UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

JAMILLY GUSMÃO COELHO

TECENDO VOZES SILENCIADAS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA NO TRABALHO

Jequié
2026

JAMILLY GUSMÃO COELHO

TECENDO VOZES SILENCIADAS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA NO TRABALHO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito para obtenção do título de Doutora, área de concentração em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profª. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues.

Jequié

2026

C672t Coelho, Jamilly Gusmão.
Tecendo vozes silenciadas : representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho / Jamilly Gusmão Coelho. - - 2026.
167 f.

Orientador(a): Profa. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Área de Concentração em Saúde Pública, Jequié, 2026.
Inclui referências.

1. Violência no trabalho. 2. Agentes Comunitários de Sáude. 3. Representações sociais. I. Rodrigues, Vanda Palmarella. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. III. Título.

CDD 302

Catalogação na fonte: Bibliotecária Eridiana Souza Silva - CRB-5/2129
UESB - Campus Jequié/BA

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Recredenciada pelo Decreto Estadual Nº 16.825 de 04 de julho de 2016
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DA TESE DE DOUTORADO

COELHO, Jamilly Gusmão. "Tecendo vozes silenciadas: Representações Sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho". Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié-Bahia.

BANCA EXAMINADORA

gov.br Documento assinado digitalmente
VANDA PALMARELLA RODRIGUES
Data: 30/07/2026 14:23:20-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

gov.br Documento assinado digitalmente
LUIZ CARLOS FADEL DE VASCONCELLOS
Data: 04/08/2026 16:08:41-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Programa de Doutorado Profissional da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Ministério da Saúde (MS)

gov.br Documento assinado digitalmente
CLEUMA SUELI SANTOS SUTO
Data: 30/07/2026 16:51:32-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Dra. Cleuma Sueli Santos Suto
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidar em Saúde (PPGCCS) - Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

gov.br Documento assinado digitalmente
MARGARET OLINDA DE SOUZA CARVALHO
Data: 30/07/2026 18:44:29-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Dra. Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira
Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) - Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)

gov.br Documento assinado digitalmente
JULIANA COSTA MACHADO
Data: 30/07/2026 14:28:28-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Dra. Juliana Costa Machado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Jequié - BA, 30 de julho de 2026

Aos Agentes Comunitários de Saúde, protagonistas desta pesquisa.

Que suas vozes, tantas vezes silenciadas, encontrem nestas páginas um espaço de reconhecimento, respeito e valorização. Esta tese é dedicada a vocês, que cuidam da saúde da população mesmo diante dos desafios, sofrimentos e adversidades do cotidiano.

A vocês, todo o meu respeito e admiração!

Agradecimentos

À **Deus**, toda honra e toda glória. Obrigada por sua infinita bondade, misericórdia e fidelidade. Ao longo desta caminhada, o Senhor sempre me deu mais do que eu pedi e sonhei. Nos momentos de cansaço, incerteza e fragilidade, foi a Sua mão que me sustentou. Nada do que vivi até aqui teria sido possível sem a Sua presença constante, guiando meus passos, abrindo caminhos e renovando minhas forças. Obrigada por cada cuidado, cada provisão e cada vitória.

Ao meu marido, **Gabriel**, meu amor, meu porto seguro e meu maior incentivador. Você acreditou neste sonho antes mesmo de mim. Desde a inscrição para a seleção do doutorado, esteve ao meu lado em cada etapa dessa jornada. Quantas vezes abriu mão dos seus compromissos e do seu trabalho para me levar pelas estradas rumo às aulas, aos encontros e aos compromissos acadêmicos. Quantas vezes suportou minha ausência, acolheu minhas angústias, fortaleceu minhas fraquezas e comemorou minhas conquistas como se fossem suas. Você foi apoio, estímulo, abraço, ombro amigo, compreensão e força. Nos momentos em que pensei que não conseguiria, você me lembrou do motivo pelo qual eu havia começado. Esta tese também é sua, porque sem você eu não teria conseguido chegar até aqui. Meu amor, minha gratidão por sua vida jamais poderá ser traduzida em palavras.

Aos meus filhos, **Malu, João, Vitor, Gabriel e Edu**, razão maior da minha existência. Quando iniciei esta caminhada, éramos cinco; durante o doutorado, Deus nos presenteou com mais dois amores e nossa família cresceu. Vocês compreenderam minhas ausências, meus dias corridos, minhas noites de estudo e os momentos em que precisei dividir meu tempo entre a maternidade, o trabalho e a pesquisa. Foram minha motivação diária, minha inspiração e minha força. Em muitos momentos, quando pensei que não conseguiria continuar, bastava olhar para vocês para encontrar coragem para seguir. Tudo o que faço é por vocês e para vocês.

À minha mãe, **Sônia**, meu maior exemplo de força, coragem e determinação. Mãe, foi você quem me ensinou a acreditar nos meus sonhos, a ocupar os espaços que desejo e a compreender que não existem limites para uma mulher que decide seguir em frente. Com você aprendi que desistir nunca foi uma opção e que a perseverança é capaz de nos conduzir aos lugares mais improváveis. Obrigada por cada incentivo, cada oração, cada palavra de encorajamento e por todo o amor que me ofereceu ao longo da vida. Muito do que sou hoje carrega a marca dos seus ensinamentos.

À minha irmã, **Filha (Micheline)**, minha metade. Você é a parte de mim que existe fora de mim. Como sou feliz por ter você na minha vida. Obrigada por ser companhia, apoio, cumplicidade e refúgio. Obrigada por dividir comigo alegrias, medos, sonhos e segredos. Há coisas que ninguém mais no mundo poderia compreender como você compreende. Sua existência é um dos maiores presentes que Deus me deu.

Aos meus sogros, **Cristoval e Ivanete**, e à minha cunhada, **Francine**, minha sincera gratidão pelo carinho, apoio e presença constante ao longo desta jornada. Obrigada pelas orações, pelo cuidado com meus filhos, pelo acolhimento e por estarem ao nosso lado. O amor, a dedicação e o suporte que ofereceram à nossa família foram fundamentais para que eu pudesse seguir e concluir esta etapa tão importante da minha vida.

À minha orientadora, **Prof.ª Drª. Vanda Palmarella Rodrigues**. É difícil traduzir em palavras tudo o que sua presença representou nesta trajetória. Desde o início encontrei acolhimento, compreensão, cuidado e compromisso com a excelência. Sua forma de conduzir o processo de orientação, sempre respeitosa e cuidadosa, fez de mim uma pesquisadora melhor. Muitas vezes pensei que não estava à altura da orientadora que tive, pois você merece os alunos mais dedicados e brilhantes, e diversas situações me impediram de ser essa aluna. Guardo profunda admiração, respeito e gratidão pela profissional e ser humano que é. Sua trajetória inspira e transforma vidas, e sou privilegiada por ter sido uma delas.

Ao **Prof. Dr. Fadel Vasconcellos**, meu orientador de mestrado. Conviver com você foi uma das experiências mais marcantes da minha formação. Sua gentileza, sensibilidade, generosidade e afeto deixaram marcas profundas em minha trajetória acadêmica e pessoal. Gratidão pela confiança, pelos ensinamentos e pela honra de compartilhar novamente este momento tão importante da minha vida.

À **Prof.ª Dr.ª Juliana Costa Machado**, referência para mim nos estudos das Representações Sociais. Seu conhecimento, sua competência e sua dedicação à pesquisa sempre despertaram minha admiração. Obrigada pelos ensinamentos compartilhados ao longo do doutorado e pelas contribuições fundamentais para minha formação.

À **Prof.ª Dr.ª Cleuma Sueli** e à **Prof.ª Dr.ª Margaret Olinda**, por aceitarem prontamente e com gentileza o convite para compor minha banca examinadora. Agradeço pela disponibilidade em contribuir com a avaliação deste trabalho e por compartilharem seus conhecimentos e experiência neste momento tão importante da minha trajetória acadêmica.

Ao meu querido **tio, Quito**, por todo o carinho, cuidado e generosidade ao longo desta caminhada. Sua disponibilidade em me levar para assistir às aulas e, pacientemente, permanecer me esperando, muitas vezes dentro do carro até o término de cada encontro, foi uma demonstração silenciosa de amor e apoio que jamais esquecerei. Sua presença tornou essa jornada mais leve e possível. Tenho por você um profundo respeito e admiração. Muito obrigada por caminhar ao meu lado.

À minha amiga **Bárbara Cabral**, companheira de vida e de trabalho. Nossos caminhos se cruzaram novamente em um momento decisivo desta trajetória, e sua presença foi fundamental na reta final desta tese. Obrigada pelo apoio, pela escuta, pelo incentivo e pela amizade que ultrapassa os limites do trabalho.

À **Mari**, que cuidou dos meus gêmeos com amor, dedicação e responsabilidade. Sua ajuda foi fundamental para que eu pudesse escrever esta tese. Em muitos momentos, enquanto eu estudava e escrevia, você assumiu o cuidado dos meus bebês com carinho e zelo. Minha eterna gratidão por tudo o que fez por nossa família.

Ao **Grupo Elite — Geraldo, Maycon, Heliaby e Mariane —**, amigos que a docência me presenteou. Obrigada pela amizade, parceria, incentivo, apoio e compreensão ao longo desta caminhada. Compartilhar parte dessa trajetória com vocês tornou tudo mais leve e divertido.

Aos **profissionais da Secretaria Municipal de Saúde**, pelo apoio, acolhimento, organização e viabilização das etapas de coleta de dados. Meu agradecimento pelo suporte institucional e pela colaboração com o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos **Agentes Comunitários de Saúde** que participaram deste estudo, minha mais profunda gratidão. Obrigada por compartilharem suas histórias, experiências, sentimentos e reflexões. Esta tese só existe porque vocês aceitaram tornar visíveis vozes que muitas vezes permanecem silenciadas. Espero que este trabalho contribua para ampliar o reconhecimento, a valorização e o cuidado com aqueles que diariamente cuidam da saúde da população.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**, minha gratidão pelo compromisso, seriedade e excelência com que conduzem este Programa. Obrigada pelos conhecimentos compartilhados, pelas reflexões provocadas, pelo incentivo à pesquisa e pela contribuição fundamental para minha formação acadêmica, profissional e humana.

COELHO, Jamilly Gusmão. **Tecendo vozes silenciadas**: representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho. 2026. 167f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2026.

RESUMO

A violência no trabalho constitui um fenômeno complexo e multifatorial, com importantes repercussões para os trabalhadores da saúde e para a organização dos serviços. Entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), características do processo de trabalho e da inserção nos serviços e territórios podem produzir diferentes condições de exposição à violência, relacionadas a dimensões individuais, sociais e programáticas, com repercussões sobre sua saúde e suas práticas profissionais. Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo geral analisar as representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho e, como objetivos específicos, identificar o núcleo central das representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho; compreender os significados e sentimentos que emergem dessas representações; e apreender como as representações sociais construídas pelos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho repercutem em suas práticas profissionais. Trata-se de estudo multimétodos, descritivo e exploratório, de abordagem quali-quantitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, em suas abordagens estrutural e processual, realizado em seis Unidades de Saúde da Família da zona urbana de um município do interior da Bahia, Brasil. A coleta de dados ocorreu em três etapas, entre setembro de 2025 e fevereiro de 2026. Na primeira, participaram 102 ACSs, que responderam à técnica de evocação livre de palavras a partir do termo indutor "violência no trabalho" e a um questionário sociodemográfico. Na segunda, 66 ACSs participaram dos testes de centralidade *choix-par-bloc*, constituição de pares de palavras e *mise-en-cause*. Na terceira, 38 ACSs participaram de grupos focais. As evocações livres foram processadas no *software* EVOC 2005, por meio da análise prototípica, seguida da análise de similitude por coocorrência. Os testes de centralidade foram analisados segundo os procedimentos específicos do *choix-par-bloc*, da constituição de pares de palavras e do *mise-en-cause*. Os dados dos grupos focais foram processados no *software* IRAMUTEQ por meio da Classificação Hierárquica Descendente. A estrutura representacional da violência no trabalho organizou-se em torno dos cognemas *desrespeito* e *pressão psicológica*, confirmados como elementos centrais da representação. A análise processual originou dois eixos temáticos. O primeiro, denominado violência estrutural, subjetiva e simbólica no trabalho dos ACSs, reuniu significados relacionados ao sofrimento psíquico, à violência organizacional, à sobrecarga, à desvalorização profissional e às fragilidades do suporte institucional, associados a sentimentos de medo, ansiedade, tristeza, frustração, impotência e desgaste emocional. O segundo eixo, violência territorial, relacional e práticas profissionais dos ACSs, reuniu conflitos relacionados ao acesso aos serviços de saúde, experiências de violência interpessoal no território e situações de exposição durante as visitas domiciliares. Os resultados demonstraram que as representações sociais da violência no trabalho articulam dimensões cognitivas, afetivas, normativas, identitárias e práticas, sendo construídas a partir das experiências cotidianas dos ACSs e repercutindo em suas formas de interpretar e agir diante das situações vivenciadas. Entre essas repercussões, destacaram-se mudanças na circulação pelo território e na realização das visitas domiciliares, além da adoção de estratégias de mediação, enfrentamento e autoproteção. Conclui-se que a violência no trabalho constitui fenômeno complexo, relacionado a fatores estruturais, institucionais, relacionais e territoriais, cujos significados e sentimentos repercutem na saúde mental e nas práticas profissionais dos ACSs. Os achados ampliam a compreensão da violência no trabalho na

Atenção Primária à Saúde e reforçam a necessidade de estratégias institucionais de proteção, valorização, suporte psicossocial e promoção da saúde desses trabalhadores.
Palavras-chave: Violência no Trabalho; Agentes Comunitários de Saúde; Representações Sociais.

COELHO, Jamilly Gusmão. **Weaving silenced voices:** social representations of Community Health Workers regarding workplace violence**.** 2026. 167 leaves. Thesis (Doctorate in Nursing and Health) – Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié, Bahia, Brazil, 2026.

ABSTRACT

Workplace violence is a complex and multifactorial phenomenon with significant repercussions for healthcare workers and the organization of health services. Among Community Health Workers (CHWs), characteristics of the work process and their integration into health services and territories may create different conditions of exposure to violence related to individual, social, and programmatic dimensions, with repercussions for their health and professional practices. From this perspective, the general objective of this study was to analyze the social representations of Community Health Workers regarding workplace violence. The specific objectives were to identify the central core of Community Health Workers' social representations of workplace violence; understand the meanings and feelings emerging from these representations; and apprehend how the social representations of workplace violence constructed by Community Health Workers affect their professional practices. This was a descriptive and exploratory multimethod study with a qualitative and quantitative approach, grounded in Social Representations Theory and its structural and processual approaches, conducted in six Family Health Units located in the urban area of a municipality in the interior of Bahia, Brazil. Data collection was carried out in three stages between September 2025 and February 2026. In the first stage, 102 CHWs participated by completing a free word association task based on the inductive term "workplace violence" and a sociodemographic questionnaire. In the second stage, 66 CHWs participated in the *choix-par-bloc*, word-pair constitution, and *mise-en-cause* centrality tests. In the third stage, 38 CHWs participated in focus groups. Free associations were processed using EVOC 2005 software through prototypical analysis, followed by co-occurrence similarity analysis. The centrality tests were analyzed according to the specific procedures of the *choix-par-bloc*, word-pair constitution, and *mise-en-cause* techniques. Focus group data were processed using IRAMUTEQ software through Descending Hierarchical Classification. The representational structure of workplace violence was organized around the cognemes *disrespect* and *psychological pressure*, which were confirmed as central elements of the representation. The processual analysis yielded two thematic axes. The first, entitled structural, subjective, and symbolic violence in CHWs' work, encompassed meanings related to psychological distress, organizational violence, work overload, professional devaluation, and weaknesses in institutional support, associated with feelings of fear, anxiety, sadness, frustration, helplessness, and emotional exhaustion. The second axis, territorial and relational violence and CHWs' professional practices, encompassed conflicts related to access to health services, experiences of interpersonal violence in the territory, and situations of exposure during home visits. The results demonstrated that social representations of workplace violence articulate cognitive, affective, normative, identity-related, and practical dimensions, being constructed from CHWs' everyday experiences and influencing how they interpret and respond to the situations they encounter. These repercussions included changes in how CHWs move through the territory and conduct home visits, as well as the adoption of mediation, coping, and self-protection strategies. It is concluded that workplace violence is a complex phenomenon related to structural, institutional, relational, and territorial factors, whose meanings and associated feelings have repercussions for CHWs' mental health and professional practices. The findings broaden the understanding of workplace violence in Primary Health Care and

reinforce the need for institutional strategies aimed at protecting and valuing these workers, providing psychosocial support, and promoting their health.
Keywords: Workplace Violence; Community Health Workers; Social Representations.

COELHO, Jamilly Gusmão. Tejiendo voces silenciadas: representaciones sociales de los Agentes Comunitarios de Salud sobre la violencia laboral. 2026. 167 p. Tesis (Doctorado en Enfermería y Salud) – Programa de Posgrado en Enfermería y Salud, Universidad Estatal del Suroeste de Bahía, Jequié, Bahía, Brasil, 2026.

RESUMEN

La violencia laboral constituye un fenómeno complejo y multifactorial, con importantes repercusiones para los trabajadores de la salud y para la organización de los servicios. Entre los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), las características del proceso de trabajo y de su inserción en los servicios y territorios pueden generar diferentes condiciones de exposición a la violencia, relacionadas con dimensiones individuales, sociales y programáticas, con repercusiones en su salud y en sus prácticas profesionales. Desde esta perspectiva, el objetivo general de este estudio fue analizar las representaciones sociales de los Agentes Comunitarios de Salud sobre la violencia laboral. Los objetivos específicos fueron identificar el núcleo central de las representaciones sociales de los Agentes Comunitarios de Salud sobre la violencia laboral; comprender los significados y sentimientos que emergen de estas representaciones; y aprehender cómo las representaciones sociales construidas por los Agentes Comunitarios de Salud sobre la violencia laboral repercuten en sus prácticas profesionales. Se trata de un estudio multimétodo, descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo-cuantitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, en sus enfoques estructural y procesual, realizado en seis Unidades de Salud de la Familia ubicadas en la zona urbana de un municipio del interior de Bahía, Brasil. La recolección de datos se realizó en tres etapas, entre septiembre de 2025 y febrero de 2026. En la primera etapa participaron 102 ACS, quienes respondieron a la técnica de evocación libre de palabras a partir del término inductor “violencia laboral” y a un cuestionario sociodemográfico. En la segunda etapa, 66 ACS participaron en las pruebas de centralidad *choix-par-bloc,* constitución de pares de palabras y *mise-en-cause*. En la tercera etapa, 38 ACS participaron en grupos focales. Las evocaciones libres fueron procesadas mediante el software EVOC 2005, a través del análisis prototípico, seguido del análisis de similitud por coocurrencia. Las pruebas de centralidad fueron analizadas según los procedimientos específicos del *choix-par-bloc*, de la constitución de pares de palabras y del *mise-en-cause*. Los datos de los grupos focales fueron procesados mediante el software IRAMUTEQ a través de la Clasificación Jerárquica Descendente. La estructura representacional de la violencia laboral se organizó en torno a los cognemas *falta de respeto* y *presión psicológica,* confirmados como elementos centrales de la representación. El análisis procesual originó dos ejes temáticos. El primero, denominado violencia estructural, subjetiva y simbólica en el trabajo de los ACS, reunió significados relacionados con el sufrimiento psíquico, la violencia organizacional, la sobrecarga laboral, la desvalorización profesional y las debilidades del apoyo institucional, asociados con sentimientos de miedo, ansiedad, tristeza, frustración, impotencia y desgaste emocional. El segundo eje, violencia territorial y relacional y prácticas profesionales de los ACS, reunió conflictos relacionados con el acceso a los servicios de salud, experiencias de violencia interpersonal en el territorio y situaciones de exposición durante las visitas domiciliarias. Los resultados demostraron que las representaciones sociales de la violencia laboral articulan dimensiones cognitivas, afectivas, normativas, identitarias y prácticas, y se construyen a partir de las experiencias cotidianas de los ACS, repercutiendo en sus formas de interpretar y actuar ante las situaciones vivenciadas. Entre estas repercusiones, se destacaron los cambios en la circulación por el territorio y en la realización de las visitas domiciliarias, así como la adopción de estrategias de mediación, afrontamiento y autoprotección. Se concluye que la violencia laboral constituye un fenómeno complejo, relacionado con factores estructurales,

institucionales, relacionales y territoriales, cuyos significados y sentimientos repercuten en la salud mental y en las prácticas profesionales de los ACS. Los hallazgos amplían la comprensión de la violencia laboral en la Atención Primaria de Salud y refuerzan la necesidad de estrategias institucionales de protección, valorización, apoyo psicosocial y promoción de la salud de estos trabajadores.
Palabras clave: Violencia Laboral; Agentes Comunitarios de Salud; Representaciones Sociales.

