CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA (PILULA DO DIA SEGUINTE)

20. 17) Você realiza orientações sobre o uso de contraceptivo de emergência (pilula do dia seguinte)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não *Pular para a pergunta 23*

#### PARTE E - SOBRE CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA (PÍLULA DO DIA SEGUINTE) , RESPONDA AS QUESTÕES A SEGUIR.

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER".

21. 18) Qual orientação sobre contraceptivo de emergência você realiza? (você pode selecionar mais de uma alternativa) \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Sobre indicações terapêuticas
- Sobre contraindicações
- Sobre uso durante a gestação
- Sobre uso durante a lactação
- Sobre interações medicamentosas
- Sobre efeitos adversos
- Opções de mercado ou apresentações disponíveis
- Sobre posologia e como utilizar
- Sobre efetividade relacionada ao tempo de administração após atividade sexual
- Sobre educação sexual de forma geral

Outro:  \_\_\_\_\_

22. 19) Quantas vezes NA SEMANA você faz orientação sobre o uso de contraceptivo de emergência? \*

\_\_\_\_\_

#### ANTICONCEPCIONAL

23. 20) Você realiza orientações sobre o uso de anticoncepcional? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não *Pular para a pergunta 26*

PARTE F - SOBRE ANTICONCEPCIONAL, RESPONDA AS QUESTÕES A SEGUIR.

PARTE G - SOBRE O TRATAMENTO CANDIDÍASE VAGINAL, RESPONDA AS QUESTÕES A SEGUIR.

28. 25) Qual orientação sobre tratamento de candidíase vaginal você realiza? (você pode selecionar mais de uma alternativa) \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Sobre indicações terapêuticas de medicamentos
- Sobre contraindicações de medicamentos
- Sobre uso de medicamento durante a gestação
- Sobre uso de medicamento durante a lactação
- Sobre interações medicamentosas
- Sobre efeitos adversos de medicamentos
- Opções de mercado ou apresentações disponíveis de medicamentos
- Sobre posologia de medicamentos e como utilizar
- Sobre medidas não farmacológicas para prevenção da candidíase
- Sobre a fisiopatologia da infecção por candidíase

Outro:  \_\_\_\_\_

29. 26) Quantas vezes na SEMANA você faz orientações sobre o tratamento de candidíase vaginal? \*

\_\_\_\_\_

AMAMENTAÇÃO/LACTAÇÃO

30. 27) Você realiza orientações sobre o uso de medicamentos durante AMAMENTAÇÃO/LACTAÇÃO? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim, frequentemente
- Sim, esporadicamente
- Não *Pular para a pergunta 35*

PARTE H - SOBRE USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A AMAMENTAÇÃO/LACTAÇÃO, RESPONDA AS QUESTÕES A SEGUIR.

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER".

31. 28) Quais informações você coleta quando vai avaliar o uso de medicamentos na amamentação/lactação? (você pode selecionar mais de uma alternativa) \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Se a pessoa está amamentando
  - Sobre a frequência em que a pessoa está amamentando
  - Se a amamentação é em livre demanda
  - Se o aleitamento materno é exclusivo
  - Idade da criança que está sendo amamentada
  - Histórico de saúde da criança que está sendo amamentada
  - Histórico de saúde da pessoa que está amamentando
  - Medicamentos usados pela criança que está sendo amamentada
  - Medicamentos usados pela pessoa que está amamentando
  - Se os medicamentos usados têm prescrição médica
  - Se a pessoa recebeu alguma orientação de algum outro profissional sobre uso de medicamentos durante a amamentação
  - Se a pessoa que está amamentando está utilizando plantas medicinais e/ou medicamentos fitoterápicos
  - Se a pessoa que está amamentando está utilizando medicamentos homeopáticos
- Outro:  \_\_\_\_\_

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER".

32. 29) Qual orientação sobre o uso medicamentos na amamentação/lactação você realiza? (você pode selecionar mais de uma alternativa) \*

Marque todas que se aplicam.

- Sobre indicações terapêuticas de medicamentos mais seguros
- Sobre contraindicações de medicamentos menos seguros
- Sobre a passagem do medicamento para o leite
- Sobre os riscos dos medicamentos usados pela pessoa que está amamentando para a criança durante a amamentação
- Sobre os riscos dos medicamentos usados impactarem na produção de leite humano
- Sobre os melhores horários para usar medicamentos durante o período de lactação
- Sobre o uso de medicamentos para aumentar a produção de leite
- Sobre o uso de medicamentos para interromper a produção de leite
- Sobre opções de medicamentos cujo uso não seja sistêmico (ex.: tópico)
- Sobre uso de antidepressivos durante a amamentação
- Sobre o uso de analgésicos ou antitérmicos durante a amamentação
- Sobre uso de plantas medicinais e/ou medicamentos fitoterápicos durante a amamentação
- Sobre o uso de medicamentos homeopáticos durante a amamentação

Outro:  \_\_\_\_\_

33. 30) Quantas vezes na SEMANA você faz orientações sobre o uso de medicamentos durante amamentação/lactação? \*

\_\_\_\_\_

34. 31) Onde você busca informações sobre o uso de medicamentos durante a amamentação/lactação? \*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## GESTAÇÃO

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER".

35. 32) Você realiza orientações sobre o uso de medicamentos durante a GESTAÇÃO? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim, frequentemente  
 Sim, esporadicamente  
 Não *Pular para a pergunta 40*

PARTE I - SOBRE USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO, RESPONDA AS QUESTÕES A SEGUIR.

36. 33) Quais informações você coleta quando vai avaliar o uso de medicamentos na gestação? (você pode selecionar mais de uma alternativa) \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Qual o tempo de gestação  
 Histórico de saúde da pessoa gestante  
 Medicamentos usados pela pessoa gestante  
 Se os medicamentos usados têm prescrição médica  
 Se a pessoa gestante recebeu alguma orientação sobre uso de medicamentos durante a gestação de outros profissionais  
 Se é uma gestação de alto risco  
Outro:  \_\_\_\_\_

37. 34) Qual orientação sobre o uso de medicamentos na gestação você realiza?  
(você pode selecionar mais de uma alternativa) \*

Marque todas que se aplicam.

- Sobre indicações terapêuticas de medicamentos mais seguros
- Sobre contraindicações de medicamentos menos seguros
- Sobre a passagem do medicamento pela placenta
- Sobre os riscos dos medicamentos usados durante a gestação para a criança
- Sobre os riscos dos medicamentos usados impactarem no nascimento da criança
- Sobre opções de medicamentos cujo uso não seja sistêmico (ex.: tópico)
- Sobre o uso de medicamentos para náuseas e vômitos durante a gestação
- Sobre uso de antidepressivos durante a gestação
- Sobre o uso de analgésicos ou antitérmicos durante a gestação
- Sobre o uso de anticoagulantes durante a gestação
- Sobre uso de plantas medicinais e/ou medicamentos fitoterápicos durante a gestação
- Sobre uso de medicamentos homeopáticos durante a gestação

Outro:  \_\_\_\_\_

38. 35) Quantas vezes na SEMANA você faz orientações sobre o uso de medicamentos durante gestação? \*

\_\_\_\_\_

39. 36) Onde você busca informações sobre o uso de medicamentos durante a gestação? \*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER".

