

6.3 Manuscrito 3

Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho: repercussões nas práticas profissionais

Resumo

Objetivo: Apreender como as representações sociais construídas pelos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho repercutem em suas práticas profissionais. **Método:** Estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, realizado com 38 Agentes Comunitários de Saúde de seis Unidades de Saúde da Família de um município do interior da Bahia, Brasil. Os dados foram coletados entre janeiro e fevereiro de 2026, por meio de seis grupos focais, e processados no *software* IRAMUTEQ, utilizando-se a Classificação Hierárquica Descendente. **Resultados:** A análise concentrou-se no eixo “Violência territorial, relacional e práticas profissionais dos ACSs”, composto pela classe “Conflitos no acesso aos serviços” e pelo subeixo “Violência cotidiana e exposição dos ACSs no território”. As representações sociais da violência foram construídas a partir de conflitos relacionados às dificuldades de acesso aos serviços, cobranças e responsabilização dos ACSs, além de ameaças, agressões, assédio e situações de insegurança no território e durante as visitas domiciliares. Essas experiências repercutiram nas práticas profissionais, levando à adoção de estratégias de autoproteção, alteração de percursos e reorganização das visitas domiciliares, com implicações para a circulação no território, a construção de vínculos e a continuidade do cuidado. **Conclusão:** As representações sociais da violência no trabalho orientam modos de interpretar e agir diante das situações percebidas como ameaçadoras e repercutem na organização das práticas profissionais dos ACSs. Essas práticas são produzidas em contextos sociais, territoriais e institucionais específicos, indicando a necessidade de ações institucionais de proteção, suporte psicossocial e organização do trabalho que considerem as diferentes condições de exposição e vulnerabilidade desses trabalhadores.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Violência no Trabalho; Atenção Primária à Saúde; Representações Sociais.

Introdução

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) é desenvolvido em territórios com diferentes características sociais, econômicas e assistenciais, alguns deles atravessados por desigualdades sociais, violência e fragilidades na organização da rede de atenção. A inserção cotidiana nesses contextos pode expor esses trabalhadores a diferentes formas de violência no exercício profissional^(1,2). Inseridos simultaneamente no serviço de saúde e na comunidade, os ACSs estabelecem relações de proximidade com usuários e famílias que favorecem o vínculo e a continuidade do cuidado, mas que também podem colocá-los diante de agressões verbais, ameaças, intimidações, assédio moral e outras situações de violência relacionadas às dinâmicas sociais, territoriais e institucionais presentes na Atenção Primária à Saúde (APS)⁽²⁾.

Nessa perspectiva, a violência relacionada ao trabalho deve ser compreendida para além de episódios isolados, considerando também suas dimensões estruturais, institucionais e interseccionais. As experiências de violência são atravessadas por relações de poder e por processos sociais que envolvem classe, raça, gênero e outros marcadores de diferenciação, podendo produzir formas distintas de exposição, sofrimento e vulnerabilidade entre os trabalhadores⁽³⁾. Essa compreensão amplia a análise do fenômeno ao reconhecer que as condições de trabalho, os modos de organização dos serviços e as relações sociais estabelecidas no cotidiano laboral participam da produção e da reprodução da violência.

Estudos demonstram que a violência na APS resulta da interação entre fatores individuais, comunitários, organizacionais e assistenciais, envolvendo dificuldades de acesso aos serviços, sobrecarga de trabalho, insuficiência de recursos, conflitos relacionados ao cuidado e fragilidade das políticas institucionais de prevenção⁽⁴⁻⁶⁾.

No caso dos ACSs, essa exposição apresenta especificidades decorrentes de sua atuação no território. As visitas domiciliares, a circulação cotidiana pelas comunidades e o fato de alguns trabalhadores residirem no mesmo território em que atuam podem tornar menos definidos os limites entre vida pessoal e trabalho e produzir situações de insegurança e desgaste emocional^(2,1). A literatura confirma que situações de violência podem interferir no trabalho dos ACSs e que a ausência de orientação, treinamento, suporte institucional e medidas de proteção limita sua capacidade de atuação diante dessas experiências^(2,1), sendo necessário haver suporte, treinamento, protocolos e mecanismos de proteção adequados às diferentes realidades territoriais.

Sob a perspectiva da vulnerabilidade, essas experiências não devem ser compreendidas como decorrentes exclusivamente de características individuais dos trabalhadores ou dos territórios. As possibilidades de exposição e de resposta às situações vivenciadas relacionam-se também às condições sociais e às respostas institucionais disponíveis, exigindo considerar a articulação entre as dimensões individual, social e programática⁽⁷⁾. Essa compreensão permite reconhecer que diferentes condições territoriais, sociais e institucionais podem produzir distintas possibilidades de exposição e proteção no trabalho dos ACSs, evitando considerar a vulnerabilidade como característica homogênea da categoria profissional.

Além das repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, situações de violência podem modificar a forma como os profissionais desenvolvem suas práticas. Diante do medo, da insegurança e da percepção de desproteção, podem ser mobilizadas estratégias de autoproteção, como evitar determinadas áreas, suspender atividades em momentos de conflito,

restringir a circulação territorial ou realizar visitas acompanhadas⁽¹⁾. Tais mudanças podem repercutir na realização das visitas domiciliares, na interação com usuários e na continuidade das ações desenvolvidas no território. Estudos com ACSs apontam que a insegurança pode limitar o trabalho territorial e favorecer maior permanência na unidade de saúde, reduzindo a atuação direta na comunidade^(1,2).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) possibilita compreender como os sujeitos atribuem significados às experiências vividas e como esses significados orientam comportamentos e práticas⁽⁸⁾. Na abordagem processual, as representações sociais constituem formas de conhecimento socialmente elaboradas e compartilhadas, produzidas nas interações cotidianas e nos processos comunicacionais^(8,9). Sua construção envolve processos de ancoragem e objetivação, pelos quais os sujeitos incorporam novas experiências a sistemas de conhecimento previamente constituídos e conferem concretude a conteúdos abstratos⁽⁸⁾.