Lista de Quadros

Quadro 1 - Síntese das etapas metodológicas do estudo e potenciais resultados. 68

MANUNSCRITO 1

Quadro 1 – Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos agentes comunitários de saúde frente ao termo indutor “violência no trabalho”. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2026. (n=102) 77

Quadro 2 – Distribuição das respostas dos elementos do *mise-en-cause* para o termo indutor “violência no trabalho”. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2026. (n=66) 83

Quadro 3 – Síntese dos resultados da análise estrutural das representações sociais da violência no trabalho para os Agentes Comunitários de Saúde. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2026. 84

Lista de Figuras

MANUSCRITO 1

Figura 1 - Árvore de similitude por coocorrência das evocações dos Agentes Comunitários de Saúde frente ao termo indutor "violência no trabalho". Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2026. (n=97) 78

Figura 2 – Árvore máxima de similitude a partir do *choix-par-bloc* para os elementos do termo "violência no trabalho". Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2026. (n=66) 80

Figura 3 – Árvore máxima de similitude por pares de palavras para os elementos do termo indutor "violência no trabalho". Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2026. (n=66) 82

MANUSCRITO 2

Figura 1 - Distribuição das classes temáticas do Eixo 1 – Violência estrutural, subjetiva e simbólica no trabalho dos ACSs, segundo a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2026. 101

MANUSCRITO 3

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. 118

Lista de Siglas

ACSs - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

ESF - Estratégia Saúde da Família

FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública

CHVC – Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IRAMUTEQ - *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PDR - Plano Diretor de Regionalização

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS - Teoria das Representações Sociais

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 20
1 INTRODUÇÃO 22
2 REVISÃO DE LITERATURA 27
2.1 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Âmbito da APS 28
2.2 Violência no Trabalho 33
2.3 Violência no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde 39
2.4 Violência no Trabalho e a Teoria das Representações Sociais 42
3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS 45
3.1 Abordagens Processual, Estrutural e Societal da TRS 46
3.2 Abordagem Processual e a Influência da Cultura e da História 46
3.3 Abordagem Estrutural: a Teoria do Núcleo Central 48
3.4 Abordagem Societal 50
3.5 Articulação entre o Senso Comum, o Conhecimento Científico e sua Interface nas Práticas dos Profissionais de Saúde 51
4 PSICODINÂMICA DO TRABALHO E ESTRATÉGIAS DE DEFESA 52
4.1 Aproximações com o trabalho dos ACSs 54
4.2 Articulação com a Teoria das Representações Sociais 55
5 ASPECTOS METODOLÓGICOS 57
5.1 Tipo de Pesquisa 57
5.2 Local da Pesquisa 57
5.3 Participantes da Pesquisa 59
5.4 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados 59
5.4.1 Primeira etapa: evocações livres e caracterização dos participantes 60
5.4.2 Segunda etapa: testes de centralidade 60
5.4.3 Terceira etapa: grupo focal 61
5.5 Aspectos Éticos 62
5.6 Análise dos Dados 63
5.6.1 Primeira etapa: análise das evocações livres de palavras 63
5.6.2 Segunda etapa: análise dos testes de centralidade 64
5.6.3 Terceira etapa: análise dos grupos focais 66
5.6.4 Integração dos resultados 67
5.7 Declaração de uso de inteligência artificial 68
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO 69
6.1 Manuscrito 1 70
6.2 Manuscrito 2 96

6.3 Manuscrito 3 114
7 TRIANGULAÇÃO DOS RESULTADOS 134
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 139
REFERÊNCIAS 142
APÊNDICE A – Evocação Livre de Palavras 151
APÊNDICE B - Questionário de Caracterização dos Participantes 152
APÊNDICE C – Instrumento *Choix-par-bloc* 153
APÊNDICE D - Instrumento do Teste Constituição de Pares de Palavras 154
APÊNDICE E - Instrumento do *Mise-en-cause* 155
APÊNDICE F – Roteiro para grupo focal 156
APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 158
ANEXO A – Parecer consubstancido do CEP-UESB 163
ANEXO B – Ofício da secretaria municipal de saúde autorizando a coleta de dados nas USF. 167

APRESENTAÇÃO

Esta tese nasce da minha trajetória profissional na Atenção Primária à Saúde (APS), na Saúde do Trabalhador, na docência e na gestão do Sistema Único de Saúde, espaços que me permitiram conhecer diferentes dimensões do trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e, sobretudo, refletir sobre os desafios, sofrimentos e invisibilidades que atravessam o cotidiano desses trabalhadores.

Meu interesse pelo tema surgiu inicialmente durante minha atuação como coordenadora do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do município de Vitória da Conquista, Bahia. Nesse período, tive a oportunidade de acompanhar situações relacionadas ao adoecimento de trabalhadores e às repercussões das condições de trabalho sobre sua saúde física e mental. Entre os diferentes grupos profissionais acompanhados, chamava atenção a realidade dos ACSs, trabalhadores que exercem papel fundamental na consolidação da APS e na aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade.

Posteriormente, durante minha atuação como enfermeira de uma Equipe de Saúde da Família (ESF), vivenciei de forma ainda mais próxima a dinâmica do processo de trabalho desses profissionais. Acompanhando suas atividades e exercendo a supervisão de seu trabalho, presenciei inúmeras situações em que a violência presente nos territórios interferia diretamente na realização das ações de saúde. Em diversas ocasiões, visitas domiciliares deixaram de ser realizadas, atividades precisaram ser suspensas e profissionais foram expostos a ameaças, conflitos comunitários e situações de insegurança que comprometiam tanto o cuidado prestado quanto sua própria integridade física e emocional.

Além da violência presente nos territórios, também observei conflitos e situações de sofrimento produzidas no interior dos próprios serviços de saúde, evidenciando que a violência no trabalho ultrapassa episódios de agressão física e se manifesta de formas diversas, incluindo relações marcadas por desrespeito, pressões institucionais, sobrecarga, desvalorização profissional e fragilidades no suporte oferecido aos trabalhadores. Essas experiências despertaram em mim inúmeras inquietações sobre os impactos desse fenômeno na vida e no trabalho dos ACSs.

Outro momento marcante em minha trajetória ocorreu durante a realização da pesquisa de mestrado, cujo objeto de estudo foi a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Durante a coleta de dados, ao ouvir os ACSs relatarem suas experiências de trabalho, uma fala em especial permaneceu comigo: muitos afirmavam que ninguém havia parado para ouvi-los daquela forma ou para perguntar sobre suas próprias necessidades e condições de trabalho.

Mais do que trabalhadores responsáveis por cuidar da saúde das famílias, eles demonstravam sentir-se invisíveis enquanto sujeitos que também necessitam de cuidado, proteção e reconhecimento.

Essa percepção produziu reflexão sobre o lugar ocupado pelos ACSs no sistema de saúde. Embora sejam profissionais essenciais para a organização da Atenção Primária, para a construção de vínculos com a comunidade e para a efetivação das ações de promoção da saúde, frequentemente permanecem à margem das discussões sobre Saúde do Trabalhador, sendo vistos prioritariamente como cuidadores e raramente como trabalhadores expostos a riscos, sofrimento e adoecimento.

Minha atuação como docente do curso de Medicina também contribuiu significativamente para a construção deste objeto de estudo. Ao acompanhar atividades práticas desenvolvidas nos territórios de atuação das equipes de Saúde da Família, pude observar, sob diferentes perspectivas, os desafios enfrentados pelos ACSs no cotidiano. A convivência com estudantes, profissionais e comunidades permitiu ampliar minha compreensão sobre a complexidade do trabalho realizado por esses trabalhadores, bem como sobre os conflitos, tensões e formas de violência presentes em sua prática diária.

Foi nesse percurso, marcado pela gestão, assistência, pesquisa e docência, que surgiu o desejo de compreender como os ACSs representam a violência em seu trabalho e de que forma essas representações influenciam suas práticas profissionais. Mais do que investigar um fenômeno relacionado ao trabalho, esta tese buscou dar visibilidade às vozes daqueles que, muitas vezes, permanecem silenciados em suas demandas, sofrimentos e necessidades de cuidado em suas atividades laborais.

Assim, ao longo desta pesquisa, procurei tecer, junto aos ACSs participantes, uma narrativa que permitisse compreender os significados atribuídos à violência no trabalho, reconhecendo que suas experiências não se restringem a episódios isolados, mas refletem processos sociais, institucionais e territoriais que atravessam o cotidiano da APS e os vulnerabilizam individual, social e programaticamente. Espero que este estudo contribua para ampliar o debate sobre a saúde desses trabalhadores, fortalecer políticas de proteção e valorização profissional e reafirmar a necessidade de cuidar daqueles que, diariamente, cuidam da saúde da população.

1 INTRODUÇÃO

A violência no trabalho constitui um problema relevante para a saúde dos trabalhadores, especialmente no setor saúde, em razão das características do processo de trabalho e da interação contínua com usuários, familiares, equipes e instituições. Vieira (2023) compreende a violência relacionada ao trabalho como fenômeno complexo e multidimensional, que não se restringe às agressões físicas ou aos episódios interpessoais, mas abrange também manifestações decorrentes das condições e da organização do trabalho e das relações de poder presentes nos contextos laborais. Nessa perspectiva, sua compreensão requer considerar dimensões estruturais e interseccionais relacionadas à classe, raça e gênero, que podem influenciar as formas de exposição, sofrimento e adoecimento dos trabalhadores.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2003) compreende a violência no trabalho como ações, eventos ou comportamentos relacionados ao exercício profissional capazes de produzir danos físicos ou psicológicos. Vieira (2023) amplia essa compreensão ao distinguir, didaticamente, a violência decorrente das condições e da organização do processo laboral daquela manifestada por comportamentos violentos praticados por pessoas externas ou internas ao trabalho, como usuários, pacientes, colegas e outros sujeitos vinculados às relações profissionais. Essas dimensões, entretanto, não são independentes, pois as próprias condições em que o trabalho é organizado e realizado podem favorecer ou produzir situações de violência.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a violência no trabalho apresenta particularidades decorrentes da própria organização do cuidado. Yusoff *et al.* (2023) destacam que a prestação de assistência diretamente nas comunidades e a interação frequente com usuários e familiares, associadas à insuficiência de profissionais, aumento das responsabilidades, dificuldades de acesso, longos períodos de espera e problemas nos sistemas de referência, podem intensificar tensões e favorecer episódios de violência. Tyau; Swedish; Perez (2024) corroboram essa compreensão ao demonstrarem que o fenômeno na APS resulta da interação entre fatores relacionados aos usuários, aos profissionais, às situações de atendimento e à organização dos serviços, incluindo sobrecarga, insuficiência de pessoal e limitação de recursos.

A magnitude desse problema foi evidenciada por Yusoff *et al*. (2023), em revisão sistemática de 23 estudos realizados em diferentes países, na qual as prevalências de violência no trabalho na APS variaram entre 45,6% e 90%, com predomínio do abuso verbal. Os autores identificaram fatores predisponentes relacionados aos indivíduos, às comunidades e ao

ambiente de trabalho, além de repercussões negativas para trabalhadores e organizações e importante subnotificação dos episódios. De forma convergente, Pradenas-Cárcamo; Klijn-Paravic (2025) identificaram predomínio da violência verbal e fatores individuais, estruturais e organizacionais associados ao fenômeno, com consequências psicológicas e organizacionais, como ansiedade, sentimentos de culpa, absenteísmo e rotatividade.

Nesse contexto inserem-se os Agentes Comunitários de Saúde, cuja atuação apresenta características singulares no âmbito da APS. Yusoff *et al.* (2023) reconhecem os trabalhadores comunitários como integrantes das equipes de Atenção Primária em diferentes contextos internacionais. No Brasil, Almeida; Peres; Fonseca (2019) e Medeiros *et al.* (2020) destacam que os ACSs desenvolvem parcela expressiva de suas atividades nos territórios, realizam visitas domiciliares e mantêm contato contínuo com usuários e famílias, ocupando uma posição de proximidade entre os serviços de saúde e as comunidades.

Essa inserção territorial produz formas particulares de exposição à violência. A atuação em territórios marcados por vulnerabilidades sociais, violência urbana, tráfico de drogas e outras formas de criminalidade pode expor os ACSs a ameaças, intimidações e situações de insegurança durante o exercício profissional. Essa condição torna-se ainda mais complexa quando esses trabalhadores residem nas comunidades em que atuam, aproximando os espaços de trabalho e de vida cotidiana (Almeida; Peres; Fonseca, 2019; Medeiros *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a vulnerabilidade não deve ser compreendida como atributo individual ou como sinônimo de risco, mas a partir das condições concretas que produzem diferentes possibilidades de exposição e de resposta às situações vivenciadas. O conceito articula as dimensões individual, social e programática, considerando as relações de poder, as estruturas institucionais e os contextos sociais nos quais os sujeitos estão inseridos. Essa perspectiva contribui para compreender que a exposição dos ACSs à violência no trabalho resulta da articulação entre características de sua inserção territorial, condições sociais e organização dos serviços, bem como dos recursos disponíveis para sua proteção e enfrentamento (Ayres, 2022).

Entretanto, a violência vivenciada pelos ACSs não pode ser compreendida exclusivamente a partir das características dos territórios ou das relações estabelecidas com usuários e familiares. Vieira (2023) destaca que a violência relacionada ao trabalho também pode decorrer das condições e da organização do processo laboral, expressando-se por meio da insuficiência de recursos, de ambientes inadequados ou inseguros, da sobrecarga, das formas de gestão, das relações hierárquicas e dos conflitos institucionais. Essa compreensão

aproxima-se da perspectiva interseccional discutida por Collins (2022), ao reconhecer que diferentes relações de poder e desigualdade não operam de forma isolada. Raça, gênero e classe, entre outros marcadores sociais, articulam-se e podem produzir experiências distintas de exposição, subalternidade e violência. Desse modo, a perspectiva interseccional contribui para compreender que as experiências de violência no trabalho entre os ACSs não são homogêneas, mas atravessadas pelas posições sociais ocupadas pelos trabalhadores e pelas relações de poder presentes nos contextos em que vivem e trabalham.

Almeida; Peres; Fonseca (2019), Medeiros *et al*. (2020) e Vieira-Meyer (2023) apontam consequências da violência para a saúde mental e para o cotidiano laboral dos ACSs. Yusoff *et al.* (2023) e Tyau; Swedish; Perez (2024), ao analisarem trabalhadores da APS, também identificaram efeitos sobre o bem-estar psicológico, a satisfação e o desempenho profissional, além de repercussões para o absenteísmo, a permanência nos serviços e a qualidade do cuidado.

Neste sentido, as experiências de violência no trabalho, além de repercutirem sobre a saúde e o cotidiano laboral dos ACSs, podem influenciar a forma como esses trabalhadores interpretam as situações vivenciadas e conduzem suas práticas profissionais. Nesse sentido, compreender a violência apenas a partir de sua ocorrência, de suas manifestações ou de suas consequências não permite apreender os significados construídos pelos trabalhadores diante dessas experiências. Moscovici (2012) assinala que os sujeitos constroem conhecimentos sobre os fenômenos que integram sua realidade a partir das interações e experiências compartilhadas socialmente, os quais participam da interpretação dessa realidade e da orientação de suas condutas.

Sob essa perspectiva, as ações desenvolvidas pelos ACSs podem ser influenciadas pelas representações sociais que esses trabalhadores elaboram acerca da violência no trabalho. Desenvolvida por Moscovici (2012), a Teoria das Representações Sociais (TRS) compreende as representações sociais como formas de conhecimento constituídas por pensamentos, ideias e crenças produzidos nas interações sociais e compartilhados pelos grupos. Essas representações são dinâmicas, participam da interpretação da realidade e podem se transformar ao longo do tempo.

É nessa articulação entre as experiências de violência, os significados construídos pelos trabalhadores e suas práticas que se situa o objeto desta tese: as representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho. A escolha desse objeto possibilita compreender não apenas como os ACSs reconhecem e significam as diferentes manifestações da violência presentes em seu cotidiano laboral, mas também como esses

sentidos se relacionam com as práticas desenvolvidas diante das situações vivenciadas, considerando as especificidades de sua inserção nos serviços de saúde e nos territórios (Moscovici, 2012; Sá, 2002).

Nessa perspectiva, Sá (2002) destaca que as representações sociais são construídas na relação entre o sujeito, o grupo, o objeto representado e o contexto social no qual essas relações se estabelecem. Sá (1998) acrescenta que os significados compartilhados podem contribuir tanto para o reconhecimento e o enfrentamento de determinado fenômeno quanto para sua naturalização, aceitação ou silenciamento. Assim, compreender como os ACSs significam a violência no trabalho pode contribuir para identificar como essas representações se relacionam às estratégias de enfrentamento, proteção e reorganização das práticas desenvolvidas nos serviços e nos territórios.

Apesar dos avanços na produção científica internacional, Yusoff *et al*. (2023), Tyau, Swedish; Perez (2024) e Pradenas-Cárcamo; Klijn-Paravic (2025) demonstraram que os estudos sobre violência no trabalho na APS têm se concentrado principalmente na prevalência e nas tipologias da violência, nos fatores associados, nas consequências e nas estratégias de prevenção ou enfrentamento. Embora essas investigações evidenciem a magnitude e a complexidade do fenômeno, seus enfoques predominantes indicam a necessidade de ampliar a compreensão acerca dos sentidos construídos pelos próprios trabalhadores sobre as experiências de violência vivenciadas em seus contextos laborais.