PARTE J -  
SABENDO  
QUE  
SAÚDE  
DA  
MULHER  
É:

A promoção à atenção integral à saúde das mulheres em todos os momentos dos ciclos de vida, tendo em vista as questões de gênero, de orientação sexual, de raça/etnia e os determinantes e condicionantes sociais que impactam na saúde e na vida das mulheres, preconizando a assistência humanizada e qualificada em todos os níveis de atenção, realizando ações focadas na organização do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.  
RESPONDA AS PERGUNTAS A SEGUIR:

40. 37) Quais dúvidas você tem sobre essa temática que te ajudariam na sua atuação profissional? \*

---

---

---

---

---

41. 38) Você gostaria de fazer algum curso sobre saúde da mulher? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

42. Se a resposta à pergunta 38 for sim, qual curso sobre saúde da mulher você gostaria de fazer? \*

---

---

---

---

---

PARTE K- CONSIDERANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, RESPONDA:

43. 39) O que você entende por violência contra à mulher? \*

---



---



---



---



---

PARTE L:  
CONSIDERANDO  
AS DEFINIÇÕES  
ABAIXO E SUA  
EXPERIÊNCIA EM  
RELAÇÃO À  
VIOLÊNCIA DE  
GÊNERO,  
RESPONDA:

**FORMAS DE VIOLÊNCIA SEGUNDO O CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA:**

Violência de gênero: violência sofrida pelo fato de se ser mulher, sem distinção de raça, classe social, religião, idade ou qualquer outra condição, produto de um sistema social que subordina o sexo feminino.

Violência contra a mulher: é qualquer conduta – ação ou omissão – de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo simples fato de a vítima ser mulher e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Essa violência pode acontecer tanto em espaços públicos como privados.

**FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SEGUNDO A LEI O ARTIGO 7º DA LEI Nº 11.340/2006 ( LEI MARIA DA PENHA):**

- I – a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- II – a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- III – a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- IV – a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
- V – a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

44. 40) Você já identificou uma situação de violência à mulher com alguma PACIENTE MULHER que frequenta sua farmácia/ambiente de trabalho? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

45. Se a resposta à pergunta 40 for sim, explique uma que mais chamou sua atenção:

---

46. 41) Você já identificou uma situação de violência/assédio à mulher relacionada a uma colega FARMACÊUTICA no seu ambiente de trabalho? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

47. Se a resposta à pergunta 41 for sim, explique qual foi a situação de violência/assédio identificada que mais chamou sua atenção:

---

---

---

---

---

48. 42) Você sabe o que fazer caso seja vítima ou identifique uma situação de violência/assédio à mulher em seu ambiente de trabalho? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER".

49. Se a resposta à pergunta 42 for sim, especifique:

---

---

---

---

---

Se você é uma MULHER FARMACÊUTICA, responda as questões a seguir:

50. Sou mulher farmacêutica \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

51. 43) Você já se sentiu prejudicada profissionalmente por ser mulher no seu ambiente de trabalho?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

52. Se a resposta à pergunta 43 for sim, explique:

---

---

---

---

---

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER".

53. 44) Você já foi exposta à violência e/ou ameaça de violência em seu local de trabalho? (você pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Sim, violência  
 Sim, ameaça de violência  
 Não fui exposta

54. Se a resposta à pergunta 44 for sim, por parte de quem:

---

55. 45) Você já foi exposta à atenção sexual indesejada em seu local de trabalho?

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

56. Se a resposta à pergunta 45 for sim, por parte de quem:

PARTE M - O QUE É  
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA  
E FAMILIAR CONTRA A  
MULHER?

Qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral ou patrimonial:

- a) no âmbito doméstico – espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;  
b) no âmbito da família - comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;  
c) em qualquer relação íntima de afeto - o agressor convive ou conviveu com a ofendida, independentemente de coabitação.  
SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER  
RESPONDA A PERGUNTA A SEGUIR:

26/10/21, 11:29

Questionário da pesquisa "ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER".

57. 46) Você já foi vítima de violência doméstica?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

58. Se a resposta à pergunta 46 for sim, por parte de quem:

---

59. 47) Você sabe o que fazer caso seja vítima de violência doméstica?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

60. Se a resposta à pergunta 47 for sim, especifique:

---

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

## APÊNDICE B - ARTIGO I

### IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER POR PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS

Artigo submetido para publicação pela Revista Panamericana de Salud Pública

#### **Violência contra a mulher identificada por profissionais farmacêuticos: um ponto de vista peculiar e estratégico**

Ághata Scarlett de Assis Vieira<sup>1</sup>, Isabela Viana Oliveira<sup>2</sup>, Elaine Cristina Coelho Baptista<sup>3</sup>,  
Aline Silva de Assis Santos<sup>4</sup>, Mariana Martins Gonzaga do Nascimento<sup>5</sup>

1 – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pósgraduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Belo Horizonte, Brasil,  
[aghatas17@gmail.com](mailto:aghatas17@gmail.com)

2 – Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

3 - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pósgraduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Belo Horizonte, Brasil

4 - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pósgraduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Belo Horizonte, Brasil

5 - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Departamento de Produtos Farmacêuticos, Belo Horizonte, Brasil

#### **Resumo**

**Objetivo.** Descrever situações de violência contra pacientes mulheres identificadas por profissionais farmacêuticos em seus ambientes de trabalho e avaliar fatores associados.

**Método.** Trata-se de pesquisa de métodos mistos para análise dos resultados de uma *survey* online, respondida por profissionais inscritos no Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais entre setembro de 2021 e março de 2022. Foram exploradas respostas da *survey* às questões: "Você já identificou uma situação de violência contra mulheres com alguma paciente que frequenta sua farmácia/ambiente de trabalho?"; "Descreva uma situação de violência contra mulheres que mais chamou sua atenção." As análises quantitativas

determinaram a frequência da identificação dos tipos de violência e fatores associados. As qualitativas, realizadas através da análise de conteúdo, estabeleceram relação entre o conteúdo dos relatos e a tipificação da violência.

**Resultados.** De 139 respondentes, 30,6% identificaram situações de violência contra mulheres em seus ambientes de trabalho, sendo a violência psicológica (47,6%), e física (22,8%), as mais frequentes. Na descrição das situações identificadas, prevaleceu o uso das palavras “violência”, “medo” e do conjunto de termos referentes ao agressor. Os resultados demonstraram que a violência está presente no ambiente de trabalho dos profissionais farmacêuticos, que vivenciam desde formas mais brandas até mais severas dessas.

**Conclusão.** Apesar da temática pouco discutida, esses profissionais reconheceram diversas situações como atos de violência, evidenciando o importante papel de suporte que esses têm para pacientes em situações de violência e a necessidade da capacitação e sensibilização para a criação de um ambiente seguro e acolhedor.

