



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
CENTRO DE HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**FILIPE MOURÃO ELEUTÉRIO**

**VIOLÊNCIA URBANA E MEDO DO CRIME: EFEITOS PSICOLÓGICOS EM  
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

**FORTALEZA**

**2023**

**FILIFE MOURÃO ELEUTÉRIO**  
**VIOLÊNCIA URBANA E MEDO DO CRIME: EFEITOS PSICOLÓGICOS EM**  
**PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Linha de pesquisa: Processos psicossociais e vulnerabilidades sociais.

Orientador: Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- E1v      Eleutério, Filipe Mourão.  
          Violência urbana e medo do crime : efeitos psicológicos em profissionais da saúde / Filipe Mourão  
          Eleutério. – 2023.  
          100 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2023.  
          Orientação: Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos .
1. Violência Urbana. 2. Medo do Crime. 3. Profissionais de Saúde. 4. Saúde Mental. 5. Acesso Mais  
Seguro. I. Título.

CDD 150

---

## **FILIPE MOURÃO ELEUTÉRIO**

### **VIOLÊNCIA URBANA E MEDO DO CRIME: EFEITOS PSICOLÓGICOS EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Linha de pesquisa: Processos psicossociais e vulnerabilidades sociais.

Aprovada em: 30/11/2023.

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Estefânea Élide da Silva Gusmão

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Alex Sandro de Moura Grangeiro

Universidade Federal do Ceará (UFC – Campus Sobral)

Para Maria Estelita Mourão e Melo (*in memoriam*), quem me ensinou de modo mais simples.

## **Agradecimentos**

À Universidade Federal do Ceará, a todos os professores com os quais tive contato durante esses anos de estudo, e a todos os demais funcionários que contribuem de forma direta ou indireta com as atividades do Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Ao Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos, por todo o apoio em um processo de orientação que foi sempre de muita parceria, paciência e contribuições cirúrgicas.

Aos professores das bancas examinadoras de qualificação e de defesa, Dra. Suely Ferreira Deslandes, Dra. Estefânea Élide da Silva Gusmão e Dr. Alex Sandro de Moura Grangeiro, por tempo e atenção dispensados, assim como pelas contribuições.

À Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (SMS), por possibilitar a realização da pesquisa de campo; à coordenadora das regionais de saúde, Fabiana Sales Vitoriano Uchôa, aos coordenadores de cada uma das seis regionais de Fortaleza e aos articuladores regionais de Educação Permanente da SMS, Guilherme, Fabiana, Carol, Karliana, Tatiana e, principalmente, Gislane Araújo, que possibilitaram acesso à amostra e facilitaram o árduo processo de coleta.

Aos gestores das UAPS do município e aos seus profissionais, que aceitaram compartilhar um pouco de seus desafios no serviço público em Fortaleza por meio da participação no estudo.

Aos coordenadores da CORES I no período da pesquisa, Arethusa Moraes de Gouveia Soares e Fernando Antônio Amorim, e, principalmente, a minha gestora local, Maria Lúcia Trévia Magalhães, por fornecerem o apoio necessário para que eu pudesse conciliar estudos e trabalho da melhor maneira possível;

Aos colegas de trabalho e amigos, Adriane Moreira, Bruna Pontes, Elana Couto, Israel Sampaio, Nágela Correia, Paula Leite, Raquel Oliveira e Yuri Duarte, que mostraram na prática como uma pesquisa somente é possível com muito suporte emocional e compartilhamento de ideias nos bastidores.

Aos colegas de mestrado, principalmente Millena Valadares e Nicolle Araújo, por sugestões, apoio e experiências compartilhadas.

Aos colegas que são ou também foram membros do LACEP, além das supracitadas, Lia Plutarco, Mariana Farias, Bruno Garcia, Roger Souza, Isabele Negreiros e Iohana Maia, seja pelo apoio, pelos ensinamentos dos veteranos ou pelo entusiasmo compartilhado com os que também era recém-chegados.

Aos amigos Marcos Ferreira, Amanda Maia, Adriana Veríssimo, Rodolfo Alves, Evinly Sousa, Gustavo Teles e Celma Moreira, que sempre me apoiam e torcem por êxito a cada novo desafio.

Aos meus queridos pais, Airton e Vera, que tanto acreditam em mim, tornando impossível desistir.

“A única forma de os humanos chegarem a algum lugar é deixando algo para trás”(Nolan, 2014).



## RESUMO

A violência é um complexo fenômeno que atinge o Brasil e gera grande impacto nas políticas públicas. Especialmente nos centros urbanos, impacta no desempenho das políticas de saúde e no acesso da população. O adoecimento mental e a exposição à violência urbana estão relacionados, podendo surgir quadros depressivos, ansiosos e difusos. Além disso, altos índices de medo do crime são observados em populações urbanas, associados com agravos em saúde mental. Em Fortaleza, equipes de Atenção Primária à Saúde convivem com altos níveis de crimes violentos e com a atuação de grupos armados não estatais em busca de controle dos territórios. O município conta com a utilização do Acesso Mais Seguro (AMS), do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), principal estratégia de intervenção em curso no país. Nesse contexto, esta dissertação teve como objetivo geral avaliar os efeitos psicológicos da exposição ao cenário de violência urbana em profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). De modo mais específico, esperou-se: a) analisar a prevalência da exposição à violência urbana entre os profissionais da amostra; b) mensurar o impacto subjetivo da violência urbana na saúde mental de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde; e c) investigar o efeito da participação no Acesso Mais Seguro na saúde mental da amostra. A pesquisa buscou investigar as variáveis ansiedade, depressão, estresse e medo do crime. Para tanto, foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), Escalas de Medo de Crime de Gorman-Smith et al. (2000) e de Etopio e Berthelot (2022) e questionário sociodemográfico. O delineamento consistiu em estudo exploratório e contou com amostra não probabilística de 465 profissionais dentre agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos da Atenção Primária de Fortaleza. Os dados encontrados demonstraram que a amostra teve alta prevalência de exposição à violência urbana. A exposição se correlacionou com impacto subjetivo importante, principalmente devido a piores indicadores de saúde mental e de medo do crime em grupos específicos: trabalhadores que viveram múltiplas violências no trabalho; pessoas em acompanhamento

## RESUMO

psicológico ou psiquiátrico; pessoas com histórico de transtorno mental na família. Embora ter recebido treinamento do AMS se mostrou fator protetivo, ser parte do Grupo de Tomada de Decisão (GTD) se correlacionou com maiores níveis de estresse. O estudo pôde contribuir com evidências da necessidade de intervenções preventivas e após exposição à violência por parte desse público. São sugeridos mais estudos voltados aos agravos vividos por profissionais de saúde que atuam em contextos violentos e à implantação e assimilação do AMS no campo das políticas públicas.

**Palavras-chave:** Violência Urbana, Medo do Crime, Profissionais de Saúde, Saúde Mental, Acesso Mais Seguro

## ABSTRACT

Violence is a complex phenomenon that affects Brazil and has a major impact on public policies. Especially in urban centers, it impacts the performance of health policies and population access. Mental illness and exposure to urban violence are related, and depressive, anxious and diffuse conditions may appear. Furthermore, high levels of fear of crime are observed in urban populations, associated with mental health problems. In Fortaleza, Primary Health Care teams live with high levels of violent crime and the activities of non-state armed groups seeking to control territories. The municipality uses Acesso Mais Seguro (AMS), from the International Committee of the Red Cross (ICRC), the main intervention strategy underway in the country. In this context, this dissertation had the general objective of evaluating the psychological effects of exposure to urban violence on Primary Health Care (PHC) professionals. More specifically, we expected to: a) analyze the prevalence of exposure to urban violence among professionals in the sample; b) measure the subjective impact of urban violence on the mental health of Primary Health Care workers; and c) investigate the effect of participating in Acesso Mais Seguro on the mental health of the sample. The research sought to investigate the variables anxiety, depression, stress and fear of crime. To this end, the following instruments were used: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS), Gorman-Smith and collaborators' (2000) and Etopio and Berthelot's (2022) Fear of Crime Scales and sociodemographic questionnaire. The design consisted of an exploratory study and included a non-probabilistic sample of 465 professionals including community health agents, nurses, nursing technicians and doctors from Primary Care in Fortaleza. The data found demonstrated that the sample had a high prevalence of exposure to urban violence. Exposure correlated with an important subjective impact, mainly due to worse mental health indicators and fear of crime in specific groups: workers who experienced multiple forms of violence at work; people undergoing psychological or psychiatric care; people with a family history of mental disorder. Although having received the AMS training proved to be a protective factor,

## **ABSTRACT**

being part of the Decision-Making Group (GTD) correlated with higher levels of stress. The study was able to contribute with evidence of the need for both preventive and after exposure interventions towards this public. More studies are suggested focused on the problems experienced by health professionals who work in violent contexts and the implementation and assimilation of AMS in the field of public policies.

**Keywords:** Urban Violence, Fear of Crime, Health professionals, Mental health, Acesso Mais Seguro

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Comparações dos Níveis de Saúde Mental e Medo do Crime entre Pessoas que Vivenciaram ou Não Vivenciaram Violência no Local de Trabalho .....	54
<b>Tabela 2.</b> Comparações dos Níveis de Saúde Mental e Medo do Crime entre Homens e Mulheres .....	55
<b>Tabela 3.</b> Comparações dos Níveis de Saúde Mental e Medo do Crime entre Pessoas Heterossexuais e Não-Heterossexuais .....	56
<b>Tabela 4.</b> Comparações dos Níveis de Saúde Mental e Medo do Crime entre Pessoas que Moram Próximo ou Distante do Local de Trabalho .....	57
<b>Tabela 5.</b> Comparações dos Níveis de Saúde Mental e a Realização de Atendimento Psicológico ou Psiquiátrico .....	58
<b>Tabela 6.</b> Comparações dos Níveis de Saúde Mental e o Histórico de Transtorno Psicológico na Família .....	59
<b>Tabela 7.</b> Correlações entre Tempo de Serviço, Idade e Violência no Trabalho com os Níveis de Saúde Mental e Medo do Crime .....	60
<b>Tabela 8.</b> Comparações das Percepções dos Profissionais sobre os seus Níveis de Saúde Mental .....	61
<b>Tabela 9.</b> Comparações dos Níveis de Saúde Mental e Medo do Crime entre Pessoas que Integram e Não Integram o Grupo de Tomada de Decisão (GTD) .....	61
<b>Tabela 10.</b> Variáveis Predictoras do Medo do Crime .....	63

## Sumário

<b>1 – Introdução .....</b>	<b>15</b>
<b>2 – Implicações da violência urbana na saúde mental .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Ansiedade, depressão e estresse em contextos de violência urbana .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Medo do Crime como efeito da exposição à violência nos centros urbanos.....</b>	<b>27</b>
<b>3 – Acesso Mais Seguro: proposta de intervenção nos serviços essenciais diante da violência urbana.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Impactos da violência urbana na atuação profissional na Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2 Objetivos e eixos da metodologia do CICV .....</b>	<b>40</b>
<b>3.3 Resultados da utilização do Acesso Mais Seguro na Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>43</b>
<b>4 – Método .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1 Amostra .....</b>	<b>48</b>
<b>4.2 Instrumentos .....</b>	<b>48</b>
<b>4.2.1 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) .....</b>	<b>49</b>
<b>4.2.2 Escalas de Medo do Crime.....</b>	<b>49</b>
<b>4.2.3 Questionário Sociodemográfico.....</b>	<b>50</b>
<b>4.3 Procedimento .....</b>	<b>51</b>
<b>4.4 Análise de Dados.....</b>	<b>52</b>
<b>4.5 Resultados .....</b>	<b>53</b>
<b>5 – Discussão .....</b>	<b>64</b>
<b>6 – Considerações finais .....</b>	<b>70</b>
<b>Referências .....</b>	<b>72</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>86</b>

## 1 – INTRODUÇÃO

A violência é um complexo fenômeno que atinge o Brasil em suas diversas formas e sofre influência de desigualdades sociais e diferenças regionais, gerando impacto em políticas públicas como saúde, justiça e assistência social. Considerando a violência do tipo armada, entre 1990 e 2015, houve aumento de 27,5% nos homicídios por arma de fogo, sobretudo em estados do Nordeste e do Norte, onde tal forma de violência predomina, atingindo principalmente homens adultos jovens de 20 a 34 anos e adolescentes de 15 a 19 anos. (Malta et al., 2017).

Em 2022, 76,5% dos assassinatos no país se deu pelo uso de armas de fogo. Apesar de uma redução de 4,5% no ano, o Nordeste tem a maior taxa de Mortes Violentas Intencionais (MVI), de 36,8 por 100.000 habitantes. Com 2.913 mortes a partir de Crimes Violentos Letais Intencionais (CVLI) durante o ano, o que inclui homicídio doloso, latrocínio e lesão corporal seguida de morte, o Ceará teve a quinta maior taxa em números absolutos, sendo superado apenas por Bahia (5.044), Pernambuco (3.305), Rio de Janeiro (3.059) e São Paulo (3.044). Na taxa por cem mil habitantes, ocupou a oitava posição, com 35,5, abaixo de Rio Grande do Norte (36,7), Pará (36,9), Pernambuco (37,8), Alagoas (37,9), Amazonas (38,8), Bahia (47,1) e Amapá (50,6) (Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBSP], 2023).

Tanto no interior como na capital, Fortaleza, foram observados no Ceará, desde o início dos anos 2010, altos níveis de crimes violentos, com períodos intermitentes de redução, porém sem resultados sólidos contínuos. Tal dinâmica se relaciona com a atuação de grupos armados não estatais em busca de controle dos territórios, as conhecidas facções criminosas, com a presença no estado tanto das maiores do país (a saber, Comando Vermelho, Primeiro Comando da Capital, Família do Norte), quanto de grupos locais, como Guardiões do Estado. Confrontos entre esses grupos e execuções de usuários de substâncias psicoativas, em paralelo à violência

policial, contribuíram para um cenário de centenas de mortes e de prejuízos, sobretudo nas periferias urbanas (FBPS, 2022).

No entanto, os dados dos anos 2018 a 2021 apontam reduções importantes para o estado, quando comparado ao período de 2011 a 2018. Em 2021, houve uma redução de 29,9% em comparação ao triênio 2018-2021. Outras reduções ocorreram em homicídios dolosos (29,9%), latrocínios (20,3%), lesões corporais seguidas de morte (31,5%), mortes decorrentes de intervenção da polícia (47,6%), roubos e furtos de veículos (21,3%). Tais números parecem refletir maior investimento público em segurança, valorização profissional na área com melhores salários e progressões, assim como a expansão do videomonitoramento em Fortaleza e no interior, alinhado a estudos internacionais que apontam vantagens de monitorar possíveis criminosos e mesmo os agentes estatais, que podem agir no fomento da criminalidade (FBSP, 2022). Em 2022, as MVI no estado tiveram redução de quase 10% (FBSP, 2023).

No entanto, apesar de alguns resultados promissores, existem dados recentes no estado que são alvo de preocupação, como a queda de 16,7% na apreensão de armas, o aumento em 44,2% em registros de armas de fogo ativos, além de 23.318 casos de armas com registro expirado em 2021. Esses dados refletem uma tendência nacional após período de recomendações por parte do então presidente da república e de seus aliados quanto ao armamento da população. Além disso, os feminicídios aumentaram em 1,4% e os estupros e estupros de vulneráveis em 5,8%. Fortaleza e região metropolitana também tiveram redução de 26,8% de mortes por crimes violentos e letais em 2021 quando comparado a 2020, em linha

De modo geral, a redução das mortes intencionais no país deve ser vista com cautela.

Embora os números sejam positivos, essa redução não é homogênea em relação aos estados. O país ainda vive a violência como um grave e generalizado problema, particularmente com o que tem sido observado no estado, que ainda permanece em meio aos índices de criminalidade mais preocupantes do país (FBSP, 2022).



perceptível quando comparado com outros países, visto que o Brasil comportou 2,7% da população mundial e concentrou 20,5% dos homicídios de que se teve conhecimento no mundo em 2020. Nesse sentido, não está assegurado que o país esteja diante de uma mudança permanente no que diz respeito à melhoria dos indicadores de violência (FBSP, 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS), também chamada de Atenção Básica (AB), está inserida nesse cenário e é um dos serviços essenciais para acesso universal da população às políticas públicas de saúde. É a responsável por ordenar e coordenar o cuidado em saúde, funcionando como porta de entrada preferencial para as ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, lida com a maior parte das questões de saúde e seus determinantes. A APS se caracteriza por ser voltada às necessidades específicas de territórios demarcados e tem como principal estratégia para sua consolidação e garantia de qualidade a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Deve-se voltar às necessidades das comunidades, com oferta de acesso universal, integral e equânime (Portaria nº 2.436/2017, 2017).

Vale ressaltar que a atuação profissional nesse âmbito não pode ser desvinculada dos problemas e desafios vividos pelas comunidades para as quais as equipes são referência, prestam serviço e assumem responsabilidades. A Atenção Primária se mostra como ponto estratégico do sistema de saúde em relação ao tema da violência. Portanto, é de sua responsabilidade a vigilância e a notificação (Portaria nº 2.436/2017, 2017), bem como a articulação intersetorial com outras políticas públicas que intervêm sobre a problemática, como assistência social, educação e justiça (Mendonça *et al.*, 2020).

Em grandes centros urbanos, sobretudo, a violência caracterizada pelo uso de armas faz parte do cenário de atuação de profissionais de Atenção Primária à Saúde, dada a inserção no território inerente ao trabalho. Ainda têm sido pouco discutidas suas consequências em torno das políticas de saúde e possibilidades de intervenção. No campo das vulnerabilidades psicossociais relativas ao tema, há a violência enquanto agravo psicopatológico, de natureza

clínica; como barreira de acesso, dificultando a garantia de assistência nos territórios mais vulneráveis devido a regras impostas por grupos armados ou ao medo constante por parte da população; e, ainda, como risco propriamente dito, vivido cotidianamente por profissionais de saúde (Gonçalves et al., 2017).

Pesquisas têm apontado impactos importantes da violência em relação ao trabalho na APS, como limitações no horário de funcionamento (Barbar, 2018); mudanças na rotina de trabalho; cancelamento de atividades; rotatividade e vacância de profissionais, bem como sinais de sofrimento psíquico em trabalhadores expostos às imposições da violência urbana no cotidiano dos serviços (e.g. Gusmão et al., 2018; Leite, 2020; Machado et al., 2016).

A exposição à violência urbana é comumente associada a suas consequências mais diretas, como lesões e óbitos, mas possui também relação com consequências mais indiretas e subjetivas, sentimentos difusos envolvendo medo, insegurança e decorrentes alterações nos comportamentos e nas formas de sociabilidade; por exemplo, maior frequência de comportamentos visando à autoproteção, como evitar usar objetos de valor à mostra nas ruas; andar em locais desertos ou retornar tarde para casa. No entanto, ainda há poucos estudos sobre a associação da violência urbana com agravos em saúde mental (Peres & Ruotti, 2015).

Estudos empíricos internacionais demonstram a importância de mais pesquisas sobre o tema. Borg et al. (2021), em estudo realizado em Detroit, considerada uma das cidades norte-americanas mais violentas das últimas décadas, encontraram uma relação de desproporcionalidade de problemas de saúde mental de jovens residentes em áreas urbanas quando comparados com outros de áreas não urbanas. Na amostra, foram encontrados maiores níveis de exposição à violência na parte urbana, como ouvir sons de tiros (69% a 19%) ou ser testemunha de um tiroteio (24% a 6%), com destaque para associação de níveis mais elevados de ansiedade e depressão em jovens urbanos que passaram por situações específicas de violência, como ouvir tiroteios, o que não foi observado nos jovens de áreas não urbanas.