No cenário brasileiro, observa-se tendência semelhante. Sturbelle *et al*. (2019), em estudo realizado com trabalhadores de Unidades de Saúde da Família (USFs), incluindo ACSs, investigaram a prevalência da violência e sua relação com as condições e a organização do trabalho, identificando exposição de 69,8% dos participantes. Duarte, Camargo e Soares (2023), abordaram as formas de violência vivenciadas por profissionais de enfermagem da ESF, suas repercussões e medidas de prevenção, destacando a agressão verbal, o medo, o desânimo e as atitudes defensivas entre os achados. Mais recentemente, Olímpio *et al*. (2025) analisaram a prevalência, os tipos, os trabalhadores vitimados e os perpetradores da violência laboral na Saúde da Família, identificando ocorrência de violência em 49% dos profissionais investigados e predomínio da agressão verbal.

Assim, embora a produção nacional e internacional tenha ampliado o conhecimento sobre a ocorrência e as manifestações da violência no trabalho na APS, permanece pertinente aprofundar a compreensão de como os ACSs constroem e compartilham significados sobre esse fenômeno e como essas representações repercutem em suas práticas profissionais.

Diante dessa lacuna, Moscovici (2012) e Sá (2002) oferecem fundamentos para investigar a violência no trabalho para além de sua ocorrência objetiva, considerando os conhecimentos e significados produzidos socialmente pelos ACSs e suas relações com as práticas. Compreender suas representações sociais sobre a violência no trabalho pode contribuir para reconhecer manifestações naturalizadas ou pouco visíveis do fenômeno e subsidiar estratégias de proteção, promoção da saúde dos trabalhadores e qualificação das condições e da organização do trabalho.

Neste sentido propõe-se a seguinte questão norteadora: Quais as representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho?

Diante do exposto, são objetivos deste estudo:

Objetivo geral: Analisar as representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho.

Objetivos específicos:

- Identificar o núcleo central das representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho.

- Compreender os significados e sentimentos que emergem das representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho.

- Apreender como as representações sociais construídas pelos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho repercutem em suas práticas profissionais.

Este estudo defende a **Tese** de que as representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho incorporam saberes, conhecimentos, atitudes e emoções que influenciam a forma como esses profissionais organizam e conduzem suas práticas profissionais. Tais representações atravessam as relações estabelecidas no cotidiano de trabalho, envolvendo usuários, familiares, gestores, demais profissionais das equipes de saúde e outros sujeitos presentes nos territórios, e orientam as formas como os ACSs interpretam e respondem às situações de violência vivenciadas. Considerando esse cenário, sustenta-se que essas experiências e os significados a elas atribuídos repercutem nas práticas profissionais dos ACSs e podem produzir implicações para o cuidado, bem como para sua saúde física e mental e qualidade de vida.

A violência no trabalho, portanto, não apenas afeta o desempenho profissional, mas também está intrinsecamente relacionada ao adoecimento desses trabalhadores, evidenciando a necessidade de compreender suas experiências para subsidiar ações de proteção e promoção da saúde no âmbito do trabalho em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi desenvolvida com o propósito de reunir e sistematizar o conhecimento científico relacionado à violência no trabalho no contexto da APS, com especial atenção às experiências dos ACSs. Para subsidiar essa construção, realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), possibilitando a identificação, análise e síntese das evidências disponíveis acerca do fenômeno investigado.

Para a construção da revisão integrativa, utilizou-se a estratégia PICo, acrônimo correspondente a P (População), I (fenômeno de Interesse) e Co (Contexto). O primeiro elemento (P) correspondeu aos Agentes Comunitários de Saúde; o segundo (I), às representações sociais sobre a violência no trabalho; e o terceiro (Co), à Atenção Primária à Saúde. A partir dessa estratégia, estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: Quais as representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho na Atenção Primária à Saúde?

Com base nos elementos definidos pela estratégia PICo, foram estabelecidos os termos que orientaram a busca das publicações, contemplando os eixos relacionados à violência no trabalho, aos ACSs e à APS. Para a composição das estratégias de busca, foram utilizados descritores e seus correspondentes, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, de modo a articular os diferentes componentes da questão norteadora e ampliar a recuperação de estudos relacionados ao objeto investigado.

A busca na literatura foi realizada em diferentes bases de dados e portais de periódicos, com o objetivo de garantir abrangência e relevância das fontes consultadas. Dentre eles, foram utilizados a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), consultada por meio do *PubMed*, e a *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), além da *Scientific Electronic Library Online (*SciELO*)* e do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Essas fontes foram selecionadas em razão de sua credibilidade, da qualidade dos periódicos indexados e da capacidade de reunir publicações nacionais e internacionais relevantes para o tema investigado.

Para a definição da amostra, foram estabelecidos previamente os critérios de elegibilidade. Como critérios de inclusão, foram considerados estudos que abordassem profissionais da APS, com destaque para os ACSs; investigassem situações de violência física, psicológica, verbal, simbólica ou institucional relacionadas ao exercício profissional nesse nível de atenção; e apresentassem delineamentos qualitativos, quantitativos ou mistos

que possibilitassem a análise do fenômeno. Como critérios de exclusão, foram considerados editoriais, documentos institucionais não publicados, assim como estudos desenvolvidos exclusivamente em contextos hospitalares, serviços de urgência e emergência ou outros níveis assistenciais que não contemplassem a APS.

A seleção dos estudos ocorreu de forma sequencial e sistematizada. Inicialmente, os registros recuperados nas fontes consultadas foram organizados e submetidos à identificação e exclusão das duplicatas. Em seguida, realizou-se a leitura dos títulos de todas as publicações identificadas, com exclusão daquelas que não apresentavam relação com a temática investigada. Posteriormente, procedeu-se à leitura dos resumos dos estudos pré-selecionados, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Os artigos considerados potencialmente elegíveis foram então submetidos à leitura na íntegra, com nova verificação de sua adequação à pergunta norteadora e aos critérios de elegibilidade, culminando na definição da amostra final da revisão integrativa.

Após a seleção, procedeu-se à exploração sistemática dos artigos incluídos, com extração, codificação e organização das informações relevantes para responder à questão norteadora. A análise contemplou as características das publicações, os participantes e os contextos investigados, as formas de manifestação da violência no trabalho, os fatores relacionados à sua ocorrência, os significados e experiências associados ao fenômeno e suas repercussões para os trabalhadores e suas práticas profissionais. Posteriormente, realizou-se a análise crítica e comparativa dos estudos, buscando identificar convergências, divergências e lacunas na produção científica. Os achados foram, então, sintetizados, discutidos à luz da literatura pertinente e organizados para apresentação dos resultados da revisão.

Esse percurso permitiu reunir elementos para contextualizar o objeto de estudo e fundamentar teoricamente a investigação. A partir da revisão integrativa e dos referenciais pertinentes ao objeto, a revisão de literatura desta tese foi organizada em quatro tópicos articulados entre si: o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde; a violência no trabalho; a violência no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde; e violência no trabalho e Teoria das Representações Sociais.

2.1 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Âmbito da APS

No Brasil, em dezembro de 2020, os ACSs somavam aproximadamente 257.061 trabalhadores integrados à Estratégia Saúde da Família (ESF). Formalmente inseridos no SUS em 1991 através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os ACSs

desempenham um papel fundamental na expansão da cobertura e na estruturação da APS no Brasil. A partir de suas atividades de cuidado, prevenção e promoção da saúde, os ACSs se tornaram agentes essenciais para conectar os serviços de saúde ao contexto local das comunidades, com a finalidade de abordar os determinantes sociais da saúde (DSS) e realizar um acompanhamento contínuo das populações (Brasil, 2020; Brasil, 1991).

No início de suas atividades, os ACSs realizavam tarefas de baixa complexidade, mas de grande impacto, como incentivo à vacinação, amamentação e acompanhamento de gestantes e crianças, o que contribuiu para a redução de morbidade e mortalidade infantil e materna. Com o tempo, esse papel se expandiu para uma integração em equipes multiprofissionais, consolidando a função dos ACSs como mediadores fundamentais entre a comunidade e os serviços de saúde, uma função central na ESF (Morosini; Fonseca, 2018).

Ao longo dos anos, a escolaridade e a formação dos ACSs apresentaram importantes avanços. Inicialmente, exigia-se apenas alfabetização para o exercício da função e, posteriormente, a Lei nº 10.507/2002 estabeleceu o ensino fundamental como requisito. Essa progressão relaciona-se não apenas às iniciativas individuais, mas também à ampliação do acesso à educação e às políticas de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS. Nesse sentido, estudos recentes apontam que a complexificação do trabalho dos ACSs, marcada pela ampliação e diversificação de suas práticas diante das mudanças epidemiológicas e das demandas dos territórios, requer processos permanentes de qualificação e educação continuada. A formação desses trabalhadores assume, portanto, papel relevante para o desenvolvimento profissional e para o fortalecimento de sua capacidade de responder à complexidade das necessidades de saúde da população (Brasil, 2002; Santos *et al.*, 2020).

A formalização dos ACSs foi consolidada por importantes marcos legislativos, como as Leis nº 10.507/2002 e nº 11.350/2006, que regulamentaram a profissão e definiram atribuições específicas com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006. Essa regulamentação permitiu que os ACSs deixassem a informalidade e assumissem uma posição oficial no contexto do SUS, criando condições para uma organização política sólida e permitindo avanços nas formas de contratação, além da implementação de um piso salarial nacional. Esse processo consolidou os agentes como uma força política significativa em nível nacional, garantindo sua atuação como representantes das necessidades comunitárias nas políticas de saúde (Brasil, 2006; Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Apesar dos avanços, persistem desafios relacionados à formação e à profissionalização dos ACSs. A proposta de formação técnica desses trabalhadores foi estruturada nacionalmente a partir do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde,

publicado em 2004, buscando articular formação profissional e demandas do processo de trabalho. Entretanto, sua implementação ocorreu de forma descontínua e heterogênea, marcada por diferentes iniciativas e políticas de qualificação ao longo do tempo. Mais recentemente, a ampliação das atribuições dos ACSs e a crescente complexidade das necessidades de saúde nos territórios reforçaram a importância da formação técnica e da educação permanente como componentes da qualificação e valorização profissional. Nesse percurso, iniciativas como o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde e o Programa Saúde com Agente demonstram a retomada e o fortalecimento da formação técnica desses trabalhadores no âmbito do SUS (Santos *et al*., 2025).

A Lei nº 11.350/2006 representou um avanço ao exigir a contratação direta desses trabalhadores por órgãos públicos, mas a terceirização continua prevalente em grandes centros urbanos, muitas vezes em virtude das recentes mudanças na legislação trabalhista, que favorecem contratos flexíveis em detrimento de vínculos estáveis e regulamentados. Em face desses desafios, a segurança no emprego para os ACSs, que era um dos objetivos da formalização, continua ameaçada, especialmente nas regiões metropolitanas onde a terceirização é mais comum (Brasil, 2006; Morosini; Fonseca, 2018).

Nesse processo contínuo de mobilização por reconhecimento e valorização profissional, outra conquista recente refere-se à proteção previdenciária e à regularização dos vínculos de trabalho. A Proposta de Emenda à Constituição nº 14/2021, voltada aos ACSs e aos Agentes de Combate às Endemias (ACEs), avançou ao reconhecer especificidades das condições laborais dessas categorias, prevendo aposentadoria diferenciada e medidas relacionadas à estabilidade dos vínculos. Aprovada pelo Senado Federal em julho de 2026 e encaminhada à promulgação, a proposta estabelece, como regra permanente, idade mínima de 57 anos para mulheres e 60 anos para homens, associada a 25 anos de contribuição e de efetivo exercício na atividade. Esse avanço integra a trajetória histórica de reivindicações da categoria por melhores condições de trabalho e maior proteção social, aspectos especialmente relevantes diante das exigências e particularidades que caracterizam o cotidiano profissional dos ACSs (Brasil, 2021).

A rotina dos ACSs se concentra em atividades de grande relevância, como as visitas domiciliares, essenciais para o acompanhamento das condições de saúde das famílias. Contudo, a exigência de produtividade, a moradia na própria comunidade e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde frequentemente resultam na extensão das jornadas de trabalho para além do previsto. Esse cenário se agravou com as mudanças nas atribuições dos ACSs propostas pela PNAB 2017, que incluiu novas funções clínicas, aumentando

responsabilidades e potencialmente comprometendo a integralidade do modelo de APS. Assim, observa-se uma transição do sentido original do trabalho dos ACSs, de uma atuação focada em educação e articulação para um perfil instrumental e utilitarista, voltado a objetivos imediatos, em vez de contribuir para um modelo de atenção integral e estruturante (Brasil, 2017).

Dentro das unidades de saúde, os ACSs realizam tarefas de apoio burocrático e logístico, como organização de documentos e acolhimento de usuários. Embora importantes, essas atividades competem com o tempo destinado à educação em saúde no território e dificultam práticas de mobilização social e articulação intersetorial, fundamentais ao papel comunitário desses trabalhadores. Essa sobrecarga de tarefas administrativas pode comprometer sua atuação comunitária e educativa, limitando sua capacidade de agir como mediadores sociais e promotores da saúde integral (Morosini; Fonseca; Lima, 2018). Sob a perspectiva da vulnerabilidade programática, Ayres (2022) destaca que aspectos relacionados à organização dos serviços e às respostas institucionais interferem nas condições de enfrentamento das situações de vulnerabilidade. Nesse sentido, a organização do processo de trabalho e a distribuição das atribuições dos ACSs podem constituir elementos programáticos que condicionam o desenvolvimento de suas práticas profissionais.

A adoção da nova gestão pública trouxe mudanças substanciais, aplicando à gestão pública práticas de controle e produtividade que fragmentam o trabalho dos ACSs, simplificam suas atribuições e reforçam a polivalência sem uma base sólida de qualificação. Esse modelo de gestão incorpora uma lógica biomédica intensificada, onde a educação em saúde cede espaço a ações voltadas para metas e mensurações quantitativas (Morosini; Fonseca, 2018).

Entre 2017 e 2018, com a PNAB 2017, a Portaria nº 83/2018 e a Lei nº 13.595/2018, foram introduzidas mudanças nas atribuições e na formação dos ACSs. Essas medidas refletem duas ideias centrais: a ausência da necessidade de ACSs em todos os contextos e a visão de que os ACSs são pouco resolutivos, justificando a inserção de atividades de enfermagem em suas funções e promovendo uma formação técnica em enfermagem. Essa flexibilização permite que eles desempenhem funções similares a outras categorias, o que gera conflitos de papéis e compromete o escopo original de sua prática, voltado para a atenção comunitária e integral (Brasil, 2018).

Ao reduzir o número de agentes por equipe e ao permitir equipes sem esses profissionais, a política sugere um movimento regressivo em direção a um modelo de APS seletiva, comprometendo o princípio de universalidade do SUS.

A despeito de todas as mudanças e desafios discutidos, ressalta-se que a categoria dos ACSs consolidou uma expressiva força política e organizativa ao longo dos anos, essencial para a conquista de direitos e a valorização de seu trabalho no SUS. Eles se organizam por meio de associações e sindicatos, articulando demandas coletivas e promovendo ações de defesa de suas condições de trabalho. Essas mobilizações foram fundamentais para garantir o piso salarial nacional e assegurar a estabilidade dos vínculos de trabalho, além de resistir às mudanças que ameaçam precarizar suas funções, como a terceirização e a flexibilização das políticas de contratação (Nogueira, 2019).

Apesar dessa consolidação política e organizativa, os desafios vivenciados pelos ACSs ainda revelam uma realidade marcada por vulnerabilidades estruturais e institucionais, que impactam diretamente sua atuação e condição de trabalho. A escassez de recursos, a exposição à violência nas comunidades atendidas, as dificuldades nas relações com as equipes de saúde e a sobrecarga de atividades são reflexos de um sistema que, muitas vezes, não prioriza as condições adequadas para o desenvolvimento pleno de suas funções. Esse panorama destaca a contradição entre a importância atribuída ao papel dos ACSs na APS e as condições concretas de trabalho às quais estão submetidos (Nogueira, 2019).

Esses profissionais enfrentam um conjunto significativo de desafios que comprometem tanto sua saúde mental e física quanto a qualidade de suas intervenções. Esses problemas estão intrinsecamente relacionados às condições de trabalho, à organização dos serviços e à estrutura social em que estão inseridos, contribuindo para a percepção de desvalorização e inferiorização desses profissionais no contexto da saúde pública.

A falta de recursos materiais e apoio institucional é uma das principais barreiras enfrentadas pelos ACSs. A escassez de insumos básicos e a dependência da mediação de outros profissionais, como enfermeiros, dificultam a autonomia desses trabalhadores e prejudicam a resolutividade de suas ações. A carência de infraestrutura é agravada pela sobrecarga de trabalho, que muitas vezes envolve funções que extrapolam suas atribuições originais, como atividades administrativas ou tarefas burocráticas que desviam o foco das ações de promoção e prevenção em saúde (Binda; Bianco; Sousa, 2013).

Eles também estão expostos às vulnerabilidades decorrentes da violência estrutural e urbana, principalmente nas regiões mais periféricas e marginalizadas. Souza; Freitas (2011) destacaram que a necessidade de residir na mesma comunidade onde atuam torna esses profissionais particularmente suscetíveis a situações de risco, muitas vezes sem o preparo ou apoio institucional para lidar com esses desafios. Esse contexto de insegurança não apenas

afeta a saúde mental dos ACSs, mas também aumenta a tensão emocional decorrente da impossibilidade de separar o trabalho da vida pessoal (Lopes *et al.*, 2012).

Outro aspecto significativo é a hierarquia de saberes que permeia o trabalho em equipe. Estudos como os de Sakata; Mishima (2012) e Peres *et al.* (2011) apontaram que os ACSs frequentemente ocupam uma posição subalterna dentro das equipes de saúde, com baixa participação nas tomadas de decisão e no planejamento das intervenções. Essa desigualdade reforça a sensação de desvalorização e gera frustração, impactando diretamente sua motivação e desempenho. Além disso, a sobrecarga de trabalho decorrente de metas administrativas e da falta de organização no processo de trabalho agrava ainda mais essas dificuldades (Costa *et al*., 2012).

Apesar dessas adversidades, o reconhecimento e o vínculo estabelecido com a comunidade são aspectos que contribuem para a resiliência dos ACSs. Galavote *et al.* (2013) destacaram que momentos de satisfação surgem quando os ACS percebem que seu trabalho tem impacto positivo na vida das pessoas. No entanto, essa valorização por parte da população não é suficiente para mitigar os desafios estruturais e institucionais enfrentados diariamente.