**Palavras-chave:** farmacêuticos; saúde da mulher; violência contra a mulher; violência de gênero.

## **Introdução**

A violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos e um fator limitante do desenvolvimento humano, já que, mesmo com diversas iniciativas de enfrentamento propostas por organizações nacionais e internacionais, sua incidência segue em ascensão, sendo estimado que uma em cada três mulheres no mundo já tenha sofrido violência física e/ou sexual (1). Trata-se de um fenômeno que afeta mulheres em todo o mundo, atravessa fronteiras culturais e econômicas, independente da faixa etária, raça ou cor (2,3,4).

No Brasil, de acordo com a Lei nº 11.340/2006, conhecida como “Lei Maria da Penha” e tida como uma das legislações mais avançadas neste campo, “configura-se violência qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (5,6). Mesmo com a disponibilidade de legislação robusta, no Brasil, estima-se que uma mulher sofra agressão física, verbal ou psicológica a cada dois segundos (7,8). Desta forma, a violência contra a mulher é um problema de saúde pública nacional, que impacta substancialmente na saúde das mulheres (2,9).

Com o intuito de estabelecer uma rede de apoio e combate à violência contra a mulher sólida, campanhas foram lançadas no Brasil, destacando-se a Campanha do Sinal Vermelho, criada em 2020 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), e depois sancionada pela Lei nº 741/2021. Ela oferece uma alternativa segura e silenciosa de denúncia para as mulheres, que podem desenhar um “X” vermelho na palma da mão para sinalizar a situação de violência (10). Com aproximadamente 10 mil estabelecimentos em todo o país aderindo à causa, incluindo farmácias, a rede de apoio cresce exponencialmente, o que representa um avanço significativo na proteção das mulheres vítimas de violência no Brasil (10,11).

Neste âmbito, a capilaridade, disponibilidade e distribuição geográfica das farmácias e da(o) farmacêutica(o), fazem com que esse ambiente e essa(e) profissional representem frequentemente o primeiro ponto de acesso ao cuidado, configurando uma potencialidade no acolhimento e orientação em casos de violência contra a mulher (12,13). Desta forma, farmacêuticas(os) têm um papel crucial na identificação e suporte às mulheres em situação de violência. Contudo, possuem uma compreensão limitada sobre violência de gênero e legislações do âmbito, o que pode reduzir a efetividade da assistência prestada neste âmbito (12,14). Torna-se, assim, fundamental que desenvolvam um entendimento acerca do impacto da violência na vida das mulheres, e sejam capacitadas(os) para realizar um acolhimento adequado, humanizado, baseado na escuta ativa e livre de discriminações, em todos os níveis de atenção à saúde.

Para permitir a evolução da prática farmacêutica e capacitação profissional aplicada ao contexto real, é importante elucidar a interseção entre a atuação farmacêutica e as situações de violência contra a mulher. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi descrever situações de violência contra pacientes mulheres identificadas por profissionais farmacêuticos em seus ambientes de trabalho e avaliar fatores associados à sua identificação. Pontua-se que este artigo tem sob égide o respeito às diversas expressões de gênero, e, portanto, opta-se por adotar o termo “farmas” para se referir ao coletivo total de profissionais farmacêuticos. Quando houver recorte de gênero, serão adotados os termos em concordância nominal com a gramática portuguesa.

## **Método**

Esta pesquisa é o recorte de um projeto de escopo maior, intitulado “Atuação do Farmacêutico no Cuidado Integral à Saúde da Mulher”. Para sua construção, foi utilizada uma abordagem

quantitativa descritiva combinada a diferentes instrumentos qualitativos da análise de conteúdo proposta por Bardin (15), a partir da coleta de dados de um questionário online e à distância (*survey*), aplicado entre setembro de 2021 e março de 2022.

A população do estudo foi constituída por 16.607 profissionais farmacêuticos inscritos no Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (CRF-MG), atuantes em cenários nos quais são realizadas atividades clínicas: farmácias comunitárias privadas ou públicas, farmácias magistrais, hospitais, clínicas e consultórios. Um e-mail institucional do CRF-MG contendo uma carta-convite para participação da pesquisa foi enviado para todos os profissionais farmacêuticos com inscrição ativa. O convite também foi divulgado em mídias sociais, pelo CRF-MG e pesquisadoras do projeto, até que fosse obtida uma amostra mínima de 376 profissionais, definida considerando um nível de significância de 95,0% e erro amostral de 5% para prevalências entre 1,0 e 50,0%.

Quanto à estrutura das perguntas da *survey*, seguiu-se o modelo adaptado de entrevistas semiestruturadas, sendo incluídas questões fechadas para coleta de dados do perfil de respondentes (idade, gênero, cor de pele e estado civil, entre outros), local de trabalho e atuação de farmas; e questões abertas para explorar as vivências de farmas no que tange à saúde integral da mulher e outras questões relacionadas ao gênero, como a violência. Todos os dados obtidos na *survey* foram agrupados automaticamente em um banco de dados gerado pela plataforma eletrônica Google Forms®.

Para explorar as respostas dados por respondentes às questões "*Você já identificou uma situação de violência à mulher com alguma paciente mulher que frequenta sua farmácia/ambiente de trabalho?*" e "*Explique uma situação de violência à mulher com alguma paciente mulher que mais chamou sua atenção.*", adotou-se abordagem mista, quantitativa e qualitativa, baseadas no método de Bardin (15). Primeiramente, determinou-se a prevalência de identificação de incidentes de violência contra pacientes mulheres entre farmas respondentes, estabelecida como variável dependente. Depois, avaliou-se a proporção de identificação de incidentes em relação às variáveis independentes relativas ao perfil profissional e ao local de trabalho, utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson a um nível de confiança de 5%. A força da associação entre a variável dependente e independentes foi determinada pela medida de *Odds Ratio* (OR) e seu intervalo de confiança de 95% (IC<sup>95%</sup>).

As respostas de farmas à questão aberta sobre situações de violência contra a paciente mulher também foram analisadas por meio de métodos mistos de análise de conteúdo (15). Como

fruto desta análise, casos ilustrativos que exemplificam os tipos situações de violência contra pacientes mulheres no contexto da atuação farmacêutica foram descritos com base nas características e descrições presentes nos relatos dos profissionais e na tipificação e conceito de violência, definidos pela Lei Maria da Penha (violência física, psicológica, sexual, patrimonial e/ou moral)(5).

Também foi avaliada a frequência das palavras utilizadas nos relatos de farmas sobre situações de violência contra a paciente mulher. Para tal, todos os substantivos, adjetivos e verbos das respostas abertas foram separados e adicionados a um sítio eletrônico, permitindo sua representação gráfica em formato de nuvem de palavras. Pronomes e artigos foram desconsiderados devido às suas funções de conectivos da língua portuguesa, sem sentido quando vistos de forma isolada. O substantivo "mulher" também foi desconsiderado na análise, tendo em vista que a pergunta foi específica ao solicitar relatos de violência contra a paciente mulher e sua frequência poderia interferir na construção da nuvem de palavras. Todavia, "violência" e "paciente" foram mantidos pois entende-se que o uso destes substantivos refletem a percepção do profissional sobre o status da mulher atendida.