No campo da saúde, as representações sociais possibilitam compreender os sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas experiências, evidenciando a articulação entre conhecimentos, afetos, valores e práticas construídos no cotidiano⁽¹⁰⁾. Nessa perspectiva, as práticas profissionais não constituem apenas respostas técnicas às demandas do trabalho, mas relacionam-se às formas de interpretar, significar e agir diante da realidade vivenciada. As representações sociais podem orientar as práticas e, reciprocamente, ser mantidas ou transformadas pelas experiências e relações estabelecidas no cotidiano profissional⁽¹¹⁾.

Embora estudos tenham evidenciado a exposição dos ACSs à violência e suas repercussões sobre o trabalho em diferentes contextos territoriais⁽¹⁻⁶⁾, ainda são limitadas as investigações voltadas à compreensão de como as representações sociais construídas sobre esse fenômeno se relacionam às práticas profissionais desses trabalhadores. Essa lacuna assume relevância considerando que mudanças nas visitas domiciliares, na circulação pelo território e nas interações com usuários podem constituir respostas às situações de violência vivenciadas ou percebidas. Assim, este estudo objetivou apreender como as representações sociais construídas pelos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho repercutem em suas práticas profissionais.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS), a qual possibilita compreender como os sujeitos constroem conhecimentos

socialmente compartilhados sobre fenômenos presentes em seu cotidiano e como esses conhecimentos orientam suas interpretações, posicionamentos e práticas sociais⁽⁸⁾.

Este estudo constitui um recorte analítico de uma pesquisa mais ampla sobre as representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca da violência no trabalho. O presente manuscrito focaliza a dimensão prática dessas representações, buscando apreender como os significados construídos pelos ACSs sobre a violência no trabalho repercutem em suas práticas profissionais.

Local e participantes do estudo

O estudo foi realizado em seis Unidades de Saúde da Família da zona urbana de um município do interior da Bahia, Brasil. Participaram 38 ACSs vinculados às unidades selecionadas. Foram incluídos profissionais em atividade funcional e com pelo menos um ano de atuação na Estratégia Saúde da Família, sendo excluídos aqueles afastados por licença médica, férias ou outras licenças durante o período da coleta de dados.

Após autorização do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, as enfermeiras responsáveis pelas unidades foram contatadas para apresentação dos objetivos do estudo e apoio na divulgação e no convite aos participantes.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2026, por meio da técnica de grupo focal, realizada em salas reservadas nas próprias unidades de saúde, previamente acordadas com os participantes e a gestão local, de modo a garantir privacidade, conforto e liberdade de expressão. Essa técnica mostra-se especialmente adequada aos estudos fundamentados na TRS por possibilitar o acesso aos conteúdos compartilhados e aos processos envolvidos na construção das representações sociais. A interação grupal favorece a expressão e a negociação de saberes, crenças, valores e experiências, permitindo apreender como os significados acerca do objeto representacional são produzidos e compartilhados nos contextos sociais dos participantes⁽¹²⁾.

Foram realizados seis grupos focais, correspondendo a uma sessão em cada uma das seis unidades de saúde participantes, com a participação dos ACSs vinculados às respectivas unidades. Ao longo da coleta, observou-se recorrência dos conteúdos emergentes entre os grupos, sem o surgimento de novos temas relevantes nos grupos finais, indicando suficiência do material produzido para responder aos objetivos da pesquisa.

As sessões foram conduzidas pela pesquisadora principal, que atuou como moderadora, com o apoio de uma pesquisadora colaboradora, utilizando roteiro temático semiestruturado previamente elaborado. As questões foram organizadas em três blocos

temáticos: compreensão da violência no trabalho, incluindo suas formas de manifestação, espaços de ocorrência e repercussões no cotidiano; fatores relacionados à violência, contemplando condições de trabalho, recursos, apoio da gestão e insatisfação dos usuários com o sistema de saúde; e estratégias de enfrentamento e apoio institucional, abordando as práticas adotadas diante das situações de violência, suporte da equipe e da gestão, capacitação e possibilidades de melhoria da segurança e do bem-estar dos ACSs.

Todas as discussões foram gravadas em áudio mediante autorização dos participantes. Os encontros tiveram duração média de uma hora e 40 minutos, totalizando aproximadamente dez horas de material empírico.

Análise e tratamento dos dados

Os áudios dos grupos focais foram transcritos na íntegra por meio da ferramenta OpenAI/Whisper, com suporte operacional do Google Drive. Após a transcrição, realizou-se revisão manual do material, com conferência das falas e correção de inconsistências decorrentes do processo de transcrição. Para preservar o anonimato e possibilitar a identificação das falas no corpus textual, cada ACS recebeu uma identificação numérica.

As transcrições foram organizadas de acordo com os seis grupos focais realizados, preservando-se a identificação dos participantes em cada grupo. O corpus textual foi, portanto, constituído pelas transcrições dos seis grupos focais, dos quais participaram 38 ACSs. Para o processamento no *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), cada grupo focal correspondeu a um texto, totalizando seis textos. A partir desses textos, o software realizou automaticamente a segmentação em segmentos de texto (ST), utilizados como unidades para a análise lexical⁽¹³⁾.

Para a análise, utilizou-se a CHD, também denominada método de *Reinert*. A CHD classifica os segmentos de texto em função de seus vocabulários, reunindo aqueles com características lexicais semelhantes e distinguindo-os daqueles com vocabulário diferente. Esse procedimento possibilita a formação de classes lexicais caracterizadas pelas formas estatisticamente associadas a cada classe. O teste do qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para verificar essa associação, sendo que valores mais elevados indicam maior associação entre determinada forma lexical e a respectiva classe⁽¹³⁾.

Após a formação das classes pela CHD, procedeu-se à análise qualitativa dos segmentos de texto associados a cada classe, considerando as formas lexicais com maior associação estatística e os contextos discursivos em que estavam inseridas. A interpretação foi

fundamentada na TRS e articulada aos conteúdos relacionados à violência no trabalho e ao processo de trabalho na APS.