Os ACSs desempenham uma função crucial para a consolidação da APS no SUS. No entanto, suas condições de trabalho precárias, a exposição à violência, a sobrecarga de funções e a desvalorização dentro das equipes comprometem não apenas sua saúde e bem-estar, mas também a qualidade dos serviços prestados à população. Superar essas dificuldades exige uma reestruturação nas políticas públicas, com foco na capacitação contínua, no fortalecimento da infraestrutura e na promoção de relações mais horizontais entre os membros das equipes de saúde. Somente com essas medidas será possível garantir a dignidade dos ACSs e maximizar seu potencial como agentes transformadores da saúde pública.

2.2 Violência no Trabalho

A violência é reconhecida como um grave problema social e de saúde pública global. (Novaes Neto *et al.,* 2018). Presente nas interações sociais e nas relações interpessoais, a violência também se manifesta nas relações de trabalho, ambiente propício para diversas formas de agressão.

A OMS (2002) define violência como o uso de força física ou poder, exercido como ameaça ou ação, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, com potencial de causar sofrimento, morte, danos psicológicos, desenvolvimento comprometido ou privação.

A violência no trabalho constitui um fenômeno complexo e recorrente que compromete a saúde física, mental e emocional dos trabalhadores e impacta diretamente a qualidade do ambiente laboral. Sua presença se intensifica nas sociedades marcadas por desigualdades históricas, como o Brasil, onde as condições precárias de trabalho, a sobrecarga, a hierarquização e o descaso institucional agravam sua incidência (Gomez, 2013).

Para Gomez (2013, p. 201), a violência no trabalho deve ser compreendida como parte da "dinâmica da violência social brasileira em suas mais variadas expressões" manifestando-se nas formas de agressões físicas, verbais, assédio moral e sexual, bem como por meio de acidentes de trabalho e adoecimentos decorrentes da sobrecarga laboral. Essa compreensão amplia a análise da violência para além do evento pontual ou interpessoal, incorporando aspectos simbólicos, institucionais e estruturais que atravessam as relações de trabalho. Para o autor, a violência no trabalho não é aleatória ou excepcional, mas sim fruto de um conjunto de fatores organizacionais, políticos e culturais que naturalizam a exploração e o sofrimento do trabalhador. Entre esses fatores, destacam-se as condições de trabalho, a organização dos processos laborais e a interação entre trabalhador e agressor, elementos que contribuem para a manifestação da violência nesse contexto.

Esse tipo de violência, portanto, não deve ser tratado apenas por meio de ações individuais ou paliativas, mas enfrentado como um problema de saúde pública, que exige transformações sistêmicas nas práticas de gestão, nas políticas públicas e na legislação trabalhista, uma vez que seus impactos na saúde dos profissionais são profundos e frequentemente dificultam o reconhecimento e o enfrentamento do fenômeno (Krug *et al*., 2002; Leite *et al*., 2020).

A OIT define violência no trabalho como qualquer ação, evento ou comportamento voluntário que resulte em agressão, ameaça, dano ou lesão a alguém durante a realização de seu trabalho ou em consequência de suas atividades laborais, destacando os riscos ocupacionais associados (OIT, 2003).

A violência no trabalho constitui uma problemática presente nos diferentes níveis de atenção à saúde e envolve distintas formas de manifestação e relações estabelecidas no cotidiano laboral. Estudos nacionais e internacionais evidenciam que essas situações podem ocorrer nas interações com usuários e familiares, entre trabalhadores e nas relações institucionais e organizacionais, demonstrando que o fenômeno não se restringe a episódios isolados de agressão, mas se insere na complexidade das relações e condições em que o trabalho em saúde é desenvolvido (Novaes Neto *et al*., 2018; Escribano; Beneit; Garcia, 2019; Leite et al., 2020).

No contexto da APS, as particularidades do processo de trabalho, caracterizado pela proximidade com usuários, famílias e territórios e pela articulação entre diferentes profissionais e níveis de gestão, conferem especificidades às experiências de violência. Nesse cenário, sua compreensão requer considerar não apenas as manifestações interpessoais, mas também as condições de trabalho, a organização dos serviços e as relações institucionais que podem participar da produção ou intensificação dessas experiências (Yusoff *et al*., 2023).

No Brasil, a partir dos anos 1990, as pesquisas sobre saúde dos trabalhadores focaram em doenças ocupacionais como lesões por esforços repetitivos, intoxicações e pneumoconioses. No entanto, foi também nesse período que se intensificaram os estudos sobre a relação entre saúde mental e trabalho, sobretudo ao se considerar o impacto do assédio moral e de outras formas de violência psicológica na saúde dos trabalhadores. Esse alargamento teórico possibilitou a incorporação de situações que antes eram invisibilizadas e que têm efeitos deletérios sobre a saúde mental, como o assédio moral, que se tornou uma forma de violência recorrente e amplamente discutida no século XXI (Vieira, 2023).

Em 2019, a OIT publicou a Convenção nº 190 e a Recomendação nº 206 sobre violência e assédio, considerando esses comportamentos como práticas inaceitáveis e intoleráveis no ambiente de trabalho. Os países signatários são incentivados a adotar políticas, medidas e estratégias para enfrentamento e prevenção dessas práticas (OIT, 2019).

Gomes (2013) propôs a análise da violência no trabalho em três grandes dimensões: violência interpessoal, representada por agressões físicas e verbais entre colegas, superiores ou usuários dos serviços; violência simbólica e institucional, expressa em formas sutis de opressão como metas abusivas, assédio moral, desqualificação, humilhação e controle hierárquico; e violência estrutural, relacionada às más condições de trabalho, informalidade, ausência de políticas públicas de proteção e negligência institucional. Essas categorias permitem compreender a complexidade do fenômeno e sua inserção nas engrenagens das relações laborais.

Essa perspectiva dialoga diretamente com as reflexões de Dejours (2000), ao apontar que, nas relações de trabalho, a violência frequentemente se manifesta por meio da transformação da autoridade legítima em autoritarismo, o que promove humilhação, constrangimento e submissão. Para o autor, tais relações autoritárias não apenas geram sofrimento e desprazer, mas também rompem a solidariedade entre os trabalhadores, favorecendo o isolamento e dificultando ações coletivas de resistência. Nesse sentido, a violência simbólica e institucional descrita por Gomes (2013) encontra ressonância na violência psicológica analisada por Dejours (2000), como o assédio moral e os

comportamentos persecutórios, cujos efeitos se acumulam ao longo do tempo e impactam profundamente a saúde mental dos trabalhadores.

Outro ponto de convergência entre os autores é a concepção de violência organizacional, presente nas práticas que impõem jornadas extenuantes, ambientes insalubres, metas desumanas e um controle rígido da produtividade. Dejours (2000) argumenta que essas condições desumanizam o trabalhador, reduzindo-o a uma peça da engrenagem produtiva. Essa violência organizacional, que se expressa de maneira estrutural, também é reconhecida por Minayo (1994) como uma forma velada de exploração e opressão, profundamente enraizada nas relações de trabalho. A sobreposição entre violência estrutural (Gomes, 2013) e organizacional (Dejours, 2000) evidenciam como as condições objetivas do trabalho operam como mecanismos de dominação que afetam o corpo e a subjetividade dos profissionais.

Bourdieu (2003) contribui ao evidenciar que os trabalhadores, muitas vezes, internalizam as relações de dominação como naturais, legitimando desigualdades e hierarquias no ambiente de trabalho. Essa forma invisível de violência apoia-se na distribuição desigual de capitais — culturais, sociais, econômicos e simbólicos — que posiciona os sujeitos em situações de subordinação. Tal processo reforça estigmas e alimenta práticas discriminatórias, funcionando como uma engrenagem de exclusão. Dejours (2000), ao discutir a “banalização do mal”, amplia essa crítica ao mostrar como a normalização das injustiças e a indiferença ao sofrimento alheio tornam-se parte do cotidiano de trabalho, muitas vezes perpetuadas por chefias e colegas, em razão do medo, da insegurança ou da competitividade.

Apesar desse cenário adverso, Dejours (2000) também reconhece que o trabalho pode ser espaço de reconstrução subjetiva e resistência. Por meio da psicodinâmica do reconhecimento, o autor aponta que o trabalhador busca ressignificar sua experiência e encontrar valor em sua atividade, criando estratégias individuais e coletivas para enfrentar o sofrimento. Essa ambivalência do trabalho, como espaço de dominação e de resistência, fortalece o argumento de que a violência no trabalho precisa ser compreendida em sua complexidade — incorporando dimensões subjetivas, simbólicas, organizacionais e estruturais.

Neste sentido, a concepção ampliada da violência no trabalho, como propõem Gomes (2013) e Dejours (2000), permite desnaturalizar práticas de exploração e opressão profundamente enraizadas nas relações laborais. Como enfatizam Mendes; Dias (1991), reconhecer o trabalho tanto como espaço de dominação quanto de resistência é essencial para

promover transformações que assegurem condições mais dignas, humanas e saudáveis para os trabalhadores.

Dessa forma, a compreensão da violência no trabalho como uma manifestação multidimensional não apenas evidencia as relações de exploração e opressão, mas também permite analisar como essas dinâmicas se manifestam em diferentes contextos de trabalho. No setor da saúde, essa violência assume características particulares, variando conforme o nível de atenção e a organização do trabalho.

A violência no trabalho no campo da saúde também tem sido relacionada a aspectos que permeiam as condições de trabalho. Fatores ambientais e organizacionais, como o atendimento a usuários com histórico de violência, trabalho solitário, locais com iluminação inadequada e alta circulação de pessoas não identificadas, déficit de trabalhadores, falta de treinamento para identificar agressores potenciais, ausência de segurança e atuação em áreas com alta criminalidade, podem intensificar o risco de violência no trabalho. Na APS, são fatores críticos as regiões de alta criminalidade e com baixo fluxo, já que as unidades da ESF são fundamentadas na proximidade com a comunidade e os domicílios dos usuários, o que aumenta a exposição dos profissionais à violência no trabalho (OSHA, 2015).

Estudo demonstrou que a violência na APS resulta da interação entre fatores relacionados aos usuários, aos profissionais, ao processo de cuidado e à organização dos serviços. Entre eles destacam-se sofrimento psíquico dos usuários, uso de substâncias, sobrecarga dos trabalhadores, dificuldades de acesso à rede especializada, longas filas de espera, insuficiência de profissionais e fragilidade das políticas institucionais de prevenção (Tyau; Swedish; Perez, 2024).

O estudo realizado por Sturbelle *et al*. (2019) em 17 USFs identificou que 69,8% dos trabalhadores das unidades estão expostos à violência no trabalho, principalmente entre profissionais mais jovens, da área de enfermagem e com avaliações insatisfatórias sobre os relacionamentos no ambiente de trabalho. Trabalhar na recepção da unidade aumenta a exposição às agressões dos usuários, muitas vezes motivadas pela insatisfação com o atendimento ou por desfechos indesejados. A falta de médicos nas equipes foi mencionada como a principal causa de agressões verbais, refletindo a expectativa dos usuários pelo modelo biomédico e a carência de atributos da APS.

A precariedade da infraestrutura, somada à falta de recursos materiais e humanos, contribui para a insatisfação dos usuários e à exposição dos profissionais à violência, inclusive urbana, considerando a proximidade de áreas com tráfico de drogas. Essas condições organizacionais influenciam diretamente a ocorrência de violência nas USFs,

gerando um ambiente de trabalho marcado por desafios complexos e inter-relacionados (Sturbelle *et al*., 2019).

Leite *et al*., (2020) identificaram em seu estudo que os trabalhadores da ESF estão expostos à violência psicológica dos usuários, manifestada por meio de ameaças verbais, insultos e intimidações, geralmente motivada pela insatisfação com o atendimento e à falta de resolução dos problemas. Esses comportamentos não apenas afetam a qualidade do atendimento, mas também representam riscos para a integridade física e mental dos profissionais. A violência urbana, incluindo situações relacionadas ao tráfico de drogas, tiroteios, policiamento e assaltos, também foi identificada como um fator de risco em função da localização das unidades da ESF em áreas de alta vulnerabilidade social.

Ao situar-se nas interseções entre as condições laborais, as dinâmicas sociais e os fatores culturais, a violência transcende episódios isolados, refletindo a precariedade das infraestruturas e a vulnerabilidade das áreas em que muitos trabalhadores atuam, particularmente na APS.

Neste sentido, a violência no trabalho gera inúmeras consequências para os profissionais de saúde, afetando diretamente suas atividades de prevenção, promoção e educação em saúde no que diz respeito à APS. Esse ambiente de hostilidade e risco, permeado por agressões psicológicas e violência urbana, cria um cenário de insegurança constante que interfere na capacidade dos profissionais estabelecerem vínculos de confiança com a comunidade. Sobressaltados por ameaças, insultos e episódios de violência física, os trabalhadores muitas vezes experimentam desgaste emocional e psicológico, que comprometem não só o atendimento imediato, mas também o planejamento e a continuidade das ações preventivas e educativas. Esse contexto afeta a qualidade e a resolutividade do serviço, dificultando o fortalecimento do cuidado integral e contínuo que a ESF visa promover (Leite *et al*., 2020; Lima, 2017).

Sob o prisma da violência no trabalho, torna-se evidente a necessidade de refletir criticamente sobre os impactos dessa problemática na saúde pública. A insatisfação dos usuários, frequentemente causada por déficits no atendimento e na infraestrutura, exacerba as tensões nos ambientes de trabalho, o que reforça um ciclo de hostilidade que afeta tanto os trabalhadores quanto os serviços oferecidos. Ao mesmo tempo, fatores ambientais e organizacionais, como a localização das unidades em áreas de alta criminalidade, a carência de recursos materiais e humanos e a ausência de estratégias de proteção adequadas, intensificam os riscos enfrentados pelos profissionais. Esse cenário evidencia uma falha

estrutural no enfrentamento da violência no trabalho, que não é apenas episódica, mas fruto de processos mais amplos de negligência social e institucional.

Assim, a violência no trabalho não apenas representa um risco individual para os profissionais, mas também mina a efetividade do modelo de APS, o que contribui para enfraquecer a relação entre os trabalhadores e a comunidade e reduzir o alcance dos serviços de saúde no território. A partir dessa perspectiva, é possível identificar os elementos precipitadores desse fenômeno e os caminhos para enfrentá-lo, por meio de estratégias que combinem prevenção, proteção, valorização e suporte contínuo aos profissionais de saúde. Assim, combater a violência no trabalho é muito mais que uma questão de segurança, é um compromisso com a qualidade e a humanização do cuidado em saúde.

2.3 Violência no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

A violência no trabalho dos ACSs tem sido investigada tanto em estudos brasileiros quanto internacionais, evidenciando a elevada vulnerabilidade desses profissionais, cuja atuação ocorre predominantemente nos territórios e em estreita interação com usuários, famílias e comunidade. As evidências demonstraram que fatores relacionados às condições de trabalho, à organização dos serviços, às características dos territórios e às vulnerabilidades sociais influenciam diretamente a ocorrência e a frequência da violência vivenciada por esses trabalhadores (Almeida; Peres; Fonseca, 2019; Yusoff *et al*., 2023; Tyau; Swedish; Perez, 2024).

As formas de violência enfrentadas pelos ACSs são diversas e inter-relacionadas, abrangendo agressões verbais, assédio moral, discriminação racial, violência física, assédio sexual e outras manifestações de violência psicológica, como ameaças, insultos e hostilidade cotidiana. Essas experiências são recorrentes no processo de trabalho e repercutem negativamente sobre a saúde física e mental desses profissionais, favorecendo o surgimento de estresse, medo, ansiedade e sofrimento psíquico (Vieira-Meyer *et al*., 2022). Estudo realizado com ACSs identificou que metade dos participantes relatou vivenciar situações de violência durante as visitas domiciliares, incluindo assédio moral e sexual, maus-tratos, violência verbal e assaltos, sendo as visitas realizadas individualmente apontadas entre as situações relacionadas à insegurança (Cardoso; Cruz, 2026). Em investigação com 3.800 ACSs de municípios do Nordeste brasileiro, Cardoso *et al.* (2026) também evidenciaram a exposição desses trabalhadores a diferentes manifestações de violência nos territórios, com diferenças segundo o gênero: os homens apresentaram maior vitimização direta por agressão

física e episódios envolvendo armas, enquanto as mulheres demonstraram maior percepção da violência doméstica e sexual.

A violência institucional constitui uma importante dimensão da violência no trabalho vivenciada pelos ACSs, sendo fortemente influenciada pela organização dos serviços de saúde. A precariedade das condições de trabalho, a ausência de apoio da gestão, a sobrecarga de tarefas, a insuficiência de profissionais, o desequilíbrio entre oferta e demanda, as dificuldades de acesso aos serviços especializados e a negligência diante dos riscos ocupacionais reforçam a sensação de desamparo e insegurança desses trabalhadores. Somam-se a esse contexto a fragilidade das estratégias institucionais de prevenção, a ausência de protocolos para o manejo da violência e as limitações nos processos de notificação e acompanhamento das ocorrências, fatores que contribuem para a perpetuação e naturalização desse fenômeno (Sturbelle *et al*., 2019; Duarte *et al*., 2023; Yusoff *et al*., 2023; Tyau; Swedish; Perez, 2024).

No contexto brasileiro, Medeiros *et al*. (2020) observaram que a insuficiência de suporte institucional leva muitos ACSs a recorrerem às redes sociais para relatar episódios de violência, evidenciando a fragilidade dos mecanismos formais de acolhimento e resposta. Os relatos incluem desde agressões verbais até tentativas de homicídio, tendo as mulheres como principais vítimas, especialmente durante visitas domiciliares e em áreas públicas próximas ao local de trabalho.

Nesse cenário, a violência de gênero emerge como uma forma específica e alarmante de vulnerabilidade. Mulheres ACSs, muitas vezes atuando sozinhas, tornam-se alvos de agressões físicas e simbólicas, enfrentando discriminações que reforçam sua exposição a riscos no ambiente laboral (Medeiros *et al*., 2020).

A exposição contínua à violência produz importantes repercussões para a saúde dos ACSs e para o desenvolvimento de suas atividades profissionais. Além de favorecer estresse, ansiedade e sofrimento psíquico, estudos recentes demonstraram que a violência desencadeia atitudes defensivas, distanciamento emocional, desmotivação, medo e afastamento do trabalho, comprometendo o bem-estar dos profissionais e a qualidade da assistência prestada (Duarte *et al*., 2023). Evidências internacionais também indicaram que a exposição recorrente à violência contribui para o esgotamento ocupacional, reduz a satisfação profissional, aumenta a intenção de abandonar o serviço e compromete a continuidade e a qualidade do cuidado ofertado aos usuários (Yusoff *et al*., 2023; Tyau; Swedish; Perez, 2024).

Entre os ACSs, essas repercussões refletem-se diretamente nas práticas de cuidado, levando à alteração das rotinas de trabalho, à evitação de determinados territórios, à redução

da frequência das visitas domiciliares e ao enfraquecimento do vínculo com a comunidade, comprometendo a resolutividade das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na APS (Medeiros *et al*., 2020). Soma-se a isso o fato de muitos ACSs residirem nas mesmas comunidades em que atuam, condição que intensifica o sofrimento emocional em razão da sobreposição entre os papéis de morador e trabalhador e do risco ampliado de retaliações (Vieira-Meyer *et al*., 2021).