Hollie e Coolhart (2020), em estudo sobre a prevalência de problemas de saúde mental da população negra nos Estados Unidos, no qual estimaram que 18,6% vivem com alguma questão de saúde dessa ordem, apontam que residir em áreas violentas figura como importante preditor para problemas psicológicos, como ansiedade. Gollub et al. (2019), a partir de pesquisa com 1.548 estudantes de escolas públicas norte-americanas, atendidos por organizações atuando em comunidades, mostram a gravidade do impacto da violência urbana mesmo quando vivida de forma indireta. A amostra revelou uma alta exposição indireta à violência: 41,7% foram testemunhas de tiroteio, esfaqueamento ou outras agressões físicas; 18,3% de assassinatos; 53,8% tiveram pessoas próximas assassinadas. Desse público amostral, 21,2% apresentaram depressão; 26,9%, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) atual; 45,7%, TEPT crônico, indicando graves repercussões do fenômeno da violência urbana na saúde mental.

Outro desdobramento em saúde mental associado à exposição à violência urbana é o medo do crime. Corrêa et al. (2019) alertam para efeitos da violência urbana na saúde mental a partir de pesquisa com adolescentes na periferia de Belém (PA). O estudo, que contou com amostra de 28 estudantes de 15 a 17 anos, apontou para efeitos como ansiedade, estresse e mudanças comportamentais em decorrência do medo do crime. Ansiedade e estresse ao avistar pessoas suspeitas, bem como a redução de atividades sociais, se mostraram evidentes em 82,30% dos participantes do sexo feminino e 63,30% daqueles do sexo masculino. Imaginar-se vítima de violência correspondeu a um efeito percebido em 88,20% e 36,30% nos sexos feminino e masculino, respectivamente. Observa-se o impacto do medo do crime na saúde mental de quase toda a amostra, mesmo nos casos em que não há experiência direta com a violência.

Natal e Oliveira (2021), partindo de *survey* na capital paulista que contou com 1.806 participantes, investigaram a relação entre o medo do crime, variáveis sociodemográficas e

histórico de vitimização a fim de compreender empiricamente como estão associadas implicações em aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais. A pesquisa mostra como ser vítima ou mesmo testemunhar o crime dificilmente têm efeitos restritos ao indivíduo, já que acabam implicando em representações sociais coletivas, que são compartilhadas entre as pessoas, o que gera uma maior sensação de medo e de insegurança.

Diferentemente do que se observa em outros países, no que se refere à metodologia, as pesquisas quantitativas sobre essa temática são escassas no Brasil. Entre elas, a maioria tem maior foco no estudo de associações entre medo do crime e variáveis sociodemográficas, como as pesquisas de Silva e Beato Filho (2013) e de Natal e Oliveira (2021). Poucas pesquisas trabalham o tema sobre o aspecto da vitimização (Costa & Durante, 2022).

Cabe ressaltar o entendimento ao longo da pesquisa, apoiado nos dados de segurança pública e estudos referenciados que associam violência urbana e agravos em saúde mental, de que se avalia o tema do crime no cenário urbano com ênfase na violência armada e na vulnerabilidade dos territórios com disputa de grupos ilegais pelo poder. De fato, a preocupação com o crime engloba outros âmbitos da criminalidade, como o da corrupção, uma das principais preocupações do povo latino, cujos efeitos na saúde mental da população estão fora do escopo

Como já mencionado, as políticas públicas que visem reduzir impactos da violência urbana ainda são insuficientes. Uma das iniciativas que tem tido destaque é a implantação do programa<sup>1</sup> Acesso Mais Seguro Para Serviços Essenciais (AMS), idealizada pelo Comitê

Internacional da Cruz Vermelha (CICV)<sup>2</sup>. Inicialmente, foi realizada uma experiência piloto no Rio de Janeiro (RJ) de 2009 a 2013, na qual foram obtidos resultados promissores. Como consequência, tal programa foi proposto a diversos gestores municipais, diante dos indicadores

---

<sup>1</sup> O AMS será também chamado aqui de ferramenta ou metodologia, como faz o CICV em suas comunicações oficiais (e.g. CICV, 2018, 2020, 2021).

<sup>2</sup> Não confundir com a Cruz Vermelha Brasileira, pois são organizações distintas. O CICV diz respeito à entidade com sede na Suíça, com escopo de atuação global.

alarmantes de violência encontrados em cidades brasileiras, sendo sequencialmente implantado por profissionais, gestores e secretarias. O programa visa intervir quanto ao problema da exposição à violência, com objetivo de atenuar riscos e tratar eventos críticos; especificamente, busca garantir a continuidade da assistência à população, assim como contribuir com maior segurança dos profissionais prestadores de serviços na saúde e em outras políticas públicas essenciais (Comitê Internacional da Cruz Vermelha [CICV], 2020, 2021).

Dentre outras cidades brasileiras especialmente afetadas pela violência urbana, em Fortaleza (CE), onde se tem notícias de graves situações violentas envolvendo o desempenho das políticas de saúde e o acesso da população, como impedimentos para vacinação de crianças por imposições de grupos armados (Viana, 2022) e até mesmo óbitos dentro de Unidade de Atenção Primária à Saúde (Maia, 2022), o AMS vem sendo implantando desde 2018, a partir do acordo de cooperação técnica entre o CICV e o município (Diário Oficial do Município de Fortaleza nº 16.255, Extrato, 2018).

Resultados iniciais apontam que a metodologia do CICV tem trazido contribuições significativas para o desempenho das políticas públicas essenciais e para a saúde mental de seus colaboradores, tais como alívio de estresse, aumento da sensação de segurança e do bem-estar em profissionais e redução no fechamento de serviços em razão de eventos violentos e de seus desdobramentos (Barreto et al., 2013; CICV, 2021; Ferreira, 2020; Quintão et al., 2015). No entanto, considera-se que ainda são poucos os estudos empíricos sobre o tema, principalmente quantitativos, o que também se aplica, como anteriormente mencionado, às pesquisas sobre as relações entre a saúde mental e a exposição à violência urbana. Menor ainda é o escopo de estudos que tratam especificamente dos efeitos da violência urbana em profissionais de Atenção Primária à Saúde, que atuam em relação de proximidade com territórios vulneráveis e com os principais problemas que atingem a população geral.

Nesse contexto, esta dissertação tem como objetivo geral avaliar os efeitos psicológicos da exposição ao contexto de violência urbana em profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). De modo mais específico, espera-se: a) analisar a prevalência da exposição à violência urbana entre os profissionais da amostra; b) mensurar o impacto subjetivo da violência urbana na saúde mental de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde; e c) investigar o efeito da participação no Acesso Mais Seguro na saúde mental da amostra. O primeiro capítulo teórico tratará das relações do fenômeno da violência urbana com a saúde mental, descrevendo as principais variáveis de interesse (medo do crime, ansiedade, depressão e estresse). O segundo capítulo teórico irá apresentar o Acesso Mais Seguro enquanto proposta do CICV para a realidade brasileira da violência, bem como abordará perspectivas e resultados preliminares acerca de sua implantação na Atenção Primária à Saúde, a partir do contexto de atuação de seus profissionais em meio ao cenário de violência. Em seguida, haverá um capítulo constituído pelo método, que tratará sobre aspectos como amostra, procedimentos, análises e resultados. Em seguida, um capítulo com a discussão a partir das análises realizadas e dos resultados encontrados, e, por último, as considerações finais, envolvendo conclusões, outras perspectivas de pesquisa relacionadas e limitações do estudo.

A partir do estabelecimento do problema com uso de dados e da literatura anteriormente citados, a pesquisa exploratória terá como ponto de partida a pergunta “Em que medida a exposição ao contexto de violência urbana tem tido efeitos na saúde mental de profissionais da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza (CE)?”. Após fase de exploração teórica, foi considerado pertinente investigar as variáveis ansiedade, depressão, estresse e medo do crime, bem como a exposição da amostra à violência e efeito da participação na metodologia Acesso Mais Seguro, conforme o método, descrito em capítulo específico (Quivy & Van Campenhoudt, 1992).

## 2 – IMPLICAÇÕES DA VIOLÊNCIA URBANA NA SAÚDE MENTAL

Em seu mais recente e maior levantamento desde o início do século, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que em 2019 havia em torno de um bilhão de pessoas no mundo convivendo com transtornos mentais, sendo depressão e ansiedade alguns dos mais comuns. A vida nos centros urbanos, associada ao baixo acesso aos serviços essenciais e políticas públicas e à violência em comunidades, sobretudo em locais de urbanização mal planejada, figuram como fatores de risco para piora da saúde mental e do bem-estar das populações (World Health Organization [WHO], 2022).

Resguardadas diferenças regionais, a violência urbana e seus efeitos atingem o Brasil como um todo. Dentre eles, está o acometimento de diferentes formas de adoecimento mental. Estudos epidemiológicos têm apontado a associação de experiências de episódios de violência urbana em territórios vulneráveis com uma alta prevalência de transtornos mentais, tais como depressivos, ansiosos, incluindo o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, e outros quadros difusos. No entanto, a caracterização desses quadros encontra obstáculos na escassez de estudos associando a violência a esses territórios (Gonçalves et al., 2017).

Alguns estudos empíricos aqui apresentados mostram a maior incidência de queixas em saúde mental em públicos expostos à violência urbana, tais como maiores níveis de ansiedade, depressão e estresse em populações urbanas (Borg et al., 2021; Gollub et al., 2019; Hollie & Coolhart, 2020), além de altos níveis de medo do crime nesse público, implicando também em piora da saúde mental, diminuição da qualidade de vida e do bem-estar.

Assim, o presente capítulo se propõe a descrever as variáveis de interesse em saúde mental (ansiedade, depressão, estresse e medo do crime), que serão investigadas conforme o método proposto, descrito em capítulo específico posteriormente.

### 2.1 Ansiedade, depressão e estresse em contextos de violência urbana

A partir da segunda metade do século passado, o estilo de vida nas cidades passou a ser visto como possivelmente relacionado a maiores riscos e imprevisibilidades, contexto identificado pelo conceito de violência urbana, que diz respeito ao constante medo e à sensação de insegurança devido à possibilidade de vitimização pela violência nos centros urbanos (Adorno, 2008). Apesar das pesquisas realizadas nas últimas décadas em torno do tema e do consenso sobre a exposição à violência ser causadora de sofrimento psíquico, ainda há pouco espaço na literatura no que diz respeito a sua relação com repercussões em saúde mental (Delgado, 2012).

Entretanto, a tendência observada nos últimos anos é de crescimento do interesse científico sobre os efeitos de variáveis socioculturais como a urbanização recente, a violência e o crime na forma e na frequência em que se apresentam as síndromes psicopatológicas. Por exemplo, alguns achados mostram diferenças importantes no transtorno depressivo em cidades industrializadas quando comparadas às do meio rural. Nessas, predominam sintomas somáticos, histéricos, confusão mental e agitação psicomotora. Naquelas, têm destaque humor triste, baixa autoestima, culpa, delírios de ruína e autoacusação. Esse exemplo ilustra a necessidade de mais estudos e intervenções que considerem as mudanças sociais e o contexto cultural como de fundamental interesse às questões de saúde mental (Dalgarrondo, 2019). De fato, populações de grandes centros urbanos têm vivido um estilo de vida perpassado por altos níveis de exposição à violência, implicando na piora de indicadores de saúde mental, como aumento nos níveis de ansiedade, depressão e estresse (Gollub et al., 2019; Correa et al., 2019).

Em termo de compreensões básicas sobre essas variáveis, compreende-se depressão como síndromes comumente marcadas por humor triste e desânimo, assim como uma multiplicidade de sintomas relacionados à autoavaliação, à vontade e à psicomotricidade, podendo, ainda, incluir sintomas psicóticos em casos mais graves. A prevalência para depressão maior no mundo é de 4,4 a 4,7% ao longo da vida, com indícios de indicadores relativamente



mais altos no Brasil. Nos quadros ansiosos, normalmente há ansiedade e preocupações excessivas associadas ao menos a três dos seguintes sintomas: inquietação, fadigabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular, alteração do sono. As síndromes ansiosas correspondem aos transtornos mentais com maior prevalência ao longo da vida e equivalem de 17 a 30% de incidência ao longo do ciclo vital (Dalgarrondo, 2019).

Considera-se, ainda, que a exposição a eventos estressantes ou traumáticos pode levar ao desenvolvimento de sofrimento psíquico, muitas vezes quadros marcados por sintomas de ansiedade e medo. Podem, ainda, dada sua variabilidade, apresentar outros sintomas, como anedonia, disforia, agressividade e sintomas dissociativos, com ou sem a presença da ansiedade e do medo (American Psychiatric Association [APA], 2023).

A violência está incluída dentre fatores predisponentes ao desenvolvimento de transtornos mentais, podendo também constituir um fator precipitante, evento estressante ou traumático que ocorre na proximidade do início de um transtorno mental, e está fortemente associada à maior prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em adultos vítimas de assaltos e de violência na comunidade (Orellana et al., 2022). Há também importante relação da exposição à violência armada com transtornos de depressão e ansiedade, mas principalmente com o TEPT (Pineros-Ortiz, 2021).

Estudos empíricos mostram associação da exposição à violência com o estresse na população geral, sobretudo na incidência desse transtorno mental (Delgado, 2012), quadro que assume especial importância clínica e social no Brasil em razão dos altos níveis de violência observados no país (FBSP, 2023). O TEPT envolve recordações vívidas após uma situação ou evento estressor em associação com forte componente emocional, caracterizado por ansiedade importante, assim como medo e sensações físicas notórias. São comuns a sensação de permanecer em contínuo estado de ameaça e a busca por evitar pensamentos, recordações ou até atividades que lembrem o evento estressor ocorrido, que pode incluir ameaças ou

experiências reais de vitimização por crimes<sup>3</sup> como ataques físicos, sequestros, furtos ou assaltos, por exemplo. A exposição a trauma, ser testemunha ou tomar conhecimento de sua ocorrência com pessoas próximas apresenta também relações com o Transtorno de Estresse Agudo, quadro que envolve humor negativo, sintomas intrusivos, dissociativos, de evitação e de excitação, mas se diferencia do TEPT porque seus padrões de sintomas ocorrem e tendem a cessar dentro do primeiro mês após a exposição (APA, 2023).

Embora nem todos expostos à violência desenvolvam transtornos mentais, é esperada uma alta prevalência em centros urbanos no Brasil de transtornos mentais como TEPT e transtornos mentais comuns, frequentemente em associação com sintomas depressivos e de ansiedade intensa (Mari et al., 2008).

No país, os transtornos mentais correspondem a 32,4% dos anos vividos com incapacidade ao longo da vida. Transtornos depressivos e ansiosos representam as quinta e sexta maiores causas nesse sentido, respectivamente. Os elevados níveis de adoecimento mental estão associados a fatores demográficos, econômicos e grandes mudanças ocorridas nos últimos anos, como o rápido processo de urbanização, com grandes contingentes populacionais vivendo em periferias em grandes cidades, com baixa assistência do poder público e, portanto, em grau de vulnerabilidade aumentada para a incidência da violência urbana. No geral, os países de baixa renda apresentam uma maior associação com os transtornos mentais comuns, caracterizados por sintomas como depressão, ansiedade e queixas somáticas difusas (Lopes, 2020). De fato, a prevalência de transtornos mentais comuns em grandes centros urbanos é relevante, sobretudo em grupos mais vulneráveis, como pessoas de baixa escolaridade, menor renda e maior exposição à violência (Santos et al., 2020).

---

<sup>3</sup> Inicialmente conhecido por “neuroses de guerra”, quadros observados em egressos dos conflitos mundiais na primeira metade do século XX, passou a incluir formas de trauma típicas da vida urbana civil contemporânea com a mudança nas classificações internacionais de doenças, como DSM V e CID-11 (DALGALARRONDO, 2019).

Considerando a relação dessas variáveis entre si e com o fenômeno da violência urbana, suas incidências em profissionais de Atenção Primária que atuam nos territórios de Fortaleza serão investigadas em paralelo ao medo do crime, variável que assume interesse particular quando se trata de público com exposição aumentada ao problema da violência urbana, motivo pelo qual será tratada em seção própria a seguir.

## **2.2 Medo do Crime como efeito da exposição à violência nos centros urbanos**

O Medo do crime é um importante indicador de quão preocupados os indivíduos estão com a questão da segurança (Gorman-Smith et al., 2000). Do ponto de vista social, apresentou-se como um problema inicialmente nos Estados Unidos da América (EUA) nos anos 1960, quando os altos índices de criminalidade levaram à necessidade de pesquisadores e autoridades voltarem atenções para as vítimas, o que gradativamente passou a ser objeto de estudo ao redor do mundo. Nas últimas décadas, a dinâmica global de urbanização tem levado à segregação dos espaços urbanos em áreas contrastantes de bairros nobres de uma população altamente profissionalizada em oposição a áreas periféricas que concentram grande contingente de pessoas em situação de pobreza. Dessa forma, justamente aqueles com menores oportunidades na vida e maior escassez de recursos nas periferias são as maiores vítimas da violência e do medo da vitimização que atingem os grandes centros urbanos. Além do estigma sofrido por habitarem áreas de maiores vulnerabilidade e incidência de crimes violentos, carregam um sofrimento psíquico que envolve o ajustamento da vida cotidiana à dinâmica do medo (Corrêa, et al., 2019).

O medo do crime é compreendido como angústia individual ou mesmo de toda uma comunidade diante da criminalidade crescente, levando a um estado de insegurança. Pode ser visto como saudável, um fator de proteção, quando gera posturas defensivas e de autopreservação, ou patológico, quando representa angústia exacerbada e injustificada, sem

correlação direta com a realidade objetiva do crime no território. Dentre fatores determinantes estão: proximidade com a ocorrência da criminalidade; ter sido vítima de crime; desinformação; vulnerabilidade e isolamento social. Os estudos sobre essa variável permitem comparações com índices objetivos de criminalidade como forma de se compreender melhor fatores determinantes da sensação de insegurança em dada comunidade (Dantas et al., 2007).

Inicialmente, considerada sua definição como reação emocional de caráter negativo ao se deparar com o crime ou com seus símbolos, a concepção de medo do crime foi limitada a uma perspectiva afetiva (Ferraro & Lagrange, 1987); posteriormente, foram adicionadas as dimensões cognitiva - que se refere à percepção individual ou coletiva de ser vítima, principalmente no sentido da avaliação do grau de risco e de ameaças em dado local – e a dimensão comportamental (ou atitudinal) – que corresponde aos comportamentos que se adota diante do medo da vitimização pelo crime – formando um modelo tripartite, perspectiva adotada no desenvolvimento da pesquisa, uma vez que se consideram os efeitos do medo do crime nesses três diferentes, porém correlacionados, âmbitos (Macedo, 2021; Riboli & Oliveira, 2018).

Corrêa et al. (2019) descrevem o medo do crime como um sentimento que se tornou comum na vida cotidiana de forma generalizada, ainda que tenha efeitos mais perceptíveis em áreas onde há maior vulnerabilidade e ocorrência de crimes, de modo que a expectativa de se tornar vítima leva a mudanças comportamentais em práticas habituais. Tais mudanças envolvem restrição de aspectos da vida social e mudanças emocionais, no sentido da antecipação do sofrimento com a possibilidade de vitimização, surgimento de perturbações e transtornos fóbicos, afetando o bem-estar de modo geral.

