



VIOLÊNCIA E TERRITÓRIO: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES MORADORAS DE UMA ÁREA DE RISCO

Lara Alecrim Santana^{1*}, Ronaldo da Silva Oliveira²

Resumo: A violência constitui, mundialmente, um grave problema que acomete grupos e pessoas em suas várias faixas etárias e se manifesta de variadas formas. O objetivo desta pesquisa foi identificar os impactos da exposição à violência na saúde mental das mulheres. O estudo foi uma pesquisa de campo exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, realizada em um bairro violento de um município do interior do estado do Ceará, com mulheres que vivenciavam a violência na comunidade. A amostra foi composta por sete mulheres, com base nos seguintes critérios: ser mulher; ter idade entre 25 e 59 anos; ser participante do grupo terapêutico em saúde mental e residir no território. Foram excluídas as voluntárias que apresentaram algum tipo de comprometimento cognitivo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados pelo Método da Análise do Conteúdo das falas de Bardin. Os resultados revelaram que as participantes tinham conceitos individualizados sobre a violência, conforme a própria vivência; a violência urbana apareceu como sendo a principal manifestação e suas consequências atuavam como fatores sugestivos e contributivos para o adoecimento mental. A principal conclusão foi a de que os impactos da violência atuavam como um consistente fator para o adoecimento feminino.

Palavras-chave: Violência. Saúde Mental. Mulheres.

VIOLENCE AND TERRITORY: IMPLICATIONS ON WOMEN'S MENTAL HEALTH IN A RISK AREA

Abstract: The violence constitutes, worldwide, a serious problem that affects groups and people in their various age groups and manifests itself in various ways. The objective of this research was to identify the impacts of exposure to violence on women's mental health. The study was an exploratory and descriptive field research with a qualitative approach, held in a violent neighborhood of a municipality in the interior of the state of Ceará, with women who experienced violence in the community. The sample consisted of seven women, based on the following criteria: be woman; be between 25 and 59 years old; be a participant in the mental health therapeutic group and reside in the territory. Volunteers who presented some type of cognitive impairment were excluded. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed by the Bardin Speech Content Analysis Method. The results revealed that the participants had individualized concepts about violence, according to their own experience; the urban violence appeared to be the main manifestation and its consequences acted as suggestive and contributing factors for mental illness. The main conclusion was that the impacts of violence acted as a consistent factor for female illness.

Keywords: Violence. Mental health. Women.

1. Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, Brasil

2. Professor Convidado Escola de Saúde Pública do Ceará, Brasil

*Autor correspondente: lara.santanna@hotmail.com

Recebido: 16/09/2019

Aceito: 10/05/2020

Introdução

A violência constitui, mundialmente, um grave problema que acomete grupos e pessoas em suas várias faixas etárias e se manifesta de variadas formas. Tradicionalmente, a discussão sobre a violência abrangia apenas ações de natureza criminal, entretanto, percebe-se que nos últimos anos tem-se somado à estas os crimes de ordem sexual, maus-tratos e discriminação de raça e gênero, perpassando a agressão física e gerando situações de exclusão e desrespeito (WASELSELFISZ, 2013).

Abath (2010); Souto; Araújo; Cavalcanti (2012), definem que a violência é um processo multicausal que se apresenta pelo uso da força física ou do poder de indivíduos contra outros indivíduos, resultando em sofrimento, morte, dano psicológico, prejuízo ao desenvolvimento ou privação, com raízes históricas, culturais, econômicas e sociais.

Já no início da década de 90, Minayo; Souza (1998) e Minayo (2006) chamavam atenção para a violência no meio urbano e suas consequências, o que se tornou, posteriormente, em um problema social com grande repercussão no setor saúde. Estudiosos têm se interessado pelos efeitos diretos e indiretos da violência no setor da saúde, baseado em duas razões: as consequências da violência para a saúde das populações e seu impacto negativo sobre os processos de trabalho do setor.

Gonçalves; Queiroz; Delgado (2017, p.18) definem que as várias regiões de uma cidade constituem “territórios particulares e desagregados, com suas próprias histórias sociais, políticas e de ocupação. São constituídos de modo variados e, às vezes, discrepantes”.