Diante desse cenário, as evidências disponíveis evidenciaram que o enfrentamento da violência contra esses trabalhadores exige intervenções que ultrapassem ações individuais, requerendo estratégias institucionais voltadas à prevenção, à qualificação das condições de trabalho, ao fortalecimento de uma cultura organizacional de proteção, à implementação de protocolos para o manejo da violência, ao acolhimento psicossocial dos trabalhadores em situação de violência e ao aprimoramento dos processos de notificação e acompanhamento das ocorrências (Duarte *et al*., 2023; Yusoff *et al*., 2023; Tyau; Swedish; Perez, 2024).

A percepção da violência como elemento presente no cotidiano dos ACSs também encontra respaldo no estudo de Vieira-Meyer *et al*. (2023), realizado com 1.935 trabalhadores de capitais nordestinas e municípios do interior do Ceará. Os autores identificaram elevada ocorrência de problemas de saúde mental, com cerca de 40% dos participantes apresentando escores indicativos de transtornos mentais comuns. Além disso, a exposição à violência nos territórios esteve associada à pior saúde mental, evidenciando que a convivência com contextos de violência e vulnerabilidade pode repercutir no bem-estar psíquico desses trabalhadores.

Diante desse panorama, é urgente a formulação e implementação de políticas públicas integradas que assegurem condições adequadas de trabalho, proteção física e emocional e suporte psicológico contínuo aos ACSs. Tais ações devem envolver investimentos em infraestrutura, segurança, capacitação profissional e adoção de medidas específicas voltadas às questões de gênero. Além disso, é fundamental uma abordagem intersetorial que articule as políticas de saúde com ações de segurança e assistência social, garantindo que os ACSs possam desempenhar suas funções de forma segura, acolhedora e eficaz.

As diferentes expressões da violência vivenciadas pelos ACSs evidenciam a necessidade de enfrentar o problema de forma ampla e estruturada, reconhecendo sua inserção nas relações institucionais, sociais e laborais. Como profissionais essenciais à APS os ACSs devem ser protegidos, valorizados e cuidados, garantindo que o trabalho em saúde seja exercido com dignidade, respeito e segurança.

2.4 Violência no Trabalho e a Teoria das Representações Sociais

As representações sociais desempenham um papel crucial na compreensão da violência no trabalho, pois influenciam a forma como os indivíduos e os grupos percebem, interpretam e reagem a esse fenômeno. A violência no trabalho não se manifesta apenas como atos explícitos, mas também por meio de dinâmicas de poder, valores e crenças que permeiam as relações interpessoais e organizacionais. Essas representações, construídas e compartilhadas socialmente, fornecem sentido às experiências de violência, permitindo aos trabalhadores identificar os fatores precipitadores, efeitos e estratégias de enfrentamento. Assim, as representações sociais da violência no trabalho são moldadas pelas interações entre indivíduos, suas experiências culturais, históricas e sociais, refletindo a realidade coletiva e, ao mesmo tempo, orientando atitudes e comportamentos frente a situações de conflito ou abuso (Moscovici, 2012; Oliveira *et al.*, 2013).

No contexto dos ACSs, as representações sociais desempenham um papel fundamental, influenciando diretamente a maneira como esses trabalhadores percebem e enfrentam os desafios impostos pela violência em seus territórios. As representações, construídas a partir de experiências pessoais e coletivas, organizam a realidade vivida pelos ACSs e orientam suas práticas, estratégias de enfrentamento e a construção de vínculos no exercício de suas funções (Almeida, 2015; Moscovici, 2012).

A violência comunitária é representada pelos ACSs como um fenômeno estrutural, indissociável das desigualdades sociais e das dinâmicas informais que regem o território. Almeida (2015), demonstrou que os trabalhadores percebem o território como um espaço onde forças externas, como o tráfico de drogas, facções criminosas e a atuação repressiva da polícia, regulam as práticas cotidianas e moldam as relações interpessoais. Essas dinâmicas estabelecem uma convivência marcada por ameaças, conflitos e o medo constante, que afetam não apenas a segurança física dos ACSs, mas também sua saúde mental e emocional.

Os vínculos estabelecidos pelos ACSs com os usuários do sistema de saúde são profundamente impactados pela violência presente nos territórios. Esses vínculos, descritos como relações baseadas em confiança, afetividade e confidencialidade, são essenciais para a promoção da saúde e a integralidade do cuidado. Contudo, a insegurança e o medo decorrentes da violência frequentemente fragilizam essas conexões, dificultando o acesso dos ACSs a determinadas áreas, o que compromete a continuidade das interações com os usuários (Almeida; Peres; Fonseca, 2019).

Almeida (2015), relatou que os profissionais frequentemente enfrentam situações em que precisam negociar sua presença no território com lideranças comunitárias ou evitar locais considerados perigosos, o que limita significativamente sua atuação. Nessa direção, Ayres (2004) argumentou que, em contextos de vulnerabilidade, a construção de vínculos é ainda mais relevante, pois possibilita que os trabalhadores criem um espaço de acolhimento e cuidado, mesmo diante de adversidades.

Essa necessidade de negociação constante coloca os ACSs em uma posição ambígua, onde são, simultaneamente, agentes de políticas públicas de saúde e mediadores das dinâmicas sociais do território. Almeida (2015) observou que, para garantir sua segurança e continuidade do trabalho, os ACSs muitas vezes recorrem a estratégias de mediação com lideranças informais, algumas delas relacionadas ao "mundo do crime". Esses dilemas éticos são centrais para compreender as representações sociais da violência, que revelam como os trabalhadores enxergam sua atuação no limite entre o cumprimento de suas funções institucionais e a adaptação às exigências impostas pelo território.

Além disso, a violência no território contribui diretamente para a violência no trabalho enfrentada pelos ACSs, que inclui ameaças, assédio e conflitos interpessoais. Essa realidade, segundo Almeida (2015), é amplificada pela ausência de políticas públicas que garantam a segurança dos trabalhadores e a implementação de estratégias institucionais de proteção. A naturalização da violência como parte intrínseca do trabalho na APS é uma das representações que mais impactam negativamente a saúde mental dos ACSs.

No entanto, as representações sociais da violência também evidenciam a resiliência dos ACSs e sua capacidade de desenvolver estratégias adaptativas. Essas estratégias incluem a mediação de conflitos, a criação de redes informais de apoio dentro da comunidade e o uso de habilidades relacionais e comunicativas para estabelecer confiança com os usuários e lideranças locais. Conforme relatado por Lancman *et al*. (2009), a mediação no território é uma das principais práticas que permitem aos ACSs a atuação em condições adversas, pois garante a continuidade de suas ações e a construção de vínculos terapêuticos. Apesar disso, Almeida (2015) ressaltou que essas estratégias muitas vezes carecem de suporte técnico e teórico, ficando limitadas à experiência individual e ao senso comum.

Os vínculos construídos pelos ACSs, embora frágeis, são fundamentais para a efetividade das políticas públicas de saúde. Essas relações permitem que os profissionais transitem entre fronteiras formais e informais no território, promovendo práticas de cuidado mesmo em cenários de extrema violência. Ayres (2004) reforçou que a integralidade do

cuidado só é possível quando se reconhece o valor das relações afetivas e de confiança, que humanizam o trabalho dos ACSs e potencializam os resultados das políticas de saúde.

Essas análises sublinham a necessidade de políticas públicas que reconheçam as especificidades do trabalho dos ACSs e ofereçam suporte contínuo para minimizar os impactos da violência em suas práticas. Para Moscovici (2012), as representações sociais podem ser utilizadas como ferramentas de transformação social, desde que sejam incorporadas a estratégias institucionais que promovam mudanças estruturais. Nesse sentido, é fundamental que as políticas públicas incluam programas de capacitação contínua, apoio psicológico e estratégias intersetoriais que enfrentem a violência comunitária como uma questão transversal, abrangendo tanto a segurança dos trabalhadores quanto as demandas de saúde da população.

Ao compreender as representações sociais como lentes que organizam as práticas cotidianas e as percepções dos ACSs, é possível identificar caminhos para superar os desafios impostos pela violência. Essas representações, ao mesmo tempo em que refletem as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores, evidenciam sua resiliência e capacidade de adaptação, oferecendo subsídios valiosos para a formulação de políticas públicas mais sensíveis às realidades locais.

Para que os ACSs possam atuar plenamente como mediadores entre as políticas de saúde e as populações vulneráveis, é imprescindível que suas experiências e representações sejam valorizadas e incorporadas aos processos de planejamento e implementação das ações em saúde como caminho para a efetivação de um sistema de saúde mais justo, inclusivo e eficaz, que reconheça e enfrente as múltiplas dimensões da violência nos territórios vulneráveis.

3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Este estudo fundamenta-se na TRS, originada a partir dos estudos de Serge Moscovici, que propôs uma forma de compreender como os indivíduos e grupos interpretam a realidade por meio das representações sociais. Baseando-se nessa teoria, explora-se a violência no trabalho, abordando as dinâmicas sociais, culturais e psíquicas que permeiam esse fenômeno e utilizando as contribuições das abordagens estrutural, de Jean-Claude Abric, e processual, de Denise Jodelet. A TRS é essencial para examinar como surgem os domínios de saber e subjetividades sobre o tema, revelando as interações entre o conhecimento comum dos trabalhadores e as representações científicas sobre a violência no trabalho.

Assim, assegura-se a pertinência de fundamentar este estudo na TRS, uma vez que a violência no trabalho é um fenômeno recorrente no cotidiano dos trabalhadores, sendo experienciado diretamente por muitos deles. Por meio da TRS, é possível compreender como esses profissionais interpretam e lidam com esse tipo de violência em suas rotinas, articulando saberes do senso comum e do conhecimento técnico para enfrentar e atribuir significados a essas situações.

A TRS foi inicialmente desenvolvida por Serge Moscovici, que, em 1961, em seu estudo "*La psychanalyse: Son image et son public*", procurou entender como o conhecimento científico sobre a psicanálise era absorvido e reinterpretado no senso comum. Moscovici definiu a TRS como uma teoria da psicologia social que explora como os conhecimentos, crenças e imagens compartilhadas tornam-se formas de compreensão coletiva e de orientação prática (Moscovici, 2012). Em sua essência, a TRS foi construída sobre o conceito de representação coletiva, formulado por Émile Durkheim, que estudou as práticas religiosas em sociedades tribais e propôs que as representações coletivas são formas de pensamento homogêneas e que exercem uma coerção sobre os indivíduos (Sá, 1998).

Durkheim via essas representações coletivas como elementos estáveis, que atuavam de maneira integrada sobre os membros de uma sociedade. Moscovici, no entanto, adaptou esse conceito para explorar as variações nas representações sociais das sociedades modernas, onde as diferenças entre grupos e a distribuição desigual de poder produzem uma heterogeneidade de representações (Moscovici, 2012). Isso é especialmente relevante ao abordar temas como a violência no trabalho, que envolve interpretações distintas e é influenciada pelas interações entre colegas de trabalho, normas organizacionais e contexto social.

A teoria oferece uma perspectiva dinâmica, capaz de captar as mudanças e adaptações nas representações sociais, que são influenciadas pelo tempo, pelo contexto e pelas

experiências individuais e coletivas. De acordo com Abric (2000), a TRS funciona como um sistema interpretativo da realidade, ajudando a regular as relações entre os indivíduos e o ambiente social em que estão inseridos.

Moscovici definiu as representações sociais como construções complexas que são continuamente recriadas no imaginário coletivo, posto que os indivíduos adaptam e modificam as ideias que absorvem da sociedade (Moscovici, 2012). No caso da violência no trabalho, as representações formadas entre os trabalhadores refletem suas vivências e as trocas de significados que ocorrem no dia a dia, permitindo que conceitos como agressão, assédio ou abuso de poder se tornem compreensíveis dentro do contexto profissional.

Para Moscovici, as representações sociais diferem das representações coletivas de Durkheim, que eram vistas como homogêneas, uma vez que Moscovici reconhece que nas sociedades modernas as representações refletem uma variedade de pontos de vista e experiências que respondem às especificidades culturais e sociais de cada grupo (Jodelet, 2001). Assim, ao abordar a violência no trabalho, a TRS permite identificar os discursos e práticas associados a esse fenômeno e compreender como o conhecimento coletivo e o senso comum se articulam com as representações científicas.

3.1 Abordagens Processual, Estrutural e Societal da TRS

A TRS evoluiu ao longo do tempo para incorporar diferentes abordagens, entre as quais se destacam a processual, a estrutural e a societal. Essas perspectivas exploram tanto o conteúdo e a organização das representações quanto os mecanismos envolvidos em sua formação e manutenção. No presente estudo, no entanto, serão utilizadas as abordagens processual e estrutural, que oferecem subsídios teóricos e metodológicos adequados para a análise das representações sociais no contexto investigado.

3.2 Abordagem Processual e a Influência da Cultura e da História

A abordagem processual, desenvolvida por Denise Jodelet e amplamente evidenciada em seus trabalhos na *École des Hautes Études en Sciences Sociales*, em Paris, mantém-se fiel aos fundamentos da teoria original de Serge Moscovici, destacando-se por privilegiar a história e a cultura de um grupo como elementos centrais para compreender o que é representativo para seus membros. Conhecida também como abordagem culturalista, essa

perspectiva entende as representações sociais como uma ferramenta para o estudo dos processos e produtos que orientam como os indivíduos e grupos interpretam e atribuem significado ao mundo ao seu redor. Dessa forma, há uma integração entre a história e as dimensões culturais e sociais que moldam essas representações (Almeida, 2005).

Para Jodelet, a análise das representações sociais requer um processo teórico-metodológico detalhado, que envolve quatro etapas principais. Primeiro, é essencial compreender os discursos dos sujeitos e grupos que socialmente constroem um determinado objeto. Em seguida, é necessário analisar os comportamentos e práticas sociais que refletem essas representações. Além disso, documentos e registros que expressam os discursos e práticas institucionalizadas devem ser examinados cuidadosamente. Por último, é imprescindível considerar as interpretações mediadas pelos meios de comunicação de massa, que podem desempenhar um papel crucial ao reforçar ou transformar determinadas representações (Sá, 1998).

Segundo Jodelet (2001), as representações sociais devem ser compreendidas como produtos de interações sociais e como formas de interpretar a realidade, sendo influenciadas pelas tradições, normas e valores de cada grupo.

Ao aplicar a abordagem processual ao estudo da violência no trabalho, é possível examinar como a cultura organizacional, as normas e as práticas específicas de um grupo profissional influenciam suas representações sobre esse tipo de violência. Jodelet (2001) considera que as representações não são apenas construções teóricas, mas sim formas de conhecimento prático que orientam as atitudes e comportamentos. Para entender a violência no trabalho, essa abordagem permite identificar como as práticas e crenças culturais de trabalhadores de uma organização ajudam a manter ou a transformar as representações sociais sobre esse fenômeno.

As representações sociais têm funções essenciais que auxiliam na compreensão das atitudes e práticas dos trabalhadores frente à violência no ambiente de trabalho. Moscovici (2012) identifica quatro funções principais: a função de saber, que permite aos indivíduos entender a realidade em que vivem; a função identitária, que ajuda a definir e reforçar a identidade do grupo; a função de orientação, que guia as práticas e comportamentos dos indivíduos; e a função justificadora, que fornece justificativas para as ações e atitudes tomadas em situações de conflito.

Essas funções desempenham um papel fundamental ao permitir que os trabalhadores interpretem e respondam à violência no trabalho. A função de saber fornece uma base de compreensão sobre o que constitui a violência no ambiente de trabalho, enquanto a função

identitária reforça o pertencimento e a solidariedade do grupo em torno de valores compartilhados. A função de orientação direciona as respostas dos trabalhadores, ajudando-os a decidir quais ações são apropriadas diante de uma situação de agressão ou abuso de poder. Finalmente, a função justificadora oferece uma justificativa para as respostas adotadas, fundamentando-as nas normas e práticas sociais.

Para Moscovici (2012), as representações sociais são formadas e sustentadas por dois mecanismos fundamentais: ancoragem e objetivação. A ancoragem permite que o grupo integre novos elementos em categorias familiares, ajustando-os de acordo com as crenças e normas já estabelecidas. No caso da violência no trabalho, a ancoragem facilita a incorporação de novos tipos de comportamentos ou situações de conflito, inserindo-os em um contexto familiar e classificando-os em categorias compreensíveis.

A objetivação, por sua vez, transforma conceitos abstratos em representações concretas, de modo que os trabalhadores possam reconhecer e identificar a violência de maneira palpável. Ao objetivar a violência no trabalho, o grupo transforma essa ideia em algo tangível e reconhecível, permitindo que se torne uma realidade interpretável e discutível (Moscovici, 2012). Esses mecanismos ajudam a construir uma compreensão comum e facilitam a comunicação dentro do ambiente laboral.

Neste estudo, buscamos identificar os dois mecanismos – ancoragem e objetivação.

3.3 Abordagem Estrutural: a Teoria do Núcleo Central

A abordagem estrutural, instituída por Jean-Claude Abric, consolidou-se como a única a se estabelecer como uma teoria dentro do campo das representações sociais, de modo a complementá-la, sendo denominada Teoria do Núcleo Central (TNC). Essa teoria expõe as representações sociais como conjuntos sociocognitivos organizados e estruturados, formados por dois subsistemas interdependentes: o núcleo central e o sistema periférico. O núcleo central é responsável por dar significado à representação e é composto por elementos estáveis, consensuais e historicamente determinados, enquanto o sistema periférico, por sua vez, é flexível, adaptativo e reflete as vivências e contradições do grupo. Essa estrutura é considerada fundamental para compreender a organização interna das representações sociais e como elas se mantêm ou se transformam ao longo do tempo (Sá, 2002; Abric, 1994).

A TNC foi proposta por Abric em 1976, na *Université de Provence*, a partir de hipóteses sobre como as representações sociais se organizavam. Seu objetivo não era substituir a chamada "grande teoria" de Moscovici, mas complementá-la, oferecendo um

modelo teórico-metodológico que ampliasse o entendimento sobre a dinâmica das representações sociais. Para Abric, compreender apenas a natureza de uma representação não é suficiente para definir seu conteúdo; é imprescindível identificar o núcleo central, pois ele representa os elementos mais fundamentais e significativos da representação (Abric, 1994).

Os elementos centrais têm uma função estrutural e normativa, conectando a memória coletiva e a identidade social do grupo, o que os torna altamente resistentes a mudanças (Flament, 1987 *apud* Wolter, 2018).

O núcleo central, segundo Abric, é composto pelos elementos mais estáveis da representação, que determinam seu significado para o grupo. Por outro lado, o sistema periférico envolve elementos mais flexíveis, que integram as experiências individuais e permitem adaptações a novas informações ou contextos específicos. Dessa forma, o sistema periférico suporta contradições internas e reflete a heterogeneidade do grupo, enquanto o núcleo central mantém a coerência e a estabilidade da representação. Como Sá (1996, p. 77) descreve, “o núcleo central é estável, coerente, consensual e historicamente determinado; o sistema periférico é, por seu turno, flexível, adaptativo e relativamente heterogêneo quanto ao seu conteúdo”.