Para Costa e Durante (2022), o medo do crime consiste em tipo específico de ansiedade cuja intensidade varia individualmente a partir da percepção que se tem do risco de vitimização. Tal ansiedade pode ser decorrente de um risco concreto ou de representações sociais e crenças

sobre os criminosos e sobre o próprio risco de se tornar vítima, sendo tais representações influenciadas por variáveis sociodemográficas, como renda e local de moradia. Assim, o medo do crime se mostra uma reação à percepção do ambiente como perigoso, seja mediante uma ameaça, um confronto armado, por exemplo, ou, como mais comumente observado, a antecipação ou ansiedade quanto a eventos futuros (Warr, 2000). A percepção de um risco, interpretado como a possibilidade de um dano vir a acontecer, leva a uma antecipação do medo, que ocorre anteriormente a uma verdadeira experiência de vitimização, o que traz custos ao indivíduo e à sociedade, alguns mais perceptíveis que outros (Oliveira & Silva, 2021).

Dessa forma, entende-se que o medo do crime, embora seja uma experiência do indivíduo, tem construção social e é transitório, datado, na medida em que é influenciado pela forma como se representam os riscos e o próprio fenômeno da criminalidade nos diferentes perfis individuais, classes sociais e espaços urbanos (Costa & Durante, 2019).

O medo da vitimização, no entanto, produz desdobramentos palpáveis: alterações psicológicas como ansiedade, diminuição da crença em outras pessoas, menor satisfação com o viver urbano; do ponto de vista social, esvaziamento de espaços públicos, restrições comportamentais e fragilização de laços interpessoais; do ponto de vista econômico, especulação imobiliária e alterações na dinâmica de gastos e investimento de recursos; politicamente, influencia discursos marcados por uma lógica de punição e racismo (Trindade & Durante, 2019; Costa & Durante, 2022). Assim, termina afetando a qualidade de vida, a saúde mental e o bem-estar da população mesmo quando o risco de vitimização é visto como baixo (Souza, 2018).

Natal e Oliveira (2021) apontam para a existência de uma polissemia em torno do conceito de medo do crime, que acarreta desafios quanto ao seu entendimento e a formas de mensurá-lo. Ainda assim, mostram que é possível ser encontrado certo consenso em sua interpretação como a ocorrência de uma resposta emocional de caráter negativo quando diante

de alguma ameaça ou algum risco potencial de se tornar vítima de crime. Do ponto de vista emocional, o medo desencadeia um estado de alerta a partir de mudanças fisiológicas para que se empreenda comportamentos de autodefesa, seja no enfrentamento ou na evitação (Riboli & Oliveira, 2018; Costa & Durante, 2021).

Pode ser justificado quando se está em situações concretas de risco e há, portanto, necessidade de se empreender esforços para resguardar vidas; entretanto, pode ter efeito negativo na qualidade de vida quando presente de forma constante e exagerada, se mostrando prejudicial, disfuncional e afetando a sociabilidade entre os indivíduos. Mostra-se também como importante para avaliar o medo do crime, o aspecto cognitivo, no sentido da percepção do risco de se tornar vítima, que envolve crenças acerca do grau de vulnerabilidade ao crime atribuído ao local onde se vive ou transita e do risco pessoal a partir de experiências prévias e avaliação de informações disponíveis. A percepção de risco aumentado é seguida, normalmente, por restrições e comportamentos protetivos – outra perspectiva avaliativa do medo do crime – como abandono do uso de transporte público, evitação de trechos e ruas específicos da cidade ou mesmo mudança de endereço. Embora consistam em diferentes dimensões, os aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais do medo do crime se relacionam de forma recíproca entre si, tanto como efeito quanto como causa, implicando na importância de serem avaliados junto aos âmbitos sociodemográficos, contextuais e de histórias de vitimização (Natal & Oliveira, 2021).

Cabe ressaltar que a experiência de vitimização não é mais vista como necessariamente associada ao medo do crime; embora tenha maior prevalência em pessoas que foram vítimas múltiplas vezes ou que sofreram crimes violentos, há estudos que mostram níveis elevados de medo mesmo em locais onde as taxas de criminalidade são baixas. Nesse sentido, existe uma autonomia entre o medo e a experiência como vítima, não podendo ser aquele visto como mero efeito desta, devendo ainda ser considerada a importância da vitimização indireta, que

corresponde a uma maior associação entre o medo do crime e a vitimização quando a vítima não é o indivíduo em si, mas, sim, pessoas próximas com as quais tem vínculos importantes estabelecidos (Trindade & Durante, 2019, Costa & Durante, 2019, 2021, 2022).

Apesar da importância de se considerar as vítimas para melhor entendimento das consequências do crime, o medo do crime em si se mostra a sua mais notória forma de vitimização indireta (Warr, 2000).

Embora ter sido vítima e ter medo do crime não sejam necessariamente associados, Trindade e Durante (2019) mostram que a percepção de risco está frequentemente correlacionada ao medo. Tal percepção diz respeito às avaliações e cálculos que cada indivíduo faz sobre seus riscos de ser vítima de crime; portanto, ao contrário do medo do crime, em que predomina o aspecto emocional e a construção social, a percepção dos riscos tem aspecto racional e mais individual. O estudo com dados da Secretaria de Segurança Pública do Distrito Federal dos anos de 2015 e 2016 concluiu que mulheres, pessoas de baixa renda e maior faixa etária são mais vulneráveis, sendo negros as maiores vítimas do crime; pardos, os que tem mais medo; brancos, embora menos afetados, são os que mais alteram rotinas para reduzir riscos de vitimização, possivelmente em detrimento de possuírem melhores condições socioeconômicas necessárias a tais comportamentos autoprotetivos. A pesquisa termina por afirmar que as raras políticas de segurança no país voltadas a intervenções sobre medo do crime são focadas nas regiões e situações que menos sofrem com o problema, embora os efeitos concretos da problemática sejam visíveis – 94,3% da amostra alterou a rotina em sua razão.

Para Cardoso<sup>4</sup> (2021), embora sejam vinculadas, as experiências de ser vítima e de ter medo do crime são fenômenos diferentes, envolvendo mecanismos causais distintos, incluindo aspectos da conjuntura sociopolítica, como a percepção do papel e da qualidade das instituições, a polícia, o Poder Judiciário e o Estado de modo geral. Nesse sentido, tais aspectos interagem

---

<sup>4</sup> A leitura do texto referido traz análise mais profunda da relação do medo do crime e da vitimização com a legitimidade democrática.

com as experiências de ser vítima ou viver em lugares com altas taxas de homicídio para formar um contexto multifatorial no qual se estabelecem os níveis de medo do crime em países latino-americanos. Assim como já apontado no cenário nacional, os níveis de medo e insegurança também variam de forma importante em grupos específicos: quem vive em áreas urbanas apresentou 22% a mais de medo; mulheres apresentaram 40% a mais – diferença significativa também encontrada em Macedo (2021); por outro lado, pessoas com ensino superior e pessoas brancas apresentaram níveis reduzidos em 10% e 8%, respectivamente.

Oliveira e Silva (2021), a partir de estudos com a Pesquisa Nacional de Vitimização em 2012, mostraram o efeito do medo do crime nas formas de lazer da população brasileira, indicando uma queda de 13% de engajamento em atividades como ir a bares ou a eventos esportivos e artísticos, atividades costumeiramente realizadas no turno da noite, ao passo em que apontaram um aumento de 7% na frequência do lazer em locais como centros comerciais e shoppings, onde há tanto pessoal quanto sistemas informatizados responsáveis pela vigilância, possivelmente um sinal de que a segurança investida por parte desses tipos de empreendimento tem sido um fator considerado na decisão do público sobre experiências de lazer e diversão fora do lar. São apontadas evidências empíricas que demonstram a tendência de alteração de hábitos e de perda de liberdade por parte da população brasileira, impactando fortemente no acesso ao lazer, enquanto há maior dificuldade de alterações na rotina de trabalho ou de estudos.

Costa e Durante (2021) mostraram o efeito da percepção de fatores ambientais como também associado a uma maior ou menor gradação de medo do crime a partir de Pesquisa de Vitimização no Distrito Federal. O estudo demonstrou uma significativa redução do medo quando se percebe uma melhor qualidade na prestação de serviços públicos - como esporte, lazer, iluminação pública e policiamento - e da resolução de desordens sociais - como barulhos em excesso, prostituição, sons de disparos por armas de fogo, pichações, acúmulo de lixo,



pessoas sob efeito de substâncias psicoativas nas ruas - cujas presenças excessivas levam à piora dos vínculos e da coesão social, cenário propício ao aumento do medo.

A partir de estudo prospectivo em Maceió, capital de Alagoas, município que teve as taxas de homicídio mais altas do Brasil entre 2006 e 2014, Nascimento e Gomes (2020) avaliaram variáveis sociodemográficas como possíveis preditores do medo do crime. Os achados demonstraram que os principais preditores são ser do gênero feminino; ter menor idade (contrariando alguns estudos que afirmam que ter mais idade aumenta o medo devido à maior vulnerabilidade; no contexto da pesquisa, o público mais jovem demonstrou mais medo, havendo associação do medo com o risco maior de vitimização); ter raça ou cor não branca; perceber ruas e espaços públicos em condições ruins de iluminação e conservação; ter menor disposição de habilidades de autodefesa; ter menor confiança nos vizinhos e perceber menor coesão comunitária; ter a internet como principal fonte de informações sobre crimes (achado considerado não conclusivo pelos autores). Sobre renda, os autores encontraram menores níveis de medo em pessoas com ganho mensal superior a quatro salários-mínimos, possivelmente em associação com o maior acesso à autodefesa, ao contrário da população economicamente vulnerável, como mostram outros estudos (e.g. Miceli et al., 2004; Silva & Beato Filho, 2013).

O medo do crime pode influenciar até mesmo o direito penal no contexto atual de transformações sociais importantes, como aumento da criminalidade, o problema do crime organizado, a globalização das relações humanas e do acesso instantâneo à informação (nem sempre fidedigna) através de redes sociais. Deve ser, portanto, uma preocupação de legisladores não incorrer no erro de atender a apelos populares por segurança, voltados ao imediatismo, no sentido de se distanciar da liberdade dos cidadãos, dos direitos e das garantias adquiridos. Ao contrário, faz-se necessário tomar como base estudos epidemiológicos e dados confiáveis para intervenções racionais e resolutivas (Riboli & Oliveira, 2018).

Nesse sentido, a pesquisa documental de Colombaroli (2023) traz evidências de que houve, tanto no Brasil quanto no Chile, uma importante influência do medo do crime e do populismo penal na produção legislativa, no que diz respeito ao aumento de pena e restrições em direitos penais garantidos por lei.

Souza (2018) reflete sobre o papel da mídia como possível potencializador do medo do crime enquanto problema social, tendo em vista que a superexposição vista nas coberturas midiáticas nos últimos anos contribui para elevar a sensação de insegurança a níveis algo irreais, ainda maiores que os condizentes com os reais dados da criminalidade. Tal fenômeno acarreta busca por mais barreiras e mais isolamento social por parte das comunidades, provocando maior esvaziamento de espaços públicos, diminuição da coesão social e da vigilância natural, papel comunitário que corresponde a uma fundamental parceria com o trabalho da polícia. Desse modo, o clamor popular pelo recrudescimento da punição como possível solução para o crime é mediado pelo medo, influenciado por mídia e rede sociais em exposições comumente tendenciosas e sensacionalistas do tema (Ferreira et al., 2023).

Para Costa e Durante (2022), partindo de estudo empírico com amostra do DF, quanto mais realista é a representação do crime exposta pela mídia, maior é o impacto sobre as pessoas. Há também influência de outras variáveis na forma como a mídia tem seu efeito nas pessoas; mulheres, pessoas de mais idade e menor renda carregam representações que acarretam medo mesmo quando não têm experiência pessoal com o crime, independentemente de terem obtido informações pela mídia. A realidade do crime no território constitui outra variável que intervém na forma como as pessoas se informam e no fenômeno do medo: em áreas marcadas por altas taxas de criminalidade é mais comum que as pessoas se informem pela própria comunidade e o nível de medo é geralmente alto; em áreas com baixa criminalidade, é mais comum a informação ser acessada pela mídia, principalmente por aqueles mais velhos e com maiores

rendas, se relacionando com a construção social de representações relativas a altos níveis de medo.

Embora não seja uma variável de interesse diretamente relacionada à pesquisa em questão, cabe ser ressaltado, a partir da breve reflexão sobre a mídia, que o acesso à informação sobre crimes é influenciado por outras variáveis sociodemográficas e, por sua vez, afeta a forma como o risco de vitimização e, conseqüentemente, seu temor são vividos. Essa consequência não é observada somente no acesso pela mídia, pois o medo do crime surge em diálogos cotidianos nas comunidades na chamada “fala do crime”, modalidade de diálogo comum na tentativa de alerta e proteção mútua que pode conter interpretações distorcidas e simplistas em relação à realidade do crime, contribuindo para mais restrições e segregações nas áreas urbanas em razão da expectativa de crime (Caldeira, 2000). É importante destacar, nesse sentido, que a forma como se acessa informações sobre crimes interfere no fenômeno do medo. Portanto, mostram-se de fundamental importância pesquisas que possam contribuir com dados concretos sobre a criminalidade e seus efeitos a fim de se evitar intervenções baseadas apenas no medo e em preconceitos, o que tende apenas a agravar o problema, até mesmo na área legislativa, como apresentado.

Em suma, o medo do crime funciona como espécie de termômetro, indicando o grau de preocupação e influência que a criminalidade tem na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas. Embora possa corresponder a um fator de proteção, relacionado a estratégias de autodefesa, fundamentalmente útil em locais onde há altas taxas de criminalidade, está associado à piora da qualidade de vida e da saúde mental quando em grau mais elevado e desproporcional à experiência concreta da criminalidade. Essa variável envolve não somente reações emocionais diante do medo, como ansiedade e angústia, mas também as percepções que se tem do risco de vitimização e do território que se ocupa, além de decorrer em alterações de comportamento, como diminuição das interações sociais, mudanças de hábitos e busca por

estratégias e tecnologias de autoproteção. Seus impactos envolvem aspectos legais, sociais, econômicos e sua investigação do ponto de vista das repercussões em saúde mental assume ponto central na pesquisa em questão, considerando sua relação direta com a exposição de profissionais de saúde em territórios marcados pela violência e pela criminalidade, como é o caso das equipes da Estratégia de Saúde da Família que atuam em Fortaleza (CE).

Tais equipes têm passado pela experiência de implantação do Acesso Mais Seguro como forma de reduzir os riscos da violência urbana e seus efeitos no cotidiano de atuação. Considerando que o uso do AMS na Atenção Primária é hoje, no Brasil, a principal estratégia em curso voltada a proteger usuários e profissionais de riscos de violência armada nos territórios vulneráveis (Ribeiro et al., 2023), levou-se em conta, além da investigação sobre prevalência da exposição à violência e impacto subjetivo nos profissionais, investigar o efeito nos trabalhadores da participação na ferramenta do CICV. Portanto, serão exploradas definição, contextualização e experiências no país até então, no capítulo a seguir.

### **3 – ACESSO MAIS SEGURO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NOS SERVIÇOS ESSENCIAIS DIANTE DA VIOLÊNCIA URBANA**

Conforme apontado anteriormente, o problema da violência urbana atinge grande parte do território brasileiro. Apesar da melhora observada em alguns resultados positivos nos últimos anos, os avanços diante da violência no país são frágeis e o cenário ainda é grave, como ilustram a desproporcionalidade entre número de habitantes e número de homicídios, por exemplo (FBSP, 2023).

O crescimento da população de grandes centros urbanos, tendência global característica do século XXI e que ocorre frequentemente sem o devido planejamento, tem levado a dificuldades na absorção de contingentes populacionais, o que implica em complexos problemas sociais, como o caso do aumento da violência armada. No Brasil, o crescimento rápido e desordenado das cidades tem levado bairros pobres e favelas a serem vistos como lugares cada vez mais violentos. Têm sido mais perceptíveis nas cidades os confrontos entre agentes da lei e grupos armados não estatais que lutam pelo controle de áreas e de recursos financeiros, as “facções do tráfico de drogas” e as “milícias”. Até mesmo cidades de porte mediano têm mostrado mais evidentemente os efeitos da violência armada, como desafios e dificuldades na execução de serviços públicos essenciais prestados à população (CICV, 2020, 2021).

Além de suas consequências mais imediatas, a violência armada traz alto impacto à prestação de serviços públicos essenciais, tais como cancelamento de atendimentos; fechamento de equipamentos e consequentes custos econômicos; obstáculos e desafios para manutenção de atividades de atenção domiciliar e de âmbito coletivo nos territórios; absenteísmo de profissionais; dificuldade para lotação e manutenção de trabalhadores em locais mais vulneráveis, nos quais são vítimas direta ou indiretamente; redução do acesso às políticas públicas – muitas vezes em comunidades que sofrem com alta demanda e baixa oferta de

serviços; altos custos econômicos e sociais. Esse tipo de violência urbana traz, ainda, obstáculos ao cumprimento de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)<sup>5</sup>, como a garantia de acesso à saúde e bem-estar para pessoas de todas as idades e de outras metas das esferas governamentais em níveis municipal, estadual ou federal (CICV, 2020, 2021).

Diante dessa problemática, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) ofereceu ao Brasil uma parceria no enfrentamento da violência que atinge o cotidiano dos serviços públicos essenciais, seus usuários e profissionais, o Acesso Mais Seguro para Serviços Essenciais, ou simplesmente Acesso Mais Seguro (AMS), que será descrito a seguir, após contextualização do impacto da violência urbana especificamente na atuação profissional na APS. O CICV foi criado na Suíça há aproximadamente cem anos, mas tem hoje escopo de atuação mundial. Com base no Direito Humanitário Internacional, fornece proteção e assistência às vítimas de conflitos<sup>6</sup> e de outras formas de violência de modo neutro, independente e imparcial (CICV, 2013).

### **3.1 Impactos da violência urbana na atuação profissional na Atenção Primária à Saúde**

A proposta de inserção comunitária e a decorrente maior proximidade com grupos de risco acarreta convivência das equipes de Saúde da Família com situações de risco aumentado para a violência urbana. De fato, a violência interfere no cotidiano de trabalho, nem sempre de forma direta; por vezes, apenas eventos extremos, como mortes e agressões físicas, causam reações perceptíveis nos profissionais (Velloso et al., 2005).

A violência impacta de forma significativa os serviços de saúde, tanto no acesso ao cuidado, quanto nos processos de trabalho, principalmente nas áreas de maior incidência,

---

<sup>5</sup> Consistem em pactuações quanto a metas a serem alcançadas pelo país em parceria com a ONU para atingir um desenvolvimento sustentável. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em 16 nov. 2022.

<sup>6</sup> Conflitos dizem respeito ao uso de armas por forças armadas de diferentes estados. Considera-se confrontos armados o que se observa na violência urbana no Brasil, caracterizado por alto número de homicídios intencionais e atuações de grupos armados não estatais, como facções criminosas e milícias (CICV, 2013, 2020).

demandando a adoção de comportamentos e de ambientes mais seguros a partir de estratégias intersetoriais (Minayo, 2006).

