


## VIOLÊNCIA URBANA E SAÚDE MENTAL NO CAPS: UM ESTUDO PSICOSSOCIAL

### URBAN VIOLENCE AND MENTAL HEALTH IN CAPS: A PSYCHOSOCIAL STUDY

Luana Filgueiras RABELO\* 

Fábio Pinheiro PACHECO\*\* 

---

**Resumo:** A violência urbana pode ser compreendida como um fenômeno biopsicossocial na sociedade, desencadeando prejuízos físicos, patrimoniais e consequências emocionais. Diante disso, este trabalho analisa a relação da violência urbana com a saúde mental de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), da cidade de Quixadá, Ceará. Para tanto, utilizou-se da pesquisa documental, a partir de 546 prontuários abertos no ano de 2018. Selecionou-se os prontuários com registros de episódios de violência urbana, os quais foram analisados com suporte da estatística descritiva e Análise de Conteúdo. Observou-se prevalência de questões relacionadas à I) violência doméstica familiar; II) violência como código de linguagem; III) sintomas e implicações nas vidas de vítimas; e IV) Protocolos internos do CAPS. O trabalho possibilitou discussões psicossociais a partir da concepção ampliada de saúde mental, considerando contextos históricos, culturais e situacionais.

**Palavras-chave:** Violência urbana. Saúde mental. Atenção psicossocial. CAPS.

---

**Abstract:** Urban violence can be understood as a biopsychosocial phenomenon in our society, triggering emotional consequences, physical and patrimonial damages. Therefore, this study seeks to analyze the relationship between urban violence and the mental health status of users of a psycho-social attention center (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS), in the city of Quixadá, Ceará. For that purpose, documentary research was employed by assessing 546 patient records from 2018. The patient records with urban violence episodes were selected and analyzed using descriptive statistics and content analysis techniques. There was a prevalence of issues related to I) family domestic violence; II) violence as a language code; III) symptoms and implications in victim's lives; and IV) CAPS internal protocols. This study allowed psychosocial discussions based on the expanded conception of mental health, considering historical, cultural, and situational contexts.

**Keywords:** Urban violence. Mental health. Psychosocial care. CAPS.

---

Submetido em 21/07/2020.

Aceito em 12/01/2021.

---

\* Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Residente em Saúde mental pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Atua como psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS - Ad) na cidade de Quixadá/CE. E-mail: [luanarabelopsi@gmail.com](mailto:luanarabelopsi@gmail.com)

\*\* Psicólogo pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre e doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: [pfabiopinheiro@gmail.com](mailto:pfabiopinheiro@gmail.com)



## INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional é um programa de pós-graduação ofertado pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) que oferece a possibilidade de aprofundamento em áreas de saber específicas *in locu*, ou seja, no lugar onde a teoria e a ciência devem ser aplicadas, operacionalizadas. A residência aproxima teoria e prática, desmistifica preconceitos que possam vir a ser construídos no âmbito da academia e proporciona diversas experiências práticas, ao mesmo tempo em que forma o profissional. Neste trabalho, a Ênfase da Residência Multiprofissional trata-se da Saúde Mental Coletiva, e a instituição parceira para as atividades em campo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Quixadá. Antes de iniciar o trabalho na instituição, a Residência viabiliza o conhecimento do território – as pessoas, as lideranças comunitárias e religiosas, os dispositivos da Rede de Saúde Pública, assim como da Assistência, Segurança, Cultura, Arte, Filantropia e espaços públicos, em geral. No CAPS, propriamente dito, foram desenvolvidas práticas de psicoterapia, individual e em grupo, salas de espera, reuniões de equipe, discussão de casos, construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), visitas domiciliares, matriciamentos intra e intersetoriais e oficinas de assuntos pertinentes à Saúde Mental e à transformação da cultura manicomial.

Durante o desenvolvimento dessas atividades com usuários do CAPS, percebeu-se que muitas histórias, que envolviam desde acidentes de trânsito a casos de mudança para uma cidade menor por medo da violência da capital, ou testemunho de homicídio, encontravam-se em um ponto comum: a violência urbana. A temática chamou-nos a atenção enquanto pessoas, moradoras de cidade, atingidas pelo medo comum - e, muitas vezes, naturalizado - a todos que vivem essa realidade, e de quem também já foi vítima e testemunhou episódios de violência urbana, sofrendo, portanto, por experiências próprias, ou empaticamente. Acompanhando meios de comunicação, observou-se a violência urbana ser tratada como espetáculo, e a dor que ela causa, como atração e impulsionador de audiência a programas televisivos, o que despertou ojeriza e interesse em estudar o tema e todas as complexidades que a formam e a envolvem.

No período de 2018, no CAPS II de Quixadá, muitas das pessoas que passaram pelo acolhimento, visitas em domicílio ou atendimento em psicoterapia, traziam um longo histórico ou, minimamente, eventos de vitimização por violência. A partir disso, tornou-se importante analisar como essa realidade se correlacionava com o fato daquelas pessoas adoecerem psiquicamente, quais fatores corroboravam para a situação de violência, o que havia em comum entre os usuários que tinham essa narrativa. Pautando-se no paradigma de atenção psicossocial ao sofrimento psíquico, considerando os aspectos biológicos, psicológico, sociais, culturais e econômicos relacionados aos processos de saúde e adoecimento dos usuários (AMARANTE, 2008), buscou-se, então, compreender melhor a realidade social dos usuários que traziam essas marcas de violência em suas histórias de vida, e como estas violências repercutiam em seus processos de adoecimento psíquico e saúde.

O termo “violência” é polissêmico, tendo diversas características em sua conceitualização, podendo diferenciar-se pelos tipos de violência (gênero, raça, religião, etc.), modos de expressão (física, verbal,

psicológica, etc.), pelos territórios onde ocorrem (zonas urbanas ou rurais, bairros, etc.), dentre outras características. Para Minayo (2005), a violência é um fenômeno biopsicossocial complexo e dinâmico que tem a vida em sociedade como o seu espaço de criação e de desenvolvimento.

Morais (2017), em sua obra “*O que é violência urbana*”, afirma que o “o medo é o pão cotidiano dos cidadãos”, em alusão ao papel da violência e ao temor que ela produz, de maneira que se presentificam e provocam efeitos diretos no dia-a-dia das pessoas na contemporaneidade. Episódios de violência, sofridos ou testemunhados, fazem com que a população seja imbuída a conviver com um ordinário sentimento de insegurança, e torna-se, assim, mais vulnerável ao adoecimento psíquico. A correlação entre esses dois fenômenos foi confirmada por Albuquerque, Barros e Schraiber (2013), em um estudo transversal realizado com sujeitos de serviços de atenção primária de São Paulo que apontou, como conclusão, uma associação entre padecimento por violência e sofrimento mental, tanto em homens quanto em mulheres.