O núcleo central está diretamente relacionado à memória coletiva, conferindo significado, consistência e permanência à representação. Esse núcleo pode assumir diferentes dimensões, como funcional, normativa ou descritiva, além de poder desempenhar papéis mistos que envolvem mais de uma dessas dimensões simultaneamente (Abric, 1994; Rateau; Flament, 1994 *apud* Wachelke, 2012; Wolter, 2018).

A dimensão normativa refere-se ao sistema de valores e normas sociais do grupo, enquanto a dimensão funcional está relacionada à natureza do objeto representado e orienta as condutas associadas a esse objeto. Os elementos funcionais, em conjunto, compõem a dimensão prática das representações sociais (Sá, 2002; Wolter, 2018). Já a dimensão descritiva envolve elementos que descrevem e caracterizam o objeto para o grupo, sem necessariamente serem usados para julgar ou orientar práticas, mas sim para definir e explicar o que o objeto é (Wolter, 2018). O núcleo central, por sua vez, reflete a forma como o indivíduo representa uma situação específica e, a partir disso, orienta os comportamentos que ele apresentará em relação a ela (Abric, 1994).

No contexto da violência no trabalho, a TNC oferece uma estrutura valiosa para analisar como os trabalhadores interpretam e lidam com essa realidade. O núcleo central pode ser composto por valores e normas compartilhados pelo grupo, como os princípios de dignidade, respeito e justiça, que sustentam suas interpretações e comportamentos em relação

ao fenômeno. Esses elementos centrais conferem estabilidade às representações sociais sobre a violência, funcionando como uma âncora que conecta o grupo às suas memórias coletivas e identidades sociais. Por outro lado, o sistema periférico incorpora as vivências e experiências individuais dos trabalhadores, permitindo que as representações se adaptem às situações específicas enfrentadas no cotidiano laboral.

Essa dualidade entre núcleo central e sistema periférico garante que as representações sociais sobre a violência no trabalho sejam resilientes. Enquanto o núcleo central preserva a estabilidade interpretativa necessária para manter a coesão do grupo, o sistema periférico absorve mudanças e acomoda novas percepções, possibilitando respostas adaptativas a situações dinâmicas e imprevisíveis. Como enfatiza Sá (2002), essa estrutura em dois níveis permite que as representações sociais permaneçam relevantes e funcionais, mesmo em cenários desafiadores, como os marcados pela violência no ambiente de trabalho.

Portanto, a TNC, ao destacar a interação entre os sistemas central e periférico enriquece o entendimento sobre a organização das representações sociais e fornece uma base sólida para analisar fenômenos complexos, como a violência no trabalho. Esse modelo teórico permite uma análise integrada das dimensões coletiva e individual das representações, ajudando a compreender tanto os elementos que garantem a coesão do grupo quanto aqueles que facilitam sua adaptação às mudanças. Dessa forma, a TNC reafirma sua relevância como uma abordagem complementar e indispensável no campo das representações sociais.

3.4 Abordagem Societal

A abordagem societal, desenvolvida por Willem Doise em 1986 na Escola de Genebra, busca articular os aspectos individuais e societais das representações sociais, evidenciando como os processos organizados pelos indivíduos para se inserirem na sociedade são guiados por dinâmicas sociais. Essa perspectiva aproxima-se da sociologia sob a ótica de Pierre Bourdieu, destacando o papel das relações sociais na formação e organização das representações.

Com base nessa abordagem, Doise (1990 *apud* Sá, 2002, p. 33) afirmou que as “representações sociais são princípios geradores de tomadas de posição ligadas a inserções específicas em um conjunto de relações sociais e que organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações”.

3.5 Articulação entre o Senso Comum, o Conhecimento Científico e sua Interface nas Práticas dos Profissionais de Saúde

A TRS oferece uma base teórica para analisar como o senso comum e o conhecimento científico se inter-relacionam na construção das representações sociais sobre a violência no trabalho.

De acordo com Oliveira (2014), os saberes práticos dos profissionais de saúde são compostos por uma base híbrida, que integra tanto o senso comum, construído ao longo de suas vidas, quanto o conhecimento técnico-profissional adquirido formalmente. Essa combinação forma um saber menos rígido e mais adaptável às necessidades do cotidiano, permitindo que os profissionais enfrentem problemas de maneira prática e flexível.

Oliveira (2014) destaca ainda que essa relação entre o senso comum e o conhecimento científico facilita a construção de representações sociais que ajudam a justificar e orientar as práticas diárias desses profissionais. A autora divide as relações do saber prático em três níveis principais: o vínculo entre o senso comum e o saber técnico, a conexão entre representações e práticas dos grupos sociais e as diferentes percepções entre o senso comum e o conhecimento técnico sobre o processo saúde-doença. Esses níveis oferecem uma base para que os profissionais possam utilizar seus conhecimentos de maneira contextual e eficaz em suas práticas cotidianas.

Oliveira (2014) argumenta que, no campo da saúde, os saberes profissionais são constituídos na articulação entre o conhecimento técnico-científico e os conhecimentos construídos nas experiências cotidianas, conformando um saber prático de caráter híbrido, capaz de orientar as práticas profissionais. Essa complexidade justifica, neste estudo, a articulação das abordagens estrutural e processual da TRS, consideradas complementares: enquanto a abordagem estrutural possibilita identificar a organização interna das representações sociais e seu núcleo central, a abordagem processual permite aprofundar os conceitos e significados construídos pelos ACSs e compreender suas relações com as práticas profissionais. Desse modo, a utilização conjunta das duas abordagens possibilita apreender tanto a estrutura quanto a construção e expressão das representações sociais da violência no trabalho, ampliando a compreensão do fenômeno no cotidiano dos ACSs.

4 PSICODINÂMICA DO TRABALHO E ESTRATÉGIAS DE DEFESA

A compreensão das relações entre trabalho, sofrimento e saúde mental constitui um campo relevante para a análise das experiências vivenciadas pelos trabalhadores diante das exigências e contradições presentes no cotidiano laboral. No âmbito da Psicopatologia do Trabalho e, posteriormente, da Psicodinâmica do Trabalho, Christophe Dejours desenvolveu uma perspectiva que deslocou a análise centrada exclusivamente no adoecimento para a compreensão da dinâmica estabelecida entre o sujeito, a organização do trabalho e as formas mobilizadas para preservar o equilíbrio psíquico (Dejours, 1992; Lima, 1998).

A constituição desse campo resulta de um percurso teórico anterior às formulações de Dejours. Lima (1998) destaca as contribuições de Paul Sivadon e Louis Le Guillant para a Psicopatologia do Trabalho francesa. Sivadon reconheceu o potencial patogênico de determinadas formas de organização laboral, enquanto Le Guillant buscou articular condições sociais, condições concretas de trabalho e manifestações do sofrimento, defendendo que a compreensão do psiquismo exigia considerar as condições reais de existência e as formas pelas quais os sujeitos trabalham e vivem. Essa perspectiva contribuiu para superar explicações exclusivamente individuais do sofrimento relacionado ao trabalho.

A contribuição de Dejours aprofunda essa discussão ao colocar o sofrimento no centro da análise. Para o autor, as exigências da organização do trabalho podem entrar em conflito com as necessidades fisiológicas e psicológicas do trabalhador, produzindo sofrimento com diferentes repercussões sobre a saúde mental. Contudo, essa relação não é concebida de maneira linear ou determinista. Entre as condições de trabalho e o adoecimento encontra-se um sujeito capaz de interpretar sua experiência, mobilizar recursos e construir formas de enfrentamento diante das situações vivenciadas (Dejours, 1992; Lima, 1998).

Essa compreensão produz um deslocamento importante: a questão passa a ser não somente porque determinados trabalhadores adoecem, mas também como conseguem preservar sua normalidade psíquica diante de situações potencialmente produtoras de sofrimento. Lima (1998) destaca que, para Dejours esse questionamento levou à valorização das estratégias defensivas, individuais e coletivas, mobilizadas pelos trabalhadores para evitar o adoecimento e preservar, ainda que de maneira precária, seu equilíbrio psíquico.

Essa mudança também fundamenta a passagem da Psicopatologia para a Psicodinâmica do Trabalho. O novo enfoque amplia o campo de investigação ao considerar não somente sofrimento e adoecimento, mas também prazer, normalidade, organização e situações concretas de trabalho. Para Dejours, a relação entre trabalhador e organização

laboral não constitui uma estrutura estática, mas uma relação dinâmica e continuamente reconstruída, na qual estão presentes contradições, possibilidades de adaptação, resistência e transformação (Dejours, 1992).

Neste sentido, o sofrimento não deve ser entendido, necessariamente, como sinônimo de doença. Ele ocupa uma posição intermediária na relação entre o trabalhador e as exigências laborais, podendo mobilizar diferentes respostas. É justamente nesse espaço que as estratégias defensivas assumem relevância, pois possibilitam aos sujeitos enfrentar situações que ameaçam seu equilíbrio psíquico e manter a continuidade do trabalho. Essas estratégias podem ser individuais, quando mobilizadas pelo próprio sujeito, ou coletivas, quando construídas e compartilhadas pelos membros de determinado grupo profissional (Dejours, 1992; Lima, 1998).

As estratégias coletivas de defesa assumem particular importância porque se constroem no interior das relações entre os trabalhadores. Elas não correspondem simplesmente à soma de mecanismos individuais, mas dependem da produção e do compartilhamento de formas coletivas de interpretar e responder às situações potencialmente geradoras de sofrimento. Nesse sentido, podem favorecer a coesão do grupo e permitir a continuidade das atividades em circunstâncias adversas, constituindo mecanismos de proteção diante das exigências e dos perigos relacionados ao trabalho (Dejours, 1992).

Entre essas construções, Dejours (1992) discute a ideologia defensiva, caracterizada pela elaboração coletiva de formas de proteção diante de perigos concretos e ansiedades compartilhadas pelo grupo. Uma de suas expressões é a denominada ideologia da vergonha, descrita pelo autor em contextos marcados por extrema precariedade, nos quais a preservação da capacidade de trabalhar se torna fundamental para a sobrevivência. Nessas circunstâncias, a doença e a manifestação do sofrimento podem adquirir o significado de ameaça à capacidade produtiva e à subsistência, favorecendo mecanismos de negação, ocultamento ou silenciamento.

A ideologia defensiva possui, portanto, uma dimensão coletiva. Sua manutenção depende da adesão dos integrantes do grupo às formas compartilhadas de perceber e responder ao perigo. Essa coesão pode oferecer proteção psíquica aos trabalhadores, mas também produz uma dimensão contraditória: aquilo que possibilita suportar determinada realidade pode, simultaneamente, dificultar seu reconhecimento como problemática e limitar a busca por transformações. Dejours (1992) demonstra, assim, que uma estratégia defensiva não elimina o sofrimento nem modifica necessariamente as condições que o produzem; ela pode permitir que o trabalhador continue atuando apesar delas.

Essa ambivalência é particularmente relevante para o estudo da violência relacionada ao trabalho. Quando situações ameaçadoras integram reiteradamente o cotidiano laboral, os trabalhadores podem construir formas de interpretar, compartilhar e responder a essas experiências que lhes permitam permanecer em atividade. Nessa perspectiva, minimizar determinados acontecimentos, evitar sua exposição ou reorganizar maneiras de trabalhar podem ser compreendidos como possibilidades a serem investigadas no interior das relações entre sofrimento, organização do trabalho e estratégias defensivas, desde que sua existência seja empiricamente demonstrada e não presumida a partir da teoria.

4.1 Aproximações com o trabalho dos ACSs

A Psicodinâmica do Trabalho oferece possibilidades analíticas especialmente pertinentes ao trabalho dos ACSs em razão das características particulares de sua inserção profissional. Esses trabalhadores ocupam uma posição de interface entre os serviços de saúde e os territórios, estabelecendo relações cotidianas com usuários, famílias, demais profissionais e gestores, ao mesmo tempo que vivenciam as condições sociais presentes nas comunidades onde desenvolvem suas atividades. Em muitos casos, a proximidade entre espaço de vida e espaço de trabalho reduz as fronteiras entre a experiência profissional e comunitária, ampliando a complexidade das situações enfrentadas.

Nesse contexto, a violência no trabalho não deve ser compreendida apenas como um evento externo que atinge o trabalhador. Ela pode estar relacionada às condições concretas em que a atividade é desenvolvida, às relações estabelecidas no território e nos serviços e às próprias formas de organização do trabalho. Essa compreensão converge com a perspectiva de que as situações laborais precisam ser analisadas considerando simultaneamente as exigências institucionais e a maneira como os trabalhadores percebem, interpretam e respondem às experiências vivenciadas.

Para os ACSs, essa perspectiva permite problematizar como a exposição a agressões, ameaças, conflitos, pressões e outras situações potencialmente violentas pode repercutir na relação estabelecida com o próprio trabalho. Entretanto, a contribuição de Dejours não deve ser utilizada para pressupor que esses trabalhadores necessariamente silenciam, naturalizam ou negam a violência. O referencial permite, antes, interrogar quais mecanismos individuais e coletivos são construídos diante dessas experiências, quais funções assumem para a continuidade do trabalho e quais consequências podem produzir para as práticas profissionais.

Essa distinção é particularmente importante porque determinadas condutas que, isoladamente, poderiam ser interpretadas como passividade ou conformismo podem assumir outros significados quando compreendidas no contexto concreto do trabalho. A Psicodinâmica do Trabalho chama atenção justamente para a função desempenhada pelas defesas: determinados comportamentos podem constituir recursos utilizados pelos trabalhadores para continuar exercendo suas atividades diante de uma realidade que não conseguem modificar imediatamente. Ao mesmo tempo, quando essas estratégias contribuem para tornar menos perceptíveis as fontes do sofrimento, podem dificultar sua problematização coletiva e a construção de respostas institucionais.

Nessa perspectiva, a análise da violência no trabalho dos ACSs desloca-se de uma interpretação centrada exclusivamente na capacidade individual de enfrentamento para uma compreensão que incorpora a organização do trabalho, as relações coletivas e as respostas institucionais. Tal deslocamento é importante para evitar a responsabilização dos próprios trabalhadores pela capacidade ou incapacidade de lidar com a violência, reconhecendo que as possibilidades de proteção e transformação também dependem das condições oferecidas pelos serviços e pelas instituições.

Esse aspecto estabelece, inclusive, uma aproximação com a discussão sobre vulnerabilidade programática incorporada nesta tese. Enquanto a Psicodinâmica do Trabalho permite compreender as relações entre organização laboral, sofrimento e estratégias defensivas, a perspectiva de Ayres (2022) contribui para reconhecer como a organização dos serviços e as respostas institucionais podem ampliar ou reduzir as possibilidades de proteção dos trabalhadores. Assim, ausência ou insuficiência de suporte institucional, recursos, protocolos e medidas de proteção não constituem apenas circunstâncias externas à experiência dos ACSs, mas elementos do contexto no qual suas formas de lidar com a violência são construídas.

4.2 Articulação com a Teoria das Representações Sociais

A Psicodinâmica do Trabalho é incorporada nesta tese como referencial complementar, preservando-se a TRS como eixo teórico central da investigação. Enquanto a TRS possibilita compreender os conhecimentos e significados construídos e compartilhados pelos ACSs acerca da violência no trabalho e suas repercussões nas práticas profissionais, a Psicodinâmica do Trabalho oferece elementos para interpretar as relações entre essas experiências, o sofrimento e as estratégias individuais e coletivas mobilizadas diante das

situações laborais. Embora ambas reconheçam o sujeito como participante ativo na relação com sua realidade, representações sociais e estratégias defensivas constituem conceitos distintos: as primeiras referem-se às construções sociais de conhecimento e significação, enquanto as estratégias defensivas correspondem aos mecanismos mobilizados para enfrentar o sofrimento e preservar o equilíbrio psíquico diante das condições de trabalho (Dejours, 1992; Moscovici, 2012).

Assim, o diálogo entre esses referenciais amplia as possibilidades interpretativas da violência no trabalho dos ACSs, articulando os sentidos socialmente construídos acerca do fenômeno, suas repercussões nas práticas profissionais e as formas mobilizadas pelos trabalhadores diante do sofrimento. A Psicodinâmica do Trabalho poderá, portanto, subsidiar a interpretação de mecanismos de proteção, silenciamento, adaptação, resistência ou reorganização do trabalho quando evidenciados nos achados empíricos, sem pressupô-los antecipadamente ou substituir a centralidade da TRS na investigação (Dejours, 1992; Lima, 1998).

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de Pesquisa

Este estudo é de natureza quali-quantitativa e multimétodos, com uma abordagem descritiva e exploratória. Ele se baseia na TRS em suas abordagens estrutural, proposta por Jean-Claude Abric (Abric, 1994), e processual, por Denise Jodelet (Jodelet, 2001).

A pesquisa qualitativa se concentra no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. Essa abordagem busca compreender o significado e a intencionalidade como elementos essenciais nas ações, nas relações e nas estruturas sociais, conforme descrito por Minayo (2014). Por outro lado, a abordagem quantitativa de acordo com Turato (2005), emprega experimentos, lida com números e utiliza modelos estatísticos para explicar os dados.

A pesquisa multimétodos combina diferentes abordagens quantitativas e qualitativas, busca oferecer uma visão mais abrangente do fenômeno em estudo, como destacado por Flick (2009). Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa pode ser complementada pela pesquisa quantitativa, e vice-versa, permitindo uma análise mais objetiva do fenômeno por meio de métodos quantitativos e uma análise subjetiva por meio de métodos qualitativos.

Como mencionado por Santos *et al*. (2017), a utilização de estudos multimétodos na pesquisa em saúde é uma tendência crescente, pois a combinação de diferentes métodos oferece uma alternativa para investigar fenômenos complexos.

No contexto deste estudo, a TRS foi adotada como referencial teórico-metodológico. A TRS ajuda a explicar as diferenças entre o pensamento de acordo com os preceitos científicos, a razão e a realidade, em contraste com o pensamento no contexto do mundo social. Assim, a representação social é entendida como um construto sociopsicológico que desempenha um papel simbólico, representando algo para alguém ou para um grupo (Moscovici, 2012; Wachelke, 2012).

5.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado em seis unidades de saúde da zona urbana do município de Vitória da Conquista-BA, sendo cada unidade composta duas eSF. O município fica localizado na região sudoeste do estado da Bahia, com área de 3.254,186 Km². Em 2022, de

acordo com dados do último censo do IBGE, tem uma população de 370.868 habitantes (Brasil, 2022).

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Vitória da Conquista é referência para 78 municípios de sua Região de Saúde, abrangendo uma população de 1.757.135 habitantes, possuindo os serviços de APS; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e Vigilância em Saúde, em consonância com o Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990. O município de Vitória da Conquista tem investido no fortalecimento da APS como estratégia para mudança do modelo assistencial com o intuito de consolidar este ponto da rede como porta de entrada para os demais níveis do sistema.