Em territórios vulneráveis, é comum que os processos de trabalho sejam alterados pela dinâmica da violência, de modo que sinais de risco, como relatos de moradores e tiroteios, levam ao cancelamento de atividades, como visitas domiciliares e atividades coletivas. (Machado et al., 2016). Machado e Daher (2015) destacam que a exposição contínua de profissionais da Atenção Primária à Saúde a situações de violência figura como causa de estresse, desorganização da saúde mental, sentimento de impotência, de não reconhecimento e medo pela sensação de ameaça à integridade moral e física. Kebian e Ceccheto (2017) apontam sentimentos de medo, angústia, sofrimento, insegurança, raiva e solidão. Gusmão et al. (2018) mostram que a vivência da violência no trabalho leva a consequências como desânimo, depressão, ansiedade e preocupação, caracterizando quadros de sofrimento psíquico ou, em casos mais graves, transtornos mentais.

Nesses contextos, o aumento da rotatividade de profissionais, somado ao enfraquecimento de vínculos com a população assistida, e à descontinuidade de ações são fatores que demonstram a forte influência da violência no adoecimento de profissionais e usuários e na descaracterização das propostas da Estratégia de Saúde da Família (Leite, 2020). Tais profissionais lidam cotidianamente com barreiras de acesso nos territórios, vínculos comunitários fragilizados, sentimento de frustração e medo de serem vítimas de violência (Ribeiro et al., 2023). O aumento de transtornos e demandas em saúde mental como ansiedade e depressão no contexto da APS aponta para a necessidade de ações em saúde que atentem para o papel das vulnerabilidades sociais, como a exposição à violência, no estabelecimento desses quadros (Pessoa & Soares, 2023).

Sturbelle et al. (2019) situam as equipes de Saúde da Família como altamente expostas ao problema da violência. Na amostra em questão, observa-se que 69,8% dos 106 profissionais

de 17 unidades foram vítimas, sobretudo os mais jovens e da área de Enfermagem. A falta de recursos humanos e materiais, de infraestrutura e a proximidade com a atuação no território de grupos armados relacionados ao tráfico de substâncias psicoativas foram associados pelos profissionais como pontos importantes no estabelecimento do contexto violento de trabalho.

Silveira et al. (2020) trazem formas de enfrentamento criadas pelos próprios trabalhadores para lidar com os efeitos cotidianos da violência urbana no Rio de Janeiro, como alertas simbolizados por cores, trocados em redes sociais, a partir de percepções do risco no território. Mostra-se evidente a necessidade de maior apoio de autoridades públicas e de gestores, além da execução de mais estudos sobre o tema. Diante da imersão de profissionais da APS em territórios violentos, faz-se necessário o fomento ao monitoramento contínuo e ao poder de tomada de decisão das equipes para o alcance de respostas mais estruturadas, de forma que os profissionais possam sentir mais segurança e apoio no enfrentamento do impacto da violência urbana (Almeida et al., 2019).

No sentido de estruturar uma estratégia coordenada para enfrentamento do problema da violência nos serviços essenciais, tem sido implantado nos últimos anos no Brasil o Acesso Mais Seguro Para Serviços Essenciais (AMS), metodologia proposta pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), que consiste em “uma metodologia para reduzir, mitigar e responder às consequências da exposição da população a contextos de violência armada” (CICV, 2020, p. 10) em contexto brasileiro.

### **3.2 Objetivos e eixos da metodologia do CICV**

O Acesso Mais Seguro para Serviços Essenciais (AMS) é um programa concebido pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha como estratégia de prevenção e resposta à exposição da população aos riscos inerentes ao problema da violência armada. Já implantado em grandes centros brasileiros que vivem cenários de acentuada vulnerabilidade à violência urbana, como



Duque de Caixas (RJ) e Rio de Janeiro (RJ); Florianópolis (SC), Porto Alegre (RS) e Fortaleza (CE), capital na qual ocorreu a pesquisa em questão, o programa é parametrizado pela norma ABNT ISO 31000 (2009) de gestão de riscos e tem base nos protocolos de segurança do próprio Comitê, que possui vasta experiência em contextos de conflito e de violência armada ao redor do globo. Tais protocolos sofrem contínua adaptação conforme as necessidades dos cenários aos quais se destinam, que envolvem, principalmente, serviços essenciais das políticas públicas de saúde, assistência social e educação, embora sejam também desenvolvidas ações em outros campos relacionados, como direitos humanos, esportes, lazer e habitação (CICV, 2020, 2021).

Seus principais objetivos são: 1) Resguardar vidas, promovendo ambientes mais seguros e fortalecendo a resiliência de profissionais e serviços que atuam em áreas acometidas pela violência armada; 2) Desenvolver estratégias integrais e sistemáticas para autoproteção dos profissionais no intuito de gerir riscos, situações de crise e de estresse, como por exemplo, elaborando planos de contingência conjuntamente com secretarias responsáveis; 3) Promover mudanças de postura e de comportamento de gestores e de profissionais, contribuindo com novos conhecimentos necessários para que se faça uma gestão mais eficaz e mais eficiente dos riscos; 4) Melhorar a eficiência de serviços essenciais, otimizando o uso de recursos humanos e econômicos; 5) Ampliar o acesso de profissionais e da população de modo geral a esses serviços (CICV, 2020, 2021).

As ações da metodologia são sistematizadas por meio de quatro eixos integrados: 1) Análise de contexto e riscos: monitoramento contínuo do contexto e dos riscos que existem em dado território, considerando o caráter mutável e dinâmico da violência armada; 2) Tratamento de riscos: organização de atividades executadas por diferentes atores para aumentar a visibilidade e tratar os riscos existentes, possibilitando um ambiente mais seguro e protegido para profissionais e comunidade em áreas mais vulneráveis; 3) Gestão de crise: preparação e resposta coordenada de profissionais e infraestrutura de serviços essenciais a uma situação de

crise, tendo em vista não existir cenário completamente sem riscos e que mesmo com riscos tratados de forma planejada e qualificada, ainda podem haver eventos críticos indesejados; 4) Gestão de estresse: ações para apoio psicossocial e cuidado à saúde mental de profissionais que atuam em cenários suscetíveis à violência armada. É considerado o impacto na saúde mental pelo estresse decorrente de incidentes de violência e suas implicações emocionais, bem como pelo estresse relativo à exposição cotidiana, que pode levar a reduções da resiliência e do bem-estar. A implantação da metodologia culmina na elaboração de um Plano de Acesso Mais Seguro, documento concebido no próprio local de trabalho, de autoria de profissionais com apoio da gestão, que contempla a sistematização de ações e protocolos especificamente pensados para anteceder possíveis crises, estruturar respostas mais eficazes e menos emotivas, assim como definir fluxos de comunicação e diferentes funções para cada membro do grupo (CICV, 2020, 2021).

A operacionalização da metodologia do AMS, ou seja, a aplicação prática das estratégias colaborativamente traçadas, se dá pela contínua articulação entre dois grupos: o Grupo de Suporte (GS) e o Grupo de Tomada de Decisão (GTD). O primeiro é composto por profissionais de nível central, ligados a secretarias ou órgãos de gestão que irão implementar o AMS nas instituições a partir dos quatro eixos, em diálogo com o CICV. Inclui, ainda, facilitadores, que, por meio de oficinas com os trabalhadores, ajudarão na multiplicação dos conhecimentos e na elaboração do Plano de AMS singular para cada unidade de trabalho. O GTD, por sua vez, é composto por profissionais da própria unidade e ocupa posição estratégica no monitoramento e na condução da equipe diante do contexto de violência urbana, já que tem certa autonomia e toma decisões no cotidiano dos serviços no que se refere a situações de risco ou crise, em articulação com o Grupo de Suporte. Na prática, executam as ações propostas no Plano e lideram a equipe como um todo no que diz respeito à ferramenta AMS (CICV, 2021).

Para alcance de seus objetivos e devida implantação da metodologia, o CICV fornece experiência e conhecimento voluntariamente e sem ônus para autoridades públicas das diferentes esferas de governo, prevendo a análise e a identificação contínuas do contexto de riscos para elaboração de planos específicos. Para contribuir na gestão dos riscos, promove e facilita a criação de grupos de suporte; treina multiplicadores para expansão da metodologia em rede de serviços por meio de pessoas e instituições qualificadas nesse sentido; apoia tecnicamente os governos enquanto durar o pacto de cooperação técnica; promove a apropriação da metodologia e sua sustentabilidade por parte de autoridades e gestores públicos, prevendo que esses estejam sensíveis à delicada situação de vulnerabilidade à violência armada em que profissionais e população geral se encontram (CICV, 2020, 2021).

A percepção e a sensibilidade de autoridades públicas, de gestores e de profissionais das instituições para a situação dos serviços essenciais frente a esse cenário se mostra particularmente importante para efetivação da metodologia e continuidade de sua execução de modo independente das transições de governos. Faz-se necessário o compromisso político e institucional, que pode acontecer não somente com fortalecimento de grupos de tomada de decisão, de suporte e monitoramento contínuo, mas também com mecanismos de promoção da contratualidade como leis, decretos, protocolos, entre outras formas de regulamentação que venham a fortalecer o AMS como uma política pública (CICV, 2021).

### **3.3 Resultados da utilização do Acesso Mais Seguro na Atenção Primária à Saúde**

Em territórios conflagrados pelo crime, a disputa pelo poder e o controle ilegal configuram um cenário de tamanha violência que houve a necessidade de serviços de saúde, dentre outros, funcionarem de acordo com a proporção de seus desdobramentos, a partir da classificação de risco e decorrentes condutas recomendadas, que implica desde a avaliação de

condições de realização das atividades profissionais habituais, até, em casos extremos, o fechamento de unidades (Costa et al., 2023).

Nesse contexto, o Acesso Mais Seguro surgiu, inicialmente, no Rio de Janeiro (RJ) em 2009, em projeto piloto que durou até 2013. Desde então, tem sido utilizado em outros municípios do país, ainda com poucas publicações relacionadas a sua implantação e efetividade. Quintão et al. (2015) relatam a experiência de Niterói, em que o recrudescimento da violência urbana nos últimos anos, sobretudo nas áreas periféricas da cidade, trouxe a necessidade de estratégias para diminuição do impacto da violência nos serviços de saúde. Através da construção de um plano para prevenção de crises e minimização de possíveis consequências, a metodologia pôde proporcionar aumento da segurança de profissionais, atenuação de situações de estresse e conseqüente melhoria do bem-estar.

Barreto et al. (2013) destacam o papel do plano nos processos de tomada de decisão em eventos de crise e no alívio de estresse dos profissionais atuando em áreas mais vulneráveis a eventos de violência armada na capital do Rio. Guedes (2017), demonstra, por sua vez, o processo de implantação do plano em serviço de Porto Alegre (RS) através de oficinas, ressaltando a percepção dos integrantes da equipe de aumento do autocuidado em segurança, apesar das dificuldades enfrentadas pelo ineditismo da experiência. Ferreira (2020) aponta, em pesquisa quantitativa do tipo transversal com amostra intencional, resultados da implantação na diminuição do estresse e no aumento do bem-estar de uma equipe de Saúde da Família em Florianópolis (SC).

Santos et al. (2020) mostram o potencial da ferramenta no enfrentamento do contexto violento em UAPS no RJ a partir da visão dos profissionais. São ressaltados foco nas particularidades do território; aumento na capacidade de gerenciamento de riscos; aumento da autonomia e do poder de tomada de decisão (exemplificada pela possibilidade de decisão pelo fechamento da unidade em casos extremos); utilidade como forma de proteção, mas também

como instrumento de educação permanente em relação ao tema da violência e seus atravessamentos com a prática na APS. Ademais, contribui para minimizar efeitos negativos dos confrontos e para que não se naturalize o fenômeno da violência. Há destaque para a classificação diária por cores, que indicam o grau de risco percebido, levando em conta a probabilidade de ocorrência de incidentes de violência, a frequência e quão grave seriam suas consequências. A partir da classificação de risco, há indicação dos comportamentos mais seguros a serem adotados, conforme lógica singular de cada território e serviço, mediante a elaboração do Plano de Acesso Mais Seguro em oficinas com as equipes.

Em Busch (2020), percebe-se, na visão dos profissionais de uma UAPS também no RJ, que o AMS é avaliado como uma ferramenta de proteção, levando à maior autonomia para exercer as atividades e transitar pelos territórios e de casa para o local de atuação; bem como à consolidação de conhecimentos e de estratégias para perceber e manejar os riscos, apesar da dinâmica, muitas vezes imprevisível, da violência urbana. No entanto, são apontadas limitações, tais como: dificuldades em estabelecer rotina diária de comunicação e acompanhar a rapidez em que muda a dinâmica da violência; divergências na identificação e classificação de sinais; a ocorrência de decisões individualizadas, apesar da proposta de tomada de decisão coletiva. Por outro lado, há o estabelecimento de uma rede solidária de monitoramento contínuo de possíveis eventos violentos no território, vista na parceria entre diferentes equipamentos e comunidade. Desse modo, observa-se o AMS como uma maneira solidária e estruturada de encarar a violência e seus efeitos nos serviços essenciais, que não esgota as necessidades de intervenção sobre o tema e de ampliação do debate em diferentes setores da sociedade, mas contribui para melhoria do acesso da população e preservação de vidas e da saúde mental de profissionais que atuam em equipamentos essenciais aos territórios.

A partir da implementação da metodologia, é esperada a promoção de resultados, como: manutenção de serviços essenciais mesmo em locais de acentuada vulnerabilidade à violência

armada; integração de diferentes secretarias para melhor gestão e concepção de estratégias em comum para reduzir os incidentes de violência armada nas cidades que aderirem; melhora dos processos de comunicação e coordenação de equipes de serviços essenciais; maior satisfação, compromisso e empoderamento dos trabalhadores; melhor gestão do estresse de profissionais, levando à redução da rotatividade e da dificuldade de lotação; adoção de posturas mais seguras pelos profissionais e maior aceitação dos serviços pelas comunidades; redução do tempo de resposta em casos de crises, dado o maior preparo de profissionais e gestores; sistematização de informações concretas sobre o impacto da violência armada nos serviços; criação coletiva de protocolos para enfrentamento de eventos de risco ou crise; maior eficácia na gestão de recursos financeiros (CICV, 2020, 2021).

Para Pessoa e Soares (2023), a ferramenta tem trazido contribuições para o redirecionamento da atenção clínica de acordo com a análise de riscos, a partir do monitoramento de possíveis confrontos violentos. De fato, com o Acesso Mais Seguro, equipes passaram a ter plano de segurança, classificação por cores e as ações em situações de risco se tornaram sistematizadas, protocoladas, ao invés de instintivas (Gomes et al., 2023).

Dados preliminares indicam impacto positivo, como redução aproximada de 40% em número de serviços fechados após ocorrência de eventos relacionados à violência armada, e dados qualitativos importantes, evidenciados a partir de depoimentos de profissionais e de gestores que vivenciaram a inclusão da ferramenta em seus processos de trabalhos (CICV, 2021). Tal impacto corrobora com os achados de outras pesquisas citadas anteriormente.

Ainda assim, é possível perceber a necessidade de mais estudos acerca da saúde mental dos profissionais que atuam diante dos desafios da violência urbana e da efetividade da implantação do Acesso Mais Seguro no sentido de suas contribuições com a prevenção de agravos nesses trabalhadores (e.g. Leite, 2020; Guedes, 2017).

No campo da pesquisa, em Fortaleza, equipes de Saúde da Família em territórios vulneráveis se deparam com confrontos envolvendo grupos armados rivais, o que determina mudanças na programação da assistência e leva moradores de determinadas áreas a não poderem acessar a unidade de saúde de referência devido ao risco de violência e de morte. Desde 2013, as causas de morte externas, sobretudo os homicídios, são a maior causa de morte no município. São distribuídos de forma heterogênea, com maior incidência em áreas de maior precariedade e dificuldade de acesso às políticas sociais (Benício & Barros, 2017). Assim, a cidade se mostra um cenário propício à implantação de estratégias de intervenção quanto ao problema da violência urbana e seu impacto na Atenção Primária.

No sentido de buscar mais dados que apontem para a importância do cuidado em saúde mental dessas equipes e da implementação de estratégias preventivas e protetoras de agravos por instituições, gestores e profissionais, o estudo exploratório buscou investigar efeitos psicológicos da exposição ao contexto violento em equipes de saúde, a partir de amostra das UAPS das seis regionais de saúde da capital cearense. O capítulo a seguir irá detalhar aspectos como amostra, instrumentos utilizados, procedimentos adotados, assim como análises realizadas e principais resultados encontrados.

## **4 – MÉTODO**

### **4.1 Amostra**

Inicialmente, esperava-se contar com aproximadamente 410 pessoas, buscando contemplar as categorias que compõem as equipes básicas da Estratégia de Saúde da Família atuando nas 118 UAPS de Fortaleza: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, técnicos ou auxiliares de enfermagem. Essa amostra foi estimada com base na recomendação de Crocker e Algina (2006), que consideram razoável uma proporção de 10 participantes por item dos instrumentos. Com a divulgação da pesquisa, foram alcançadas 744 pessoas. No entanto, após a exclusão daquelas que não responderam ao questionário completo, a amostra final ficou composta por 465 participantes, em sua maioria, mulheres (84,9%), heterossexuais (88,6%) e autodeclaradas pardas (67,3%). Em média, a idade dos respondentes foi de 43,6 anos ( $DP = 10,82$ ), variando de 18 a 66 anos.

Em relação ao contexto profissional, participaram 216 agentes comunitários de saúde (46,5%), 102 enfermeiros (21,9%), 94 técnicos ou auxiliares de enfermagem (20,2%) e 53 médicos (11,4%), com representação de 78,8% das 118 unidades de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, e atuação nas regionais: I (33,3%), II (13,3%), III (21,5%), IV (8,2%), V (7,5%) e VI (16,1%). A maior parte indicou ter uma carga horária semanal de 40h (89,9%), vínculo empregatício estatutário (67,1%), estar há mais de 10 anos (47,3%) ou até 2 anos (27,5%) no atual local de lotação e trabalhar na mesma região em que reside (56,8%). Trata-se de uma amostra não probabilística, contando apenas com profissionais que, ao receberem o convite, aceitaram participar da pesquisa.

### **4.2 Instrumentos**



Os participantes foram convidados a responder um questionário, contendo os instrumentos abaixo:

#### **4.2.1 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)**

Para o levantamento de dados da pesquisa foi feito uso da escala *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), adaptada ao português como Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS). Essa escala é organizada em três subescalas – Depressão (Alpha de Cronbach = 0,94), Ansiedade (Alpha de Cronbach = 0,87) e Stress (Alpha de Cronbach = 0,91) – totalizando 21 itens (Daza et al., 2002; COVIC et al., 2012). Inicialmente, os fatores da escala foram definidos de acordo com o consenso clínico, sendo, posteriormente, refinadas de modo empírico mediante uso de técnicas de análise fatorial. A escala de resposta é do tipo *Likert* de 4 pontos, sendo estes 0 (*não se aplicou a mim*); 1 (*aplicou-se a mim algumas vezes*); 2 (*aplicou-se a mim muitas vezes*) e 3 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*) (Lovibond & Lovibond, 1995). Foi adaptada para o contexto brasileiro por Martins et al. (2019). Na presente amostra, o fator Depressão obteve índices de fidedignidade de  $\alpha = 0,91$  e  $\omega = 0,91$ ; o de Ansiedade de  $\alpha = 0,91$  e  $\omega = 0,91$ ; e o de Estresse de  $\alpha = 0,91$  e  $\omega = 0,92$ .