Sendo assim, o que seria então violência urbana? Gonçalves, Queiroz e Delgado (2008) afirmam que o termo “violência urbana” é uma construção social dada em delimitações temporais e espaciais e que revela diferentes significados. Isso se dá devido aos contextos distintos nos quais ela ocorre, considerando os atores ou as vítimas e também aqueles que a percebem. Souza *et al* (2011) apontam que a taxa de homicídios é o mais relevante indicador de saúde. As autoras evidenciam, ainda, uma correlação muito próxima com desigualdade de renda, confirmando o contexto situacional como um importante componente para entender a realidade desse fenômeno.

Rodrigues *et al* (2014) corroboram essa perspectiva ao analisar que, a partir dos anos 1980, quando houve uma elevação dos números de violência letal, houve, concomitantemente, o controle territorial por grupos armados de maneira cotidiana de periferias e espaços populares brasileiros. De acordo com os autores, a postura inicial da opinião pública e de vertentes mais conservadoras em relação a esta questão fizeram uso de elementos que contribuiriam para o acirramento da violência, em vez de sua atenuação. A abordagem reativa e repressiva como resposta à violência urbana, ainda adotada nos dias de hoje, deriva da crença de que a forma mais adequada de combater a violência é a mobilização do aparato policial, sem regular ou limitar o uso da força, estimulando-se o seu uso excessivo e arbitrário.

Se *a priori* a violência foi problemática específica de grandes centros urbanos, hoje, já não se pode garantir essa exclusividade. Em Quixadá, cuja população está por volta de 87.116 habitantes (IBGE, 2018), o número de óbitos por agressão cresceu 66,5% entre os anos de 2010 e 2013, o que coloca a cidade na quarta posição do ranking estadual, apresentando uma taxa superior à média cearense (SIM/DATASUS, 2015). Diante disso, faz-se pertinente estudar e acompanhar esta nova realidade e quais implicações ela tem produzido à saúde mental da população.

Essa relação entre a violência e o sofrimento psíquico pôde ser evidenciada na atuação enquanto psicóloga residente no CAPS de Quixadá. Neste equipamento, são acolhidos casos frequentes de pacientes que buscam o dispositivo expressando, em suas narrativas, a violência sofrida como disparadora ou agravante do quadro de adoecimento em que se encontram. Em cerca de um ano de exercício de atividades

no território, foram ouvidos relatos de diferentes conformações, mas que têm em comum a violência urbana: luto por familiares que perderam a vida ao ser vítimas de assalto ou por envolvimento com o tráfico de drogas; dívidas não quitadas; convívio próximo com situações de violência no bairro em que moram; traumas após intervenções policiais truculentas; ameaças e perseguições após desavenças ou crimes passados ou ainda, por ser testemunha de algum delito - em geral, assassinato. Foi, então, a observação dos numerosos casos com esse perfil o que motivou o aprofundamento do estudo sobre de que modos e que desdobramentos a violência urbana é capaz de gerar na saúde mental dos pacientes do CAPS.

O tema da violência urbana e suas principais consequências subjetivas aos usuários de serviços de saúde ainda é um campo pouco debatido no âmbito das estratégias assistenciais do setor saúde (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017). Dessa forma, as afetações entre violência e sofrimento mental configuram-se em uma relevante questão de saúde, uma vez que envolvem prejuízos ao sujeito em sua individualidade e em sua coletividade, como ser social que é. Consequentemente, como salientam Donoso e Bastos (2014), essas situações exigem uma análise aprofundada para que se elaborem estratégias e políticas específicas e direcionadas de enfrentamento.

Entendendo, portanto, violência como agressão, brutalidade, ato que remete o uso da força, do poder e da dominação (CHARLOT, 2002) e considerando o crescimento desse fenômeno na cidade de Quixadá, esse estudo objetiva analisar a relação da violência urbana com a saúde mental de usuários do CAPS de Quixadá. A partir disso, serão discutidas as implicações psicossociais que esse tipo de violência pode ocasionar.

Por implicações psicossociais, Ximenes *et al* (2015) considera as consequências suscitadas no sujeito, sejam oriundas de aspectos intra ou interpsicológicos que estão presentes no decorrer do desenvolvimento do psiquismo e dos modos de viver. Martín-Baró (1984), em seus estudos sobre a violência em cenários de guerra, ajuda-nos a compreender a violência como um fenômeno que se configura nas relações sociais, marcadas pelos conflitos de classe, e como essas violências afetam o psiquismo humano. A violência, desse modo, é compreendida, ao mesmo tempo, como um fenômeno social e individual, em que coletivos de pessoas podem vivenciar a mesma situação de violência, mas terem consequências psíquicas diferenciadas.

## 1. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza mista (quantitativa e qualitativa), desenvolvido a partir de uma pesquisa documental (GIL, 2008), aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública do Ceará, cujo número de parecer é 3.621.239. O levantamento de dados deu-se a partir da análise de prontuários do Centro de Atenção Psicossocial para averiguação de casos em que há notificação de alguma violência urbana. Foram selecionados os prontuários abertos no CAPS II de Quixadá, entre os dias 02 de maio e 20 de dezembro do ano de 2018, período contemporâneo à presença da equipe de residência no serviço, totalizando 546 prontuários. Para a seleção dos prontuários, foram utilizadas como critérios a presença das

palavras “assassinato”, “briga”, “acidente de moto”, “sofreu atentado”, “agressividade do marido”, “assalto”, “problemas conjugais graves”, “violentada”, “casa invadida pelo Raio”, “sofre ameaça de vida”, “perseguição”, “presenciou o assassinato” e “amedrontada desde os últimos acontecimentos de violência no Estado”.

Para a organização e categorização das informações, pautou-se, primeiramente, em uma etapa de perspectiva quantitativa, com auxílio da estatística descritiva e do programa Excel; posteriormente, para uma análise aprofundada dos sentidos dos dados, optou-se pela abordagem de teor qualitativo, com auxílio da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977). A fase quantitativa, seguindo a descrição de Serapioni (2000), foi caracterizada, pelo levantamento de dados, indicadores e tendências observáveis, a fim de que o fenômeno pudesse ser mensurado, classificado e analisado. Os dados foram organizados de modo a possibilitar um panorama geral sobre o perfil do usuário, seguindo as seguintes categorias: sexo, renda socioeconômica, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, localidade habitacional e testemunho de violência. Não foi possível analisar questões relacionadas à raça, por essa informação não estar incluída nos prontuários. Quanto à fase qualitativa, orientou-se em Minayo (1994), buscando apreender as nuances dos significados e sentidos elaborados pelas pessoas em situação de violência. Em decorrência da falta de informações aprofundadas nos prontuários, a análise qualitativa contribuiu mais na categorização dos núcleos temáticos do estudo, havendo, com isso, poucos exemplos de trechos extraídos dos prontuários.