Apesar de ser o território diretamente atingido pelas consequências da violência, a violência no cotidiano dos territórios, as principais consequências e as possibilidades de intervenção ainda são assuntos pouco debatidos pelo setor saúde. Realidade que também acontece no que se refere à atenção psicossocial. Embora alguns autores apontem indícios de alta prevalência de transtornos mentais associados a eventos traumáticos (MARI; MELLO; FIGUEIRA, 2008), existe ausência da sistematização do conhecimento a respeito das dimensões do problema e das possibilidades de intervenção neste campo (DELGADO, 2012).

Localizado a 170km da capital cearense, o município de Aracati possui cerca de 74 mil habitantes, com extensão territorial distribuída entre zona urbana e zona litorânea. No panorama geral municipal, o índice desemprego da população é de 86,4% e apenas 1,6% situam-se em vias urbanas adequadas (IBGE, 2010). Os índices de notificação municipal referem que, no ano de 2012, o quantitativo de notificações de violência praticada contra criança, adolescente, mulher e idoso no município foi de 104 notificações, chegando a 178 em 2015. Também em 2012, foram registradas 42 mortes por homicídio no município (CEARÁ, 2016).

O território investigado nesta pesquisa possui cerca de 5.653 mil habitantes, caracterizando-se como o terceiro bairro mais populoso do município (DATASUS, 2018). Localizado na zona urbana, o

bairro é marcado por situações de violência e forte presença do tráfico de drogas, gerando sentimentos de medo e insegurança na população.

As mulheres compõem o principal público em busca de atendimento psicológico nos serviços de atenção primária. Como queixas, muitas mulheres apontam fatores relacionados à violência e situações relacionadas à vulnerabilidade social predominante no território. O cotidiano da assistência clínica somada à observação de suas peculiaridades do território impulsionou o questionamento inicial que embasou esta investigação: quais as implicações na saúde mental de mulheres que habitam um território marcado por situações de violência?

Diante do apresentado, a pesquisa objetivou identificar os impactos da exposição à violência na saúde mental das mulheres moradoras de um bairro violento do município de Aracati, estado do Ceará. Como relevância, pretende-se contribuir para com o campo de estudos sobre a violência, suas manifestações no território e a interface com a saúde mental da população.

Metodologia

Este estudo consiste em uma pesquisa de campo descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa.

O bairro investigado é o terceiro mais populoso do município de Aracati-Ceará e vive sob influência direta da violência. O município possui cerca de 73.629 mil habitantes. Destes, 50,6% é composta por mulheres, com faixa etária prevalente entre 25 e 29 anos (IBGE, 2010). De acordo com dados do DataSUS (2018), o bairro conta com 5.413 mil usuários cadastrados dos quais 3.137 mil são mulheres, representando 57,9% da população residente no bairro.

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres participantes do Grupo Terapêutico em Saúde Mental da Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) do bairro investigado. O grupo possuía composição média de 15 participantes, atendidas na referida UBASF, cujos encontros ocorriam quinzenalmente. Entretanto, adotando o Critério de Saturação Teórico Empírico que, segundo Falqueto e Farias (2016), é um instrumento avaliativo da completude da categorização para cessar o acréscimo de mais relatos para alteração da compreensão do evento analisado, participaram da pesquisa um total de 7 mulheres.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ser mulher; ter idade entre 25 e 59 anos; participar do grupo terapêutico em saúde mental da UBASF e residir no território. Excluíram-se as mulheres que apresentavam algum grau de comprometimento cognitivo, bem como aquelas que não compareceram ao encontro previamente agendado para a entrevista.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, sob o Parecer Consubstanciado de Nº 3.059.640 e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde, através da assinatura da Carta de Anuência. Os sujeitos foram, após as aprovações, contatados para apresentação da pesquisa, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realização

da entrevista. A pesquisa teve, portanto, duração total de 8 meses, de dezembro de 2018 a julho de 2019.

Os dados foram coletados de fontes primárias, cujo instrumento foi uma entrevista do tipo semiestruturada. A entrevista foi gravada em aparelho MP3, mediante anuência após leitura e assinatura do TCLE.