Neste manuscrito, a análise concentrou-se nos conteúdos relacionados às repercussões das representações sociais da violência no trabalho sobre as práticas profissionais dos ACSs, buscando identificar como os significados atribuídos à violência se expressam nas formas de agir, nas relações estabelecidas com usuários e equipes, na realização das visitas domiciliares, na circulação pelo território e nas estratégias adotadas diante das situações vivenciadas. Dessa forma, os resultados do processamento lexical foram articulados à interpretação qualitativa dos ST, mantendo-se a TRS como referencial teórico orientador da análise.

Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e 210/2016 do Conselho Nacional de Saúde, além da Lei 14.874/2024. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer nº 7.704.452/2025.

Todos os participantes foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações, os relatos foram identificados por codinomes escolhidos pelos próprios participantes.

Declaração de uso de Inteligência Artificial

Durante a elaboração deste manuscrito, foi utilizada a ferramenta *ChatGPT (OpenAI)* exclusivamente como apoio à revisão linguística, incluindo correções ortográficas e gramaticais e aprimoramento da coerência e coesão textual. Todo o conteúdo, as análises e as interpretações foram integralmente revisados e validados pelas autoras, que assumem responsabilidade pelo conteúdo final apresentado.

Resultados

Participaram dos grupos focais 38 ACSs, com predominância do sexo feminino, idade média de 50 anos e maior frequência de participantes autodeclarados pardos (72,4%). Houve predominância de participantes casados e de religião católica, caracterizando um grupo majoritariamente feminino.

Quanto às condições socioeconômicas, predominou a renda familiar entre um e três salários-mínimos. A escolaridade mostrou-se heterogênea, com maior frequência de participantes com ensino médio e ensino superior incompleto.

Os ACSs apresentaram ampla experiência profissional, com tempo de atuação entre quatro e 28 anos e média de 20 anos, caracterizando um grupo com trajetória profissional consolidada na APS e experiência acumulada no desenvolvimento de suas práticas profissionais nos territórios.

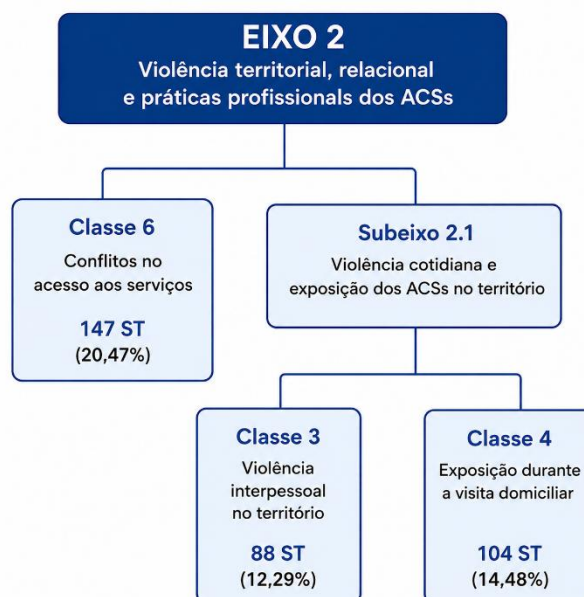
A partir da análise lexical realizada no *software* IRAMUTEQ, foram obtidos 774 ST, dos quais 718 foram aproveitados e analisados, correspondendo a 92,76% de retenção do *corpus*. O *corpus* apresentou 31.778 ocorrências, 1.869 lemas, 1.727 formas ativas e nove formas suplementares, com média de 33,98 palavras por ST.

Os ST foram dimensionados e classificados por meio da CHD, resultando em seis classes organizadas em dois eixos temáticos. Considerando o objetivo deste estudo, são apresentados e analisados neste manuscrito os resultados referentes ao Eixo 2 – Violência territorial, relacional e práticas profissionais dos ACSs, constituído pela Classe 6 e pelo Subeixo 2.1, que compreende as Classes 3 e 4.

A Figura 1 apresenta a organização das classes que compõem o Eixo 2. A Classe 6 – Conflitos no acesso aos serviços reúne conteúdos relacionados às dificuldades de acesso e às tensões decorrentes das demandas apresentadas aos ACSs. O Subeixo 2.1 – Violência cotidiana e exposição dos ACSs no território compreende a Classe 3 – Violência interpessoal no território e a Classe 4 – Exposição durante a visita domiciliar, que reúnem conteúdos relacionados às situações de violência vivenciadas no território e durante as visitas domiciliares.

Desse modo, o Eixo 2 articula conteúdos relacionados às experiências de violência presentes nas relações estabelecidas no território e no cotidiano profissional dos ACSs, possibilitando apreender como as representações sociais construídas sobre a violência no trabalho repercutem em suas práticas profissionais.

Figura 1 – Distribuição das classes temáticas do Eixo 2 – Violência territorial, relacional e práticas profissionais dos ACSs, segundo a Classificação Hierárquica Descendente das representações sociais sobre a violência no trabalho, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2026.



Fonte: Autora, 2026.

A classe 6 correspondeu a 20,47% do *corpus* analisado, com 147 ST, apresentando conteúdos relacionados aos conflitos produzidos pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde e às repercussões dessas situações no cotidiano de trabalho dos ACSs. As principais palavras associadas à classe, segundo o teste do qui-quadrado (χ^2), foram: *exame* ($\chi^2 = 133,481$), *explicar* ($\chi^2 = 66,713$), *médico* ($\chi^2 = 34,349$), *marcar* ($\chi^2 = 28,978$) e *consulta* ($\chi^2 = 27,458$). Esses termos evidenciam a centralidade dos exames, consultas e atendimentos médicos nas situações de conflito relatadas pelos participantes, bem como o papel assumido pelos ACSs de explicar, orientar e justificar para os usuários as limitações e fluxos da rede assistencial.

Os relatos evidenciaram que a violência frequentemente surge diante das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, quando os ACSs passam a ser alvo de reclamações, cobranças e insatisfações da população, apesar de não possuírem governabilidade sobre os processos de regulação e marcação de procedimentos.

A culpa acaba sendo nossa se um exame não foi marcado, se uma consulta não aconteceu, se a médica não está atendendo como está acontecendo agora, a culpa é do agente comunitário (ACS 14; score: 268.72).