## **2. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Do total de 546 prontuários, 95 apresentaram alguma menção à violência urbana, já no acolhimento do usuário. Um número de relevância, representando 17,4% dos usuários que deram entrada no CAPS de maio a dezembro de 2018. Destes 95 prontuários, a idade média consistiu em 32 anos, numa amplitude que parte da idade mínima de 7 anos à máxima de 81 anos de idade. O público é majoritariamente feminino (71,58%), ficando os homens com 28,42%. Quanto ao estado civil, observou-se a predominância de solteiros (57,9%), seguidos por casados (20%), relacionamento consensual (15,79%), divorciados (4,21%) e viúvos (2,1%). No que diz respeito à escolaridade, lidera Ensino Médio (29,47%), seguido por Ensino Fundamental I Incompleto (13,68%), Ensino Médio Incompleto (11,58%), Ensino Fundamental I (10,52%), Ensino Fundamental II incompleto (9,47%), Ensino Fundamental II (6,31%), Ensino Superior incompleto (5,26%), Nenhuma Escolaridade (4,21%) e, por último, Ensino Superior (3,15%). Seis prontuários (6,31%) não continham essa informação. Sobre a renda socioeconômica, a maioria recebe 1 salário mínimo (28,42%); e os demais caracterizam-se por menos de 1 salário mínimo (16,84%); é estudante (14,74%); tem apenas o bolsa família como fonte de renda fixa (14,74%); tem entre 1 e 2 salários mínimos (7,37%); conta com 2 salários mínimos (7,37%); e encontra-se desempregado (3,16%). O Quadro 01, abaixo, reúne as características preponderantes dos usuários apresentadas até então:

SEXO	IDADE MÉDIA	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	RENDA
Feminino 71,58%	32,7 anos	Ensino Médio 29,47%	Solteiro 57,9%	1 Salário 28,42%

Quadro 01 – Perfil predominante de usuários do CAPS com relato de sofrimento por violência urbana.

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

Com relação aos locais onde residem os usuários, destacam-se os bairros Centro (13,68%), Campo Novo (11,58%) e Carrascal (7,38%). Estes são também alguns dos bairros mais populosos da cidade, estando o Campo Novo em primeiro lugar com 6.880 habitantes; o Centro, em terceiro, com 5.444 habitantes; e o Carrascal, mais atrás, como o sétimo bairro mais populoso, com 2.559 habitantes (BRASIL SABIDO, 2014).

Quanto aos tipos de violência sofrida, os resultados são amplos. A violência doméstica envolvendo a família aparece em destaque e é registrada de maneiras diferenciadas. “Conflitos familiares” foi o registro mais recorrentemente encontrado, geralmente sem detalhes mais aprofundados em prontuário, somando 62 casos, o que representa 65,26% do total de casos com relatos de violência urbana.

Além deste, foram constatados também relatos de vivências de violências familiares diretas, como “atritos com o marido”, “tensão familiar”, “homofobia familiar”, “situação familiar aguda”, “conflitos familiares com a mãe/mulher/marido”, “relação frágil com os pais”, “pai agressivo”, “agressividade do padrasto do esposo com a sogra”, assim como violência contra terceiras pessoas, da qual o usuário foi espectador e pela qual apresenta sofrimento, como por exemplo, casos em que a usuária presenciou a sogra ou a própria mãe sendo agredida pelo companheiro ou a que teve a filha abusada sexualmente por seu padrasto. O Quadro 02, a seguir, mostra o *ranking* e o perfil da vítima em cada tipo de violência urbana:

<b>VIOLÊNCIA</b>	<b>SEXO</b>	<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>RENDA</b>
1° - Doméstica (65,26%)	F (77,42%)	7 - 66 anos	Ensino Médio (27,42%)	< 1 Salário (41,94%)
2° - Homicídio <sup>1</sup> (11,58%)	F (54,54%)	7 - 52 anos	E. Médio, Ensino Fund. II Incompleto e Nenhuma Escolaridade (18,18% cada)	< 1 Salário (54,54%)
3° - Trânsito (6,31%)	M (66,66%)	23 - 44 anos	Ens. Médio Incompleto (50%)	1 Salário e < 1 Salário (50% cada)
4° - Assalto (6,31%)	M (83,33%)	18 - 52 anos	Ensino Médio (50%)	2 Salários (50%)
5° - Conflito interpessoal fora de contexto doméstico (7,37%)	F (100%)	15 - 52 anos	Ensino Médio (57,14%)	1 Salário e < 1 Salário (42,85% cada)
6° - Policial (2,1%)	F (100%)	47 - 81 anos	Ensino Fundamental I Incompleto (100%)	1 Salário (100%)
7° - Ameaça de morte (1,05%)	F (100%)	55 anos	Ensino Médio Incompleto (100%)	1 Salário (100%)

<sup>1</sup> De algum ente querido ou execução na presença do usuário.

Quadro 02 – Perfil do usuário por tipos de violência urbana sofrida, em ordem decrescente.

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

Como ilustrado acima, acidentes de trânsito correspondem a 6,31% dos casos com menção à violência urbana, assim como assalto (6,31%); enquanto violência policial aparece com 2,1%. Já quando se trata de violência letal, os números sobem: testemunho a homicídio/tentativa de homicídio ou perca de algum ente querido por assassinato aparecem com 11,58%; e casos de ameaça de morte somam 2,1%. Por fim, o uso de substâncias psicoativas aparece associado a situações de violência em relatos como, por exemplo, “conflitos com marido alcoolista” e “graves conflitos com a mãe, usuária de drogas desde a gestação”. Há ainda relatos de adoecimento despertado após episódios de violência em ambientes sociais, seja na vizinhança, no trabalho ou no jogo de futebol, totalizando 7,37%, representados, mais a frente, no Quadro 03, nas discussões sobre conflitos interpessoais fora de contexto doméstico.