#### **4.2.2 Escalas de Medo do Crime**

A princípio, para mensurar o medo do crime, foi utilizada a Escala de Medo do Crime criada nos EUA por Gorman-Smith et al. (2000), que teve tradução e adaptação ao contexto brasileiro por Pimentel et al. (2011). A escala busca aferir o medo subjetivo de ser vítima de crime violento. É constituída por dez itens na versão brasileira, que excluiu itens sobre posse generalizada de armas de fogo, condizente com a realidade norte-americana. Há quatro itens para o medo do crime propriamente dito, com Alfa de Cronbach de 0,86, e seis para medidas de enfrentamento, com Alfa de Cronbach de 0,77, no estudo original. Na presente amostra, o

primeiro fator obteve índices de precisão de  $\alpha = 0,84$  e  $\omega = 0,85$ ; e o segundo fator,  $\alpha = 0,65$  e  $\omega = 0,67$ . Os itens tratam do medo de sofrer ataques ou assaltos na residência e no bairro de moradia em diferentes condições, como dia ou noite, estando acompanhado ou desacompanhado, bem como alterações comportamentais empreendidas diante do medo do crime, como limitar hábitos ou ter posturas voltadas à autodefesa.

Adicionalmente, foi utilizada a Escala de Medo do Crime de Etopio e Berthelot, que tem maior foco nos aspectos cognitivos e emocionais relacionados a essa variável. Construída em contexto estadunidense, consiste em escala de autorrelato formada por dez itens em escala Likert de seis pontos, compreendendo uma variação de emoções e sentimentos comumente utilizados para descrever o medo do crime. A escala apresenta evidências suficientes de validade tanto convergente quanto divergente. No estudo original, os itens compuseram um único fator com consistência interna medida por Alfa de Cronbach de 0,94 (Etopio & Berthelot, 2022). No presente estudo, o fator obteve alfa de 0,95 e ômega de 0,96<sup>7</sup>.

#### **4.2.3 Questionário sociodemográfico**

Foram realizadas, ainda, perguntas com fins de caracterização da amostra, tais como: idade, sexo, escolaridade, vínculo empregatício, profissão, tempo de serviço, carga horária, proximidade com o território, experiência prévia como vítima de crime no trabalho, histórico de saúde mental, bem como sobre treinamento no programa Acesso Mais Seguro e participação na execução da metodologia (CICV, 2018, 2020, 2021). Além disso, foram realizadas perguntas sobre medo do crime no local de trabalho, análogas a itens da Escala de Medo do Crime de Gorman-Smith et al. (2000) e perguntas sobre a percepção dos profissionais sobre a própria saúde mental antes de 2018 (anterior à implantação da ferramenta do CICV em Fortaleza), entre

---

<sup>7</sup> Pretende-se utilizar dados da pesquisa em estudo futuro para comprovação de outras propriedades psicométricas da medida.

2018 e 2019 (quando já implantada) e entre 2020 e 2022 (período após a implantação e de curso da pandemia de COVID-19), replicando, em associação a cada período de tempo, os três itens da EADS mais representativos de cada fator (ansiedade, estresse e depressão), a partir de maiores valores de peso fatorial (Martins et al., 2019).

### **4.3 Procedimento**

A coleta foi realizada em Unidades de Atenção Primária à Saúde da cidade de Fortaleza (CE). O contato com os profissionais ocorreu por meio do compartilhamento de questionário online em grupos de trabalho no aplicativo de troca de mensagens *WhatsApp*. O link foi enviado pelos gestores locais das unidades. Inicialmente, os gestores obtiveram o link para participação na pesquisa encaminhado pelas coordenações das seis regionais de saúde da cidade após reunião dessas com o pesquisador, autor da dissertação. Durante a coleta, no intuito de otimizar a adesão de participantes, houve uma reunião do pesquisador com os seis articuladores de educação permanente da Coordenadoria de Educação em Saúde, Pesquisa e Programas Especiais (COEPP/SMS), também responsável por autorizar, do ponto de vista institucional, o acesso do pesquisador à amostra. Tais articuladores passaram a também enviar o link para os gestores locais e solicitar a divulgação para acesso dos profissionais componentes da amostra.

Dessa forma, não houve em nenhum momento contato pessoal do pesquisador com os participantes, que tiveram asseguradas a confidencialidade e a opção de desistência em qualquer momento. A participação, de caráter estritamente voluntário, se deu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado em formato digital, de livre acesso, incluindo a opção de download. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (Resolução 510/16) e foram consideradas as orientações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (Ofício Circular nº 02/2021) sobre realização de pesquisa em ambiente virtual.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados passaram por aplicação piloto nas mesmas condições de caráter voluntário e sigiloso, realizada com cinco profissionais atuando no município de Fortaleza em serviço de saúde de Atenção Secundária, nível de atenção que não fez parte da amostra; assim, esses dados não compuseram o banco analisado na pesquisa, servindo ao intuito de indicar o tempo previsto para aplicação dos instrumentos, bem como para apontar necessidades de ajustes pontuais, realizados antes da coleta, para facilitar a compreensão textual. Os profissionais foram das categorias enfermeiro (2); médico clínico (1), técnico ou auxiliar em Enfermagem (1) e terapeuta ocupacional (1).

#### **4.4 Análise de Dados**

Inicialmente, para fins de caracterização da amostra, foram utilizadas medidas de frequência, tendência central e dispersão. Em seguida, empregaram-se testes t para comparar os níveis de saúde mental e de medo do crime, levando em consideração variáveis como: sexo, orientação sexual, cor da pele, ter sido treinado no AMS, fazer parte do Grupo de Tomada de Decisão, estar em atendimento psicológico ou psiquiátrico, entre outras. Para comparar os níveis de saúde mental e de medo do crime entre as diferentes categorias profissionais, foi realizada uma análise de variância (ANOVA).

Para avaliar os pressupostos dessas análises, foram utilizados testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e de homogeneidade de variância (Teste de Levene). Optou-se por relatar o teste t de Welch, ao invés do mais comumente conhecido t de Student, em função de recomendações recentes da literatura para casos em que ocorre desvio de normalidade ou não homogeneidade de variância (West, 2021). Também foram conduzidos dois testes t para amostras dependentes para investigar se existiam diferenças nos níveis de medo do crime dos participantes ao andarem nas ruas sozinhos e acompanhados na área de residência em comparação com a área em que trabalham.

Para investigar se havia diferenças entre as percepções dos profissionais sobre seus níveis de saúde mental antes de 2018, entre 2018 e 2019, e entre 2020 e 2022 foi conduzida uma ANOVA de medidas repetidas. Adicionalmente, foram realizadas análises de correlação de Spearman entre os fatores das medidas e variáveis como idade, tempo de serviço e vivência de violência no trabalho.

Por fim, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla com *bootstrap* baseado em 1000 amostragens para avaliar possíveis preditores do medo do crime. Para avaliar os pressupostos dessa análise, foram considerados os valores de VIF (*variance inflation factor*), do coeficiente de Durbin-Watson e das distâncias de Cook (Field, 2020). Os dados foram analisados com o software JASP, v.0.16.3.0.

#### **4.5 Resultados**

Como mencionado, esta dissertação tem como objetivo geral avaliar os efeitos psicológicos da exposição ao contexto de violência urbana em profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). De modo mais específico, espera-se: analisar a prevalência da exposição à violência urbana entre os profissionais da amostra; mensurar o impacto subjetivo da violência urbana na saúde mental de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde; e investigar o efeito da participação no Acesso Mais Seguro na saúde mental da amostra. Nessa direção, a fim de sistematizar a apresentação, os resultados serão apresentados de modo a atender aos objetivos na ordem citada.

Quanto à prevalência da exposição da amostra à violência, os resultados demonstraram que a maior vivência de violência no contexto do trabalho se correlacionou significativamente com maiores níveis de estresse, depressão, ansiedade e medo do crime. 94,4% dos profissionais indicaram já ter sofrido pelo menos um tipo de violência no trabalho, considerando ameaça, agressão física, roubo, assalto, sequestro, assédio moral, assédio sexual e discriminação. Entre

os que indicaram ter sofrido alguma violência, 33% relataram ter sofrido apenas um tipo de violência, 17,3% pelo menos três tipos, 17,1% pelo menos dois tipos e 14,1% pelo menos quatro tipos diferentes de violência. O restante variou entre cinco e nove tipos de violência sofridos (18,5%). De fato, pessoas que relataram a vivência de pelo menos um tipo de violência no trabalho apresentaram níveis significativamente maiores no fator Medo do Crime ( $M = 2,43$ ,  $DP = 1,12$ ,  $p = 0,004$ ,  $d = -0,57$ ) da medida de Etopio e Berthelot (2022), bem como níveis maiores de estresse ( $M = 0,87$ ,  $DP = 0,67$ ,  $p = 0,004$ ,  $d = -0,57$ ), depressão ( $M = 0,66$ ,  $DP = 0,68$ ,  $p = 0,001$ ,  $d = -0,54$ ) e ansiedade ( $M = 0,25$ ,  $DP = 0,66$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = -0,61$ ), em comparação com aqueles que relataram não ter experienciado nenhum tipo de violência no ambiente profissional (Tabela 1).

**Tabela 1**

*Comparações dos níveis de saúde mental e medo do crime entre pessoas que vivenciaram ou não vivenciaram violência no local de trabalho*

Variável		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>Gf</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
Estresse	Sim	0,87	0,67	-3,18	29,79	0,004	-0,57
	Não	0,52	0,54				
Depressão	Sim	0,66	0,68	-3,52	34,03	0,001	-0,54
	Não	0,36	0,40				
Ansiedade	Sim	0,25	0,66	-4,41	37,66	<0,001	-0,61
	Não	0,58	0,34				
Medo do crime	Sim	2,33	0,78	-1,54	28,43	0,13	-0,30
	Não	2,11	0,73				
Medidas tomadas para enfrentar o crime	Sim	1,45	0,25	-0,44	27,12	0,66	-0,10
	Não	1,42	0,29				
Medo do crime (Etopio & Berthelot, 2022)	Sim	2,43	1,12	-3,12	29,73	0,004	-0,57
	Não	1,86	0,90				

No que se refere ao impacto subjetivo da violência urbana na saúde mental de trabalhadores da APS, foram comparados os níveis de saúde mental e de medo do crime, considerando algumas variáveis sociodemográficas.

Foram encontradas diferenças significativas nos níveis de estresse, ansiedade e medo do crime entre homens e mulheres (Tabela 2). As mulheres apresentaram níveis significativamente maiores de ansiedade ( $M = 0,58$ ,  $DP = 0,66$ ,  $p = 0,03$ ,  $d = 0,28$ ) e estresse ( $M = 0,88$ ,  $DP = 0,68$ ,  $p = 0,03$ ,  $d = 0,27$ ). Além disso, elas também apresentaram médias significativamente maiores no fator Medo do Crime ( $M = 2,36$ ,  $DP = 0,78$ ,  $p = 0,02$ ,  $d = 0,29$ ) da escala de Pimentel et al. (2012).

**Tabela 2**

*Comparações dos Níveis de Saúde Mental e Medo do Crime entre Homens e Mulheres*

Variável		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
Estresse	Feminino	0,88	0,68	2,20	100,10	0,03	0,27
	Masculino	0,71	0,59				
Depressão	Feminino	0,66	0,68	1,26	100,35	0,21	0,16
	Masculino	0,56	0,59				
Ansiedade	Feminino	0,58	0,66	2,24	101,99	0,03	0,28
	Masculino	0,41	0,56				
Medo do crime	Feminino	2,36	0,78	2,29	95,17	0,02	0,29
	Masculino	2,14	0,73				
Medidas tomadas para enfrentar o crime	Feminino	1,45	0,25	0,80	91,18	0,43	0,10
	Masculino	1,42	0,25				
Medo do crime (Etopio & Berthelot, 2022)	Feminino	2,42	1,13	0,52	97,89	0,60	0,07
	Masculino	2,35	1,01				

Em relação à cor da pele, não foram encontradas diferenças significativas entre brancos e não-brancos (pardo, amarelo, preto e indígena) nos níveis de saúde mental e de medo do crime. Comparando-se pessoas heterossexuais ( $n = 412$ ) e não-heterossexuais (homossexuais e bissexuais;  $n = 26$ ) em relação aos níveis de saúde mental e medo do crime, foram encontradas diferenças significativas apenas nos níveis de ansiedade (Tabela 3).

Especificamente, pessoas não-heterossexuais apresentaram níveis significativamente maiores de ansiedade ( $M = 0,88$ ,  $DP = 0,81$ ,  $p = 0,03$ ,  $d = -0,51$ ) do que pessoas heterossexuais ( $M = 0,52$ ,  $DP = 0,61$ ). Vale ressaltar que os tamanhos de efeito das diferenças dos níveis dos fatores de saúde mental foram medianos ( $d > 0,30$ ); portanto, é possível que haja diferença, mas que esse efeito não tenha sido identificado em função da grande discrepância entre os tamanhos dos grupos. De fato, a partir das médias dos grupos, é possível observar que pessoas não-heterossexuais tendem a apresentar médias maiores de estresse, depressão e medo do crime.

**Tabela 3**

*Comparações dos Níveis de Saúde Mental e Medo do Crime entre Pessoas Heterossexuais e Não-Heterossexuais*

Variável		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Estresse	Heterossexuais	0,83	0,66				
	Não - Heterossexuais	1,09	0,77	-1,68	27,33	0,10	-0,36
Depressão	Heterossexuais	0,62	0,66				
	Não - Heterossexuais	0,85	0,15	-1,54	27,45	0,13	-0,33
Ansiedade	Heterossexuais	0,52	0,61				
	Não - Heterossexuais	0,88	0,81	-2,25	26,83	0,03	-0,51
Medo do crime	Heterossexuais	2,31	0,78				
	Não - Heterossexuais	2,36	0,79	-0,28	28,12	0,78	-0,06
Medidas tomadas para enfrentar o crime	Heterossexuais	1,45	0,25				
	Não - Heterossexuais	1,43	0,25	0,36	28,23	0,72	0,07
Medo do crime (Etopio & Berthelot, 2022)	Heterossexuais	2,38	1,09				
	Não - Heterossexuais	2,68	1,39	-1,09	26,96	0,28	-0,24

A amostra foi composta por diferentes categorias profissionais: agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros, médicos e técnicos ou auxiliares de enfermagem. No entanto, os



grupos não se diferenciaram significativamente quanto aos níveis de saúde mental e medo do crime.

Morar perto de onde trabalha também é um aspecto que parece influenciar os níveis de saúde mental dos respondentes. Os resultados demonstraram que pessoas que trabalham na mesma região em que residem apresentaram menores níveis de estresse e depressão em comparação com aquelas que não residem próximo ao local de trabalho. Em relação aos níveis de medo do crime, não houve diferenças entre os grupos (Tabela 4).

**Tabela 4**

*Comparações dos Níveis de Saúde Mental e Medo do Crime entre Pessoas que Moram Próximo ou Distante do Local de Trabalho*

Variável		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>																																																		
Estresse	Sim	0,79	0,67	-2,28	427,6	0,02	-0,21																																																		
	Não	0,93	0,67					Depressão	Sim	0,58	0,64	-2,22	407,76	0,03	-0,27	Não	0,72	0,70	Ansiedade	Sim	0,51	0,63	-1,88	418,22	0,06	-0,17	Não	0,62	0,67	Medo do crime	Sim	2,36	0,79	1,18	440,74	0,24	0,11	Não	2,27	0,76	Medidas tomadas para enfrentar o crime	Sim	1,46	0,25	1,18	431,49	0,24	0,11	Não	1,43	0,25	Medo do crime (Etopio & Berthelot, 2022)	Sim	2,38	1,12	-0,41	434,81
Depressão	Sim	0,58	0,64	-2,22	407,76	0,03	-0,27																																																		
	Não	0,72	0,70					Ansiedade	Sim	0,51	0,63	-1,88	418,22	0,06	-0,17	Não	0,62	0,67	Medo do crime	Sim	2,36	0,79	1,18	440,74	0,24	0,11	Não	2,27	0,76	Medidas tomadas para enfrentar o crime	Sim	1,46	0,25	1,18	431,49	0,24	0,11	Não	1,43	0,25	Medo do crime (Etopio & Berthelot, 2022)	Sim	2,38	1,12	-0,41	434,81	0,68	-0,04	Não	2,42	1,10						
Ansiedade	Sim	0,51	0,63	-1,88	418,22	0,06	-0,17																																																		
	Não	0,62	0,67					Medo do crime	Sim	2,36	0,79	1,18	440,74	0,24	0,11	Não	2,27	0,76	Medidas tomadas para enfrentar o crime	Sim	1,46	0,25	1,18	431,49	0,24	0,11	Não	1,43	0,25	Medo do crime (Etopio & Berthelot, 2022)	Sim	2,38	1,12	-0,41	434,81	0,68	-0,04	Não	2,42	1,10																	
Medo do crime	Sim	2,36	0,79	1,18	440,74	0,24	0,11																																																		
	Não	2,27	0,76					Medidas tomadas para enfrentar o crime	Sim	1,46	0,25	1,18	431,49	0,24	0,11	Não	1,43	0,25	Medo do crime (Etopio & Berthelot, 2022)	Sim	2,38	1,12	-0,41	434,81	0,68	-0,04	Não	2,42	1,10																												
Medidas tomadas para enfrentar o crime	Sim	1,46	0,25	1,18	431,49	0,24	0,11																																																		
	Não	1,43	0,25					Medo do crime (Etopio & Berthelot, 2022)	Sim	2,38	1,12	-0,41	434,81	0,68	-0,04	Não	2,42	1,10																																							
Medo do crime (Etopio & Berthelot, 2022)	Sim	2,38	1,12	-0,41	434,81	0,68	-0,04																																																		
	Não	2,42	1,10																																																						

*Nota.* As pessoas responderam *Sim* ou *Não* para a pergunta: você trabalha na mesma região em que reside?

Para avaliar se existiam diferenças nos níveis de medo do crime ao andar nas ruas sozinho e acompanhado quando se compara situações análogas na área de residência, foram realizados testes *t* para amostras dependentes. Não houve diferenças significativas nos níveis de medo do crime ao andar sozinho nas ruas do bairro de residência ou do bairro em que trabalha ( $t = 1,45, p = 0,15$ ). No entanto, os indivíduos relataram médias significativamente maiores de

medo do crime ao andarem acompanhados na área em que trabalha ( $M = 1,31$ ,  $DP = 0,94$ ,  $t = -2,13$ ,  $p = 0,03$ ) em comparação à mesma situação na área de residência ( $M = 1,23$ ,  $DP = 0,93$ ).