A análise das informações coletadas ocorreu com base no Método da Análise do Conteúdo das falas dos participantes (BARDIN, 2009). A escolha do método justificou-se por tratar-se de uma técnica metodológica aplicável em diferentes discursos, onde o pesquisador analisa o conteúdo das mensagens para compreender as características ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens emitidos, através de três fases: pré-análise; fase exploratória e fase de inferência e interpretação dos dados (CÂMARA, 2013).

A pesquisa pautou-se nas normas e diretrizes éticas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com base na Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que trata da ética em pesquisa com seres humanos no âmbito da saúde (BRASIL, 2012). Como garantia do anonimato das participantes, utilizou-se a enumeração das falas dos sujeitos entrevistados, como forma de preservação da identidade.

Resultados e Discussão

Caracterização sociodemográfica dos sujeitos

A caracterização sociodemográfica das entrevistadas reuniu informações concernentes à faixa etária; ao exercício ocupacional; à renda familiar; ao estado civil e à escolaridade (Quadro1), por considerar-se que esses fatores possam demandar alguma relação com o processo de violência vivenciada pelas entrevistadas.

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica das integrantes do Grupo Terapêutico em Saúde Mental da Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) - Aracati-CE.

VARIÁVEL	F	%
Sexo		
Feminino	7	100%
Faixa etária		
25 a 29 anos	3	42,9%
30 a 40 anos	3	42,9%
50 a 59 anos	1	14,2%
Estado Civil		
Solteiro	3	42,9%

Casado	3	42,9%
Divorciado	1	14,2%
Escolaridade		
Nível fundamental completo	1	14,28%
Nível médio completo	4	57,16%
Nível superior incompleto	1	14,28%
Nível superior completo	1	14,28%
Exercício Ocupacional		
Em atividade	5	71,4%
Em situação de desemprego	2	28,6%
Renda Média Familiar		
1 salário mínimo	4	57,1%
2 salários mínimos	3	42,9%

Fonte: dados da pesquisa (2019).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) confirma que as mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e que estas frequentam os serviços de saúde em busca de atendimento. Essas mulheres, em geral, apresentam queixas múltiplas e não conseguem, na maioria dos casos, apontar quais problemas são reais causadores e determinantes de seus sinais e sintomas (OLIVEIRA; JORGE, 2007).

A variação na faixa etária revelou que 3 mulheres (42,9%) tinham entre 25 e 29 anos; 3 mulheres (42,9%) tinham entre 30 e 49 anos e apenas 1 (14,2%) tinha entre 50 e 59 anos. Percebeu-se que as participantes da pesquisa estavam, em sua grande maioria, na faixa etária produtiva. Tal situação, talvez, justifique o resultado encontrado na variável ocupação profissional.

No que concerne ao estado civil das entrevistadas, constatou-se que 3 mulheres (42,9%) se declararam casadas; 3 mulheres (42,9%) declararam-se solteiras e 1 (14,2%) declarou-se divorciada. Tal achado não é comum na literatura, visto que a maioria dos estudos que tratam do tema referem a prevalência de mulheres legalmente casadas ou em união estável, como destacado em estudo realizado em uma Delegacia de Atendimento à Mulher do município de Sobral-Ceará, no ano 2003 (OLIVEIRA et al., 2003).

O nível de escolaridade das entrevistadas variou do ensino fundamental ao ensino superior, onde: 1 mulher (14,28%) declarou ter concluído o ensino fundamental; 4 mulheres (57,16%) declararam possuir nível médio completo; 1 mulher (14,28%) declarou estar cursando nível superior e 1 mulher (14,28%) declarou possuir nível superior completo.

Das 7 participantes da pesquisa, 5 mulheres (71,4%) declararam exercer algum tipo de atividade remunerada e contribuir com a renda familiar. O quantitativo vai de encontro aos dados nacionais do IBGE

que, no ano de 2016, apontaram para um aumento contínuo da participação feminina no mercado de trabalho. Em contraponto, ressaltam-se inúmeras desigualdades às quais as mulheres são submetidas no âmbito laboral, como a exposição à dupla jornada de trabalho, com destaque para a região Nordeste (IBGE, 2016).