Para as análises qualitativas, utilizou-se o *software* NVivo®; e para as análises quantitativas, o *software* Stata®. O projeto "Atuação do Farmacêutico no Cuidado Integral à Saúde da Mulher" foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da XXXX, no dia 06 de agosto de 2021, sob registro CAAE 48187521.1.0000.5149, sendo respeitado todos os princípios éticos de pesquisa em saúde.

## **Resultados**

Foram obtidas 455 respostas no questionário da pesquisa, e 139 (30,6%) farmas sinalizaram já ter identificado uma situação de violência à mulher com alguma paciente em sua farmácia/ambiente de trabalho. Respostas positivas à identificação de situação de violência mostraram-se associadas com ser mulher ou pessoa não binária (OR = 1,86; IC<sup>95%</sup> = 1,01-3,41; p = 0,043) e também com ser uma pessoa viúva ou divorciada (OR = 3,15; IC<sup>95%</sup> = 1,35-7,33; p = 0,017) (Tabela 1).

Dentre as pessoas que relataram ter identificado uma situação de violência, 11 (7,9%) não responderam à questão aberta "*Explique uma situação de violência à mulher com alguma paciente mulher que mais chamou sua atenção*". Portanto, foram obtidas 128 respostas abertas, sendo que 7 (5,0%) farmas não descreveram a violência em si, mas pontuaram

características frequentes nessas situações, como: desconhecimento sobre o que é violência contra a mulher; as justificativas dadas pelas mulheres e pela sociedade para a violência sofrida; a ineficiência dos serviços de saúde e autoridades competentes em lidar com situações de violência; e a repetição dos casos de violência.

Respostas que apresentavam a descrição de situações de violência foram 121 (87,1%) ao total. Na representação do conteúdo destas respostas por nuvem de palavras, observou-se o destaque para as palavras “violência”, “medo”, o conjunto de termos referentes ao agressor (agressor, marido, parceiro, companheiro, esposo, cônjuge) e os tipos de violência (sexual, psicológica e física) (Figura 1).

Dentre as respostas com relatos sobre situações de violência, os tipos mais frequentes foram a violência psicológica 69 (47,6%) e física 33 (22,8%) (Tabela 2). Casos ilustrativos dos tipos de violência, construídos a partir do conteúdo das respostas e associadas ao conceito determinado pela Lei Maria da Penha, também encontram-se na Tabela 2.

## **Discussão**

O presente trabalho possui caráter inédito ao discutir as situações de violência contra pacientes mulheres identificadas por farmas em seus locais de trabalho. Os relatos dos profissionais, coletados nesta pesquisa corroboram com dados da literatura acerca das barreiras do enfrentamento da violência contra a mulher e o impacto desse acontecimento na vida dessas. Quanto à atuação de farmas, o estudo das experiências vivenciadas por esses profissionais são essenciais, partindo-se do pressuposto que a captação do ambiente que favorece a violência contra as mulheres é a primeira abordagem para enfrentá-la de forma adequada, sendo fundamental que farmas saibam identificar as violências presentes em seus ambientes de trabalho e tomar atitudes em defesa dessas pacientes.

Nesse contexto, a elevada frequência de identificação de situações de violências por farmas (30,6%) condiz com um perfil de atenção desses profissionais frente aos acontecimentos, sobretudo levando-se em consideração que sua visão se insere numa sociedade que ainda não identifica com facilidade situações de violência (16, 17). Além de identificar, esse profissional também deve ser capaz de compreender e problematizar o que está diante de seus olhos. Logo, a barreira em achar que a violência de gênero é um problema só da mulher em situação

de violência, deve ser rompida, pois a violência é a mais severa manifestação do machismo e do patriarcado, e deve ser combatida por todos (18,19, 20).

Também foi possível estabelecer uma associação positiva entre relatar violência contra mulheres e ser mulher/pessoa não binária (OR = 1,86; IC<sup>95%</sup> = 1,01-3,41; p =0,043), abrindo espaço para inferência de que as mulheres estão mais envolvidas e engajadas nas situações de violência contra a mulher. Isso pode ser um reflexo do processo de identificação ou empatia com os relatos, bem como de uma melhor compreensão acerca do que caracteriza a violência, como ela se manifesta e como impacta a vida das mulheres em diferentes ambientes. Tal resultado também pode advir do fato de mulheres em situação de violência sentirem-se mais confortáveis e representadas ao buscar o atendimento de farmacêuticas.

Quanto à associação entre identificar situação de violência contra a mulher ser pessoa viúva/divorciada (OR = 3,15; IC<sup>95%</sup> = 1,35-7,33; p =0,017), destaca-se que, no Brasil, esse é o grupo de mulheres mais exposto às situações de violência, e que também se sente mais encorajado a discutir a temática (21). Este resultado também nos leva a refletir que, de modo geral, pode haver um desinteresse masculino em discutir questões de gênero, como a violência sofrida pelas mulheres (22). Esse desinteresse pode estar relacionado ao desconforto que o tema provoca nos homens, levando a uma hesitação em abordar o assunto abertamente, pois, mesmo com a compreensão crescente de que a violência contra as mulheres não é um problema individual, mas sim coletivo e de interesse de todos, a resistência em discutir esse tema persiste (19).

Se por um lado a identificação de situações de violência contra a mulher foi frequente, é importante ressaltar que mais da metade de farmas (n=72; 51,8%) não dispunha de consultório em seu ambiente de trabalho. Este dado vai ao encontro da discussão já existente sobre a necessidade de qualificar o ambiente de trabalho farmacêutico bem como os serviços clínicos prestados por farmas, pensando que, em diferentes contextos de atendimento, pode haver contato com uma paciente em situação de violência (23).

A descrição das situações de violência adicionada à nuvem de palavras gerou destaque aos termos “violência” e “paciente”, marcadores claros de que farmas reconhecem as situações que descreveram como um ato de violência contra uma paciente. As palavras “companheiro”, “parceiro” ou “marido” também chamam atenção na nuvem, validando as estatísticas nacionais que descrevem o parceiro íntimo como principal agressor, e a análise feita pela

ONU, entre 2000 e 2018 em 161 países distintos, que relatou que uma em cada três mulheres já foram submetidas à violência por seu parceiro ou ex-parceiro (1, 24, 25).

Outra palavra em destaque na nuvem de palavras foi “medo”, indo de encontro aos dados que demonstram que esse sentimento é, frequentemente, um fator limitante de denúncias e um dos motivos da subnotificação do número de casos de violência (26). Há o medo do agressor e o medo do julgamento que sofrerá, fato este que nos impede de dimensionar o real impacto da violência contra as mulheres na sociedade e a efetividade dos mecanismos de proteção e prevenção vigentes (17).

A palavra “psicológica” também se destacou na nuvem de palavras e na frequência de tipo de violência descrita por farmas (47,6%), demonstrando que, por mais que existam diversos tipos de violência contra a mulher, a psicológica possui elevada frequência e tende a ser comum na maioria dos casos (27). Este tipo de violência condiciona a mulher a um estado de sofrimento mental, através de um controle coercitivo, configurando um padrão de dominação baseado na intimidação, isolamento e controle ao qual o agressor submete sua companheira (28). Trata-se de um tipo de violência que dificilmente é denunciado ou levado a sério, uma vez que tende a ser normalizado e justificado pela sociedade e pela própria vítima. Desta forma, é comum que a mulher seja exposta a esse tipo de violência silenciosa durante longos períodos antes de denunciá-la ou mesmo identificá-la, até que um ato de violência física se concretize (27, 29).