Com o levantamento, a organização e a categorização dos dados, não foi possível encontrar informações que apontem diferenças estruturais ou socioeconômicas entre os bairros de Quixadá, assim como notificações referentes à violência urbana, para que se possa estudar possíveis correlações. Entretanto, Ferreira, Vasconcelos e Penna (2008) afirmam que existe conexão entre território, violência e criminalidade.

De acordo com os autores, as diferenças sociais, econômicas, culturais, etc. se espacializam, formando o território e criando os respectivos espaços dos processos sociais responsáveis por essas diferenças. Pessoas elitizadas têm maior liberdade de escolha de localização, usufruem de mais vantagens locacionais, e assim estabelece-se um padrão de ocupação que gera segregação socioespacial e periferização.

Neste sentido, pensa-se, também que, para além de um espaço de intervenção e operacionalização de políticas, o território se configura como espaço dinâmico e vivo que se estrutura no cotidiano das pessoas na relação homem-ambiente, produzindo "[...] desdobramentos concretos na subjetividade de seus ocupantes, tendo um papel central no processo de saúde-doença dos viventes das realidades locais" (LIMA; OLIVEIRA, 2020, p.67). É na periferia que dois, dos três bairros com maiores índices de violência urbana apontados nesta pesquisa, encontram-se. É também neste espaço, de periferização, que Ferreira, Vasconcelos e Penna (2008) discorrem sobre aumento de riscos de exclusão, injustiça social e criminalidade. As autoras afirmam que são nesses lugares, marcados pela ausência do estado, da lei e das instituições públicas, e onde o contrato social é rompido, a população excluída social e espacialmente periferizada, o toma como abrigo e, diante de todas essas condições, o crime organizado se instala. Nessa perspectiva, como a exposição a essas circunstâncias apresentadas põe o indivíduo em posição de maior vulnerabilidade, entende-se que se aumenta o risco de vitimização por violência e, conseqüentemente, de acometimentos em saúde mental.

Superando a concepção de território como um artefato meramente funcional da assistência à saúde, Lima e Oliveira (2020) defendem a compreensão do território como uma categoria estratégica para a análise das condições de desenvolvimento local, identidades, diferenças, desigualdades, produção técnica e tecnológica. Nesse sentido, o território e as territorialidades configuram-se como expressões de singularidades que têm efeitos importantes no enfrentamento da instrumentalidade da noção de território em saúde, contribuindo para a multidimensionalidade da produção da vida.

Com o aprofundamento dos dados categorizados, observou-se a prevalência de quatro categorias específicas, a saber, I) a violência doméstica familiar; II) a violência como modo de ser ou código de linguagem; III) os sintomas e as implicações nas vidas de vítimas ou testemunhas de violência urbana; e IV) Protocolos internos do CAPS.

## **2.1 Violência doméstica familiar**

Orellana *et al* (2019) retrataram, em seu estudo, os diferentes contextos em que o feminicídio ocorre, buscando identificar os fatores de risco envolvidos e encontrou, entre eles, os elevados índices de desigualdade e a violência urbana. Os autores afirmam que essas realidades parecem impactar de forma expressiva sobre o quantitativo de mortes por agressão entre as mulheres. Neste estudo, não foi detectado nenhum caso de feminicídio, contudo, pode-se fazer um paralelo com a violência doméstica familiar, uma vez que se tratam de mulheres a totalidade das vítimas desse tipo de violência.



Diante dos dados verificados no presente estudo, vale destacar uma discussão mais particular voltada à violência doméstica familiar, por esta ter se revelado protagonista entre os resultados, uma vez que 65,26% dos usuários que relataram alguma violência sofrida na cidade, descreveu uma violência doméstica. Sotero (2019) é categórica ao abordar a relação entre violência doméstica e violência urbana: aqueles que sofreram ou presenciaram episódios de violência doméstica têm mais chances de reproduzir ou banalizar a violência urbana. De acordo com a autora, a violência ocorre com fins de dominação, exploração e opressão, e se manifesta como uma consequência da organização humana no mundo, com todas suas desigualdades sociais, culturais, econômicas e de gênero.

Sabe-se que existem tipos diferentes de violência doméstica. Sobre isso, a Lei 11.340/2006 elucida bem o conceito e seus tipos, definindo a violência doméstica familiar como

[...] qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).

O artigo 7º da mesma Lei define e distingue as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher em cinco tipos de violência, a saber, I) Violência Física, que quando há ofensa à integridade e saúde corporal; II) Violência Psicológica, considerada como qualquer dano à saúde emocional, à autoestima e ao pleno desenvolvimento, ou degradação de comportamentos, crenças e decisões, causando prejuízo à saúde psicológica e autodeterminação; III) Violência Sexual, identificada como o ato de causar constrangimento a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, induzir à comercialização ou utilização da sexualidade, impedindo o uso de método contraceptivo; forçar matrimônio, gravidez, aborto ou prostituição, involuntariamente, assim como limitar direitos sexuais e reprodutivos; IV) Violência Patrimonial, caracterizada como uma retenção, subtração, destruição de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos; e, por fim, V) Violência Moral, sendo identificada como calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

Apesar das evidentes distinções entre as variedades de violência, foi um desafio identificar de que violência doméstica se tratava no prontuário. Apenas 43,55% dos prontuários apresentavam alguma descrição ou definição do tipo de violência que o usuário sofreu ou testemunhou, ainda que de forma subjetiva, à maneira e com as palavras que o profissional decidiu relatar. A maioria dos registros (56,45%) somente mencionava o termo violência doméstica, propriamente dita, ou continha alusões a ela na medida em que indicavam conflitos familiares graves/recorrentes, sem demarcação mais detalhada da vivência do paciente, para que fosse possível categorizar, com segurança e clareza, qual a natureza da violência doméstica sofrida.

Para além disso, observou-se que, em todos esses subtipos de violência doméstica, as mulheres são as maiores vítimas; e os homens são os principais agressores. Violência psicológica foi a preeminente, entre as que foram possíveis ser identificadas nos prontuários, como ilustrado no Quadro 03, abaixo:

<b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA</b>	<b>QUANTIDADE (%)</b>	<b>SEXO DA VÍTIMA (%)</b>	<b>SEXO DO AGRESSOR (%)</b>
Sexual	10	100 – Feminino	100 – Masculino
Física	16,6	70 – Feminino	50 – M / 30 – Não identificado
Psicológica	25	86,6 – Feminino	73,3 – M / 6,66 – Não identificado
Patrimonial	1,66	100 – Feminino	100 – Masculino
Não identificada	46,66	-	-

Quadro 03 – Violência Doméstica

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

A violência contra a mulher se sobressalta na análise dos prontuários na medida em que é mais frequente encontrar relatos sobre relacionamento abusivo, agressividade do companheiro ou, de forma menos específica, menções sobre “problemas conjugais” quando a paciente é do sexo feminino. Termo que pode naturalizar a violência contra a mulher, minimizando o real impacto do exercício de uma relação de opressão e silenciamento pela figura masculina. Enquanto a violência ao gênero feminino é quase unânime, quando se trata de usuários homens, sofrimentos causados por relações maritais aparecem apenas duas vezes (13,3%).