A renda familiar média foi caracterizada por 4 famílias (57,1%) que viviam com 1 salário mínimo e 3 famílias (42,9%) que recebiam dois salários mínimos ao mês. Corrobora com esta realidade o fato de que, embora a violência atinja todos os grupos socioeconômicos, essa permanece associada aos territórios que apresentam, com maior incidência, aspectos voltados para a desigualdade social (CHAGAS; SILVA; SILVA, 2014).

Conceitos de saúde mental e violência na percepção das mulheres investigadas

Embora a violência e a saúde mental sejam, cotidianamente, veiculados e debatidos dentro e fora do setor saúde, ainda se observa a dificuldade com relação à conceituação dos dois termos, com presença de equívocos ou enganos sobre ambos.

Por este motivo, perguntou-se inicialmente às participantes acerca do que elas entendiam sobre a saúde mental e a violência:

Eu não sei explicar o que é saúde mental. É como a gente “tá”, né? Como a gente se sente. É só assim que eu consigo explicar isso (E2).

É...Saúde mental ‘tá’ relacionada ao bem estar. É você estar de bem consigo mesma e com o outro, com o que você vive. Estar em boa condição de saúde, ter boas condições de vida... Porque tudo que se passa com você, se relaciona com a saúde mental (E5).

Ferreira (2015), em sua tese sobre a caracterização da Saúde Mental em um pequeno povoado de Porto-Portugal, cita que, para a Organização Mundial em Saúde, a saúde mental expressa-se pelo estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial, é capaz de lidar com situações de estresse, trabalhar de forma produtiva e exercer função contributiva para sua comunidade, sofrendo influência direta das relações familiares, sociais e comunitárias. Entretanto, apesar da saúde mental ser tema recorrente, ainda é frequente a dificuldade em estabelecer uma conceituação e inter-relação com os aspectos de ordem social, aproximando-se com maior facilidade aos conceitos ligados ao psicológico e biológico:

Assim... É assim, pra mim é estar bem, meu estado físico... É eu estar bem comigo mesmo (E1).

Outro fator relevante de ser apontado é a associação do conceito de saúde mental à incidência de

transtornos mentais:

Saúde mental eu acho que é 'ser bem da cabeça'; não ter nenhuma doença, né? Tipo ser saudável, apesar das coisas da vida. Se você tiver bem e sua cabeça aliviada você tem uma boa saúde mental, mas quando não está, você revive os sofrimentos e as coisas ruins que já aconteceram (E6).

Tal apontamento se deve ao fato de que, historicamente, a compreensão de saúde mental permaneceu limitada à incidência de transtornos mentais (OLIVEIRA et al., 2003). Entretanto, tais paradigmas buscam ser quebrados pela consolidação da Reforma Psiquiátrica, através da construção de novos saberes, práticas e formas de cuidado em saúde.

O conceito de violência dado pelas entrevistadas esteve relacionado à revolta, à forma de resolução dos problemas, ao uso das drogas e à atuação das facções presentes no território:

Eu não sei, é como se fosse quando as pessoas não conseguem resolver as coisas dentro delas, não aceitam as coisas, a condição que tem, e tem que tomar o que é das outras pessoas, ou agredir pra ficar bem (E3).

Machado et al. (2016), afirmam que a violência é um fenômeno de caráter histórico-social e possui relação direta e coletiva com a saúde mental. Sua compreensão deve basear-se na análise de como os indivíduos a percebem, considerando-se fatores como classe social, gênero e cultura.

Entretanto, a maioria dos conceitos sobre a violência estabelece uma relação direta da realidade de um território geográfico dominado pela influência direta de atos violentos resultante do tráfico de drogas:

A violência que eu percebo é muito determinada pelas bocas de fumo, são os conflitos entre eles que repercutem nas outras pessoas que moram perto ou sabem do que "tá" acontecendo. Então as vezes acontece tiroteio entre eles ou balas perdidas e pra sustentar o tráfico acontecem os roubos, os furtos e os assaltos (E5).