Por outro lado, a violência física foi a segunda mais identificada por farmas (22,8%), o que condiz com as estatísticas nacionais e mundiais sobre a frequência desse tipo de violência. Nakamura e colaboradores (2021), empregaram a metodologia de metanálise e revisão sistemática para estimar a prevalência de violência física contra a mulher no Brasil, e os resultados demonstram que uma em cada cinco mulheres brasileiras sofreu violência física durante a vida e uma em cada dez foi agredida fisicamente no ano de 2020, e que, apesar do foco principal da busca ser a agressão física, comumente as agressões verbais e psicológicas encontravam-se associadas e eram fatores desencadeadores do ato físico (24). Não há como não mencionar também que a violência física tem sua maior e mais dura expressão no feminicídio, sendo esse o ato máximo da violência estrutural e sistemática contra as mulheres. O Brasil, de acordo com o Instituto Patrícia Galvão, é o 5º país que mais mata mulheres no mundo, mesmo sendo este um crime evitável para o qual o Estado tem a responsabilidade de formular medidas de responsabilização, proteção, reparação e prevenção (30).

Seria de se esperar que a violência sexual fosse também facilmente identificada, mas esta só configurou em terceiro lugar entre farmas respondentes (16,6%). Contudo, sabe-se que a identificação facilitada das violências psicológica e física, pode ser explicada pelo fato dessas serem visíveis, deixar marcas e ocorrer de maneira mais evidente diante dos olhos de farmas, enquanto que os outros tipos de violência tendem a ocorrer na intimidade e causar desconforto e vergonha, sendo, por isso, menos perceptíveis e identificadas somente através do relato diretos das pacientes mulheres, e não pela percepção do profissional (17). Além disso, a reduzida frequência de identificação da violência sexual (16,6%) pode também estar relacionada ao dado já mencionado, que demonstrou que mais da metade (51,8%) de farmas respondentes não dispunham de consultório em seu ambiente de trabalho, pois, o processo de cuidar, quando realizado fora de um ambiente que resguarde a dignidade e o sigilo da paciente, torna-se despotencializado (23). Não obstante, também é comum que este tipo de violência não seja compreendida em sua definição mais ampla, como determina a Lei Maria da Penha, que inclui múltiplas formas de violência além da relação sexual forçada em si (5).

A violência patrimonial (9,6%) e moral (3,4%) foram menos identificadas por farmas, refletindo um potencial desconhecimento sobre estes tipos de violência, similar ao identificado na sociedade como um todo (31, 32, 33). A violência patrimonial está intrinsecamente relacionada à violência doméstica. Possui uma natureza multifacetada e implica na perda de direitos da mulher, incluindo o direito à saúde que, como demonstrado na narrativa construída no presente estudo (tabela 2), se materializa na dependência financeira e emocional, perda de suporte familiar e submissão (31, 34). A violência moral se resume a insultos recebidos por qualquer indivíduo, e está associada à esfera psicológica dos sentimentos. Essa violência pode ocorrer até mesmo de forma indireta, como é o caso da narrativa construída, já que o insulto descrito não é direcionado a uma mulher em específico e está impregnado de um discurso de ódio à mulheres de forma coletiva, característico da violência de gênero. Todavia, é importante não marginalizar esse tipo violência e entender que, mesmo não ocorrendo de forma isolada, não se descaracteriza o ato como uma manifestação da violência (32).

Os dados apontam que o contexto de identificação das situações de violência contra a mulher por farmas é ainda um cenário a ser aprimorado, gerando o desafio de desenvolvimento de competências para que seu atendimento seja adequado (35). Visando as metas mundiais do enfrentamento da violência, o subsídio para a capacitação de farmas e transformação das

farmácias em um espaço de acolhimento às vítimas, mostra-se de muita relevância, pois, a farmácia é o estabelecimento de saúde de mais fácil acesso para as mulheres (12, 13). Além disso, a adesão dos estabelecimentos farmacêuticos à iniciativa do Sinal Vermelho, representa um avanço significativo na proteção das mulheres vítimas de violência doméstica no Brasil posto que esta campanha incentiva o uso de uma ferramenta simples e acessível, de papel fundamental no combate à violência de gênero, oferecendo às mulheres uma forma discreta e eficaz de denunciar abusos. Trata-se de uma rede de apoio que tem potencial ao ser desenvolvida, garantindo que as vítimas recebam assistência imediata ao sinalizar sua necessidade por ajuda através do simples gesto do sinal vermelho na palma da mão. Esta mobilização serve de auxílio na garantia da segurança das mulheres e reforça a importância da denúncia e do enfrentamento conjunto de todas as formas de violência contra as mulheres (10, 11).

### **Conclusão**

A construção de narrativas propostas no presente estudo pode ser um contributo para fomentar discussões e treinamentos voltados a estudantes de farmácia e profissionais farmacêuticos graduados, para que sejam capazes de identificar as violências de acordo com a tipificação legislativa associadas à cenários de mundo real no contexto da farmácia. De modo adicional, a divulgação e leitura dos casos baseados em relatos farmacêuticos subsidia a necessária reflexão sobre as situações de violência contra a mulher e promove o engajamento com a temática de interesse global.

### **FINANCIAMENTO**

O estudo não recebeu financiamento para sua realização.

### **CONFLITO DE INTERESSES**

As autoras declaram que não há conflitos de interesses.

## Referências:

- (1) ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. OMS: uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência, 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-viol%C3%Aancia>. Acesso em: 5 jun. 2024.
- (2) ELLSBERG, Mary, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. **Violence against women and girls: Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?**. The Lancet, Washington, DC, v. 1, n. 385, p. 1555-1566, Nov. 2014.
- (3) ABDI, Fatemeh; MAHMOODI Z., Afsahi F., Shaterian N., RAHNEMAEI, FA. **Social determinants of domestic violence against suburban women in developing countries: a systematic review**. Obstetrics & Gynecology Science, [S. l.], v. 64, n. 2, p. 131-142, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5468/ogs.20211>. Acesso em 10 out 2022.
- (4) ONU MULHERES. **Violência contra mulheres: campanha da ONU pede investimentos**. 2023. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/violencia-contra-mulheres-campanha-da-onu-pede-investimentos/>. Acesso em: 1 jun. 2024.
- (5) BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, 8 ago. 2006.
- (6) BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Relatório global do UNIFEM apoia Lei Maria da Penha entre as mais avançadas do mundo, 2010. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/area-imprensa/ultimas\\_noticias/2009/04/not\\_rel\\_glo\\_do\\_unifem\\_apo\\_lei\\_mar\\_pen\\_ent\\_tre\\_mai\\_ava\\_mun](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/area-imprensa/ultimas_noticias/2009/04/not_rel_glo_do_unifem_apo_lei_mar_pen_ent_tre_mai_ava_mun)
- (7) UN WOMEN. **Convention on the Elimination of all forms of discrimination against Women, 1979**. CEDAW. New York, 2016. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2016/12/cedaw-for-youth#:~:text=The%20Convention%20on%20the%20Elimination,women's%20and%20girls%20equal%20rights>. Acesso em: 15 abr. 2023.
- (8) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Violence against women**. Geneva, 9 mar. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. Acesso em: 30 maio 2023
- (9) BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 14 out. 2023.
- (10) CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE MINAS GERAIS (CRF - MG). **CRF - MG apoia a campanha sinal vermelho contra a violência doméstica, 2022**.