Para Davis (2019), a ameaça à segurança parece sempre partir de fora, do inimigo imaginário externo. Há diferentes imagens do inimigo (migrantes, terroristas, presidiários, estupradores, assassinos) que ameaçam a segurança, e é irônico como a família ainda é considerada um lugar seguro, um refúgio, mesmo diante da contínua e global violência doméstica. O que faz as pessoas se sentirem mais seguras é diferente de estarem realmente mais seguras. Enquanto se desenha e se teme um inimigo externo, desvia-se a atenção das ameaças à segurança real, que pode vir de parceiros íntimos da mulher (DAVIS, 2019).

Nos prontuários, há relatos de usuárias que, embora tenham noção sobre a violência que sofrem, permanecem nos relacionamentos. Maia e Cascaes (2017) definem relacionamento abusivo como uma violação aos direitos fundamentais da pessoa humana, que gera agressão à saúde e ao bem-estar psicológico, pessoal e social. Uma série de fatores podem motivar essa “escolha” por permanecer no relacionamento, tais como a pressão social, religiosa e familiar, proteção dos filhos, dependência financeira, dependência emocional e cultura patriarcal (GOMES, FERNANDES, 2018). Em uma sociedade organizada pela

dominação masculina, a posição social das mulheres é marcada pela subalternidade, uma vez que mulheres possuem menos chances de acesso às posições de poder e de controle de bens materiais, assim como estão mais sujeitas à violência e à humilhação (MIGUEL; BIROLI, 2014).

Maia e Cascaes (2017) estabelecem, também, uma associação muito íntima entre o relacionamento abusivo e o machismo, que pode explicar essa diferença de gêneros entre os agressores e as vítimas de violência doméstica. Para as autoras, o machismo está impregnado na própria cultura da sociedade, que ainda o alimenta nas relações do dia-a-dia, especialmente nas relações amorosas. A ideologia machista socializa o homem para dominar a mulher, numa relação desigual entre poder e submissão, onde a violência, muitas vezes, se torna o veículo de comunicação, a forma através da qual o homem se expressa. Assim, quando o machismo impera no relacionamento amoroso de um casal, sua existência pode resultar em um relacionamento abusivo.

## **2.2 A violência como modo de ser**

A presença de casos que descrevem a violência física de forma tão aguda - como em assassinato, violência do Estado, representada pela polícia, ou agressão física - evidencia o que França (2019) discorre sobre sociabilidade violenta. Segundo o autor, esse fenômeno é marcado pela emergência do uso desregulado da violência, de maneira a dispensar qualquer justificativa moral ou racional. E a força física apresenta-se como principal característica desse modo de coordenação de condutas, assim como o elemento central da representação social da violência urbana.

Nesta pesquisa, a sociabilidade violenta pôde ser observada em relatos de pacientes do CAPS que descreviam situações nas quais não havia espaço para diálogo, lógica ou qualquer argumentação. A violência, então, atuava como uma linguagem, utilizada como forma de solucionar diferenças, atritos interpessoais, conflitos familiares ou como manifestação de poder, opressão ou o próprio *modus operandi* de uma instituição, como a polícia, apontada como agente agressor em alguns casos acompanhados durante a experiência da residência.

Nesse contexto, o uso da violência é legitimado e justificado para fins de pacificação social ou de restauração de uma ordem pacífica considerada ameaçada. Os agentes produtores dessa violência podem ser representados por grupos higienistas, de extermínio ou as próprias forças do Estado - como a polícia, assim como foi declarado nesta pesquisa. Portanto, paradoxalmente, com o argumento de combater a violência urbana, o Estado também a produz e revela seu poder mortífero ao defender uma ideologia de segurança nacional e de segurança urbana com aparato de tortura, fazendo uso de controle, encarceramento e até extermínio de camadas sociais mais pauperizadas (FRANÇA, 2019).

Considerar acidente de trânsito como um fator de violência urbana pode causar estranhamento, à primeira vista. Afinal, trata-se de um evento do acaso, do descuido, uma eventualidade trágica e não intencional a qual não se pode evitar. Todavia, a violência no trânsito, decorrente da velocidade, comum em

meio urbano, deve ser analisada como um reflexo da estrutura da sociedade contemporânea, uma vez que a violência depende de estímulos provenientes da própria sociedade (GULLO, 1998).

Gullo (1998) afirma que o veículo automobilístico, seja ele carro ou moto, cada vez mais, ultrapassam o significado de meros meios de transportes e adquirem símbolos sociais de poder, prestígio, força, sucesso, beleza, ascensão social, juventude, ostentação e felicidade. Impulsionado pelo capitalismo, consumismo e campanhas publicitárias, o uso do carro traduz-se, então, numa série de comportamentos que agravam os riscos de acidentes de trânsito: excesso de velocidade, desrespeito às leis do trânsito e supervalorização do veículo em detrimento do pedestre. Assim, o carro ou a moto se transformam em verdadeiros objetos de adoração aos quais tudo é permitido e, conseqüentemente, essa distorção de significado se transforma em agressividade, caracterizando uma forma de violência urbana.

### **2. 3 Sintomas e Implicações**

Ao conceber a violência como um processo histórico, a vivência de cada pessoa expressa os marcos e as possibilidades de uma sociedade concreta, marcadas por suas relações históricas e sociais que facilitam ou dificultam a configuração e expressão da violência (MARTINS; LACERDA JR., 2014). Episódios de violência urbana, ou a própria realidade de insegurança, aparecem intrinsecamente relacionados às queixas dos usuários em seus discursos. Registros documentais apontam a situação de violência vivida pelo usuário como disparadora ou agravante tanto de sintomas orgânicos, como de mudanças comportamentais e de estados psíquicos adversos. Taquicardia, cefaleia, tremor corporal, irritabilidade, isolamento social e crises de choro foram os sintomas descritos.