Para Gonçalves; Queiroz; Delgado (2017), os territórios têm suas próprias peculiaridades que se manifestam social, política e culturalmente. Ademais, a banalização da violência nas comunidades contribui para o aumento desenfreado da mesma nos territórios e tem justificativa na burocratização dos órgãos de assistência e proteção, associado à frequência com que ocorrem os eventos violentos.

Principais formas de manifestação da violência no território

O território é um espaço dinâmico e vivo que se inter-relaciona em seus mais variados aspectos e, como tal, torna-se o espaço principal, onde ocorrem fenômenos sociais e onde ficam as marcas advindas das atitudes humanas (LIMA; YASUI, 2014).

Como resultado principal, quando se quis conhecer quais os tipos de violência presentes no território estudado, destacou-se a violência urbana, entendida como situação que coloca a população sob a influência direta do tráfico de drogas e da criminalidade:

Aqui além de tudo tem muito comércio de droga, né? Esse negócio de gangue e facção... como se diz? Violência urbana (E3).

Aqui na comunidade o que eu vejo mais é assalto e roubo, por que tem muita pessoa que usa droga (E2).

A violência urbana pode ser compreendida com base no pressuposto de que acontece enquanto fenômeno social e, genericamente, se dá através de expressões que possam afetar a continuidade das rotinas e da segurança das pessoas (MACHADO et al., 2016).

A violência estrutural dos territórios articulada à violência organizada do crime origina aos denominados territórios da violência, descritos por Ferreira; Penna (2005, p.156), como “pedaços do território urbano de apropriação das organizações criminosas transformados em redutos de poder do crime organizado, comandando, a partir deles, sua atuação na cidade”.

Corroborando com isto, o fato de muitos jovens pertencentes à comunidade estudada ingressarem na criminalidade como forma de buscar maior visibilidade social e melhores condições de vida:

A gente conhece pessoas há 15 anos, 20 anos que hoje ‘tá’ diretamente envolvida com o crime, mesmo sem querer. No dia-a-dia do tráfico, a gente vê as pessoas sendo manipuladas a entrar nisso (...). Vê jovens nesse mundo do crime em busca de facilidade quando, na verdade, não é (E7).

Santos (2016), ao estudar o tráfico de drogas como meio de inclusão para jovens excluídos e subintegrados, refere que os jovens se caracterizam como as pessoas mais vulneráveis a se integrarem ao tráfico de drogas visto que enxergam, na criminalidade, a oportunidade “mais fácil” para a obtenção de recursos financeiros, estimulados pela natureza consumista do mercado que os obriga a adquirir e a ostentar bens materiais.

Quanto à ocorrência de eventos violentos para consigo mesmas ou para com alguém conhecido ou de sua família, as mulheres citaram que elas próprias terem sido vítimas de algum tipo de violência:

Já fui assaltada umas 5, 6 vezes... duas delas, dentro da comunidade. Inclusive, já entraram na minha casa e roubaram as coisas da construção, então a gente nem tem direito de ter nada, né? (E3).

Outro dia, eu estava no caminho de volta pra casa pela beira do rio, e quando já ia chegando em casa, estava tendo um tiroteio. Todo mundo já ‘tava’ de porta fechada, então eu gritei, fiquei batendo nas portas, foi quando uma pessoa abriu

e me escondeu (E4).

Análises do estudo de mapeamento dos principais desafios de violência e criminalidade no Brasil no ano 2017, dão conta de que a violência é um dos principais problemas que atormenta a sociedade. Preocupação dobrada quando se leva em consideração que entre 2010 e 2015, um total de 335.418 brasileiros morreram por agressões intencionais, o equivalente a 184 pessoas mortas por dia e 55.903 pessoas mortas por ano (PEKNY; RICARDO, 2017).

O medo do processo de violência instalado leva à limitação dos hábitos, costumes e rotinada comunidade (COSTA; FERREIRA, 2017), fazendo com que os moradores transitem menos nas ruas e a limitarem seus trajetos e horários, permanecendo trancados em suas casas e se tornando reféns da violência:

Antigamente, você não via como hoje as pessoas trancando as portas cedo, não ficam mais na rua, as ruas ficam desertas e as pessoas com medo... Isso abala toda a comunidade e você 'tá' nesse processo (E6).