Nesse sentido, parte do pressuposto de que a APS ordena as RAS e coordena o cuidado dispensado ao usuário do sistema, devendo ser prestada de forma humanizada e igualitária. Atualmente, o município possui um complexo sistema de saúde que contempla os princípios e diretrizes do SUS em todos os seus níveis. A cobertura da APS, segundo dados do Ministério da Saúde (2026) é de 64,68%. Possui cadastradas 57 equipes de Saúde da Família, uma equipe de consultório na rua e quatro equipes de APS.

A RAS de Vitória da Conquista é um importante componente do SUS na região sudoeste da Bahia, funcionando como referência para os demais municípios da região de saúde. A APS é composta por 46 Unidades de Saúde, sendo 28 urbanas, uma unidade escola, 18 unidades rurais. 57 equipes de Saúde da Família, 22 rurais e 37 urbanas, 12 equipes de Atenção Primária, sendo 11 urbanas e uma rural. 52 equipes de Saúde Bucal, duas unidades odontológicas móveis e cinco equipes Multiprofissionais Ampliada (eMulti). Além disso, o município conta com duas UBS tradicionais, duas academias da saúde e uma equipe do programa de atendimento municipal domiciliar ao idoso com limitação (PAMDIL). A rede também dispõe de uma equipe HabSus e uma equipe de Consultório na Rua, composta por enfermeiro, psicólogo, assistente social, técnico de saúde bucal e técnico de enfermagem (Vitória da Conquista, 2026).

A cidade conta com uma rede de atenção especializada e hospitalar robusta, composta por unidades de saúde que oferecem serviços de média e alta complexidade, como atendimentos em especialidades médicas, exames de diagnóstico avançados e tratamentos de doenças crônicas e agudas. O Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (CHVC) e outros hospitais de grande porte desempenham um papel essencial na gestão de casos que demandam cuidados intensivos e de média complexidade, sendo responsáveis pelo acolhimento de pacientes provenientes de diversas localidades. Além disso, a cidade realiza parcerias com

instituições de ensino e pesquisa, o que fortalece ainda mais seu papel de liderança na assistência à saúde na região (Vitória da Conquista, 2026).

5.3 Participantes da Pesquisa

Atualmente, o município possui um total de 519 ACSs credenciados no Ministério da Saúde (CNES, 2024). A amostra deste estudo foi composta por 102 ACSs que trabalham nas seis unidades de saúde selecionadas para o estudo. Foram selecionadas unidades de saúde compostas por duas eSF que apresentavam maior número de ACSs em atividade, de modo a alcançar aproximadamente 100 participantes. A amostra resultante foi constituída por 102 ACSs, correspondendo a 19,6% do total de ACSs do município.

A seleção dos participantes foi feita por conveniência, por meio de contato telefônico com o enfermeiro da unidade de saúde, solicitando uma reunião com todos os ACSs de cada ESF, a fim de que fossem convidados a participar do estudo. Como critério de inclusão, os ACSs deveriam estar em atividade funcional e ter mais de um ano de experiência na ESF. Já como critério de exclusão, foram excluídos os ACSs que estivessem de férias, em licença-prêmio ou em tratamento de saúde. A amostra foi composta por 102 ACSs na primeira etapa, 66 ACSs da amostra inicial na segunda etapa e, a terceira etapa foi composta 38 ACSs que participaram das duas etapas anteriores e concordaram em participar da última etapa.

5.4 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

As pesquisas no campo da psicologia social e das representações sociais têm frequentemente adotado uma abordagem multimétodos, utilizando uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos, bem como diversos instrumentos mais adequados para obter dados que permitam ao pesquisador uma compreensão mais fiel do objeto social em questão. Essa abordagem busca identificar os elementos constitutivos da representação, compreender a organização desses elementos e identificar o seu núcleo central (Oliveira *et al*., 2005). Assim, foram utilizados multimétodos na coleta de dados em três etapas distintas.

5.4.1 Primeira etapa: evocações livres e caracterização dos participantes

A primeira etapa foi composta pela aplicação da técnica de evocações livres de palavras, seguida da aplicação de um questionário de caracterização dos participantes. Após o contato com o enfermeiro supervisor das eSF, foi realizada uma reunião com os ACSs para apresentação do projeto de pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste momento, foi aplicado o instrumento para coleta das evocações livres de palavras (APÊNDICE A).

A técnica de evocação livre de palavras consiste num método projetivo/associativo onde o provável núcleo central é mais facilmente detectável, visando identificar as dimensões latentes por meio da configuração dos elementos que constituem a rede associativa dos conteúdos evocados em relação a um termo indutor – neste caso, "violência no trabalho" (Abric, 2000; Sá, 2002). Os participantes elencaram prontamente cinco palavras que vieram à mente quando ouviram o termo.

Essa abordagem possibilita a obtenção, de forma mais ágil do que por meio de entrevistas, dos elementos que compõem o universo semântico do objeto de estudo, bem como a compreensão da percepção da realidade de um grupo social com base em uma estrutura semântica pré-existente (Oliveira *et al*., 2005).

No segundo momento, foi aplicado o questionário de caracterização dos participantes (APÊNDICE B), composto por informações sociodemográficas como idade, sexo, raça/cor, religião, situação conjugal, número de filhos, renda familiar, escolaridade, tempo de atuação como ACS e atualizações e/ou capacitações relacionadas às temáticas de Saúde do Trabalhador e violência no trabalho. O questionário foi aplicado apenas após a coleta das evocações livres, a fim de evitar qualquer estímulo prévio que interfira na espontaneidade das respostas à técnica projetiva.

5.4.2 Segunda etapa: testes de centralidade

A segunda etapa foi elaborada após a análise dos resultados obtidos na primeira, por meio de análise prototípica e análise de similitude por coocorrência. Os dados obtidos nessa etapa subsidiaram a elaboração dos instrumentos que foram aplicados posteriormente: os testes de centralidade *choix-par-bloc* (APÊNDICE C), constituição de pares de palavras (APÊNDICE D) e *mise-en-cause* (APÊNDICE E).

O método de *choix-par-bloc*, também conhecido como escolha sucessiva por bloco, é uma técnica de hierarquização dos termos evocados. Ele proporciona uma abordagem quantitativa da representação social, revelando as relações de semelhança e de antagonismo entre os elementos evocados por meio do cálculo do índice de distância. Isso permite a comparação da importância relativa de certos elementos (Sá, 2002).

A constituição de pares de palavras é um método quantitativo que permite verificar que os elementos centrais possuem um maior número de conexões com outros termos (Abric, 1994). O elemento central não é isolado, mas está na confluência de uma ampla gama de ideias que emergem sobre o objeto, estabelecendo relações com os elementos do sistema periférico. Por essas razões, torna-se relevante o estudo das conexões entre esses sistemas (Wolter, 2018).

Já a técnica de *mise-en-cause*, também conhecida como técnica de questionamento, é um método qualitativo utilizado para verificar a centralidade do núcleo central de uma representação. Os participantes são questionados sobre a presença ou ausência de determinados elementos centrais, devendo indicar se reconhecem ou não o objeto central. Por meio de perguntas negativas (com respostas como “sim”, “não” ou “talvez”), é possível identificar os elementos que, na ausência de um cognema, tornam o objeto irreconhecível, revelando assim sua centralidade (Wolter; Wachelke; Naiff, 2016). Portanto, a saliência dos itens constituintes do objeto de representação é um indicador de sua centralidade (Sá, 2002).

5.4.3 Terceira etapa: grupo focal

A terceira etapa da pesquisa foi realizada por meio de grupos focais com os ACSs que participaram das etapas anteriores e se disponibilizaram a participar desta fase. Foram realizados seis grupos focais, correspondendo a uma sessão em cada uma das seis unidades de saúde participantes do estudo, com a participação dos ACSs vinculados às respectivas unidades. O objetivo desta etapa foi identificar o conteúdo das representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho, segundo a abordagem processual da TRS.

A técnica do grupo focal mostra-se especialmente adequada à TRS por possibilitar o acesso aos conteúdos compartilhados e aos processos envolvidos na construção das representações sociais. A interação e a comunicação estabelecidas no grupo favorecem a expressão e a negociação de saberes, crenças, valores e experiências, permitindo apreender como os significados acerca do objeto representacional são produzidos, compartilhados e negociados nos contextos sociais dos participantes (Nóbrega *et al*., 2016).

Os grupos focais foram realizados em salas reservadas nas respectivas unidades de saúde. As sessões foram conduzidas pela pesquisadora responsável, que atuou como facilitadora, com o apoio de uma pesquisadora colaboradora, seguindo roteiro temático previamente elaborado (APÊNDICE C), organizado em três blocos: (1) concepções sobre violência no trabalho; (2) formas de manifestação e fatores relacionados à ocorrência da violência; e (3) práticas adotadas pelos ACSs diante dessas situações. Cada sessão teve duração média de uma hora e 40 minutos.

A realização de um grupo focal em cada unidade possibilitou contemplar os diferentes contextos de trabalho incluídos na pesquisa, mantendo-se a composição dos grupos entre profissionais vinculados à mesma unidade de saúde. 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 desta etapa.

A técnica do grupo focal alinha-se à perspectiva psicossocial da TRS ao considerar que as representações sociais são construídas e compartilhadas nas relações e nos processos comunicacionais estabelecidos entre os sujeitos. Nesse sentido, a interação grupal não é compreendida apenas como meio para obtenção de falas individuais, mas como espaço de produção, negociação e circulação de sentidos acerca do objeto investigado. O grupo constitui, portanto, importante espaço analítico para observar processos comunicacionais e sociais relacionados à construção do pensamento compartilhado sobre a violência no trabalho (Gondim, 2002; Kitzinger, 1994).

5.5 Aspectos Éticos

Foram respeitados todos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Lei nº 14.874/2024 que estabelece princípios, diretrizes e regras para a condução de pesquisas com seres humanos no Brasil, sendo o estudo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob o parecer nº. 7.704.452 e CAAE: 89997325.4.0000.0055.

A coleta de dados foi realizada somente após a emissão do parecer favorável do CEP/UESB. Os participantes da pesquisa foram informados sobre a confidencialidade e anonimato das informações obtidas durante as entrevistas, além de terem sido esclarecidos seus direitos para solicitar o encerramento das entrevistas a qualquer momento. Foi realizada

a leitura cuidadosa antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

Para maior proteção das identidades dos participantes foram utilizados codinomes escolhidos pelos ACSs.

Este estudo apresentou risco mínimo, relacionado ao participante sentir-se constrangido ou desconfortável em responder alguma pergunta. Para reduzir os riscos, os ACSs serão informados previamente sobre a possibilidade de não responder alguma questão ou de interromper a entrevista a qualquer momento. Os benefícios deste estudo consistem em contribuir para aumentar a visibilidade da questão da violência no trabalho e propor estratégias eficazes para sua prevenção e enfrentamento.

5.6 Análise dos Dados

A análise dos dados teve como foco as representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho, contemplando sua estrutura, os significados atribuídos a esse fenômeno e as repercussões dessas representações nas práticas profissionais desenvolvidas no cotidiano da APS. Considerando que a coleta ocorreu em três etapas distintas, a análise acompanhou essa mesma organização metodológica.

5.6.1 Primeira etapa: análise das evocações livres de palavras

Inicialmente, os dados sociodemográficos foram analisados por meio de estatística descritiva simples, utilizando frequências absolutas e relativas. Essa etapa permitiu caracterizar o perfil dos participantes e contextualizar as condições sociais, profissionais e formativas relacionadas à construção das representações sociais da violência no trabalho.

Os dados provenientes das evocações livres de palavras foram processados no *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations* (EVOC), versão 2005. A análise prototípica, também denominada análise de evocações ou quadro de quatro casas, foi desenvolvida por Vergès para examinar a estrutura das representações sociais por meio das palavras evocadas pelos participantes (Souza, 2019). Essa técnica parte do pressuposto de que os elementos mais relevantes da representação são aqueles mais acessíveis à consciência dos indivíduos (Vergès; Tyzska, 1994 apud Wachelke; Wolter, 2011; Flament; Rouquette, 2003).

A análise compreendeu o cálculo das frequências e das ordens médias de evocação dos termos, possibilitando a construção do quadro de quatro casas (Sá, 2002). O cruzamento desses critérios organizou os elementos em quatro quadrantes: provável núcleo central, primeira periferia, segunda periferia e zona de contraste. O núcleo central reúne elementos de alta frequência e baixa ordem média de evocação; a primeira periferia contempla elementos de alta frequência e elevada ordem média; a segunda periferia é composta por elementos de baixa frequência e alta ordem média; e a zona de contraste reúne elementos de baixa frequência e baixa ordem média de evocação (Sá, 2002; Vergès, 1994).

Complementarmente, realizou-se a análise de similitude por coocorrência, técnica desenvolvida por Claude Flament com a colaboração de Vergès e Dagenne, que permite identificar o grau de conexão entre os elementos da representação social. Foram considerados os participantes que evocaram pelo menos dois termos presentes no quadro de quatro casas. O índice de similitude foi calculado pela razão entre o número de coocorrências entre as palavras e o número de participantes envolvidos (Sá, 2002).

Os resultados foram organizados em matrizes de similitude e representados por meio da árvore máxima de similitude, construída a partir das conexões mais fortes entre os cognemas. Segundo a teoria dos grafos, a árvore máxima constitui um grafo conexo e acíclico, no qual existe um único caminho entre cada par de elementos (Sá, 2002; Pecora; Sá, 2008). Nessa representação gráfica, os elementos mais conectados tendem a ocupar posições centrais, enquanto aqueles menos conectados assumem posições periféricas.

5.6.2 Segunda etapa: análise dos testes de centralidade

Os dados da segunda etapa foram analisados conforme os pressupostos da Teoria do Núcleo Central (TNC) (Abric, 1994; Sá, 2002). De acordo com essa abordagem, a identificação dos elementos que efetivamente compõem o núcleo central requer métodos específicos, tão importantes quanto a análise do conteúdo representacional.

Para essa finalidade foram utilizados os testes *choix-par-bloc*, constituição de pares de palavras e *mise-en-cause*, elaborados a partir dos resultados da análise prototípica (Sá, 2002).

O *choix-par-bloc* (escolha sucessiva por blocos) foi realizado com 15 cognemas provenientes do quadro de quatro casas, selecionados de modo a contemplar os diferentes elementos que compunham a estrutura da representação social identificada na etapa anterior: desrespeito, agressão verbal, assédio moral, pressão psicológica, xingamento, humilhação, ameaça, medo, cobrança, agressão física, desprezo, desvalorização, falta de reconhecimento,

insegurança e tristeza. O teste permitiu avaliar a importância relativa dos cognemas e explorar as relações estabelecidas entre eles. Os participantes classificaram os 15 termos nos blocos “mais característico”, “neutro” e “menos característico”, aos quais foram atribuídas pontuações de +1, 0 e -1, respectivamente (Abric, 1994; Sá, 2002).

Para cada cognema, foi calculado o índice médio de destaque, obtido pela soma das pontuações atribuídas pelos participantes dividida pelo número de respondentes. Como todos os 66 participantes classificaram os 15 cognemas, foi utilizado o mesmo denominador para todos os termos. A análise de similitude foi realizada a partir da coocorrência dos cognemas classificados conjuntamente no bloco “mais característico”, possibilitando examinar a força das relações entre os elementos. A partir da matriz de similitude, foi construída a árvore máxima, permitindo visualizar a organização relacional da representação. A interpretação considerou conjuntamente a relevância dos cognemas e sua conectividade, uma vez que a articulação desses indicadores contribui para a identificação dos elementos potencialmente centrais da representação (Aubert; Abdi, 2002; Sá, 2002).

A constituição de pares de palavras teve como objetivo identificar a conectividade entre os cognemas e analisar as relações de proximidade entre os elementos da representação social. Para essa etapa, foram utilizados 15 cognemas provenientes do quadro de quatro casas, os mesmos utilizados no *choix par bloc.* Os participantes foram convidados a formar pares entre esses cognemas, associando aqueles que, segundo sua compreensão, apresentavam maior relação entre si no contexto da violência no trabalho.

Para a análise, cada par foi considerado uma relação de coocorrência entre dois cognemas, sendo a frequência correspondente ao número de participantes que estabeleceram determinada associação. O índice de similitude foi calculado pela razão entre o número de participantes que formaram cada par e o total de participantes do teste (N=66). Os resultados foram organizados em uma matriz de similitude e representados por meio da árvore máxima, construída a partir das associações de maior intensidade, permitindo visualizar a conectividade e a organização relacional dos elementos da representação social (Sá, 2002).

O *mise-en-cause*, ou técnica do questionamento, constitui um teste de centralidade fundamentado no princípio da dupla negação, utilizado para verificar a indispensabilidade dos elementos na definição do objeto representacional (Abric, 1994; Sá, 2002). Para sua aplicação, foram utilizados 10 cognemas provenientes do quadro de quatro casas: desrespeito, agressão verbal, assédio moral, pressão psicológica, xingamento, humilhação, ameaça, agressão física, desvalorização e falta de reconhecimento.

A análise baseou-se nas frequências absolutas e percentuais das respostas “sim”, “não” e “talvez” atribuídas a cada cognema. A resposta “não” foi interpretada como recusa à retirada do elemento da definição do objeto representacional, expressando sua indispensabilidade para o reconhecimento da violência no trabalho. Adotou-se como critério de centralidade percentual superior a 75% de respostas “não”; assim, os cognemas que ultrapassaram esse ponto de corte foram considerados centrais, uma vez que sua retirada comprometeria o reconhecimento do objeto representacional (Abric, 1994; Sá, 2002; Wachelke, 2009).

5.6.3 Terceira etapa: análise dos grupos focais

Os grupos focais foram gravados com auxílio de aparelho celular, transcritos integralmente em documento do *Microsoft Word* e posteriormente convertidos para formato *Open Office*, constituindo o *corpus* textual submetido à análise lexical no *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), versão 0.7 alpha2.

O IRAMUTEQ foi desenvolvido por Pierre Ratinaud, programado em linguagem Python e utiliza funcionalidades do *software* estatístico R. O programa permite diferentes tipos de análises textuais, desde análises lexicográficas básicas, como lematização e cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas, incluindo classificação hierárquica descendente, análise pós-fatorial de correspondência e análises de similitude (Camargo; Justo, 2013).

Neste estudo foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), técnica originalmente proposta pelo *software* Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE). Essa análise possibilita recuperar segmentos do corpus original e agrupá-los em classes lexicalmente homogêneas, permitindo identificar conjuntos de palavras estatisticamente associados e subsidiar a interpretação qualitativa dos dados. As transcrições dos grupos focais constituíram o *corpus* textual, sendo cada grupo focal considerado um texto. O *corpus* foi processado pelo *software* IRAMUTEQ, que realizou a segmentação automática dos textos em segmentos de texto (ST), utilizados como unidades para as análises lexicais (Camargo; Justo, 2013).

A CHD tem como objetivo produzir classes de segmentos textuais que apresentem vocabulário semelhante entre si e distinto daquele encontrado nas demais classes. Os resultados são organizados em um dendrograma, que representa graficamente as relações

entre as classes e possibilita identificar representações sociais, campos de imagens ou diferentes dimensões de uma mesma representação social (Camargo; Justo, 2013).