Disponível em:

<https://crfmg.org.br/site/Noticias/crf-mg-apoia-a-campanha-sinal-vermelho-contr-a-violencia-domestica> . Acesso em 02 junho 2024.

- (11) GOVERNO DO BRASIL. **Sancionada Lei do Sinal Vermelho contra violência doméstica**. 2021. Serviços e informações do Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2021/07/sancionada-lei-do-sinal-vermelho-contr-a-violencia-domestica>. Acesso em: 16 jul. 2024
- (12) CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE MINAS GERAIS (CRF - MG). **Minas de superação: doses de força e competência**. 1. ed. Minas Gerais: [s.n.], 2021. p. 1-14. Disponível em: <https://crfmg.org.br/minasdesuperacao/>
- (13) CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual** – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p.
- (14) BAPTISTA, E.C.C; SANTOS, A.S.A; VIEIRA A.S.A, VIEIRA, E.E.N.; BLUNK, P.F.F; OLIVEIRA, I.V et. al. **Principais orientações farmacêuticas sobre a saúde integral da mulher: um estudo transversal baseado em uma survey**. Brazilian Journal of Health and Pharmacy, v. 6, n.3, p. 41-54, 2024. Disponível em: <https://bjhp.crfmg.org.br/crfmg/article/view/224/143>
- (15) BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Persona, 2011. p. 1-229. Obra original publicada em 1977.
- (16) DA SILVA CORDEIRO, Débora. **Por que algumas mulheres não denunciam seus agressores?**. CSONline - Revista eletrônica de ciências sociais, [S. l.], n. 27, 2018. DOI: 10.34019/1981-2140.2018.17512. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17512>. Acesso em: 01 jul. 2024
- (17) LIRA, Kalline F. S. de; CASTRO, Ricardo V. A. de. **A violência contra mulheres na representação de profissionais da saúde**. Diaphora, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 211-230, 2020. Disponível em: <https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/230/211>. Acesso em: 14 jun. 2024
- (18) BALBINOTTI, Izabele. **A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo**. Revista da ESMESC, [S. l.], v. 25, n. 31, p. 239–264, 2018. DOI: 10.14295/revistadaesmesc.v25i31.p239. Disponível em: <https://revista.esmesc.org.br/re/article/view/191> . Acesso em: 16 mai 2024.
- (19) ONU MULHERES BRASIL. **Relatório ONU Eles por Elas Pesquisa**. 2016. Disponível em: [https://issuu.com/onumulheresbrasil/docs/relat\\_rio\\_onu\\_eles\\_por\\_elas\\_pesqui](https://issuu.com/onumulheresbrasil/docs/relat_rio_onu_eles_por_elas_pesqui). Acesso em: 18 jun. 2024.
- (20) ONU MULHERES BRASIL. **Fim da violência contra as mulheres**. [s.l.] [s.d.]. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/areas-tematicas/fim-da-violencia-contr-as-mulheres/#:~:text=A%20preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20viol%C3%Aancia%20de,na%20defesa%20de%20seus%20direitos>. Acesso em: 9 jul. 2024.

- (21) FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e invisível: A vitimização de mulheres no Brasil**. 3 ed. 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf> . Acesso em: 25 mai 2024.
- (22) MAGRIN, Juliana C.; OLIVEIRA, Wanderley A. de. **Men 's Perceptions of Domestic Violence Against Women: A Qualitative Study**. Paideia (Ribeirão Preto), v. 33, p. e3302, 2023. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3302> . Acesso em 20 ago de 2024.
- (23) CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf> . Acesso em: 10 jul 2024.
- (24) NAKAMURA, Isabella. B. et al. **Prevalence of Physical Violence Against Brazilian Women: Systematic Review and Meta-Analysis**. Trauma, violence & abuse, 24(2), 329–339.dez./2021. <https://doi.org/10.1177/15248380211029410>
- (25) ROSE, Jaqueline. **Sobre violência e sobre a violência contra as mulheres**. São Paulo: Fósforo 2022. Tradução de Mônica Kalil
- (26) PINTO, Lucielma S. S. et al. **Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual**. Ciência & Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Piauí., v. 22, n. 5, p. 1501-1508, jun./2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33272016> . Acesso em 15 abr 2024.
- (27) POTTER, Lucy C., et al. **Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women's health and domestic violence**. Int J Epidemiol. 2021 May 17;50(2):652-662. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33326019/> . Acesso em 12 abr 2024.
- (28) STARK, Evan. **Olhando além da violência doméstica: Policiamento e controle coercitivo**. Jornal da Polícia. Negociações de crise, 12(2), 199–217. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15332586.2012.725016> . Acesso em 2 jul 2024.
- (29) MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 1-132.
- (30) INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2016. **Dossiê Femicídio**. #InvisibilidadeMata, 2016. Disponível em: <http://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/femicidio/>. Acesso em: 04 abr 2024.
- (31) PEREIRA, Rita de C.; LORETO, Maria das Dores; TEIXEIRA, Karla M.,; SOUSA, Júnia. **O fenômeno da violência patrimonial contra a mulher: percepções das vítimas**. OIKOS - Revista Brasileira de Economia Doméstica, 2013. Disponível em: <http://www.locus.ufv.br/handle/123456789/13801> . Acesso em: 13 jun. 2024.
- (32) SOUZA, Carleane L., et al. **Violência moral contra a mulher no âmbito doméstico/ Moral violence against women in the domestic scope**. Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 7, n. 9, p. 89390–89402, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n9-210. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/35907> . Acesso em: 31 mai 2024.

(33) MINAS GERAIS, Polícia Civil do Estado de. **Olhares Sobre a Violência contra a Mulher**. 2023. Disponível em Microsoft Power Bi:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiY2QyYzJjYjMtNGQ4NS00NTkzLW11YmQtZDI4NWY4NmY3YzVlIiwidCI6ImU1ZDNhZTdjLTliMzgtNDhkZS1hMDg3LWY2NzM0YTI4NzU3NCJ9&pageName=ReportSectionacb0951f581e29869ca5> . Acesso em: 1 jun. 2023.

(34) ASSUNÇÃO SANTOS FIGUEIRA, Manoela. **A violência patrimonial contra a mulher e a atuação da polícia judiciária**. Revista dos Estudantes de Direito da Universidade de Brasília, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 306–333, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/redunb/article/view/39312>. Acesso em: 31 mai. 2024.