Não obstante, as constantes tentativas da população para se proteger contra a violência e a frequência com que ocorrem os eventos violentos fomentam a banalização desse processo, como se pode perceber na seguinte fala:

Tem hora que a gente nem lembra dessas coisas... Tem vezes que "tá" pior, mas acontece tanto que passa a ser normal. (...) É uma coisa complicada porque ninguém denuncia e quando denuncia, geralmente, não dá em nada (E3)

Chagas; Silva; Silva (2014), justificam a fala da entrevistada quando esclarecem que o processo de banalização da violência ocorre, fundamentalmente, baseado no fato de que as políticas públicas não conseguem desenvolver de forma eficaz um plano de segurança pública que seja capaz de minimizar o já generalizado processo de violência e que as ações preventivas, em sua maioria, ocorrem de forma desarticulada, reforçando o entendimento que a violência são meros casos de ordem policial e jurídica.

Influências psicossociais da violência na saúde mental feminina

Observou-se, nas últimas décadas, a ampliação da discussão da violência como um problema de saúde pública. Em contraponto, permanece pouco visível e pouco discutida a dimensão do impacto da violência e suas consequências psicossociais, que produzem impactos subjetivos importantes nos sujeitos afetados (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017).

As múltiplas manifestações da violência no cotidiano da comunidade podem influenciar negativamente a saúde psíquica de quem a sofre, de quem a comete ou de quem a presencia:

Olha, os acontecimentos que tem na comunidade a gente fica nervosa e com medo... E quando acontece alguma coisa de diferente a gente fica tensa demais, esperando que aconteça o pior (E6).

Sonoda; Assis; Schenler (2016, p.752) referem que, “uma vez impactado, as reações de um indivíduo podem ser as mais diversas, com diferentes graus de mobilização na vida dos sujeitos”, podendo produzir alterações que vão desde aspectos simples, como mudanças na rotina, a aspectos mais complexos, como a qualidade da saúde mental.

Quando indagadas sobre a qualidade de sua saúde mental, obteve-se o seguinte padrão de respostas:

Hoje eu considero que está assim, um pouquinho abalada, por essa violência toda né? e também pelo que eu já passei na comunidade, já que eu fui atingida por uma bala perdida já... então as vezes eu tô muito amedrontada. Saio pra trabalhar mas é com medo... (E1).

Peres (2006), em estudo sobre a violência e a saúde mental no Brasil, aponta para possíveis efeitos da violência urbana na saúde mental da população exposta. Entre os efeitos apontados, destacam-se a depressão, ansiedade, o medo, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), hostilidade, isolamento social, baixa autoestima e desconfiança.

O fenômeno da violência produz impacto negativo na vida de todos os sujeitos que nele estão envolvidos. Nas falas das participantes que referiram ter sofrido diretamente algum ato violento, é possível observar a presença de alguns sintomas psicopatológicos e sugestivos de transtornos mentais:

Eu já era paranoica, então fiquei mais. Tranco tudo, presto atenção em tudo, na rua a pé acho que alguém tá me seguindo. Isso influencia direto na minha ansiedade, porque esse alerta me deixa sempre ansiosa, junta com as coisas do dia a dia e me afeta demais (E5).

Entretanto, a violência produz, também, impactos indiretos. Soares; Miranda; Borges (2006) chamaram a atenção para as vítimas ocultas da violência, caracterizadas por parentes e familiares das vítimas diretas, e para o fato de tão pouco se discutir a respeito dos seus sentimentos e perdas:

Eu conheço gente envolvida no tráfico que vi desde criança. Eu penso no sofrimento da mãe e da família, fica impossível a gente não sentir. A gente vê o choro das mães e das famílias e não sabe o que fazer. É muita tristeza. Todas essas mães sentem a depressão, né? E a gente fica sem saber com consolar. Ontem eu me deparei com a mãe de uma menina que tá envolvida numa morte, e a gente vê que não tem como ela ficar bem. Eu vejo muita gente julgando a filha dela e ela sem poder defender. E igual ao sofrimento dela, têm muitas (E6).

Soares; Miranda; Borges (2006) referem, ainda, que as vítimas ocultas do processo de violência podem ser acometidas de desordem de estresse pós-traumático (DEPT) como resposta aos acontecimentos inesperados e traumáticos e que, nestes casos, o número de mulheres acometidas é superior ao de homens.