Mas lá na ponta a cobrança vem para o agente, a população não cobra do gestor, cobra da gente: cadê meu exame? E aí entra a burocracia (ACS 12; score: 210.04).

As falas revelaram que grande parte dos conflitos está relacionada à compreensão equivocada do papel do ACS no processo de marcação de exames e consultas. Muitos usuários atribuem a esses profissionais responsabilidades que extrapolam suas atribuições, produzindo situações de constrangimento, desrespeito e agressividade.

Falou alto e todo mundo ficou olhando. Eu respondi também em voz alta explicando que não marco exames, que apenas levo as informações e orientei a procurar a unidade e a enfermeira (ACS 02; score: 282.00).

Eu expliquei direitinho como funciona, que não depende de mim [...] quando tiver exame ela mesma terá que vir à unidade fazer a marcação (ACS 32; score: 282.81).

Mesmo explicando que existe um setor específico para isso, que não depende da gente, ainda assim há agressividade (ACS 31; score: 256.10).

Nesse contexto, o verbo *explicar*, segunda palavra mais associada à classe, evidencia o papel dos ACSs na mediação de expectativas, no esclarecimento dos fluxos assistenciais e na tentativa de reduzir conflitos decorrentes das limitações da rede de saúde. Contudo, essas explicações nem sempre evitam situações de violência, especialmente quando informações equivocadas são tomadas como verdade pelos usuários, gerando cobranças e conflitos direcionados aos trabalhadores.

E muitas vezes a mentira vira verdade. Tem paciente que grita com a gente por causa disso. Eu trabalho sempre tentando explicar até provar para ele como funciona, porque não somos nós que marcamos os exames (ACS 25; score: 253.93).

Diversos participantes relataram episódios de agressões verbais, humilhações e comportamentos hostis desencadeados por atrasos na realização de exames ou dificuldades de acesso aos serviços especializados.

Pessoas em cargos superiores que se acham no direito de ofender e ninguém fala nada [...] já jogaram exame na minha cara, rasgaram na frente de todo mundo me culpando por atraso (ACS 38; score: 203.91).

Eu também já vivi situações mais comuns, mas igualmente violentas: entrega de exames que são jogados de volta, pessoas que reagem com agressividade (ACS 29; score: 184.14).

Já jogaram exame rasgado na minha cara, já fui humilhado dentro da casa das pessoas (ACS 11; score: 171.60).

Em situações mais graves, os conflitos relacionados ao acesso aos serviços evoluíram para ameaças e risco físico aos trabalhadores.

Ela pegou um caco de vidro e correu atrás de mim. Se eu não tivesse saído correndo, ela teria me atingido. Teve também outra situação com um homem relacionada a exame (ACS 19; score: 148.39).

Ela não aceitou, veio até o balcão, apontou o dedo na minha cara, me desrespeitou e me chamou de vagabunda, dizendo que agente de saúde não serve para nada (ACS 07; score: 145.52).

Os conteúdos dessa classe também evidenciaram que os ACSs desenvolvem estratégias de proteção e redefinem algumas práticas profissionais diante dos conflitos recorrentes associados aos exames e consultas. Em alguns casos, os participantes relataram evitar transportar documentos ou alterar rotinas de trabalho para minimizar situações de tensão com os usuários.

Eu, por exemplo, não ando com exames nem protocolos. Você nunca vai achar isso comigo [...] porque quando você traz o exame do paciente ele passa a entender errado (ACS 25; score: 167.56).

A classe 6 revelou que as representações sociais da violência no trabalho são fortemente influenciadas pelos conflitos relacionados ao acesso aos serviços de saúde. Os ACSs percebem-se como mediadores de demandas que extrapolam sua capacidade de resolução, tornando-se alvo de cobranças e agressões decorrentes das limitações da rede assistencial. Essas experiências repercutem diretamente em suas práticas profissionais, influenciando formas de comunicação, proteção e atuação no território.

Violência cotidiana e exposição dos ACSs no território

O subeixo 2.1 reúne as classes 3 e 4 e expressa experiências de violência vivenciadas pelos ACSs no território, incluindo ameaças, assédio, conflitos interpessoais, uso de drogas e situações de risco durante as visitas domiciliares. Diferentemente da classe 6, que aborda conflitos relacionados ao acesso aos serviços de saúde, este subeixo evidencia a violência presente nas relações cotidianas da comunidade e sua influência sobre as práticas profissionais, produzindo adaptações nas formas de atuação, comunicação, circulação e proteção dos trabalhadores.

Violência interpessoal no território

A classe 3 correspondeu a 12,29% do *corpus* analisado, sendo composta por 88 ST. As principais palavras associadas à classe, segundo o teste do qui-quadrado (χ^2), foram: *agressivo* ($\chi^2 = 37,800$), *inadequado* ($\chi^2 = 29,616$), *morar* ($\chi^2 = 29,584$), *começar* ($\chi^2 = 28,972$), *atitude* ($\chi^2 = 28,797$), *droga* ($\chi^2 = 28,797$) e *ameaçar* ($\chi^2 = 26,801$). Esses termos evidenciaram que a violência interpessoal é representada pelos ACSs a partir de experiências envolvendo comportamentos agressivos, ameaças, assédio, conflitos comunitários e situações relacionadas ao uso de drogas no território.

Os relatos revelaram que a violência interpessoal frequentemente emerge das relações estabelecidas entre os ACSs e os moradores das comunidades, expondo os trabalhadores a

situações de intimidação, hostilidade e medo. Ressalta-se a convivência com indivíduos reconhecidos pela comunidade por comportamentos violentos e ameaçadores.

Ele [...] tem atitudes muito agressivas. Ele também faz ameaças diretas às pessoas da comunidade, já ameaçou moradores, inclusive crianças. Famílias chegaram a se mudar por medo (ACS 22; score: 183.02).

As situações relacionadas ao uso de drogas também apareceram de forma recorrente, sendo associadas ao aumento da insegurança e da imprevisibilidade durante as visitas domiciliares.

Já entrei em locais com uso de drogas acontecendo, já fiquei presa em prédio sem conseguir sair, já enfrentei cachorro agressivo, já corri para socorrer gestante em trabalho de parto na rua, a gente vive isso tudo (ACS 38; score: 117.11).