(35) BERVIAN, Gabriela et al . **Violência contra mulheres rurais: concepções de profissionais da rede intersetorial de atendimento**. Enfermería global., Murcia , v. 18, n. 54, p. 144-179, 2019 . Disponível em:

<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412019000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200006&lng=es&nrm=iso)>. Acesso 17 jul. 2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.324811>.

**Tabela 1 - Análise univariada de fatores associados à identificação de situação de violência contra a mulher com paciente que frequenta a farmácia/ambiente de trabalho (n=455). Minas Gerais, Brasil. 2021-2022**

Variável	Identificou situação de violência		OR (IC95%)**	valor-p***
	Sim - n(%)*	Não - n(%)*		
<b>Gênero</b>				
Homem	15 (20,6)	58 (79,4)	1	0,043
Mulher ou pessoa não binária	124 (32,5)	258 (67,5)	1,86 (1,01-3,41)	
<b>Idade</b>				
22 a 30	40 (30,3)	92 (69,7)	1	0,172
31 a 40	56 (27,0)	151 (73,0)	0,85 (0,53-1,38)	

Variável	Identificou situação de violência		OR (IC95%)**	valor-p***
	Sim - n(%)*	Não - n(%)*		
41 ou mais	43 (37,1)	73 (62,9)	1,35 (0,80-2,30)	
<b>Cor de pele</b>				
Branca	52 (30,8)	117 (69,2)	1	
Parda ou negra	87 (31,6)	188 (68,4)	1,04 (0,69-1,57)	0,082
Amarela ou indígena	0 (0,0)	11 (100,0)	-	
<b>Estado civil</b>				
Solteira	59 (28,8)	146 (71,2)	-	
Pessoa casada/ união estável	66 (29,3)	159 (70,7)	1,03 (0,67-1,56)	0,017
Viúva/divorciada	14 (56,0)	11 (44,0)	3,15 (1,35-7,33)	
<b>Cidade de trabalho</b>				
Belo Horizonte/ região metropolitana	74 (32,5)	154 (67,5)	1	0,374
Fora da região metropolitana	65 (28,6)	162 (71,4)	0,83 (0,56-1,25)	
<b>Consultório no local de trabalho</b>				
Sim	67 (28,2)	171 (71,8)	1	0,245
Não	72 (33,2)	145 (66,8)	1,27 (0,85-1,89)	

\*Frequência absoluta e relativa \*\*OR = *Odds Ratio*, com um intervalo de confiança de 95% (IC<sup>95%</sup>) \*\*\* valor-p = Probabilidade menor a 5% ( $p \leq 0,05$ )

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.



**Tabela 2 - Tipos de situação de violência contra a mulher, frequência de relato por farmas, conceitos e caso ilustrativo (n=121). Minas Gerais, Brasil. 2021-2022**

Tipo de violência	Frequência de relato por farmas n (%)	Conceito*	Narrativa**
<b>Psicológica</b>	69 (47,6)	Qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.	<i>"O companheiro a todo tempo falava grosseiramente com a esposa durante a consulta farmacêutica, impedindo-a de falar; discordando de tudo que ela falava e alegando que ela 'não sabia de nada'. Em um momento, ele gritou e a xingou na minha frente. Ela ficou acuada e com vergonha. Um dia, ela foi sozinha à farmácia e desabafou sobre o jeito impaciente dele e uso de ofensas e palavras abusivas no dia a dia. Apesar da tristeza profunda no olhar e fragilidade, ela tentou justificar o comportamento do companheiro como normal e disse ter dificuldade em lidar com a situação devido a ser 'sozinha na vida'".</i>

Tipo de violência	Frequência de relato por farmas n (%)	Conceito*	Narrativa**
<b>Física</b>	33 (22,8)	Qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal.	<i>"O marido foi à farmácia solicitando medicamentos e maquiagem para hematomas, relatando que a esposa 'sempre caía'. Eu pedi para que ela fosse à farmácia para que eu pudesse atendê-la, mas ele recusou. Alguns dias depois, a esposa apareceu, não só com hematomas, mas também feridas no corpo e olho roxo, além de estar totalmente abalada psicologicamente. Ela relatou violência física por parte do marido e disse que não sabia a quem pedir orientação. Tentei ajudar, mas ela ficou com medo de denunciá-lo."</i>
<b>Sexual</b>	24 (16,6)	Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o	<i>"O marido ia à farmácia solicitando 'pilulas do dia seguinte' constantemente. Ao ser questionado, explicou que sua esposa puérpera não poderia tomar anticoncepcional por ter 'bebê novo'. Solicitei o acompanhamento da sua esposa. Durante meu atendimento, constatei a intimidação da mulher para que permanecesse sexualmente ativa, mesmo passando pelo pós parto. Ela também relatou que, antes de decidir engravidar, o marido a forçava a tomar anticoncepcional injetável na farmácia, entrava com ela na sala de aplicação de injetáveis e só permitia que mulheres realizassem a administração. Ele também sempre se recusou a fazer uso de preservativo."</i>

Tipo de violência	Frequência de relato por farmas n (%)	Conceito*	Narrativa**
		exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.	
<b>Patrimonial</b>	14 (9,6)	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.	<i>“O cônjuge humilhou sua esposa, dona de casa e dependente dele financeiramente, no ato de comprar os antibióticos prescritos pelo médico para seu tratamento. Ele disse que não iria comprar 2 caixas para completar os 7 dias recomendados, nem mesmo quando eu ofereci o desconto. Ele disse que seria uma “bobagem gastar”, e que, se ela quisesse jogar dinheiro fora, que fosse trabalhar e comprar ela mesma. A paciente ficou calada e constrangida. Eu acabei dando a outra caixa que faltava para ela. Outro dia, ela retornou à farmácia e o marido não a deixou escolher nenhum produto, nem mesmo seu próprio absorvente.”</i>
<b>Moral</b>	5 (3,4)	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.	<i>“Um funcionário da farmácia fica olhando as clientes da farmácia e não para de falar mal de mulheres com outros homens que trabalham lá, chamando-as de burras ou de palavras de baixo calão. Ele tem a opinião de que, se a mulher</i>

Tipo de violência	Frequência de relato por farmas n (%)	Conceito*	Narrativa**
			<i>está vestida de forma inadequada, merece ser estuprada ou sequestrada', por exemplo. Um dia, ele se recusou a atender uma mulher trans na farmácia, falando que nunca a chamaria pelo pronome 'ela'.</i> “

\* Conceito de acordo com a Lei Maria da Penha (nº11.340/2006) \*\*Narrativas construídas a partir da análise de conteúdo das respostas de farmas sobre violências experienciadas por pacientes em seu ambiente de trabalho.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