Em decorrência da sintomatologia gerada pelo processo de violência, muitas mulheres procuram

no uso de psicofármacos uma forma de superar o sofrimento psicológico:

Não vou mentir que às vezes eu tomava uns remédios do meu padrasto, logo quando aconteceu (o assalto), pra ver se eu dormia melhor, porque era muito medo que eu sentia (E2).

Guerra et al. (2013), referem, também, que os psicofármacos têm se transformado em um refúgio para os conflitos emocionais, quando os indivíduos não conseguem traçar estratégias de enfrentamento frente às suas necessidades, sejam elas de ordem social, cultural ou familiar.

Um último item a ser ressaltado é o de que, apesar dos evidentes efeitos nocivos à saúde mental provocados pela violência, não é comum a busca por profissionais capacitados para o tratamento das demandas psicológicas e emocionais:

Não. A gente se acostuma e não procura. Se finge de forte. Não existe muito esse costume de procurar o médico ou o posto (de saúde) pra conversar sobre essas coisas. A não ser nos grupos como esse. Às vezes, a gente vem por outro motivo, né? E acaba que eles percebem que a gente não tá bem e mandam a gente pro psicólogo ou alguém assim (E6).

O fortalecimento da humanização e do cuidado holístico são formas de aliviar o sofrimento, favorecer a construção dos vínculos sociais e buscar melhores condições de vida e de saúde para a população (GUERRA et al., 2013). As práticas multiprofissionais e as novas formas de cuidado têm diminuído a resistência do diálogo sobre saúde mental nos serviços de atenção à saúde, entretanto, muitos tabus e estigmas ainda devem ser desconstruídos para que esta possa ser reconhecida pelos indivíduos com a mesma prioridade que a saúde física.

Considerações finais

As mulheres participantes da pesquisa tinham idade entre 25 e 59 anos; estado civil equivalente para solteiras e casadas; a maioria apresentava nível médio completo, desenvolvia atividade profissional e percebia um salário mínimo por mês.

Os principais resultados revelaram que as participantes tinham conceitos próprios sobre a violência e saúde mental, descritos através da ótica individualizada e das significações próprias para cada uma delas. O entendimento das mulheres sobre as formas de manifestação da violência no território destacou a violência urbana e a criminalidade como aspectos inerentes ao cotidiano da comunidade, onde os jovens ingressavam, erroneamente, no meio criminoso, em busca de uma maior visibilidade social.

Quanto ao impacto da violência na saúde mental das entrevistadas, pôde-se perceber que as consequências atuavam como fatores sugestivos e contributivos para o adoecimento mental que

caracterizavam desde sentimentos de medo e insegurança à presença de sintomas que podem ser associados a psicopatologias como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (TEPT). Vale ressaltar que a incidência dos sintomas somada à discriminação em se discutir saúde mental no cotidiano das unidades e buscar tratamento qualificado constituíram fator preponderante para o consumo desenfreado de psicotrópicos, na maioria dos casos, sem orientação médica.

A principal conclusão desta pesquisa foi a de que a violência vivenciada pelas mulheres participantes do estudo contribuía como um consistente fator para o adoecimento mental, atribuindo-se às políticas públicas, fragilidades nas estratégias criadas para o enfrentamento do processo da violência e suas consequências negativas para a saúde da população.

Referências

ABATH, M.B. et al. Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n.9, p.1797-1806, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa - Portugal: Edições 70, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre a ética na pesquisa com seres humanos no Brasil. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 26 jul. 2018

CÂMARA, R.H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.6, n.2, p.179-191,2013.

CEARÁ, Governo do Estado. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Caderno de informação em saúde: Região de Saúde de Aracati. Fortaleza – CE**, 2016. 41p. Disponível em: <datasus.saude.gov.br/index.php/nucleos-regionais/ceara> Acesso em: 23 jul. 2018.