Os participantes relataram ainda situações de ameaças diretas e indiretas, frequentemente associadas à condição de residirem ou permanecerem vinculados ao mesmo território onde trabalham. Essa proximidade faz com que muitos ACSs se sintam vulneráveis e limitados em suas possibilidades de reação diante dos conflitos.

A gente não pode reagir porque está dentro da área, a família mora ali, a gente mora ali, a gente fica refém (ACS 11; score: 107.64).

Ele falou que sabia onde eu morava, que sabia da minha rotina, que eu precisava entender a situação (ACS 17; score: 96.65).

Os conteúdos da classe também evidenciaram episódios de assédio sexual e comportamentos inadequados direcionados às ACSs durante as visitas domiciliares. Esses relatos revelaram uma dimensão de violência de gênero que atravessa o cotidiano profissional das trabalhadoras e produz sentimentos de constrangimento, insegurança e vulnerabilidade.

Também já sofri violência sexual. Um homem da área passou a ter comportamento inadequado comigo. Começou com olhares, depois atitudes mais ousadas, chegou a abrir a porta sem camisa e a tentar aproximação física (ACS 31; score: 160.18).

Quando entrei, ele estava só de toalha, tinha acabado de sair do banho. Eu fiquei sem reação na hora. Ele começou a rir e a fazer comentários dizendo que eu podia esperar que ele já ia se vestir, mas ficou ali falando coisas inadequadas (ACS 13; score: 143.56).

Diante dessas experiências, as ACSs relataram desenvolver estratégias de autoproteção e manejo dos conflitos, buscando controlar reações emocionais, reduzir situações de confronto e preservar sua segurança durante o trabalho.

[...] ela estava muito alterada nervosa então comecei a falar palavras de conforto ela foi se acalmado (ACS 26; score: 148,22).

Nessas horas a gente tenta manter a calma, falar baixo, sair devagar, mas o coração fica acelerado e depois aquilo fica na cabeça (ACS 36; score: 141.76).

Os conteúdos dessa classe evidenciaram que a violência interpessoal no território é representada pelos ACSs como uma experiência cotidiana marcada por agressividade, ameaças, assédio e insegurança. Mais do que eventos isolados, essas vivências repercutem diretamente nas práticas profissionais, influenciando a forma como os trabalhadores realizam visitas domiciliares, estabelecem relações com os usuários, avaliam situações de risco e constroem estratégias de proteção para permanecerem atuando no território.

Exposição durante a visita domiciliar

A classe 4 correspondeu a 14,48% do *corpus* analisado, sendo composta por 104 ST. As principais palavras associadas à classe, segundo o teste do qui-quadrado (χ^2), foram: *voltar* ($\chi^2 = 70,717$), *casa* ($\chi^2 = 59,995$), *abrir* ($\chi^2 = 46,702$), *entrar* ($\chi^2 = 41,965$), *portão* ($\chi^2 = 34,820$), *sair* ($\chi^2 = 37,791$), e *pedir* ($\chi^2 = 34,106$). O conjunto lexical evidencia a centralidade do espaço domiciliar na experiência da violência, revelando que o domicílio, tradicionalmente associado ao cuidado e à construção de vínculos, também é representado como um espaço de vulnerabilidade, medo e exposição a situações de risco.

Os conteúdos da classe demonstraram que a visita domiciliar, uma das principais atribuições dos ACSs, frequentemente coloca esses trabalhadores diante de situações imprevisíveis e potencialmente violentas. As narrativas revelaram episódios de assédio sexual, ameaças, intimidações e conflitos vivenciados no interior das residências, produzindo sentimentos de medo, insegurança e impotência.

Um dia cheguei na casa dele, ele estava sozinho, a família dormindo. Ele abriu o portão, eu entrei e quando entrei ele fechou o portão, me segurou com os braços e colocou a perna na frente impedindo minha saída (ACS 03; score: 279.64).

Empurrei, me defendi e saí correndo, deixei tudo para trás, pasta, exames, papéis. Saí correndo pedindo ajuda, uma vizinha ouviu, saiu com o carro, abriu a porta e mandou eu entrar (ACS 33; score: 277.66).

As situações de assédio sexual emergiram de forma recorrente nos relatos, especialmente entre as ACSs mulheres. Em muitos casos, as participantes descreveram mudanças importantes em suas práticas profissionais após essas experiências, passando a adotar estratégias de autoproteção durante as visitas.

Eu evitava entrar nas casas quando havia homem sozinho, ficava só na porta, mas nesse dia ele pediu para eu entrar para assinar. Quando entrei, ele fechou a casa, falou que meu perfume era cheiroso e avançou para cima de mim (ACS 02; score: 248.32).

Os relatos evidenciaram que a experiência da violência modifica diretamente a forma como os ACSs realizam as visitas domiciliares. A palavra *voltar*, que apresentou o maior valor de associação à classe, expressa não apenas o retorno às residências após episódios de violência, mas também os dilemas vivenciados pelos trabalhadores entre a necessidade de continuidade do cuidado e a preservação da própria segurança.

Depois disso fiquei um tempo sem conseguir entrar na casa, mas pela necessidade do paciente e da família voltei com medo, sempre observando tudo (ACS 33; score: 262.11).

Eu fiquei um tempo sem ir à casa, depois voltei, mas sempre acompanhada. Até hoje eu fico atenta (ACS 31; score: 178.21).

Além da violência interpessoal, os participantes relataram exposição a ambientes considerados inseguros, marcados por vulnerabilidades sociais, situações de tráfico de drogas e conflitos familiares. Em muitos casos, o simples ato de entrar em uma residência passou a ser precedido por avaliações constantes de risco.

Tem dia que antes de sair de casa eu já fico apreensiva pensando em qual casa eu vou visitar, em que situação eu vou encontrar. Já aconteceu de eu chegar na porta de uma casa e voltar porque senti medo (ACS 36; score: 263.23).

Nunca mais entrei despreocupada. Também já entrei em casa sem saber que era ponto de tráfico, só percebi quando já estava lá dentro (ACS 33; score: 154.35).