Essa correlação evidencia como a saúde mental é constituída e transpassada por múltiplos fatores e condições de vida - vulnerabilidade social, segurança pública, criminalidade, urbanismo, gênero, espacialidade, relações familiares, etc. Realidade que torna fundamental e basilar o olhar multiprofissional para esse fenômeno, tanto na equipe do CAPS - formada por médico psiquiatra, enfermeiro, técnico em enfermagem, assistente social, psicólogo, arteterapeuta e terapeuta ocupacional - quanto nas instituições da rede pública de saúde que podem ser referenciadas, a depender de cada Projeto Terapêutico Singular (PTS).<sup>1</sup>

Minayo (2006) corrobora com a ideia de complexidade que envolve e constitui a violência urbana ao declarar que a violência não se trata apenas de uma questão de saúde pública, mas influencia-a diretamente, devido ao acometimento e necessidade de tratamento de suas vítimas:

a violência é um fenômeno sócio-histórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Por isso, ela não é em si uma questão de saúde pública, mas afeta a saúde individual e coletiva e desta forma exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor (MINAYO, 2006, p. 1260).

---

<sup>1</sup> Instrumento que descreve as ações direcionadas ao sujeito, baseado na articulação de condutas terapêuticas, resultante da discussão coletiva da equipe interdisciplinar (SOUSA et al, 2019).

Em sua pesquisa sobre sofrimento psíquico e vida urbana, Sousa (2017) cita sentimentos como o desamparo e a impotência frente à violência urbana e/ou situações diversas de estresse, exclusão e discriminação, especialmente aos que passam mais tempo em zonas de vulnerabilidade. Por vezes, esses também foram os sentimentos relatados entre os pacientes do CAPS, durante a vivência da residência.

A cidade, especialmente o espaço público, ou seja, de uso comum e posse coletiva, é lugar genuíno de socialização, de encontro. Entretanto, sua apropriação é fortemente comprometida devido à disseminação do abandono e, conseqüentemente, do isolamento. O que tem ligação direta com a violência urbana: as pessoas sentem-se expostas e amedrontadas (SOUSA, 2017). “Vivenciar a experiência de um assalto ou outro tipo de violência urbana provoca conseqüências emocionais, desencadeando sentimentos de pânico, ansiedade, fobia, estresse, impotência, insegurança, tristeza, etc., que obviamente variam em tempo e intensidade(...)” (SOUSA, 2017, p.25-26).

No que tange à saúde mental e gênero, tem-se que a violência doméstica tem graves efeitos danosos nas mulheres (BATISTA; MEDEIROS, 2020). Em escala mundial, os índices de transtornos psiquiátricos são consideravelmente maiores em mulheres vítimas de violência, uma vez que o sofrimento passa a afetar a autoestima (LUDERMIR, 2008). A discriminação, os insultos verbais, os sentimentos de perda, os maus tratos e a humilhação interferem na capacidade de reação, mantendo o sentimento de inferioridade. A autora aponta que os sintomas psicológicos mais comuns nas vítimas de violência doméstica são insônia, pesadelos, falta de concentração, irritabilidade, falta de apetite, e, em casos mais graves, depressão, ansiedade, síndrome do pânico, estresse pós-traumático, uso abusivo de substâncias psicoativas e tentativas de suicídio.

## **2.4 Protocolos internos do CAPS**

Durante a análise de dados, foi difícil examinar, quantificar e categorizar os tipos de violência sofrida devido à sua indefinição ou ausência de classificação nos documentos acessados. Toda unidade de saúde, seja pública ou privada, deve notificar, compulsoriamente, casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal ou autoprovocada. A notificação deve ser realizada em instrumento padronizado e disponibilizado pelo Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAM), o que não se caracteriza em denúncia, mas em garantia de direito e o primeiro passo para a articulação da rede de proteção social, quando se deve encaminhar aos respectivos órgãos competentes, como por exemplo, Conselho Tutelar, Autoridade Policial ou Ministério Público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

No entanto, apesar de compulsória, a notificação não foi um protocolo adotado pelo CAPS onde a pesquisa foi realizada. Circunstância que restringiu aos prontuários a busca de dados sobre violência urbana e que, na prática, contribui para a subnotificação, dificulta o acesso às informações e, conseqüentemente, o controle sobre as tomadas de decisões sobre o que fazer com casos como esses, como articular a rede e traçar políticas de cuidado especializados nessa temática de violência, para além do acompanhamento

médico. Dados não computados geram um falseamento da condição de saúde mental da cidade, invisibilizam sujeitos e impossibilitam o refinamento de dispositivos e ferramentas de cuidado adotadas formalmente por meio de estratégias em políticas públicas

Além disso, os registros, muitas vezes, apresentavam-se com conteúdos vagos. Havia anotações resumidas a, por exemplo, “situação familiar aguda” (sic), para além de dados cadastrais do usuário. O que se pode concluir dessa informação? A que situação o profissional quis se referir? De que natureza? Houve ou não violência nessa família? Não foi possível identificar.

Encontrou-se também registros como “pai agressivo”, “problema familiar/agressão”, “violência psicológica do companheiro”, “Luto por perder o filho assassinado”, “agressões em relacionamento” e “viu a mãe sofrer violência doméstica”. Nestes casos, a escrita resumida pode ser justificável pela preservação do sigilo do paciente, uma vez que toda a equipe profissional tem acesso ao documento. E ainda que breves, a leitura do documento possibilita o entendimento de que há violência, quem são os atores envolvidos e, em alguns casos, qual a natureza da agressão.

O que há em comum entre os acolhimentos realizados é o encaminhamento que parte dele: a consulta com o profissional de psiquiatria. O atendimento médico mostrou-se unânime como o primeiro encaminhamento, ou seja, em todos os prontuários analisados para esta pesquisa (100%), havendo ou não menção sobre violência urbana, o segundo profissional, pelo qual o usuário foi atendido, foi o médico psiquiatra. Dado que levanta questionamentos e reflexões: o que levou à conclusão de que todas as pessoas que procuraram, pela primeira vez, o CAPS no período de maio a dezembro de 2018, precisavam de consulta psiquiátrica? E por que o médico foi a primeira escolha para o início de tratamento de todos os usuários recém-chegados?

Embora haja o acolhimento, a escuta qualificada pelo médico psiquiatra ou outro profissional e, por vezes, o atendimento compartilhado com profissionais de categorias distintas, todos os prontuários analisados na pesquisa continham alguma prescrição medicamentosa. Vale pensar aqui sobre a supremacia do poder biomédico e da medicalização<sup>2</sup>, ainda que a equipe seja multiprofissional e o serviço, dito psicossocial. Especialmente quando se trata de sofrimento psíquico atrelado à vivência de violência urbana, um fenômeno macro e multifacetado, formado por toda uma conjuntura social, econômica, espacial, de gênero e de classe. Tratá-lo unicamente como problema de saúde ou caso para a medicina é abreviá-lo, minimizá-lo e subestimar ou negar todos os outros determinantes, assim como o cuidado integral à saúde mental do indivíduo.