Além disso, estar em atendimento psicológico ou psiquiátrico foi indicador de um pior estado de saúde mental e maiores níveis de medo do crime. 39,6% dos participantes informaram já ter passado por alguma avaliação psiquiátrica; 20,2% realizam acompanhamento psiquiátrico ou psicológico no momento da pesquisa; 47,7% já tomou algum medicamento para saúde mental ao longo da vida e 27,7% fazem uso atualmente de algum destes medicamentos. As pessoas que afirmaram estar em atendimento psicológico ou psiquiátrico apresentaram níveis significativamente maiores de estresse ( $M = 1,14$ ,  $DP = 0,69$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,53$ ), depressão ( $M = 0,90$ ,  $DP = 0,78$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,47$ ), e ansiedade ( $M = 0,84$ ,  $DP = 0,75$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,51$ ), em comparação com aqueles que não estavam em atendimento no momento da pesquisa. Além disso, as pessoas que afirmaram estar em atendimento psicológico ou psiquiátrico também obtiveram significativamente maiores nos fatores de medo do crime de ambas as escalas. Não foram encontradas diferenças significativas no fator Medidas tomadas para enfrentar o crime da escala de Gorman-Smith et al. (2000) entre os grupos (Tabela 5).

### Tabela 5

*Comparações dos Níveis de Saúde Mental e a Realização de Atendimento Psicológico ou Psiquiátrico*

Variável		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
Estresse	Realizam	1,14	0,69	4,52	138,41	<0,001	0,53
	Não realizam	0,78	0,65				
Depressão	Realizam	0,90	0,78	3,79	124,47	<0,001	0,47
	Não realizam	0,57	0,62				
Ansiedade	Realizam	0,84	0,75	4,21	125,59	<0,001	0,51
	Não realizam	0,49	0,61				
Medo do crime	Realizam	2,48	0,72	2,36	154,50	0,02	0,26
	Não realizam	2,28	0,79				
Medidas tomadas para enfrentar o crime	Realizam	1,49	0,25	1,81	143,47	0,07	0,21
	Não realizam	1,44	0,25				

Medo do crime (Etopio & Berthelot, 2022)	Realizam	2,61	1,06	2,11	149,58	0,04	0,24
	Não realizam	2,35	1,12				

Outro indicador de um pior estado de saúde mental foi ter histórico de transtorno mental na família. As pessoas que afirmaram que possuíam familiares com algum problema psicológico apresentaram níveis significativamente maiores de estresse ( $M = 0,95$ ,  $DP = 0,66$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,35$ ), depressão ( $M = 0,70$ ,  $DP = 0,67$ ,  $p = 0,01$ ,  $d = 0,23$ ), e ansiedade ( $M = 0,60$ ,  $DP = 0,65$ ,  $p = 0,06$ ,  $d = 0,18$ ), em comparação com aqueles que não apresentavam histórico de transtornos psicológicos na família. As pessoas que afirmaram que possuíam familiares com algum problema psicológico também apresentaram médias significativamente maiores em todos os fatores relacionados ao medo do crime (Tabela 6).

**Tabela 6**

*Comparações dos Níveis de Saúde Mental e o Histórico de Transtorno Psicológico na Família*

Variável		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Estresse	Possuem	0,95	0,66	3,70	390,26	<0,001	0,35
	Não possuem	0,71	0,67				
Depressão	Possuem	0,70	0,67	2,45	403,15	0,01	0,23
	Não possuem	0,55	0,65				
Ansiedade	Possuem	0,60	0,65	1,88	394,08	0,06	0,18
	Não possuem	0,49	0,65				
Medo do crime	Possuem	2,43	0,74	3,53	372,29	<0,001	0,34
	Não possuem	2,16	0,80				
Medidas tomadas para enfrentar o crime	Possuem	1,48	0,24	3,31	365,75	0,001	0,32
	Não possuem	1,40	0,26				
Medo do crime (Etopio & Berthelot, 2022)	Possuem	2,52	1,12	2,85	403,00	0,005	0,27
	Não possuem	2,22	1,08				

Foram realizadas análises de correlação para investigar a associação entre idade, tempo de serviço e experiências com violência no trabalho aos níveis de saúde mental e de medo do

crime (Tabela 7). Em função dos resultados dos testes de Shapiro-Wilk que indicaram que o pressuposto de normalidade não poderia ser acatado ( $p < 0,001$ ), optou-se por conduzir análises de correlação de Spearman. O tempo de serviço se correlacionou positivamente apenas com o fator relacionado ao uso de medidas de enfrentamento ao medo do crime ( $\rho = 0,12$ ,  $p = 0,008$ ). Pessoas mais jovens tenderam a apresentar significativamente maiores níveis de estresse, depressão, ansiedade e de medo do crime, considerando as pontuações da medida de Etopio e Berthelot (2022).

**Tabela 7**

*Correlações entre Tempo de Serviço, Idade e Violência no Trabalho com os Níveis de Saúde Mental e Medo do Crime*

	Estresse	Depressão	Ansiedade	Medo do Crime	Medidas Tomadas para Enfrentar o Crime	Medo do Crime (Etopio & Berthelot, 2022)
Idade	-0,20 ( $<0,001$ )	-0,19 ( $<0,001$ )	-0,17 ( $<0,001$ )	0,005 (0,91)	0,02 (0,64)	-0,19 ( $<0,001$ )
Tempo de serviço	-0,05 (0,27)	-0,06 (0,18)	-0,04 (0,35)	0,06 (0,21)	0,12 (0,008)	-0,05 (0,29)
Violência no trabalho	0,35 ( $<0,001$ )	0,31 ( $<0,001$ )	0,29 ( $<0,001$ )	0,21 ( $<0,001$ )	0,16 ( $<0,001$ )	0,33 ( $<0,001$ )

*Nota.* Os valores de significância ( $p$ ) estão entre parênteses.

Adicionalmente, foi solicitado que os profissionais avaliassem como percebiam a sua saúde mental em três períodos diferentes: antes de 2018, entre 2018 e 2019, e entre 2020 e 2022. Comparando-se os três períodos indicados, observou-se que os profissionais perceberam que houve piora nos seus níveis de saúde mental,  $F(1,47) = 139,14$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2_p = 0,23$ . Por meio de testes post hoc, constatou-se que houve diferenças significativas entre os todos os períodos considerados (Tabela 8).

**Tabela 8**

*Comparações das Percepções dos Profissionais sobre os seus Níveis de Saúde Mental*

Período		Diferença de Média	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Antes de 2018	2018 a 2019	-0,06	-2,95	0,01	-0,11
	2020 a 2022	-0,33	-15,69	<0,001	-0,61
2018 a 2019	2020 a 2022	-0,27	-12,74	<0,001	-0,50

No que diz respeito a efeitos da participação no Acesso Mais Seguro, inicialmente comparou-se os níveis de saúde mental e de medo do crime entre pessoas que passaram por treinamentos do programa ( $n = 134$ ; 28,8%) e pessoas que não realizaram treinamentos ( $n = 331$ ; 71,2%). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas em relação aos níveis de depressão, ansiedade, estresse e medo do crime.

Entre aqueles que fazem parte do Grupo de Tomada de Decisão do Programa Acesso Mais Seguro ( $n = 70$ ; 15,1%) e aqueles que não integram o grupo ( $n = 395$ ; 84,9%) foram observadas diferenças significativas nos níveis de estresse e ansiedade. Especificamente, o Grupo de Tomada de Decisão apresentou médias significativamente maiores de estresse ( $M = 1,00$ ,  $DP = 0,64$ ,  $t = 2,11$ ,  $p = 0,04$ ,  $d = 0,27$ ) e de ansiedade ( $M = 0,72$ ,  $DP = 0,72$ ;  $t = 2,03$ ,  $p = 0,05$ ,  $d = 0,27$ ) em comparação com as médias dos outros profissionais. Não foram observadas diferenças significativas nos níveis de medo do crime (Tabela 9).

**Tabela 9**

*Comparações dos Níveis de Saúde Mental e Medo do Crime entre Pessoas que Integram e Não Integram o Grupo de Tomada de Decisão (GTD)*

Variável		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Estresse	Sim	1,00	0,64	2,11	98,13	0,04	0,27
	Não	0,83	0,67				

Depressão	Sim	0,73	0,68	1,16	94,30	0,25	0,15
	Não	0,62	0,67				
Ansiedade	Sim	0,72	0,72	2,03	88,87	0,05	0,27
	Não	0,53	0,63				
Medo do crime	Sim	2,39	0,87	0,68	88,77	0,50	0,09
	Não	2,31	0,76				
Medidas tomadas para enfrentar o crime	Sim	1,47	0,27	0,65	91,20	0,52	0,09
	Não	1,44	0,25				
Medo do crime (Etopio & Berthelot, 2022)	Sim	2,61	1,25	1,56	88,57	0,12	0,21
	Não	2,36	1,09				

Para analisar melhor possíveis preditores do medo do crime entre os profissionais, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla (método enter). Nessa análise, considerou-se como variável dependente as pontuações no fator Medo do Crime da medida de Etopio e Berthelot (2022); e como variáveis independentes o sexo, a regional em que trabalha, ter participado de treinamento, fazer parte do Grupo de Tomada de Decisão, ter vivenciado violência no trabalho e o quantitativo de diferentes tipos de violência.

Antes de seguir com a análise, foram avaliados alguns pressupostos. Os valores de VIF (*variance inflation factor*) não indicaram existência de multicolinearidade entre as variáveis, variando entre 1,02 e 1,53. Segundo Field (2020), somente valores de VIF acima de 10 indicam problemas de multicolinearidade. O coeficiente de Durbin-Watson igual a 2,04 também não indicou problemas relacionados a independência entre os resíduos. Field (2020) considera que há violação desse pressuposto quando o coeficiente de Durbin-Watson é menor do que 1 ou maior do que 3. Em relação a existência de *outliers*, todos os valores de distância de Cook foram menores do que 1, indicando que nenhum caso isolado influenciou de modo expressivo o modelo (Field, 2020).

O modelo testado se mostrou significativo,  $F(10, 452) = 5,76, p < 0,001, R^2_{ajustado} = 0,09$ . A Tabela 10 apresenta os coeficientes para todos os preditores. Especificamente, ter participado de treinamento ( $\beta = 0,11, p = 0,05$ ), integrar o Grupo de Tomada de Decisão ( $\beta = -$

0,12,  $p = 0,02$ ) e o quantitativo de vivências de violência no trabalho parecem impactar nos níveis de medo do crime dos profissionais. O sexo e a regional em que trabalha não apresentaram efeito significativo. Em resumo, não ter feito treinamento, fazer parte do Grupo de Tomada de Decisão e vivenciar mais tipos de violência no trabalho aumenta os níveis de medo do crime.

**Tabela 10**

*Variáveis Predictoras do Medo do Crime*

Preditores	B	$\beta$	$t$	$p$
Constante	2,29		6,44	<0,001
Sexo	-0,03	-0,02	-0,43	0,66
Treinamento	0,27	0,11	1,99	0,05
Grupo de tomada de decisão	-0,39	-0,12	-2,27	0,02
Violência no trabalho (sim ou não)	0,02	0,005	0,10	0,92
Violência no trabalho	0,18	0,30	6,34	<0,001
Regional II	-0,19	-0,06	-1,17	0,24
Regional III	-0,05	-0,02	-0,38	0,70
Regional IV	-0,29	-0,07	-1,51	0,13
Regional V	-0,25	-0,06	-1,21	0,22
Regional VI	-0,04	-0,01	-0,29	0,77

*Nota.* Para avaliar o efeito da regional em que trabalham foram criadas variáveis dummies, tendo a Regional I como referência.

## 5 – DISCUSSÃO

A amostra de profissionais de saúde de Fortaleza demonstrou alta taxa de exposição à violência no geral. Considerados nove diferentes tipos de violência, 94,4% da amostra já havia sofrido ao menos um e, desses participantes, aproximadamente metade sofreu três ou mais formas de violência. Tal achado corrobora com os dados encontrados por Sturbelle et al. (2019) em pesquisa quantitativa com profissionais da APS de uma capital sulista, que demonstrou 69,8% de prevalência, e com estudos qualitativos que apontaram alta exposição, como os de Quintão et al. (2015) e Costa et al. (2023).

Quanto aos desdobramentos em saúde mental, percebe-se, a partir das variáveis consideradas (ansiedade, depressão, estresse e medo do crime), que os indicadores foram significativamente piores em todas as variáveis no caso dos participantes que já sofreram violência no trabalho quando comparados aos que não foram vítimas. Compreende-se que os dados encontrados implicam a necessidade de se considerar os efeitos da violência urbana na saúde mental como alvo de intervenção por parte de gestores e tomadores de decisão institucionais, já que os dados de segurança pública nas últimas décadas mostram a violência urbana como um desafio permanente na maior parte do país (FBSP, 2023).

Adicionalmente, o impacto subjetivo da exposição na saúde mental da amostra foi avaliado conjuntamente às variáveis sociodemográficas, a fim de contextualizar o cenário vivido pelos trabalhadores e avaliar a possibilidade de haver ainda mais agravos em grupos específicos, como mostraram outros estudos na literatura encontrada (e.g. Silva e Beato Filho, 2013; Natal e Oliveira, 2021).

No que diz respeito ao sexo, observaram-se resultados mais preocupantes em mulheres, em consonância com achados de Corrêa et al. (2019), tanto em ansiedade, depressão e estresse, como em maiores níveis de medo do crime, também evidenciado no estudo de Nascimento e Gomes (2020). Considerou-se a identidade de gênero na pesquisa, conforme o questionário



sociodemográfico, mas não houve representatividade significativa de pessoas transsexuais, já que somente uma pessoa, de 465 participantes com respostas completas, relatou identidade de gênero diferente de cisgênero.

A raça não foi um fator significativo na amostra, ao contrário do observado por Nascimento e Gomes (2020) e Trindade e Durante (2019), em pesquisas nas quais demonstraram maior vulnerabilidade quanto ao medo do crime por pessoas não-brancas. No entanto, cabe considerar que esses estudos trataram de amostras de população geral em paralelo a outras variáveis, como ser de baixa renda, variável sociodemográfica que não caracteriza a amostra da presente pesquisa. Na avaliação em questão, os grupos foram divididos em brancos e não-brancos após primeiramente terem sido comparados cada grupo isoladamente (branco, amarelo, indígena, pardo, negro), sem resultados significativos também nessas comparações. De fato, não houve representatividade suficiente na amostra para todas as raças, tendo em vista que amarelos e indígenas totalizaram menos de 2%, ao passo em que pretos e pardos totalizaram quase 75% da amostra.

Na comparação de pessoas heterossexuais e não-heterossexuais em relação aos níveis de saúde mental e medo do crime, foram encontradas diferenças significativas apenas nos níveis de ansiedade. Tendo em vista tamanhos de efeito medianos nas diferenças nos fatores de saúde mental, é possível que haja diferença significativa, mas que esse efeito não tenha sido identificado em função da grande discrepância entre os tamanhos dos grupos, já que o grupo não-heterossexual representou apenas 5,6% da amostra, considerando pessoas que se declararam homossexuais ou bissexuais. Ainda assim, percebe-se, a partir das médias dos grupos, que pessoas não-heterossexuais tiveram médias maiores de estresse, depressão e medo do crime.

Em relação às categorias profissionais que participaram, o estudo contou com a participação de agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e técnicos em

Enfermagem, categorias que formam a equipe básica da ESF (Portaria nº 2.436/2017, 2017) e, portanto, devem atuar em toda Unidade de Atenção Primária à Saúde. Não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias nos níveis de ansiedade, depressão, estresse e medo do crime.

Para os profissionais da amostra, morar próximo ao local de trabalho parece ser um fator protetivo de agravos em saúde mental. Houve menores níveis de estresse e depressão, ainda que não no medo do crime. No entanto, existem outros possíveis fatores envolvidos além da questão da violência urbana e do crime, que não foram foco da pesquisa. Passar longos períodos no trânsito entre o lar e o trabalho, por exemplo, está associado a risco aumentado para ansiedade, depressão e esgotamento (Lee et al., 2023); por outro lado, trabalhar perto de casa pode ser associado à percepção de uma maior qualidade de vida e sentimento de realização pessoal (Souza & Oliveira, 2022).

Em comparação do medo do crime no trabalho com na área da residência, não houve diferenças significativas nos níveis ao andar sozinho nas ruas do bairro de residência em relação ao bairro em que trabalha. No entanto, os indivíduos relataram médias significativamente maiores ao andarem acompanhados na área em que trabalha em comparação à mesma situação na área de residência, o que parece indicar a percepção da região do trabalho como mais ameaçadora, indicando a importância, no que diz respeito à prevenção de agravos na saúde mental, das iniciativas do Acesso Mais Seguro que remetem ao monitoramento contínuo do território e à ênfase em comportamentos que prezem pela segurança dos profissionais no local de trabalho (CICV, 2020, 2021).

Os indicadores de saúde mental se mostraram piores em pessoas que já fazem atendimentos psicológico ou psiquiátrico. O mesmo ocorreu com profissionais que têm histórico de transtorno mental na família. Nesse sentido, considera-se que tais profissionais constituem grupo de risco aumentado para agravos decorrentes da exposição à violência, dada

sua associação tanto como fator predisponente quanto fator precipitante, relacionado à maior prevalência de transtornos mentais (Orellana et al., 2022). Devem ser, portanto, foco especial de intervenções por gestores e tomadores de decisão no geral, quando se considera o âmbito da vivência de violência no trabalho.

O tempo de serviço se correlacionou positivamente apenas com o fator relacionado ao uso de medidas de enfrentamento ao medo do crime, ou seja, profissionais mais experientes empreendem mais medidas de autoproteção, segundo resultados da escala de Gorman-Smith et al. (2000). Pessoas mais jovens tenderam a apresentar significativamente maiores níveis de estresse, depressão, ansiedade e de medo do crime, considerando as pontuações da medida de Etopio e Berthelot (2022), em consonância com Nascimento e Gomes (2020). Cabe ressaltar que essa escala apresentou, na amostra e nos estudos originais, conforme o capítulo anterior, excelentes parâmetros psicométricos, superiores aos do instrumento de Gorman-Smith et al. (2000). A saber, carga horária, remuneração e regional não se correlacionaram com achados significativos.

Levando-se em conta que a pesquisa ocorreu após a implantação do Acesso Mais Seguro, foram realizadas perguntas para avaliar retrospectivamente a percepção dos profissionais sobre a própria saúde mental. No geral, a amostra demonstrou perceber de modo significativo uma piora dos indicadores em três períodos cronológicos: antes de 2018, entre 2018 e 2019 e entre 2020 e 2022. Cabe considerar que, embora as equipes tenham passado a contar com as contribuições do AMS após 2018, houve após o início de 2020 a pandemia de COVID-19, importante causador de estresse psicossocial, especialmente nessa população. Prado et al. (2020), a partir de revisão integrativa, pontuam que os trabalhadores da área da saúde normalmente demonstram altas taxas de sintomas psiquiátricos e queixas como depressão, ansiedade, estresse, medo, alterações no sono e comorbidades clínicas, mas tiveram ainda mais agravos em razão da pandemia. A saúde desses trabalhadores deve, de fato, ser mais

do que nunca priorizada pelas políticas públicas após os impactos sofridos na pandemia (Guimarães-Teixeira & Delgado, 2023).

Avaliando-se efeitos da participação no AMS, quando investigado isoladamente ter sido treinado enquanto possível preditor de menores agravos, não foram encontradas diferenças significativas em comparação com não treinados. Participar do GTD, no entanto, implicou em mais estresse e ansiedade, o que aponta para a necessidade de cuidado desses profissionais, cujas atribuições passaram a incluir responsabilidades em relação à equipe como um todo no que se refere a possíveis riscos de violência, sinais de crise, gerenciamento de eventos críticos e do estresse decorrente (CICV, 2021).