As experiências vivenciadas no domicílio também produziram repercussões significativas na saúde física e mental dos participantes. Os relatos evidenciaram sintomas de ansiedade, medo persistente, alterações do sono, vigilância constante e sofrimento emocional prolongado.

Durante mais de seis meses eu não conseguia dormir direito, ficava revivendo a situação. Até hoje não consigo passar na frente da casa (ACS 16; score: 156.98).

Já tive dificuldade para dormir, já tive dias de não querer sair de casa (ACS 36; score: 166.32).

Até hoje qualquer barulho me deixa em alerta (ACS 22; score: 152.60).

Os conteúdos dessa classe evidenciaram que o domicílio ocupa posição ambígua nas representações sociais dos ACSs. Embora permaneça como espaço privilegiado para o cuidado, a construção de vínculos e o acompanhamento das famílias, também é representado como um local de insegurança e exposição à violência. Essas experiências repercutem diretamente nas práticas profissionais, levando os trabalhadores a redefinirem estratégias de abordagem, modificarem a realização das visitas domiciliares, evitarem determinadas situações de risco e desenvolverem mecanismos permanentes de autoproteção para continuar atuando no território.

Discussão

Os resultados demonstram que as representações sociais da violência no trabalho construídas pelos ACSs repercutem diretamente em suas práticas profissionais. Na perspectiva processual da TRS, os significados atribuídos às experiências vividas são produzidos nas interações cotidianas e orientam formas de interpretar, posicionar-se e agir diante da realidade^(8,9). A violência deixa, assim, de ser apenas um evento externo ao trabalho e passa a integrar o modo como esses trabalhadores interpretam as situações vivenciadas e organizam suas práticas no território.

Os conflitos relacionados ao acesso aos serviços de saúde emergiram como importante expressão da violência vivenciada pelos ACSs. As dificuldades de acesso, as cobranças da população e a responsabilização dos trabalhadores são incorporadas às experiências cotidianas de mediação entre comunidade e serviços de saúde, tornando-se referências para a compreensão da violência no trabalho. As reclamações, agressões verbais, conflitos e cobranças dirigidas aos ACSs conferem concretude a esse fenômeno no cotidiano profissional.

Tais resultados reforçam a compreensão do papel mediador desses profissionais e das tensões decorrentes das demandas da população. A violência na APS pode estar relacionada à frustração dos usuários diante de limitações do sistema de saúde, como dificuldades de acesso aos serviços, demora no atendimento, insuficiência de recursos e conflitos relacionados ao cuidado⁽⁴⁻⁶⁾. Por constituírem um elo entre comunidade e rede assistencial, os ACSs podem tornar-se destinatários de insatisfações produzidas por problemas que ultrapassam sua governabilidade, incorporando essas experiências ao cotidiano de trabalho.

Essa exposição precisa ser compreendida para além de uma perspectiva individual. A vulnerabilidade não constitui atributo intrínseco do indivíduo ou do território, mas resulta da articulação entre dimensões individuais, sociais e programáticas, incluindo os recursos e as respostas disponibilizados pelas instituições⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, a vulnerabilidade dos ACSs à violência pode ser produzida na interação entre as condições sociais dos territórios, as características do processo de trabalho, a organização dos serviços e a capacidade institucional de proteção e resposta. Essa compreensão contribui para interpretar as mudanças nas práticas profissionais não apenas como decorrentes da percepção individual do risco, mas como respostas construídas diante das condições concretas nas quais o trabalho é realizado.

Na perspectiva da TRS, a dimensão cognitiva das representações manifesta-se na construção de explicações sobre as dificuldades de acesso aos serviços, enquanto a dimensão normativa envolve julgamentos sobre responsabilidade, justiça e funcionamento da rede

assistencial^(9,10). Os significados construídos nas experiências cotidianas orientam formas de atuação e reorganização das práticas profissionais, influenciando a maneira como os ACSs interpretam e respondem às situações vivenciadas no trabalho.

A violência também se materializou nas relações interpessoais estabelecidas no território e durante as visitas domiciliares, envolvendo ameaças, agressões, assédio, tráfico de drogas e outras situações percebidas como potencialmente inseguras. Determinadas condições territoriais, como desigualdades sociais, violência comunitária, criminalidade e presença do tráfico de drogas, podem ampliar a exposição dos trabalhadores durante atividades desenvolvidas fora das unidades de saúde^(1,2). Para os ACSs, essa questão assume particular relevância em razão da inserção cotidiana na comunidade, da circulação pelo território e da realização de visitas domiciliares, fazendo com que situações de violência atravessem o próprio processo de trabalho.

É nesse conjunto de experiências territoriais que os processos de ancoragem e objetivação contribuem para compreender a elaboração das representações sociais da violência. Situações de ameaça, agressão, assédio e exposição são interpretadas a partir de conhecimentos e experiências previamente construídos e compartilhados pelo grupo, permitindo que novas ocorrências sejam reconhecidas e incorporadas a categorias familiares de risco, insegurança e violência. Simultaneamente, a objetivação confere materialidade a esses significados em situações concretas do cotidiano, como ameaças, intimidações e episódios vivenciados durante as visitas domiciliares^(8,9). Dessa forma, experiências produzidas nas relações com o território deixam de constituir acontecimentos isolados e passam a integrar um conhecimento compartilhado sobre a violência no trabalho, capaz de orientar modos de perceber e agir diante de situações consideradas ameaçadoras.

Essa interpretação, entretanto, não deve conduzir à associação entre território vulnerável e território violento. A vulnerabilidade decorre de combinações específicas entre condições individuais, sociais e programáticas e dos recursos disponíveis para prevenção e enfrentamento das adversidades⁽⁷⁾. Diferentes territórios podem, portanto, apresentar distintas condições de exposição e possibilidades de resposta. Essa compreensão desloca a responsabilização dos indivíduos ou das comunidades e reforça a necessidade de estratégias de proteção compatíveis com as particularidades de cada contexto de atuação.