Um dado intrigante, e que vale o registro, é que o acolhimento é realizado no CAPS por qualquer profissional de nível superior, mas em nenhum dos 546 prontuários examinados o procedimento foi feito por um profissional da Psicologia. O que desperta estranhamento e indagações acerca das motivações para isso, visto que o profissional psicólogo tem, em geral, sua formação pensada para a construção de um olhar

---

<sup>2</sup> A medicalização é um processo ideológico que transforma problemas de ordem social em biológicos (FIRBIDA; VASCONCELOS, 2019).

sensível ao sofrimento do sujeito, de maneira integral, atenta, com escuta qualificada, condutas indispensáveis ao paciente que chega ao serviço de saúde mental.

Deve-se, ainda, somar às problemáticas da subnotificação e do cuidado medicalizante, os problemas de infraestrutura dos serviços. A esse respeito, Lima e Oliveira (2020) apontam que fatores como contratos precários, falta de medicação, redução de profissionais, adoecimento da equipe, ameaça por parte de gestores, etc., reforçam as dificuldades no desenvolvimento de trabalhos críticos e reflexivos. Com efeito, há uma redução das ações terapêuticas ao manuseio do sintoma, havendo mais prescrição de medicamentos e encaminhamentos para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A violência urbana, em suas variadas representações, configura-se como um fenômeno complexo de estudo, tanto na delimitação de sua definição quanto nas formas de compreender a sua manifestação. Neste estudo, vimos como a violência geral e, em específico, a urbana, é um fator de relevante risco ao adoecimento mental. Inferência tomada na medida em que relatos de violência urbana surgem nas falas de usuários do CAPS, já no acolhimento, quando este apura, entre outros dados, os motivos que levaram o usuário a buscar o serviço especializado.

Constatou-se que o perfil preponderante da vítima ou testemunha de violência trata-se de mulher, de meia idade, com renda mensal de até um salário mínimo. O tipo de violência sofrida variou entre acidente de trânsito, homicídio, assalto, violência policial e violência doméstica, que obteve destaque na pesquisa devido ao expressivo quantitativo encontrado.

No processo de análise quantitativa, observa-se indiscutivelmente a presença de indicadores de violências urbana, a partir da frequente repetição de palavras e/ou expressões com teor agressivo. No entanto, quando se parte para uma análise qualitativa para aprofundar os significados das vivências dos usuários, deparamos uma das maiores limitações do estudo: a falta de aprofundamento das informações presentes nos prontuários. Nos registros estudados, havia apenas menções às situações violentas, como “palavras chaves” do caso, sem que houvesse maiores detalhes sobre a ocorrência, como o usuário vivenciou a situação ou as possíveis implicações psicossociais no adoecimento deste.

Essa dificuldade adveio, principalmente, da ausência de protocolo específico para notificação de casos de violência - embora seja compulsório em serviços de saúde. O que complexificou as etapas de coleta de dados e, conseqüentemente, de análise de conteúdo, visto que o registro de violência e sua respectiva descrição ficaram a cargo de cada profissional responsável pelo acolhimento e triagem, ou seja, sem estruturação, escrito de forma livre e com imprecisões. Embora tenha sido um empecilho para o aprofundamento qualitativo, acredita-se que esse fato não impediu o alcance do objetivo da pesquisa, uma vez que a falta de informações nos prontuários já denota uma informação a ser observada e alterada na práxis dos profissionais de saúde mental.

O CAPS, que carrega o termo *psicossocial* em seu nome, ao receber casos com esse perfil de sofrimento psíquico, deve entender e considerar a complexidade de fenômenos como a violência urbana e os atravessamentos que incidem sobre a saúde mental para, assim, formular o Projeto Terapêutico Singular de cada indivíduo. O que deve ser feito de maneira ampliada, na qual se perceba a magnitude dos fatores que estão por trás da ansiedade generalizada ou do transtorno do pânico, por exemplo.

Dessa maneira, faz-se necessário ultrapassar os limites da avaliação diagnóstica centradas nos sintomas psicopatológicos ou do encaminhamento à consulta médica e consequente medicação para alívio de sintomas. É substancial a investigação mais minuciosa das questões que despertaram ou intensificaram o sofrimento psíquico, assim como o acionamento da rede intersetorial - seja de saúde, assistência, educacional, segurança pública, etc. - para que se articule e se projete um mecanismo de cuidado e atenção integralizado ao sujeito que busca ajuda.

Diante disso, destacou-se a relevância deste estudo na contribuição para discussão acerca da complexidade de fatores que envolvem o adoecimento mental de vítimas de violência urbana. Vale ressaltar, ainda, que é imprescindível que a equipe profissional esteja capacitada para receber e atender a essas demandas, por meio de processos formativos e continuados, seja para preencher a ficha de notificação individual - e assim, viabilizar pesquisas futuras -, para identificar as categorias de violência e atendê-las singularmente (com atenção aos numerosos casos de violência doméstica contra a mulher) ou para decidir, seguramente, a terapêutica mais adequada ao paciente, entendendo-o como um ser bio-psico-social-espiritual.

Um olhar profissional ampliado, holístico, atento às implicações que um episódio de violência urbana pode acarretar, também é sensível à multiplicidade de representações de um sofrimento psíquico. Assim, torna-se possível apreender o que uma queixa orgânica pode simbolizar - o medo, o trauma, a solidão, a insegurança, a desassistência, o sentimento de desamparo político e emocional.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F.P.; BARROS, C.R.S.; SCHREIBER, L.B. Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde. **Revista Saúde Pública**, 2013.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, D.; MEDEIROS BRAZ, M.. Repercussões da violência doméstica na saúde mental da mulher: revisão de literatura. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 9, n. 2, 3 mar. 2020.

BRASIL. **Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)>. Acesso em 29 de janeiro de 2020.



BRASIL SABIDO. Disponível em <<http://www.brasilsabido.com.br/populacao/quixada-ce-4361.html>>. Acesso em 23 de janeiro de 2020, às 11:50h.

CHARLOT, B. A violência na escola: como os sociólogos franceses abordam essa questão. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n° 8, 2002, p. 432 - 443. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n8/n8a16>>. Acesso em 29 de outubro de 2018.

DAVIS, A. **A democracia da abolição: para além do império, das prisões e da tortura**. Tradução Artur Neves Teixeira. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Difel, 2019.