Na avaliação de possíveis preditores do medo no crime, considerando a participação no AMS e variáveis sociodemográficas, foram encontrados impactos relacionados ao treinamento na ferramenta, à participação no Grupo de Tomada de Decisão e ao quantitativo de tipos de violência sofridas no trabalho. Não ter sido treinado, compor o GTD e ter vivido mais violências no trabalho implicaram em níveis mais elevados de medo do crime, o que indica contribuições da metodologia do CICV na prevenção de agravos na saúde mental de profissionais, mas aponta para preocupações com aumento da exposição em parte da equipe.

Fora do escopo proposto para a pesquisa, esse achado levanta questionamentos acerca de como a metodologia do CICV tem sido conduzida na amostra estudada, no sentido de haver ou não mecanismos em curso para prevenir que os membros da equipe que tomam decisões tenham efeito oposto ao esperado, ou seja, estejam mais expostos e, portanto, acabem vivenciando mais agravos na saúde mental. Esse questionamento se soma à reflexão de Costa et al. (2023), que pontua que a complexidade nos modos de trabalho diante do cenário da violência extrapola o escopo de intervenção do AMS. Afinal, adotar certa conduta mais segura diante de determinada percepção de risco pode garantir alguma proteção física e mental, mas pode não alcançar os significados de se exercer a profissão diante de episódios de alto nível de

risco como parte da rotina laborativa; por exemplo, trabalhar em um local que precise de evacuação e fechamento por conta da violência.

A alta exposição à violência observada nos profissionais de saúde da amostra, anteriormente estabelecida e associada a piores indicadores em todas as variáveis de saúde mental, se soma ao agravamento do medo do crime, proporcional à exposição cumulativa a diferentes tipos de violência. Esses trabalhadores, portanto, estão situados como importante foco de atenção intersetorial nos âmbitos de prevenção da exposição à violência urbana e de intervenção após a exposição, em especial os grupos com risco aumentado para complicações em saúde mental, como pessoas com histórico de múltipla vitimização, profissionais em acompanhamentos psicológico, psiquiátrico e com histórico de transtornos na família, trabalhadores sem treinamento no AMS e componentes do GTD.

## 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo com a amostra de profissionais da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza (CE) demonstrou alta prevalência de exposição à violência urbana por parte dos participantes, com impacto subjetivo significativo a partir das variáveis ansiedade, depressão, estresse e medo do crime, especialmente em grupos específicos e em profissionais com exposição a mais tipos de violência. Essas variáveis estão associadas a agravos em saúde mental e resultados significativamente negativos nesses grupos de trabalhadores, evidenciando a necessidade de intervenções preventivas e focadas no manejo de possíveis desfechos negativos após exposição.

Dentre as possibilidades de enfrentamento do problema, foi considerada a participação atual dos profissionais no Acesso Mais Seguro (AMS), ferramenta fornecida pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), que tem sido utilizada como principal estratégia no contexto brasileiro de Atenção Primária. Ainda que ter sido treinado possa constituir fator de proteção, compor o Grupo de Tomada de Decisão (GTD) esteve associado a maiores níveis de estresse e ansiedade, o que permite refletir sobre a necessidade de cuidado com profissionais possivelmente ainda mais expostos e sobre aspectos não contemplados pela metodologia, como as repercussões psicológicas de se permanecer atuando em cenário violento continuamente, ainda que se tenha mais ciência dos riscos e se adote um comportamento mais protetivo.

Desse modo, considera-se que foram atingidos os objetivos propostos pelo estudo e espera-se contribuir, secundariamente, com maior visibilidade acerca da saúde mental de profissionais de saúde, trabalhadores de serviços públicos essenciais especialmente impactados pela pandemia de COVID-19, cujo sofrimento psicológico em meio ao cenário de violência urbana ainda é relativamente pouco debatido e explorado na literatura, principalmente no que se refere a pesquisas quantitativas e com amostras mais robustas.

No entanto, foram encontradas algumas limitações, como a falta de representação de todas as UAPS do município, apesar da oferta de participação às 118 unidades, e

desproporcionalidade de participação dentre as seis regionais de saúde. Além disso, a escala de Gorman-Smith et al. (2000) demonstrou certa fragilidade nos parâmetros psicométricos e não se correlacionou com as variáveis em todas as análises; contudo, tal fator foi compensado pelo uso adicional da escala de Etopio e Berthelot (2022), que demonstrou parâmetros satisfatórios tanto na amostra como no estudo original.

Mesmo diante das limitações, considera-se que o estudo contribuiu para estabelecimento de evidências que apontam para alta exposição dos profissionais, significativo impacto subjetivo a partir de variáveis em saúde mental e medo do crime, bem como sobre contribuições e limitações da participação na ferramenta AMS, enfatizando a concreta necessidade de intervenções intersetoriais e de políticas públicas voltadas à proteção e recuperação da saúde mental de profissionais de saúde que atuam cotidianamente diante da violência urbana. Para ampliação do fomento a tais intervenções, sugere-se estudos adicionais sobre uso da escala de Gorman-Smith et al. (2000) com o público específico de profissionais da saúde; comparativos de medo do crime e desdobramentos da violência urbana em profissionais com população geral, usuários dos equipamentos, e com profissionais de outros serviços essenciais (educação, assistência social, etc.); de seguimento, para acompanhar efeitos da participação no AMS ao longo do tempo; e estudos de implantação, no campo de avaliação de políticas públicas, envolvendo processos de uso e assimilação do AMS por parte de profissionais e entes governamentais, aspectos que não foram contemplados por escopo e objetivos do presente estudo.

## Referências

- Adorno, R. D. C. F. (2008). Uso de álcool e drogas – contextos sociais da violência. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 4 (1), 1-11.  
<https://www.redalyc.org/pdf/803/80340101.pdf>
- Almeida, J. F. D., Peres, M. F. T., & Fonseca, T. L. (2019). O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. *Saúde e Sociedade*, 28, 207-221.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170543>
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR (5ª ed.)*. Artmed.
- Barbar, A. E. M. (2018). Atenção primária à saúde e territórios latino-americanos marcados pela violência. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e142.  
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.142>
- Barreto, S. S., Borga, E., Jesus, R. S., Laino, R., & Guillouzic, H. L. (2013). A experiência do acesso seguro à saúde na CF Herbert de Souza. *Anais do CBMFC*, (12), 1419.  
<https://cmfc.emnuvens.com.br/brasileiro/article/view/1000/992>
- Barricelli, P. (2022). Controle da corrupção: percepção glocal da América Latina. *Tensões Mundiais*, 18(36), 91-110.  
<https://revistas.uece.br/index.php/tensoesmundiais/article/view/7910>
- Benicio, L. F. S., & Barros, J. P. P. (2017). Estratégia Saúde da Família e Violência Urbana: Abordagens e Práticas Sociais em Questão. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 16, 102-112.  
<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1146/631>



- Borg, B.A., Rabinak, C. A., & Marusak. H.A. (2021) Violence exposure and mental health consequences among urban youth. *Current Psychology*, 42, 8176-8185.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-02141-4>
- Busch, V. S. S. (2020). *Violência urbana e processo de trabalho da equipe de Saúde da Família: estratégias de gestão de riscos e o programa Acesso Mais Seguro*. [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Fiocruz]. Repositório Institucional da Fiocruz.  
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46208>
- Caldeira, T. P. R. (2000). *Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo*. Edusp.
- Cardoso, G. R. (2021). *Vitimização, medo do crime e legitimidade democrática na América Latina: mecanismos causais e efeitos contextuais em perspectiva*. [Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina.  
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/234600>
- Colombaroli, A. C. M. (2023). *O medo do crime e seus reflexos na produção legislativa em matéria criminal na América Latina: um estudo das justificações dos projetos de lei no Brasil e no Chile entre os anos de 1980 e 2020* [Tese de Doutorado, Doutorado em Integração da América Latina da Universidade de São Paulo]. Digital Library – USP.  
<https://doi.org/10.11606/T.84.2023.tde-04102023-162718>
- Comitê Internacional da Cruz Vermelha. (2020). *Acesso mais seguro para serviços públicos essenciais - relatório*.

<https://www.icrc.org/pt/publication/acesso-mais-seguro-para-servicos-publicos-essenciais-brasil>

Comitê Internacional da Cruz Vermelha. (2021). *Acesso mais seguro para serviços públicos essenciais – Manual orientador para gestores*.

<https://www.icrc.org/pt/publication/manual-orientador-para-gestores-sobre-acesso-mais-seguro>

Comitê Internacional da Cruz Vermelha. (2021). *Comportamentos mais seguros*.

<https://www.icrc.org/pt/download/file/166381/0912-folder-web.pdf>

Comitê Internacional da Cruz Vermelha. (2013). *Descubra o CICV*.

[https://www.icrc.org/pt/doc/assets/files/other/icrc\\_007\\_0790.pdf](https://www.icrc.org/pt/doc/assets/files/other/icrc_007_0790.pdf)

Corrêa, R. D. S. S., Ferreira, J. F., Lopes, M. L. B., & Rebello, F. K. (2019). Efeitos do medo do crime na rotina e na saúde mental de adolescentes moradores da periferia de Belém (PA). *Revista Brasileira de Segurança Pública*, 13 (11), 157-170. <https://doi.org/10.31060/rbsp.2019.v13.n1.1025>

Costa, A. T. M., & Durante, M.O. (2022). A mídia e o medo do crime no Distrito Federal. *Opinião Pública*, 28, 487-509. <https://doi.org/10.1590/1807-01912022282487>

Costa, A. T. M., & Durante, M.O. (2019). A polícia e o medo do crime no Distrito Federal. *Dados*, 62, 1-31. <https://doi.org/10.1590/001152582019172>

Costa, A. T. M., & Durante, M.O. (2021). Medo do crime, desordens e coesão no Distrito Federal. *Sociedade e Estado*, 36, 613-637. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136020011>

Costa, V. C., Baptista, T. W. D. F., & Cunha, M. B. D. (2023). O SUS em territórios vulnerabilizados: reflexões sobre violência, sofrimento mental e invisibilidade

nas favelas do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, 46, 974-986.

<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213502>

Covic, T., Cumming, S. R., Pallant, J. F., Manolios, N., Emery, P., Conaghan, P. G., & Tennant, A. (2012). Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: Prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC psychiatry*, 12 (6). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-6>

Crocker, L., & Algina, J. (2006). Introduction to classical and modern test theory (1<sup>st</sup> ed.). Wadsworth Publishing Company.

Dalgalarondo, P. (2019). Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais (3<sup>a</sup> ed.). Artmed.

Dantas, G.F.L., De Persjin, A., & Júnior, A.P.S. (2007). O medo do crime. *O alferes*, 22 (62), 11-49.

<https://revista.policiamilitar.mg.gov.br/index.php/alferes/article/view/41/80>

Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195-205.

<https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>

Delgado, P.G.G. Violência e saúde mental: os termos do debate. (2012). *O social em questão*, (28), 187-197. <https://www.redalyc.org/pdf/5522/552256742009.pdf>

Diário Oficial do Município de Fortaleza. (2018). *Poder Executivo – Gabinete do Prefeito, Diário Oficial do Município, 9 de maio de 2018, Extrato, 16.255, 8-9.*

<https://diariooficial.fortaleza.ce.gov.br/download->

[diario?objectId=workspace://SpacesStore/7d930a1b-a45e-4aa9-9edd-](https://diariooficial.fortaleza.ce.gov.br/download-diario?objectId=workspace://SpacesStore/7d930a1b-a45e-4aa9-9edd-4e3c5f5d03a8;1.0&numero=16255)

[4e3c5f5d03a8;1.0&numero=16255](https://diariooficial.fortaleza.ce.gov.br/download-diario?objectId=workspace://SpacesStore/7d930a1b-a45e-4aa9-9edd-4e3c5f5d03a8;1.0&numero=16255)

- Etopio, A. L., & Berthelot, E. R. (2022). Defining and measuring fear of crime: a new validated scale created from Emotion Theory, qualitative interviews, and factor analyses. *Criminology, Criminal Justice, Law & Society*, 23 (1), 46-67, <https://doi.org/10.54555/ccjls.4234.34104>
- Ferraro, K. F., & Lagrange, R. The measurement of fear of crime. (1987). *Sociological Inquiry*, 57 (1), 70-101. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1987.tb01181.x>
- Ferreira, C. (2020). *A metodologia acesso mais seguro na perspectiva dos profissionais de saúde de Florianópolis*. [Trabalho de Conclusão de Residência, Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/208110>
- Ferreira, M. I. M. de V., Moreira, S. R. N., & Guedes, I. M. E. de S. (2023). Media, medo do crime e punitividade. *Paradoxos*, 8 (1), 1-16. <https://doi.org/10.14393/par-v8n1-2023-69343>
- Field, A. (2020). *Descobrimo a Estatística usando o SPSS (5ª ed.)*. Penso.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública – Especial Eleições 2022*. <https://forumseguranca.org.br/anuario-edicao-especial-2022>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023*. <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica>
- Gollub, E. L., Green, J., Richardson, L., & Kaplan, I., & Shervington, D. (2019). Indirect violence exposure and mental health symptoms among an urban public-school population: Prevalence and correlates. *PLoS one*, 14, (11): e0224499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224499>

- Gomes, V. G., Pires, F. S., & Warmling, C. M. (2023). O ensino da gestão no estágio curricular supervisionado. *Redes de integração ensino-saúde bucal: análises sobre cuidado, gestão e processo de trabalho*, (pp. 168-192). Pimenta Cultural.
- Gonçalves, H. C. B., Queiroz, M. R., & Delgado, P. G. G. (2017). Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? *Revista de Psicologia*, 29, 17-23. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1256>
- Gorman-Smith, D., Tolan, P.H., & Henry, D.B. (2000). A developmental-ecological model of the relation of family functioning to patterns of delinquency. *Journal of Quantitative Criminology*, 16, 169-198. <https://doi.org/10.1023/A:1007564505850>
- Guedes, J. B. A. (2017). *O protagonismo de um coletivo de trabalhadores (as) em saúde da cidade de Porto Alegre na interação com a violência: uma experiência exitosa em um pronto atendimento da rede do SUS*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/187876>
- Guimarães-Teixeira, E., Machado, A. V., Lopes Neto, D., Costa, L. S. D., Garrido, P. H. S., Aguiar Filho, W., & Delgado, P. G. G. (2023). Comorbidades e saúde mental dos trabalhadores da saúde no Brasil. O impacto da pandemia da COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 2823-2832. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10192023>
- Gusmão, R. O. M., Rocha, S. F., Urcino, A. T. A., Souza, B. S. R., Xavier, M. D., Ladeia, L. F. A., & Silva Junior, R. F. D. (2018). A violência e seus imbricamentos com o campo da saúde mental: uma revisão integrativa da

literatura. *Saúde e Pesquisa*, 11 (3), 603-612. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n3p603-612>

Hollie, B. D., & Coolhart, D. (2020). “A larger system is placing people in this predicament”: A qualitative exploration of living among urban violence and the impact on mental health and relationships in the black community.

*Contemporary Family Therapy*, 42 (4), 319-334.

<https://doi.org/10.1007/s10591-020-09546-6>

Kebian, L. V. A., & Cecchetto, F. (2017). Violência urbana, saúde e “sentimento”: percepção dos profissionais da estratégia saúde da família. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 41 (1), 224-235. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n1.a1280>

Lee, H. C., Yang, E. H., Shin, S., Moon, S. H., Song, N., & Ryoo, J. H. (2023). Correlation of commute time with the risk of subjective mental health problems: 6th Korean Working Conditions Survey (KWCS). *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 35, 1-10. <https://doi.org/10.35371/aoem.2023.35.e9>

Leite, C. N. (2020). Violência na Estratégia de Saúde da Família: repercussões para o trabalhador. *Global Academic Nursing Journal*, 1 (1): e4. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200004>

Lopes, C. D. S. (2020). Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. *Cadernos de Saúde Pública*, 36 (2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00005020>

Lovibond, P. F. L., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

Macedo, F. G. L. (2021). *A influência dos valores humanos individuais e da atitude frente à arma de fogo no medo do crime: estudo comparativo de uma região administrativa do Distrito Federal*. [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações]. Repositório Institucional da Universidade de Brasília.

<http://dx.doi.org/10.26512/2017.02.D.23282>

Machado, C. B., Daher, D. V., Teixeira, E. R., & Acioli, S. (2016). Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ*, 24 (5). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.25458>

Machado, C. B., & Daher, D. V. (2015). Violência urbana: repercussões e consequências na assistência à saúde em uma Unidade de Saúde da Família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14 (4), 1445-1452.

<https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i4.24480>

Maia, L. (2022, 10 de junho). Conflito entre facções motivou mortes em posto de saúde em Fortaleza, aponta MPCE. *O Povo*.

<https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2022/06/10/conflito-entre-faccoes-motivou-mortes-em-posto-de-saude-em-fortaleza-aponta-mpce.html>

Malta, D. C., Minayo, M. C. D. S., Soares, A. M., Silva, M. M. A. D., Montenegro, M. D. M. S., Ladeira, R. M., & Naghavi, M. (2017). Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20 (1), 142-156.

<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050012>

Mari, J. J., Mello, M. F., & Figueira, I. (2008). The impact of urban violence on mental health. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (3), 183-184.

<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000300002>

Martins, B. G., Silva, W. R. D., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019). Escala de depressão, ansiedade e estresse: Propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(1), 32-41.

<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>

Mendonça, C. S., Machado, D. F., Almeida, M. A. S. D., & Castanheira, E. R. L. (2020). Violência na Atenção Primária em saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (6), 2247-2257.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>

Miceli, R., Roccato, M., & Rosato, R. (2004). Fear of crime in Italy: spread and determinants. *Environment and Behavior*, 36 (6), 776-789.

<https://doi.org/10.1177/0013916503261931>

Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e saúde*. Fiocruz.

Nascimento, F. L.; & Gomes, J. D. S. (2020). Prevendo o medo do crime: evidências a partir de um bairro maceioense. *Revista Ciências Humanas*, 13 (2), 42-57.

<https://doi.org/10.32813/2179-1120.2020.v13.n2.a621>

Natal, A., & Oliveira, A. R. D. (2022). Medo do crime: mensurando o fenômeno e explorando seus preditores na cidade de São Paulo. *Opinião Pública*, 27, 757-796.

<https://doi.org/10.1590/1807-01912021273757>

Nolan, C. (Diretor). (2014). *Interestelar* [filme]. Paramount Pictures; Warner Bros. Pictures.



- Oliveira, C. A. D., & Silva, D. M. (2021). Os impactos do medo do crime sobre o consumo de atividades de lazer no Brasil. *Revista Brasileira de Segurança Pública*, 15 (1), 156-173. <https://doi.org/10.31060/rbsp.2021.v15.n1.1179>
- Orellana, J. D. Y., Murray, J., Lima, N. P., Pinheiro, R. T., & Horta, B. L. (2022). Robbery victimization in early adulthood, and depression and anxiety at age 30 years: results from the 1982 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *Frontiers in public health*, 10, 821881. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.821881>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Atenção Primária à Saúde*. <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>
- Peres, M. F. T., & Ruotti, C. (2015). Violência urbana e saúde. *Revista USP*, 107, 65-78. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p65-78>
- Pessoa, D., & Soares, T. (2023). Vulnerabilidades sociais do território e os impactos na saúde mental: revisão integrativa. *Cadernos UniFOA, Volta Redonda*, 18 (52), 1-11. <https://doi.org/10.47385/cadunifoa.v18.n51.4433>
- Pimentel, C.E., Gunther, H., & Black, P.U.V. (2012). Acessando o medo do crime: um survey por meio da internet. *Psicologia Argumento*, 30 (69), 411-421. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.v30i69.23296>
- Pineros-Ortiz, S., Moreno-Chaparro, J., Garzon-Orjuela, N., Urrego-Mendoza, Z., Samaca-Samaca, D., & Eslava-Schmalbach, J. (2021). Mental health consequences of armed conflicts in children and adolescents: An overview of literature reviews. *Biomedica*, 41(3), 424-448. [doi: 10.7705/biomedica.5447](https://doi.org/10.7705/biomedica.5447)
- Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. (2017). Ministério da

Saúde – Gabinete do Ministro.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

Prado, A. D., Peixoto, B. C., da Silva, A. M. B., & Scalia, L. A. M. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e4128-e4128.