CHAGAS, C.A.N.; SILVA, C.N.; SILVA, J.M.P. Território, Produção do Espaço e Violência Urbana: Uma Leitura Geográfica dos Homicídios na Região Metropolitana de Belém. In: **Anais do VII Congresso Brasileiro de Geógrafos**. Espírito Santo: AGB, 2014. Disponível em: <http://www.cbg2014.agb.org.br/resources/anais/1/1404308058_ARQUIVO> Acesso em 20 out. 2018.

COSTA, S.L.; FERREIRA, R.S. Violência urbana e assistência social no âmbito da proteção social básica. **Revista de Políticas Públicas e Segurança Social**, v.1, n.1, p. 54-76,2017.

DATASUS. Tecnologia de Informação a Serviço do SUS.**Dados da população residente em 2018**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popCE.def>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

DELGADO, P.G.G. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O Social em Questão**. Ano15, n.28,

p.187-198, 2012.

FALQUETO, J.M.; FARIAS, J. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de Administração. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v.3, p.560-568,2016.

FERREIRA, C. **Caraterização da Saúde Mental numa população jovem do concelho da Póvoa de Varzim**: da psicopatologia ao bem-estar. Porto – PT, 2015, 92p. (Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa). Porto - PT, 2015. Disponível em: <<https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/4886>> Acesso em: 25 out. 2018

FERREIRA, I.C.B; PENNA, N.A. Território da violência: um olhar geográfico sobre a violência urbana. **GEOUSP - Espaço e Tempo**, n.18, p.155 -168,2005.

GONÇALVES, H.B.; QUEIROZ, M.R.; DELGADO, P.G.G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Revista de Psicologia**, v.29, n.1, p. 17-23, 2017.

GUERRA, C.S. et al. Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos em uma unidade de referência para saúde mental. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.7, n.6, p.4444-51, 2013.

IBGE _ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de gênero: Uma análise dos resultados do censo demográfico 2010. **Estudos e Pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica**. n.33. 2014. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil. **Estudos e Pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica**. n.38. 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551-informativo.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

LIMA, E.M.F.A.; YASUI, S. Territórios e Sentidos: Espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, v.38, n.102, p.593-606, 2014

MACHADO, D.F. et al. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.24, n.5, p.254-58, 2016.

MARI, J.J.; MELLO, M.F.; FIGUEIRA, I. The impact of urban violence on mental health. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.30, n.3, p.183-184,2008.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 132 p.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R: Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, v.4, n.3, p.513-531, 1998.

OLIVEIRA, E.M.; JORGE, M.S.B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Rev. RENE**, v.8, n.2, p.93-100, 2007.

OLIVEIRA, E.M. et al. Perfil e sofrimento de mulheres vítimas de violência atendidas em uma delegacia especializada. **Rev. RENE**, v. 4, n. 2, p. 30-37, 2003.

SANTOS, I.N.N.B. **O tráfico de drogas como meio de inclusão para jovens excluídos e subintegrados em uma semântica social de consumo**. Fortaleza - CE, 2016. 82p. (Monografia apresentada ao Curso de Direito da Faculdade 7 de Setembro). Fortaleza - CE, 2016. Disponível em: <<https://www.uni7.edu.br/wp-content/uploads/2017/01/UNI7-Monografia-Ingrid-Nayara-Nogueira-Bastos-dos-Santos.pdf>> Acesso em: 23 nov. 2018

PEKNY, A.C.; RICARDO, C.M. **Mapeamento dos principais desafios de violência e criminalidade no Brasil**. São Paulo: Instituto Sou da Paz, 2017.

PERES, M.F.T. Violência e saúde no Brasil. In MELLO, M.F et al. **Transtorno de estresse pós-traumático: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Manole, 2006.

SOARES, G.D.; MIRANDA, D.; BORGES, D. **As vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

SONODA K.C.L.; ASSIS, S.G; SCHENLER, M. Estratégias de enfrentamento da violência urbana por ativistas sociais do rio de janeiro. **Psicologia em Revista**, v.22, n.3, p.749-767, 2016.

SOUTO, R.Q.; ARAÚJO, F.K.C.D.; CAVALCANTI, A.L. Violência sexual: análise de dados relacionados ao atentado violento ao pudor. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.25, n.2, p.235-242, 2012.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2013: homicídios e juventude no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 2013.

■