A convivência contínua com situações percebidas como ameaçadoras mobiliza também componentes afetivos das representações sociais. Medo, ansiedade e insegurança não constituem apenas consequências das experiências de violência, mas participam da maneira como os trabalhadores reconhecem e interpretam situações consideradas de risco. Esses

significados repercutem concretamente nas práticas profissionais, mediante mudanças na realização das visitas domiciliares, alteração de percursos e horários de circulação e adoção de estratégias de autoproteção^(8,9).

A visita domiciliar apresentou-se de maneira ambivalente: ao mesmo tempo em que constitui espaço privilegiado para aproximação, vínculo e cuidado, pode representar uma situação de exposição à violência. Violência verbal, ameaças, assédio moral e sexual e outras formas de agressão, associadas à insegurança durante atividades realizadas individualmente no território, têm sido descritas entre ACSs⁽¹⁾. Essa questão adquire importância por se tratar de uma atividade constitutiva do trabalho desses profissionais. Quando a percepção de risco passa a interferir na definição de onde, quando e em quais condições a visita será realizada, torna-se perceptível a repercussão das representações da violência sobre a prática profissional.

As relações de poder que atravessam essas experiências também merecem atenção, especialmente diante da predominância feminina entre os participantes e dos relatos de assédio e outras formas de violência ocorridas no território e durante as visitas domiciliares. Gênero, raça e classe não operam isoladamente, mas podem se articular a diferentes posições sociais e relações de poder, produzindo experiências distintas de exposição, reconhecimento e possibilidades de proteção⁽¹⁴⁾. A perspectiva interseccional contribui, assim, para evitar uma compreensão homogênea da experiência dos ACSs e reconhecer que as condições de exposição e as possibilidades de resposta à violência podem assumir configurações distintas entre os trabalhadores.

Diferenças relacionadas ao gênero na percepção e experiência da violência entre ACSs também têm sido identificadas, com maior percepção de violência doméstica e sexual entre mulheres e maior relato de determinadas formas de violência urbana entre homens⁽²⁾. Embora os resultados deste estudo não permitam atribuir as práticas profissionais especificamente ao gênero, à raça ou à classe, a articulação desses marcadores com as condições territoriais, laborais e institucionais pode contribuir para produzir experiências diferenciadas de vulnerabilidade. Essa leitura reforça a necessidade de respostas que reconheçam tanto as particularidades dos territórios quanto as diferentes posições sociais ocupadas pelos trabalhadores.

Outro aspecto relevante refere-se às repercussões da violência sobre a saúde mental. Medo, ansiedade, alterações do sono e vigilância constante aproximam-se do observado em estudos que relacionam a violência no trabalho ao sofrimento psíquico entre profissionais da APS, incluindo exaustão emocional, burnout, redução da satisfação profissional e intenção de afastamento ou abandono do trabalho⁽⁴⁻⁶⁾. Essas repercussões ultrapassam o exercício

profissional e alcançam a vida cotidiana dos trabalhadores, podendo comprometer seu bem-estar e o cuidado ofertado. Na TRS, os sentimentos associados às experiências vivenciadas integram a dimensão afetiva das representações e participam da construção dos significados e da orientação das práticas^(8,9).

As mudanças relatadas na realização das visitas, nos itinerários e nos horários de circulação, assim como a realização de visitas acompanhadas e a restrição de atividades diante de situações consideradas inseguras, demonstram concretamente como as representações construídas acerca da violência repercutem nas práticas profissionais. Essas condutas não devem ser interpretadas simplesmente como decisões individuais, mas como respostas elaboradas diante da percepção compartilhada da violência e das possibilidades concretas de proteção disponíveis no contexto de trabalho.

A insegurança pode limitar a atuação territorial e favorecer maior permanência do ACS na unidade de saúde em detrimento das atividades desenvolvidas diretamente na comunidade⁽¹⁾. As estratégias de autoproteção podem, portanto, desempenhar função protetiva diante do risco percebido, mas simultaneamente repercutir na presença do trabalhador no território, na realização das visitas domiciliares, na construção e manutenção dos vínculos e na continuidade do cuidado. Trata-se de uma tensão relevante, pois práticas adotadas para preservar a integridade do trabalhador podem modificar atividades essenciais ao trabalho do ACS.

Essa relação também remete à dimensão programática da vulnerabilidade. Quando a proteção diante da violência depende predominantemente da capacidade individual do ACS de reconhecer o risco, modificar trajetos, evitar determinados espaços ou buscar acompanhamento para realizar uma visita, tornam-se relevantes as condições oferecidas pelos serviços e pela gestão para prevenção e enfrentamento dessas situações⁽⁷⁾. A ausência ou insuficiência de protocolos, fluxos de comunicação, suporte institucional, capacitação e medidas de segurança pode restringir as possibilidades de resposta dos trabalhadores e transferir para eles a responsabilidade pela gestão dos riscos presentes no cotidiano laboral.

A resposta à violência requer, portanto, estratégias institucionais que considerem as particularidades dos territórios e as condições concretas de trabalho. Orientação institucional, capacitação, definição de fluxos diante de situações de violência, medidas de proteção, apoio à saúde mental e estratégias territorialmente diferenciadas podem ampliar as possibilidades de atuação dos ACSs sem lhes atribuir exclusivamente a responsabilidade por sua segurança^(1,2). A proteção do trabalhador e a preservação das práticas essenciais à APS devem ser

compreendidas de maneira articulada, de modo que a necessidade de autoproteção não resulte na redução sistemática da presença dos ACSs nos territórios.

Em síntese, as representações sociais da violência no trabalho são construídas a partir das experiências concretas dos ACSs e orientam suas formas de agir diante de situações percebidas como ameaçadoras. Por meio da ancoragem e objetivação, experiências relacionadas às dificuldades de acesso aos serviços, aos conflitos comunitários e à exposição durante as visitas domiciliares são incorporadas ao conhecimento compartilhado pelo grupo, tornando a violência reconhecível no cotidiano profissional^(8,9).