DONOSO, M.T.C; BASTOS, M.A.R. O cotidiano dos profissionais que trabalham diretamente com vítimas de violência social. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2014. Disponível em <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/423/570>>. Acesso em 29 de outubro de 2018.

FERREIRA, I.C.B.; VASCONCELOS, A.M.; PENNA, N. A. **Violência urbana: a vulnerabilidade dos jovens da periferia das cidades**. 2008. Disponível em <[https://www.academia.edu/28455493/Viol%C3%Aancia\\_urbana\\_a\\_vulnerabilidade\\_dos\\_jovens\\_da\\_periferia\\_das\\_cidades](https://www.academia.edu/28455493/Viol%C3%Aancia_urbana_a_vulnerabilidade_dos_jovens_da_periferia_das_cidades)>. Acesso em 12 de janeiro de 2020.

FIRBIDA, F.B.G.; VASCONCELOS, M.S. **A construção do conhecimento na Psicologia: a legitimação da medicalização**. *Psicol. Esc. Educ.*, Maringá, v. 23, e016120, 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572019000100304&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572019000100304&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 de maio de 2020.

FRANÇA, M.A. Sociabilidade violenta como modo de orientação da conduta: Entendendo a especificidade da violência urbana brasileira contemporânea. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**. Rio de Janeiro. Vol. 12. No.1. JAN-ABR, 2019.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Ingrid Raphaelle Rolim. FERNANDES, Sheyla Christine Santos. **A intenção feminina de permanecer em um relacionamento abusivo**. Disponível em <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/3223>>. Acesso em 01 de maio de 2020.

GONCALVES, H.C.B.; QUEIROZ, M.R.; DELGADO, P.G.G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda?. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 17-23, 2017.

GULLO, A.A.S. Violência urbana: um problema social. **Tempo Social**; *Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 10(1):105-119, maio de 1998.

IBGE - **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/quixada/panorama>>. Acesso em 29 de outubro de 2018.

KRIPKA, R.M.L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D.L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. In: **Atas CIAIQ2015**, Volume 2, 2015. Disponível em <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>>. Acesso em 10 de maio de 2019.

LIMA, A. F.; OLIVEIRA, P. R. S.. O uso das categorias espaciais na análise crítica da saúde mental: por territórios alternativos às razões instrumentais sistêmicas?. In: BARROS, J. P. P.; ANTUNES, D. C.; MELLO, R. P.(Org.). **Políticas de vulnerabilização social e seus efeitos: estudos do programa de pós-graduação em psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC)**. 1ed.Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020, v. , p. 22-39.

LUDERMIR, A. B.. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, p. 451-467, Sept. 2008 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300005&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>.

MAIA, L.R. CASCAES, N. **A cultura do machismo e sua influência na manutenção dos relacionamentos abusivos**. Editora Unisul. 2017.

MARTINS, K. O.; LACERDA JR, F. A contribuição de Martín-Baró para o estudo da violência: uma apresentação. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 14, n. 31, p. 569-589, dez. 2014 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2014000300010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000300010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 23 ago. 2020.

MIGUEL, L. F.; BIROLI, Flávia. **Feminismo e política: uma introdução**. São Paulo, Boitempo editorial, 2014.

MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, supl. p. 1259-1267, 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 de janeiro de 2020.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública** 9(3):239-262.1993.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema de saúde pública. In: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para notificação e atendimento**. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/orientacoes-para-notificacao-e-atendimento>>. 2018. Acesso em 26 de janeiro de 2020.

MORAIS, J.F.R. **O que é violência urbana**. Coleção Primeiros Passos. Editora Brasiliense, 2017.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall et al. **Violência urbana e fatores de risco relacionados ao feminicídio em contexto amazônico brasileiro**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, 2019.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigações em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Građiva, 2005.

RODRIGUES, A.; COSTA, M. A.; RÉGIS, T.; ALVES, M.; PRADAL, F. **(In)segurança pública e violência urbana: desafios e perspectivas**. Salvador: Elo, 2014.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050116>>. Acesso em 9 de maio de 2019.

SIM/DATASUS/Ministério da Saúde. **Censo 2010 e Estimativas Populacionais/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. FBSP, 2015. Disponível em <[https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/CP\\_Livro2\\_O-Cena%CC%81rio-da-Viole%CC%82ncia-e-da-Criminalidade-no-Brasil-e-no-Ceara%CC%81.pdf](https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/CP_Livro2_O-Cena%CC%81rio-da-Viole%CC%82ncia-e-da-Criminalidade-no-Brasil-e-no-Ceara%CC%81.pdf)>. Acesso em 01 dez. 2018.

SOTERO, A. E. I. Brasil. **Violência urbana é fruto da violência doméstica familiar**. Dourados, 2019. Disponível em: <<https://www.douradosagora.com.br/noticias/brasil/violencia-urbana-e-fruto-da-violencia-domestica-e-familiar>>. Acesso em 28 de abril de 2020.

SOUSA, F. T. L. DE; SANTOS, K. C. B. DOS; SILVA, S. B.; GONÇALVES, A. D. DOS S.; PEREIRA, C. J. M. Projeto terapêutico singular: uma ferramenta de promoção da saúde do idoso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, p. 659, 2019.

SOUSA, L. C. A. **Juventude, suicídio e vida urbana: tecendo relações a partir da estima de lugar**. 2018. 124f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza (CE), 2018.

SOUZA, F. M.; VALENCIA, E.; DAHL, C.; CAVALCANTI, M. T. A violência Urbana e Suas Consequências em um Centro de Atenção Psicossocial na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.2, p.363-376, 2011.

XIMENES, V. M.; SILVA, L.B.; CIDADE, E.C.; CAMURÇA, C.E.S.; ALENCAR, A.B. Pobreza e suas implicações psicossociais. In: ACCORSSI, A.; BOUSFIELD, A. B. S.; GONÇALVES, H. S.; AGUIAR, K.; GUZZO, R. S. L. (Orgs.). **Distintas faces da questão social: desafios para a Psicologia**. Florianópolis: ABRAPSO. Editora Edições do Bosque/CFH/UFSC. V. 5, p. 149-176, 2015.

---

#### **Contribuições dos autores**

**Luana Filgueiras Rabelo** – contribuiu nas pesquisas bibliográfica, de campo e documental, com sistematização e análise dos dados, bem como na construção do manuscrito.

**Fábio Pinheiro Pacheco** – contribuiu na orientação, acompanhamento sistemático no processo de análise, construção e revisão do manuscrito.

---