<https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>

Quintão, F. C., Carvalho, F. M., Molina, L. P., & Rodrigues, G. S. (2015). *Plano de Acesso Mais Seguro – Estratégia de Prevenção e Redução das consequências de incidentes relacionados à violência armada para os profissionais do Programa Médico de Família do Município de Niterói, RJ, Brasil*.

Apresentação em Artigo]. Cuba Salud 2015 Convención Internacional de Salud Pública.

<https://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/schedConf/presentations?searchInitial=F&track=>

Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.

Ribeiro, F. M. L., Andrade, C. B., Dias, C. A. O., & De Almeida, B. C. (2023).

Violência armada e saúde na América Latina: revisão de literatura. *Revista CS*, 40, 141-179.

<https://doi.org/10.18046/recs>

Riboli, E.B., & Oliveira, A. L. L. (2018). Legislação penal do medo: compreendendo os impactos e as distorções do medo do crime na atividade legislativa penal. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, (147), 273-310.

[https://www.researchgate.net/publication/329240082\\_Legislacao\\_penal\\_do\\_medo\\_compreendendo\\_os\\_impactos\\_e\\_as\\_distorcoes\\_do\\_medo\\_do\\_crime\\_na\\_ativ](https://www.researchgate.net/publication/329240082_Legislacao_penal_do_medo_compreendendo_os_impactos_e_as_distorcoes_do_medo_do_crime_na_ativ)

[idade legislativa penal in Revista Brasileira de Ciencias Criminais Sao Paulo A 26 n 47 p 273-310 2018](#)

- Santos, G. D. B. V. D., Alves, M. C. G. P., Goldbaum, M., Cesar, C. L. G., & Gianini, R. J. (2019). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associadas em moradores de áreas urbanas de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (11): e00236318. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>
- Santos, R. S. D., Mourão, L. C., Almeida, A. C. V. D., Daher, D. V., Santos, K. M. D., & Brazolino, L. D. (2020). Nuances entre o Acesso Mais Seguro e o conflito armado no contexto da atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36 (10): 00139519. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00139519>
- Silva, B. F. A., & Beato Filho, C. C. (2013). Ecologia social do medo: avaliando a associação entre contexto de bairro e medo de crime. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 30, S155-S170. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982013000400010>
- Silveira, C. G. S. D., Christovam, B. P., Ferreira, J. B. D. S., Sá, S. P. C., & Pitta, A. M. F. (2020). Impacto da violência urbana aos trabalhadores nas Estratégias de Saúde da Família em áreas de risco. *Research, Society and Development*, 9 (9), e792997892. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7892>
- Souza, T. D. S. (2018). A relação entre mídia e o medo do crime: breves considerações. *Revista Paradoxos*, 3 (2), 42-48. <https://doi.org/10.14393/par-v3n2-2018-49704>
- Souza, T. P. D., & Oliveira, P. A. B. (2022). Quem acredita nem sempre alcança: idealizações sobre o ser, antes de se tornar agente comunitário de saúde. *Revista Ciência Plural*, 8 (1), e24715-e24715. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n1ID24715>

- Sturbelle, I. C. S., Pai, D. D., Tavares, J. P., Trindade, L. D. L., Riquinho, D. L., & Ampos, L. F. (2019). Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32 (6), 632-641.  
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900088>
- Trindade, A., & Durante, M. (2019). Medo do crime e vitimização no Distrito Federal: analisando as vulnerabilidades de gênero, idade, raça e renda. *Dilemas-Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, 12 (2), 239-265.  
<https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/17794/20913>
- Velloso, I. S. C., Araujo, M. T., Rocha, A. D. M., & Alves, M. (2005). A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9 (4), 302-308.  
[https://www.researchgate.net/profile/Marilia-Alves-6/publication/317454942\\_The\\_view\\_of\\_healthcare\\_workers\\_on\\_violence\\_in\\_the\\_daily\\_work\\_routine\\_in\\_a\\_Health\\_Clinic/links/5980d5f40f7e9b7b5245a160/The-view-of-healthcare-workers-on-violence-in-the-daily-work-routine-in-a-Health-Clinic.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marilia-Alves-6/publication/317454942_The_view_of_healthcare_workers_on_violence_in_the_daily_work_routine_in_a_Health_Clinic/links/5980d5f40f7e9b7b5245a160/The-view-of-healthcare-workers-on-violence-in-the-daily-work-routine-in-a-Health-Clinic.pdf)
- Viana, T. (2022, 21 de novembro). Disputas entre facções impedem que crianças se vacinem em Fortaleza; 'a gente não pode passar'. *Diário do Nordeste*.  
<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/ceara/disputas-entre-faccoes-impedem-que-criancas-se-vacinem-em-fortaleza-a-gente-nao-pode-passar-1.3301655>
- Warr, M. (2000). Fear of crime in the United States: Avenues for research and policy. *Criminal Justice*, 4 (4), 451-489.  
<https://www.publicsafety.gc.ca/lbrr/archives/cnmcsc-plcng/cn34984-v4-451-489-eng.pdf>

West, R. M. (2021). Best practice in statistics: Use the Welch t-test when testing the difference between two groups. *Annals of Clinical Biochemistry*, 58(4), 267-269. <https://doi.org/10.1177/0004563221992088>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

## Apêndices

### Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CENTRO DE HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **SAÚDE MENTAL E ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA**

**Pesquisador responsável: Filipe Mourão Eleutério**

**Prezado(a) colaborador(a),**

Você é convidado(a) a participar desta pesquisa, que tem como objetivo investigar efeitos da violência armada na saúde mental de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para tanto, a pesquisa, que será realizada em Unidades de Atenção Primária à Saúde, utiliza como meio de coleta de dados o preenchimento de um questionário, o qual leva em torno de 30 minutos para ser respondido por completo, contando com três escalas e um questionário sociodemográfico, que deve ser respondido individualmente.

**1. PARTICIPANTES DA PESQUISA:** Pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, das categorias profissionais agentes comunitários de saúde, enfermeiro (a), médico(a), técnico (a) ou auxiliar de Enfermagem, componentes das equipes completas de Saúde da Família atuando em Fortaleza (CE). Esta será não-probabilística, da qual participarão aqueles(as) participantes que de forma voluntária, uma vez convidados a colaborar, concordem.

**2. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA:** Ao participar deste estudo, você deve responder a um questionário envolvendo questões relacionadas ao tema estudado. Lembramos que você tem a liberdade de se recusar a participar e pode ainda deixar de responder em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Além disso, ainda tem o direito de ficar com uma das vias do termo de consentimento. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Para isso, poderá entrar em contato com o (a) responsável pela pesquisa.

**3. RISCOS E DESCONFORTOS:** A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, algum constrangimento ou desconforto que algumas pessoas sentem quando estão fornecendo informações sobre si mesmas. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa

seguem as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e não oferecem risco a sua integridade física, psíquica e moral. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos a sua dignidade.

**4. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento das respostas. Seu nome não será mencionado em nenhum momento. Todos os dados serão analisados em conjunto, garantindo o caráter anônimo das informações. Os resultados poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

**5. BENEFÍCIOS:** Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que a mesma nos forneça dados importantes acerca dos impactos causados pela violência, o que poderá servir de base para possíveis programas de assistência às vítimas de assalto.

**6. PAGAMENTO:** Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nada será pago por sua participação. Entretanto, se você desejar, poderá ter acesso a cópias dos relatórios da pesquisa contendo os resultados do estudo. Para tanto, entre em contato com o pesquisador responsável no endereço abaixo.

**Endereço do responsável pela pesquisa:**

Pesquisador responsável: Filipe Mourão Eleutério

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Departamento de Psicologia

Endereço: Av. da Universidade 2762 – Benfica – Fortaleza - CE

Telefones p/contato: (85)33667723

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ:**

Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46.

Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira.

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos,

RG: \_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura do participante**

---

**Nome da testemunha (se o participante não souber ler)**

---

**Assinatura da testemunha**

---

**Data**

---

**Nome do pesquisador**

---

**Assinatura do pesquisador**

---

**Data**



## Apêndice B: Questionário Sociodemográfico 1

### SAÚDE MENTAL E ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA

Olá,

Estamos realizando uma pesquisa com o propósito de conhecer possíveis relações de fatores psicossociais com comportamentos adotados por profissionais da Atenção Primária à Saúde em contextos urbanos (especificamente, **agentes comunitários(as) de saúde, enfermeiros(as), técnicos(as) de Enfermagem e médicos(as)** que atuam nas **UAPS de Fortaleza-CE**. Por isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração, respondendo este questionário. Trata-se de uma pesquisa com caráter anônimo, em que os dados serão analisados em conjunto, sem qualquer identificação do(a) respondente. Pedimos que seja o mais sincero(a) possível.

Mas, antes de prosseguir, de acordo com o disposto na resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, faz-se necessário o seu consentimento. Por favor, leia todas as informações constantes no **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** e fique à vontade para decidir se deseja ou não participar do estudo. Ao clicar em "*próximo*" você declara que leu o TCLE e está de acordo em participar da pesquisa.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Gostaríamos de saber alguns dados sobre você:

Qual sua data de nascimento?

Sexo biológico:  Feminino  Entre Sexos  Masculino  Prefiro não responder

Qual a sua escolaridade?

Fundamental I Incompleto  Médio Completo (3º ano)

Fundamental I Completo (5º ano)  Superior Incompleto

Fundamental II Incompleto  Superior Completo

Fundamental II Completo (9º ano)  Pós-Graduação

Médio Incompleto

Com qual gênero você se identifica?

Mulher Cisgênero (que se identifica com o sexo que lhe foi designado ao nascer)

Homem Cisgênero (que se identifica com o sexo que lhe foi designado ao nascer)

Mulher Transsexual/Transgênero (possui identidade de gênero diferente da que lhe foi designada ao nascer)

Homem Transsexual/Transgênero (possui identidade de gênero diferente da que lhe foi designada ao nascer)

Não Binário (não definem sua identidade dentro do sistema binário homem/mulher)

Prefiro não responder

Outro

Qual a sua orientação sexual?

Heterossexual  Homossexual  Bissexual  Prefiro não responder  Outros

Quanto à cor da pele, você se considera:

Amarelo(a)  Branco(a)  Indígena  Pardo(a)  Preto(a)  Prefiro não responder  Outros

Bairro onde reside:

Qual sua carga horária semanal?

20h  30h  40h  12/36h  Outros

Qual a sua profissão?

Agente comunitário(a) de Saúde  Enfermeiro(a)  Médico(a)  Técnico(a) ou Auxiliar em Enfermagem

Qual o seu vínculo empregatício?

Estatutário (efetivo)  Terceirizado  Contrato por tempo determinado

Cargo comissionado  Autônomo  Outros

### Apêndice C: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS 21

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar o quanto cada afirmação se aplicou a você *durante a última semana*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

*A classificação é a seguinte:*

- 0 – Não se aplicou nada a mim;
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes;
- 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes;
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

	0. Não se aplicou nada a mim	1. Aplicou-se a mim algumas vezes	2. Aplicou-se a mim muitas vezes	3. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
Tive dificuldades em acalmar-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estava consciente de que minha boca estava seca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parecia não conseguir ter nenhum sentimento positivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti dificuldade em respirar (ex. respiração excessivamente rápida, falta de ar, na ausência de esforço físico).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive a tendência a reagir de forma exagerada a situações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti tremores (ex.: nas mãos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que estava geralmente muito nervoso(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que estava agitado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive dificuldade em relaxar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti-me desanimado(a) e deprimido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que ia entrar em pânico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não conseguir me entusiasmar com nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que não tinha muito valor como pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que estava sensível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eu estava consciente do funcionamento/batimento do meu coração na ausência de exercício físico (ex.: sensação de aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti-me assustado(a) sem ter uma boa razão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que a vida estava sem sentido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Apêndice D: Escala de Medo do Crime de Gorman-Smith, Tolan e Henry

**INSTRUÇÕES.** As afirmativas abaixo tratam do medo de ser vítima de assalto em diversas condições. Utilizando a escala abaixo, por favor, indique quanto medo você sente em cada uma das situações apresentadas.

	<b>0. Nenhum medo</b>	<b>1. Um pouco de medo</b>	<b>2. Algum medo</b>	<b>3. Muito medo</b>
Na sua própria casa ou apartamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nas ruas do seu bairro durante o dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando sai sozinho(a) pelas ruas de seu bairro à noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando sai com outras pessoas pelas ruas de seu bairro à noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agora, indique quais dos comportamentos abaixo você já teve em razão do medo de ser vítima de crime.

	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
Limitar os lugares ou horários em que faz compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitar os lugares ou horários em que trabalha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitar os horários para os quais sai sozinho(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adquirir alguma arma para autoproteção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instalar um sistema de segurança domiciliar ou instalar aparatos protetivos como alarmes sonoros em janela e/ou portas, entre outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mudar-se para outro endereço de moradia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Apêndice E: Escala de Medo do Crime de Ethopio e Berthelot

**INSTRUÇÕES.** As afirmativas abaixo tratam de como as pessoas podem se sentir frente a possibilidade de serem vítimas de crime em diversas condições; utilizando a escala de resposta abaixo, por favor, indique o quanto cada uma delas descreve a forma como você se sente atualmente.

1	2	3	4	5			
Não me descreve	Descreve-me pouco	Descreve-me mais ou menos	Descreve-me muito	Descreve-me completamente			
			1	2	3	4	5
Tenho medo de ser vítima de um crime.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me vulnerável a ser vítima de um crime.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A possibilidade de ser vítima de crime está sempre em minha mente.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A possibilidade de ser vítima de crime gera estresse emocional em mim.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O crime é uma preocupação presente na minha rotina.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consigo relaxar por conta da possibilidade de um crime ocorrer.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha mente acelera ao tentar me manter salvo(a) de crimes.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou paranoico(a) quanto a me manter seguro(a) de crimes.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saber que posso ser vítima de crime me traz desconforto.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A criminalidade me deixa aflito(a).			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Apêndice F: Questionário Sociodemográfico 2

Pensando especificamente no bairro onde trabalha, indique o quanto você tem medo de (por favor escolha a resposta adequada para cada item):

	0. Nenhum medo	1. Um pouco de medo	2. Algum medo	3. Muito medo
Andar nas ruas sozinho (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar nas ruas com outras pessoas ou profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em qual das 118 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza você atua?

Há quanto tempo trabalha no atual local de lotação?

Até 2 anos  Entre 2 e 5 anos  Entre 5 e 10 anos  Mais de 10 anos

Você trabalha na mesma região em que reside?

Sim  Não

Em exercício da profissão na Atenção Primária à Saúde, você já foi vítima ou presenciou algum tipo de violência [escolha a(s) que mais se adequem(m)]?

Desacato  Ameaça  Agressão física  Roubo  Assalto  Sequestro  Assédio moral

Assédio sexual  Discriminação  Outros

Você participou de algum treinamento (presencial ou online) sobre a ferramenta Acesso Mais Seguro (AMS)?

Sim  Não

Você faz parte do Grupo de Tomada de Decisão (GTD) do Acesso Mais Seguro na unidade em que trabalha?

Sim  Não

Qual sua renda familiar mensal?

Menos de 1 salário-mínimo (até R\$ 1.302,00)

Entre 1 e 2 salários-mínimos (de R\$ 1.302,01 a R\$ 2.604,00)

Entre 2 e 3 salários-mínimos (de R\$ 2.604,01 a R\$ 3.906,00)

Entre 3 e 4 salários-mínimos (de R\$ 3.906,01 a R\$ 5.208,00)

Mais do que 4 salários-mínimos (acima de R\$ 5.208,00)

Você já passou por alguma avaliação psiquiátrica?

Sim  Não

Caso sua resposta à pergunta anterior tenha sido “sim”, qual o diagnóstico?

Você já tomou algum medicamento para saúde mental (antidepressivos, ansiolíticos, remédios para dormir, etc.)?

Sim  Não

Caso sua resposta à pergunta anterior tenha sido “sim”, qual(is) medicamento(s) você tomou (caso não saiba o nome, descreva a serventia)?

Atualmente, você está em algum acompanhamento psiquiátrico ou psicológico?

Sim  Não

Atualmente, você está em uso de medicamento(s) para saúde mental (antidepressivos, ansiolíticos, remédios para dormir, etc.)?

Sim  Não

Caso sua resposta à pergunta anterior tenha sido “sim”, qual(is) medicamento(s) você está tomando (caso não saiba o nome, descreva a serventia)?

Caso esteja tomando algum medicamento para saúde mental, foi ou foram prescrito(s) por médico(a)?

Caso esteja em uso atual de medicamento para saúde mental (antidepressivos, ansiolíticos, remédios para dormir, etc.), há quanto tempo está tomando?

26. Em algum momento de sua vida, alguém da sua família apresentou algum problema psicológico?

Sim  Não

Caso sua resposta à pergunta anterior tenha sido “sim”, descreva quem na sua família teve algum problema psicológico e o tipo de problema:

Para finalizar, responda como você avalia sua saúde mental a partir das perguntas abaixo, assinalando 0, 1 ou 2 para indicar o quanto cada afirmação se aplicou a você levando em considerando **os intervalos de tempo indicados**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. A classificação é a seguinte:



0 – Nunca;

1 – Algumas vezes;

2 – Muitas vezes;

Por favor, escolha a resposta mais adequada para cada item:

	0. Nunca	1. Algumas vezes	2. Muitas vezes
Senti-me depressivo (a) e sem ânimo (antes de 2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti-me depressivo (a) e sem ânimo (entre 2018 e 2019)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti-me depressivo (a) e sem ânimo (entre 2020 e 2022)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que não tinha valor como pessoa (antes de 2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que não tinha valor como pessoa (entre 2018 e 2019)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que não tinha valor como pessoa (entre 2020 e 2022)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo (antes de 2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo (entre 2018 e 2019)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo (entre 2020 e 2022)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que ia entrar em pânico (antes de 2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que ia entrar em pânico (entre 2018 e 2019)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti que ia entrar em pânico (entre 2020 e 2022)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a) (antes de 2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a) (entre 2018 e 2019)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a) (entre 2020 e 2022)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Senti medo sem motivo (antes de 2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti medo sem motivo (entre 2018 e 2019)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senti medo sem motivo (entre 2020 e 2022)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achei difícil relaxar (antes de 2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achei difícil relaxar (entre 2018 e 2019)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achei difícil relaxar (entre 2020 e 2022)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações (antes de 2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações (entre 2018 e 2019)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações (entre 2020 e 2022)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achei difícil me acalmar (antes de 2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Achei difícil me acalmar (entre 2018 e 2019)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achei difícil me acalmar (entre 2020 e 2022)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agradecemos sua colaboração!