**Referências:**

- (1) ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **OMS: uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência**, 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-viol%C3%Aancia>. Acesso em: 5 jun. 2024.
- (2) BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 14 out. 2023.
- (3) ELLSBERG, Mary, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. **Violence against women and girls: Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?**. The Lancet, Washington, DC, v. 1, n. 385, p. 1555-1566, nov. 2014.
- (4) BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006** Diário Oficial da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, 8 ago. 2006.
- (5) BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Relatório global do UNIFEM apoia Lei Maria da Penha entre as mais avançadas do mundo**, 2010. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/area-imprensa/ultimas\\_noticias/2009/04/not\\_rel\\_glo\\_do\\_unifem\\_apo\\_lei\\_mar\\_pen\\_entre\\_mai\\_ava\\_mun](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/area-imprensa/ultimas_noticias/2009/04/not_rel_glo_do_unifem_apo_lei_mar_pen_entre_mai_ava_mun). Acesso em: 5 jun. 2024.
- (6) CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA (CFF). **Minas de superação: doses de força e competência**. 1. ed. Minas Gerais: [s.n.], 2021. p. 1-14. Disponível em: <https://crfmg.org.br/minasdesuperacao/>
- (7) CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, CFF. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual** – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p.
- (8) CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **CRF/MG apoia a campanha sinal vermelho contra a violência doméstica**, 2022. Disponível em: <https://crfmg.org.br/site/Noticias/crf-mg-apoia-a-campanha-sinal-vermelho-contra-a-violencia-domestica>. Acesso em 02 junho 2024.
- (9) BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Persona, 2011. p. 1-229. Obra original publicada em 1977.
- (10) DA SILVA CORDEIRO, Débora. **Por que algumas mulheres não denunciam seus agressores?**. CSOnline - Revista eletrônica de ciências sociais, [S. l.], n. 27, 2018. DOI: 10.34019/1981-2140.2018.17512. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17512>. Acesso em: 01 jul. 2024.
- (11) LIRA, Kalline F. S. de; CASTRO, Ricardo V. A. de. **A violência contra mulheres na representação de profissionais da saúde**. *Diaphora*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 211-230, 2020. Disponível em: <https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/230/211>. Acesso em: 14 jun. 2024.

- (12) BALBINOTTI, Izabele. **A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo**. Revista da ESMESC, [S. l.], v. 25, n. 31, p. 239–264, 2018. DOI: 10.14295/revistadaesmesec.v25i31.p239. Disponível em: <https://revista.esmesec.org.br/re/article/view/191> . Acesso em: 16 mai 2024.
- (13) ONU MULHERES BRASIL. **Relatório ONU Eles por Elas Pesquisa**. 2016. Disponível em: [https://issuu.com/onumulheresbrasil/docs/relat\\_rio\\_onu\\_eles\\_por\\_elas\\_pesqui](https://issuu.com/onumulheresbrasil/docs/relat_rio_onu_eles_por_elas_pesqui). Acesso em: 18 jun. 2024.
- (14) ONU MULHERES BRASIL. **Fim da violência contra as mulheres**. [s.l.] [s.d.]. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/areas-tematicas/fim-da-violencia-contra-as-mulheres/#:~:text=A%20preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20viol%C3%Aancia%20de,na%20defesa%20de%20seus%20direitos>. Acesso em: 9 jul. 2024.
- (15) FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e invisível: A vitimização de mulheres no Brasil**. 3 ed. 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf> . Acesso em: 25 mai 2024.
- (16) MAGRIN, Juliana C.; OLIVEIRA, Wanderley A. de. **Men 's Perceptions of Domestic Violence Against Women: A Qualitative Study**. Paideia (Ribeirão Preto), v. 33, p. e3302, 2023. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3302> . Acesso em 20 ago de 2024.
- (17) STANLEY, Nicky, et al. **Men's Talk: Men's Understandings of Violence Against Women and Motivations for Change** (2012). Violence Against Women, 18(11), 1300-1318. <https://doi.org/10.1177/1077801212470547> . Acesso em: 20 ago de 2024
- (18) CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013). Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf> . Acesso em: 10 jul 2024.
- (19) NAKAMURA, Isabella. B. et al. **Prevalence of Physical Violence Against Brazilian Women: Systematic Review and Meta-Analysis**. *Trauma, violence & abuse*, 24(2), 329–339.dez./2021. <https://doi.org/10.1177/15248380211029410>
- (20) ROSE, Jaqueline. **Sobre violência e sobre a violência contra as mulheres**. São Paulo: Fósforo 2022. Tradução de Mônica Kalil.
- (21) PINTO, Lucielma S. S. et al. **Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual**. Ciência & Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Piauí., v. 22, n. 5, p. 1501-1508, jun./2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33272016> Acesso em 15 abr 2024.
- (22) POTTER, Lucy C., et al. **Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women's health and domestic violence**. Int J Epidemiol. 2021 May 17;50(2):652-662. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33326019/> . Acesso em 12 abr 2024.

- (23) STARK, Evan. **Olhando além da violência doméstica: Policiamento e controle coercitivo.** *Jornal da Polícia*. Negociações de crise, 12(2), 199–217. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15332586.2012.725016> . Acesso em 2 jul 2024.
- (24) MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 1-132.
- (25) INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2016. **Dossiê Femicídio**. #InvisibilidadeMata, 2016. Disponível em <http://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/femicidio/>. Acesso em: 04 abr 2024.
- (26) PEREIRA, Rita de C.; LORETO, Maria das Dores; TEIXEIRA, Karla M.; SOUSA, Júnia. **O fenômeno da violência patrimonial contra a mulher: percepções das vítimas**. OIKOS - Revista Brasileira de Economia Doméstica, 2013. Disponível em: <http://www.locus.ufv.br/handle/123456789/13801> . Acesso em: 13 jun. 2024.
- (27) SOUZA, Carleane L., et al. **Violência moral contra a mulher no âmbito doméstico/** Moral violence against women in the domestic scope. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 7, n. 9, p. 89390–89402, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n9-210. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/35907> . Acesso em: 31 mai 2024.
- (28) MINAS GERAIS, Polícia Civil do Estado de. **Olhares Sobre a Violência contra a Mulher**. 2023. Disponível em Microsoft Power Bi: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiY2QyYzJjYjMtNGQ4NS00NTkzLWl1YmQtZDI4NWY4NmY3YzVlIiwidCI6ImU1ZDNhZTdjLTliMzgtNDhkZS1hMDg3LWY2Nm0yTI4NzU3NCJ9&pageName=ReportSectionacb0951f581e29869ca5> . Acesso em: 1 jun. 2023.
- (29) ASSUNÇÃO SANTOS FIGUEIRA, Manoela. **A violência patrimonial contra a mulher e a atuação da polícia judiciária**. *Revista dos Estudantes de Direito da Universidade de Brasília*, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 306–333, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/redunb/article/view/39312>. Acesso em: 31 mai. 2024.
- (30) PEDROSA, Cláudia M.; SPINK, Mary. J. P. **A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica**. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 1, p. 124–135, jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015> Acesso em: 19 mar 2024.
- (31) BERVIAN, Gabriela et al . **Violência contra mulheres rurais: concepções de profissionais da rede intersetorial de atendimento**. *Enfermería global*, Murcia , v. 18, n. 54, p. 144-179, 2019 . Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412019000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200006&lng=es&nrm=iso). Acesso 17 jul. 2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.324811>.
- (32) GOVERNO DO BRASIL. **Sancionada lei do Sinal Vermelho contra violência doméstica**. *Serviços e informações do Brasil*. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2021/07/sancionada-lei-do-sinal-vermelho-contraviolencia-domestica>. Acesso em: 16 jul. 2024