Embora investigando objeto representacional distinto, estudo sobre as representações sociais dos ACSs acerca da violência doméstica contra a mulher também demonstrou a relação entre os conteúdos representacionais e as práticas profissionais, especialmente no contexto das visitas domiciliares. Nesse estudo, as práticas foram organizadas em dimensões técnica, relacional, de orientação e gerencial, envolvendo escuta, vínculo, confiança, troca de informações e articulação com outros profissionais e serviços⁽¹⁵⁾. Esses resultados aproximam-se dos achados da presente investigação ao demonstrarem que as representações construídas pelos ACSs a partir de suas experiências cotidianas orientam modos de agir e de se posicionar no território. Entretanto, enquanto naquele estudo as representações orientavam práticas direcionadas à identificação e ao enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, no presente estudo a violência constitui o próprio objeto vivenciado no trabalho, levando os ACSs também a reorganizarem suas práticas e adotarem estratégias de proteção diante das situações percebidas como ameaçadoras.

As representações construídas pelos ACSs articulam dimensões cognitivas, afetivas, normativas, identitárias e práticas, repercutindo na circulação pelo território, na realização das visitas domiciliares, na construção de vínculos e nas estratégias de proteção^(9,10). A vulnerabilidade e a interseccionalidade ampliam essa compreensão ao situarem essas práticas em contextos sociais e institucionais específicos, atravessados por diferentes posições sociais e relações de poder, evitando atribuí-las exclusivamente a escolhas individuais ou a características inerentes aos territórios^(7,14).

Considerações finais

Os resultados demonstraram que as representações sociais da violência no trabalho construídas pelos ACSs são produzidas nas experiências cotidianas vivenciadas nos territórios e repercutem em suas práticas profissionais. A violência foi representada para além das agressões explícitas, incorporando conflitos relacionados às dificuldades de acesso aos

serviços de saúde, cobranças e responsabilização dos trabalhadores, ameaças, assédio e situações de insegurança e exposição no território e durante as visitas domiciliares.

Essas experiências repercutem na forma como os ACSs desenvolvem suas atividades, levando à adoção de estratégias de autoproteção, à redefinição de percursos e horários de circulação, à reorganização das visitas domiciliares e ao desenvolvimento de mecanismos de mediação de conflitos e preservação dos vínculos comunitários. Embora essas estratégias assumam função protetiva diante das situações percebidas como ameaçadoras, podem também interferir na presença dos trabalhadores no território, na continuidade das visitas domiciliares e na produção do cuidado.

À luz da TRS, os achados demonstram que os significados construídos e compartilhados pelos ACSs acerca da violência orientam modos de interpretar e agir diante das situações vivenciadas no trabalho. Essas práticas não devem ser compreendidas apenas como escolhas individuais, pois são produzidas em contextos sociais, territoriais e institucionais específicos e atravessadas por diferentes condições de vulnerabilidade e relações de poder. Essa compreensão reforça a necessidade de respostas institucionais que considerem as particularidades dos territórios e as diferentes condições de exposição dos trabalhadores, sem atribuir aos ACSs ou às comunidades a responsabilidade pela violência vivenciada.

Nesse sentido, torna-se necessário fortalecer ações institucionais de prevenção e enfrentamento da violência, com definição de fluxos, capacitação, suporte psicossocial, medidas de proteção e estratégias adequadas às diferentes realidades territoriais. Tais ações devem conciliar a proteção dos trabalhadores com a preservação de práticas essenciais à APS, especialmente a atuação territorial, as visitas domiciliares e a construção de vínculos com usuários e comunidades.

A principal limitação deste estudo refere-se à escassez de pesquisas que analisem especificamente como as representações sociais da violência no trabalho repercutem nas práticas profissionais dos ACSs, restringindo a comparação direta dos achados. Por outro lado, essa lacuna reforça a contribuição do estudo ao ampliar a compreensão das relações entre violência, representações sociais e práticas profissionais no cotidiano da APS.

Referências

1. Cardoso NM, Cruz MS. Percepção de violência pelos Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas domiciliares. **Saúde Coletiva** (Edição Brasileira). 2026;17(104):18950-18963. doi:10.36489/saudecoletiva.2026v17i104p18950-18963.

2. Cardoso MR, Talarico MCR, Sousa RS, Farias SF, Forte FD, Sampaio YPCC, et al. Domestic and urban violence faced by community health workers: a multidimensional analysis in vulnerable territories in northeastern Brazil during and after the COVID-19 pandemic. **Lancet Reg Health Am.** 2026;57:101436.
3. Vieira CEC. Violência no trabalho: dimensões estruturais e interseccionais. *Rev Bras SaudeOcup.* 2023;48:eDCINQ2. doi:https://doi.org/10.1590/2317-6369/24922pt2023v48edcinq2.
4. Mohd Yusoff H, Ahmad H, Ismail H, Reffin N, Chan D, Kusnin F, et al. Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: a systematic review. **Hum Resour Health.** 2023;21:82. doi:10.1186/s12960-023-00868-8.
5. Pradenas-Cárcamo AP, Klijn-Paravic T. Workplace violence in primary health care workers: an integrative review. **Rev Bras Med Trab.** 2025;23(4):e20251504. doi:10.47626/1679-4435-2025-1504.
6. Tyau ND, Swedish KA, Perez HR. Workplace violence against primary care clinicians: a narrative review. **J Gen Intern Med.** 2024 Nov;39(14):2806-2828. doi:10.1007/s11606-024-08850-3.
7. Ayres JR. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde em Debate.** 2022;46(Especial 7):196-206. doi:10.1590/0103-11042022E714.
8. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes; 2012.
9. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais.* Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p.17-44.
10. Oliveira DC. A teoria das representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA, organizadores. **Teoria das representações sociais: 50 anos.** 2a ed. Brasília: Technopolitik; 2014.
11. ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social.** 2.ed. Goiânia: AB, 2000.
12. Nóbrega DO, Andrade ERG, Melo ESN. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. **Psicol Soc.** 2016;28(3):433-41. doi:10.1590/1807-03102016v28n3p433.
13. Camargo BV, Justo AM. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição; 2013.
14. Collins PH. **Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica.** São Paulo: Boitempo Editorial; 2022.
15. Machado JC, Santos CS, Simões AV, Souza SL, Rodrigues VP, Vilela ABA. Dimensão prática das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher. **Enferm Glob.** 2022;(68):230-44.