5.6.4 Integração dos resultados

Cada método de análise empregado permitiu apreender dimensões específicas do objeto investigado. Enquanto a abordagem estrutural possibilitou identificar os elementos centrais e periféricos que organizam as representações sociais da violência no trabalho, a abordagem processual permitiu compreender os significados atribuídos ao fenômeno e a forma como essas representações influenciam as práticas profissionais dos ACSs.

Dessa forma, adotou-se a triangulação dos resultados como estratégia de integração analítica e aprofundamento interpretativo (Santos *et al.*, 2020). A triangulação possibilitou articular diferentes técnicas de coleta e análise de dados, distintas abordagens da TRS e diferentes contextos teóricos relacionados à violência no trabalho. Essa integração permitiu identificar convergências e complementaridades entre os resultados dos três manuscritos da tese, evidenciando como a violência no trabalho é representada, significada e vivenciada pelos ACSs, bem como suas repercussões sobre a saúde, o sofrimento e as práticas profissionais desses trabalhadores.

Para sintetizar o percurso metodológico adotado, o Quadro 1 apresenta, de forma integrada, os procedimentos e instrumentos de coleta de dados, as técnicas de análise empregadas em cada uma das três etapas da pesquisa e os resultados que se buscou alcançar. As duas primeiras etapas, fundamentadas na abordagem estrutural da TRS, possibilitaram identificar e confirmar os elementos constituintes do núcleo central das representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho. A terceira etapa, orientada pela abordagem processual, permitiu acessar os conteúdos e os processos de constituição dessas representações, favorecendo a compreensão dos significados e sentimentos atribuídos à violência e de suas repercussões nas práticas profissionais. Por fim, a triangulação dos resultados provenientes das diferentes etapas possibilitou uma interpretação ampliada do objeto investigado, articulando a estrutura, os significados e as repercussões das representações sociais da violência no trabalho nas práticas profissionais dos ACSs.

Quadro 1. Síntese das etapas metodológicas do estudo e potenciais resultados.



Fonte: Autora, 2026.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta tese são apresentados em três manuscritos científicos, elaborados a partir dos objetivos específicos do estudo e organizados de forma a contemplar diferentes dimensões das representações sociais da violência no trabalho entre Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Os manuscritos foram estruturados conforme as normas dos periódicos selecionados para submissão.

Manuscrito 1 – Estrutura representacional de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho.

Periódico de submissão: Revista Latino-Americana de Enfermagem (Qualis A2).

Normas aos autores: https://www.scielo.br/journal/rlae/about/#instructions.

Manuscrito 2 – Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho: significados e sentimentos.

Periódico de submissão: Revista Brasileira de Enfermagem (Qualis A3)

Normas aos autores: https://www.scielo.br/journal/reben/about/#instructions.

Manuscrito 3 – Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho: repercussões nas práticas profissionais.

Periódico de submissão: Revista Gaúcha de Enfermagem (Qualis A3)

Normas aos autores: https://www.scielo.br/journal/rgenf/about/#instructions

6.1 Manuscrito 1

ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA NO TRABALHO

Objetivo: Identificar o núcleo central das representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho. **Método:** Estudo descritivo e exploratório, de abordagem quali-quantitativa, fundamentado na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais. Participaram 102 Agentes Comunitários de Saúde na primeira etapa e 66 na segunda. Utilizaram-se a técnica de evocação livre de palavras e os testes de centralidade *choix-par-bloc*, pares de palavras e *mise-en-cause*. Os dados foram submetidos à análise prototípica, análise de similitude por coocorrência e aos procedimentos analíticos específicos dos testes de centralidade. **Resultados:** A análise prototípica indicou *desrespeito, agressão verbal, assédio moral, pressão psicológica* e *xingamento* como candidatos ao núcleo central. Na integração das diferentes técnicas, *desrespeito* e *pressão psicológica* foram os únicos cognemas com indicação de centralidade em três métodos, sendo confirmados como elementos do núcleo central. Os demais cognemas distribuíram-se em diferentes posições do sistema representacional, expressando manifestações verbais, morais e físicas da violência, além de repercussões subjetivas e afetivas relacionadas às experiências laborais. **Conclusão:** A representação social da violência no trabalho entre Agentes Comunitários de Saúde organiza-se em torno de *desrespeito* e *pressão psicológica*, articulando uma dimensão normativa, relacionada à violação de valores que orientam as relações profissionais, e uma dimensão experiencial e afetiva, relacionada ao desgaste psicológico. A identificação desses elementos contribui para a compreensão da estrutura representacional da violência no trabalho e pode subsidiar estratégias institucionais de prevenção, proteção e valorização desses trabalhadores.

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

Introdução

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) ocupam posição singular na Atenção Primária à Saúde (APS), atuando como mediadores entre os serviços de saúde e a comunidade. Sua prática profissional é desenvolvida predominantemente no território e envolve visitas domiciliares, acompanhamento das famílias, ações de promoção e prevenção da saúde e construção de vínculos com a população. Além de integrarem as equipes de Saúde da Família, esses trabalhadores mantêm estreita relação com os contextos sociais nos quais desenvolvem suas atividades, assumindo uma posição que transita entre o serviço de saúde e a comunidade[1]. Essa dupla inserção constitui uma característica particular do trabalho do ACS e produz relações que nem sempre são harmoniosas, especialmente diante de demandas, expectativas e conflitos presentes no cotidiano dos territórios.

As características desse processo de trabalho tornam os ACSs particularmente expostos a situações de violência no exercício profissional. A proximidade cotidiana com usuários e famílias, a realização de atividades nos domicílios e em outros espaços comunitários, a atuação em territórios marcados por desigualdades e conflitos e a própria posição de mediação entre as necessidades da população e as respostas oferecidas pelos serviços podem produzir situações de insegurança, tensão e violência[1,2,3]. Estudos com ACSs evidenciam que a violência pode interferir na realização das atividades no território e expor esses trabalhadores a situações capazes de comprometer sua integridade física e mental.

A violência no trabalho dos ACSs, entretanto, não se restringe às situações ocorridas no território ou às relações estabelecidas com usuários e familiares. O fenômeno deve ser compreendido em sua multidimensionalidade, considerando também as condições e a organização do trabalho, as relações estabelecidas com equipes e gestores e os contextos sociais e institucionais nos quais as práticas profissionais são desenvolvidas[4,5,6]. Na APS, a literatura demonstra que a violência no trabalho está relacionada à interação de fatores individuais, comunitários, geográficos e organizacionais e pode assumir diferentes manifestações, com predomínio das formas não físicas e verbais[5,7,6]. Entre os ACSs, as evidências apontam experiências que incluem violência verbal, ameaças, assédio e outras situações de violência relacionadas ao exercício profissional. Durante as visitas domiciliares, por exemplo, esses trabalhadores podem vivenciar situações de insegurança e exposição que repercutem em seu bem-estar físico e psicológico e na própria realização do trabalho no território[2]. A particularidade de, em muitos contextos, viver e trabalhar na mesma comunidade acrescenta complexidade a essas experiências, uma vez que as fronteiras entre os espaços de vida e de trabalho podem se tornar menos delimitadas[1,3].

Essa realidade evidencia condições de vulnerabilidade dos ACSs à violência no trabalho, compreendidas não como atributo individual desses trabalhadores, mas como resultado da articulação entre dimensões individuais, sociais e programáticas, que envolvem as condições concretas de vida e trabalho, as relações sociais e de poder, a organização dos serviços e os recursos institucionais disponíveis para proteção e enfrentamento[8]. Ayres (2022). A exposição à violência também não ocorre de maneira homogênea entre os ACSs, podendo ser atravessada pelas posições sociais ocupadas pelos trabalhadores e pelas características dos contextos em que vivem e trabalham[9,3]. Estudo recente realizado com trabalhadores comunitários de saúde no Nordeste brasileiro demonstrou diferenças nas experiências e percepções de violência segundo gênero e contexto, reforçando a necessidade de considerar a heterogeneidade dessas vivências.

Embora estudos tenham avançado na identificação das manifestações da violência, dos fatores associados, das consequências e das estratégias de enfrentamento, compreender a violência no trabalho dos ACSs requer também considerar como esses trabalhadores significam e organizam socialmente esse fenômeno[5,6]. As experiências de violência não são apenas vivenciadas objetivamente, mas interpretadas a partir dos conhecimentos, valores, crenças e experiências compartilhados pelos sujeitos em seus grupos sociais. Esses significados participam da maneira como o fenômeno é reconhecido e interpretado no cotidiano de trabalho.

Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Moscovici, constitui referencial pertinente para compreender os conhecimentos e significados construídos e compartilhados pelos ACSs acerca da violência no trabalho. As representações sociais correspondem a sistemas de conhecimentos, valores e crenças socialmente elaborados e compartilhados, que possibilitam aos sujeitos interpretar a realidade e orientar suas condutas e práticas[10,11]. No campo da saúde, a TRS permite acessar os saberes construídos pelos grupos sociais acerca dos fenômenos vivenciados e compreender sua participação na interpretação dos problemas e nas práticas profissionais[12].

Assim, investigar a organização das representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho possibilita avançar da identificação das manifestações e situações de violência para a compreensão dos elementos que estruturam o pensamento social desses trabalhadores acerca do fenômeno. Essa perspectiva torna-se especialmente relevante diante das particularidades da inserção profissional dos ACSs e das diferentes condições de vulnerabilidade que atravessam seu cotidiano laboral.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo identificar o núcleo central das representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho.

Método

Desenho do estudo

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem quali-quantitativa, fundamentado na TRS, com ênfase na abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central[13,14].

Referencial teórico

Adotou-se a abordagem estrutural da TRS que compreende as representações sociais como sistemas organizados em torno de um núcleo central e elementos periféricos, cuja identificação requer métodos específicos de análise estrutural[13,14].

Local e período da coleta de dados

O estudo foi realizado em seis unidades de saúde, cada uma composta por duas equipes de Saúde da Família (eSF), localizadas na zona urbana de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2025 e janeiro de 2026, sendo conduzida pela pesquisadora, com a colaboração de uma pesquisadora durante sua realização.

Participantes

Dos 519 ACSs atuantes no município, participaram da pesquisa profissionais vinculados às seis unidades de saúde selecionadas. Foram incluídos ACSs em atividade há pelo menos um ano na unidade e excluídos aqueles que se encontravam afastados durante o período da coleta de dados. Participaram 102 ACSs na primeira etapa e 66 na segunda etapa da pesquisa.

Instrumentos e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, participaram 102 ACSs, aos quais foi aplicada a técnica de evocações livres de palavras, utilizando-se como termo indutor “violência no trabalho”. Cada participante foi solicitado a evocar cinco palavras ou expressões que lhe viessem imediatamente à mente a partir do termo indutor. Em seguida, os participantes responderam a um formulário para caracterização sociodemográfica e profissional.

As evocações obtidas nessa primeira etapa subsidiaram a identificação do conteúdo e da organização inicial da representação social. A partir dos resultados da análise prototípica e da análise de similitude por coocorrência, foram selecionados os cognemas que compuseram os instrumentos utilizados na segunda etapa da pesquisa, destinada ao aprofundamento da análise estrutural e à verificação da centralidade dos elementos da representação [13,14].

Na segunda etapa, participaram 66 ACSs, aos quais foram aplicados os testes *choix-par-bloc*, constituição de pares de palavras e *mise-en-cause*. O *choix-par-bloc*, ou escolha sucessiva por blocos, foi realizado com 15 cognemas provenientes do quadro de quatro casas, selecionados a partir dos resultados da primeira etapa. Os participantes classificaram esses termos em três blocos: “mais característico”, “neutro” e “menos característico” da violência no trabalho. Essa técnica possibilitou avaliar a importância relativa dos cognemas e as relações estabelecidas entre os elementos da representação [13,14].

Na constituição de pares de palavras, foram utilizados os mesmos 15 cognemas provenientes do quadro de quatro casas. Os participantes foram orientados a formar pares entre os termos, associando aqueles que, segundo sua compreensão, apresentavam maior relação entre si no contexto da violência no trabalho. A técnica teve como finalidade examinar

a conectividade entre os cognemas e as relações de proximidade existentes no campo representacional[14].

O *mise-en-cause*, ou técnica do questionamento, foi aplicado com 10 cognemas provenientes do quadro de quatro casas, com a finalidade de verificar sua indispensabilidade para a definição do objeto representacional. Fundamentado no princípio da dupla negação, o teste parte do pressuposto de que um elemento central não pode ser retirado da representação sem que o objeto perca seu significado ou deixe de ser reconhecido como tal. Para cada cognema, os participantes responderam a uma questão formulada de modo a verificar se a violência no trabalho poderia existir sem aquele elemento, utilizando as alternativas "sim", "não" e "talvez" [13,14,15].

Análise dos dados

As evocações livres foram processadas no *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations* (EVOC), versão 2005, por meio do qual foi realizada a análise prototípica, considerando-se conjuntamente a frequência de evocação e a ordem média de evocação (OME) dos termos. O cruzamento desses dois critérios possibilitou a construção do quadro de quatro casas, utilizado para identificar a organização inicial da representação social[16,14].

O quadro de quatro casas distribui os termos evocados em quatro quadrantes. No quadrante superior esquerdo situam-se os elementos com alta frequência e baixa OME, considerados prováveis candidatos ao núcleo central da representação. O quadrante superior direito, denominado primeira periferia, reúne elementos com alta frequência e elevada OME. No quadrante inferior esquerdo encontram-se os elementos da zona de contraste, caracterizados por menor frequência e baixa OME. Por sua vez, o quadrante inferior direito, correspondente à segunda periferia, reúne os elementos de menor frequência e elevada OME [16; 14].

Em continuidade à análise das evocações livres, realizou-se a análise de similitude por coocorrência, com o objetivo de examinar a conectividade entre os elementos da representação social. Para cada par de cognemas, foi calculado o índice de similitude a partir da relação entre o número de participantes que evocaram conjuntamente os termos e o número de participantes considerados na análise. As relações identificadas foram organizadas em uma matriz de similitude e representadas graficamente por meio da árvore máxima de similitude, na qual as conexões de maior intensidade permitem visualizar a organização relacional dos elementos da representação[14].

Os dados obtidos na segunda etapa foram analisados de acordo com os procedimentos específicos de cada teste de centralidade. No *choix-par-bloc*, aos blocos “mais característico”, “neutro” e “menos característico” foram atribuídos, respectivamente, os valores +1, 0 e −1. Para cada cognema, calculou-se o índice médio de destaque, obtido pela soma das pontuações atribuídas pelos participantes dividida pelo número de respondentes. A análise de similitude foi realizada a partir da coocorrência dos cognemas classificados conjuntamente no bloco “mais característico”, sendo os resultados organizados em matriz de similitude e representados por meio da árvore máxima. A interpretação considerou conjuntamente a relevância dos cognemas e sua conectividade, como indicadores auxiliares da organização estrutural da representação [13,14,17].

Para a constituição de pares de palavras, cada par formado foi considerado uma relação de coocorrência entre dois cognemas. O índice de similitude foi calculado pela razão entre o número de participantes que estabeleceram cada associação e o total de participantes do teste. Os índices obtidos foram dispostos em uma matriz de similitude e, a partir das associações de maior intensidade, construiu-se a árvore máxima, permitindo visualizar as conexões e a organização relacional dos cognemas no campo representacional[14].

Por fim, o *mise-en-cause* foi analisado a partir das frequências absolutas e percentuais das respostas “sim”, “não” e “talvez” para cada cognema. Por se tratar de uma técnica fundamentada na dupla negação, a resposta “não” foi interpretada como recusa à retirada do elemento da definição do objeto representacional. Adotou-se como critério de confirmação da centralidade percentual superior a 75% de respostas “não”, indicando que, para os participantes, a retirada daquele cognema comprometeria o reconhecimento da violência no trabalho como objeto representacional[13,14,15].

A identificação dos elementos centrais foi realizada mediante a integração dos resultados da análise prototípica e dos testes de centralidade empregados na segunda etapa. A análise de similitude por coocorrência foi utilizada de forma complementar, com a finalidade de examinar a conectividade e a organização relacional dos cognemas no campo representacional[13,14,16].

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer nº 7.704.452, atendendo às normas éticas vigentes para pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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 da etapa de evocações livres de palavras 102 ACSs, com predominância do sexo feminino (96%), idade entre 38 e 67 anos (média de 52 anos) e concentração na faixa de 46 a 55 anos, caracterizando um grupo adulto e com trajetória profissional consolidada, com aproximadamente 20 anos de atuação como ACSs. Predominaram os participantes que se autodeclaram pardos (76,5%), seguidos por pretos (15,7%), o que totaliza 92,2% de negros, além de forte presença de religiões cristãs (91,1%), especialmente católica (48,0%) e evangélica (43,1%),

Quanto à situação conjugal, prevaleceram os casados (52,9%), e a maioria possuía filhos, com média aproximada de dois por participante. No aspecto socioeconômico, observou-se concentração da renda entre um e três salários-mínimos (80,4%), mesmo entre participantes com maior escolaridade.

A escolaridade mostrou-se heterogênea, com maior frequência de ensino médio e ensino superior incompleto. Os ACSs apresentaram ampla experiência profissional, com tempo de atuação entre 2 e 28 anos (média de 20 anos) e forte vínculo territorial e institucional, evidenciado pelo longo período de permanência nas unidades onde integram a equipe de saúde.

Em relação à qualificação profissional, 76,5% relataram capacitação em saúde do trabalhador e 61,8% em violência no trabalho, indicando maior cobertura formativa no primeiro tema. De modo geral, a amostra apresentou predominância do sexo feminino e de participantes autodeclarados pardos ou pretos, além de longa experiência profissional como ACS, embora com variação no tempo de atuação, escolaridade e condições socioeconômicas.

O *corpus* formado pelas evocações dos ACS frente ao termo indutor “violência no trabalho” totalizou 498 palavras, sendo identificados 38 termos distintos. A ordem média de evocação (OME/*rang*) estabelecida para a análise foi de 3, com frequência mínima de 10 e frequência média de 23,7, conforme critérios definidos para a construção do quadro de quatro casas (Quadro 1).

Quadro 1 – Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos agentes comunitários de saúde frente ao termo indutor "violência no trabalho".) Vitória da Conquista-Bahia, 2026. (n=102)

Frequência	*Rang* <3			*Rang* ≥3		
	Termo	*f*	OME	Termo	*f*	OME
f > 23,7	Desrespeito	73	2,68	Humilhação	41	3,49
	Agressão verbal	50	2,5	Ameaça	27	3,19
	Assédio moral	48	2,9	Medo	26	3,58
	Pressão psicológica	33	2,58			
	Xingamento	31	2,77			
f ≤ 23,7	Cobrança	16	2,56	Falta de apoio	9	3,22
	Agressão física	14	2,93	Falta de reconhecimento	9	3,78
	Desprezo	6	2,83	Falta de empatia	6	3,5
	Desvalorização	5	2,60	Gritos	5	3,2
				Insegurança	5	3
				Angústia	4	3,5
				Ansiedade	4	4
				Assédio	4	3,25
				Falta de amor	4	4,25
				Tristeza	4	3

Fonte: Autora, 2026.

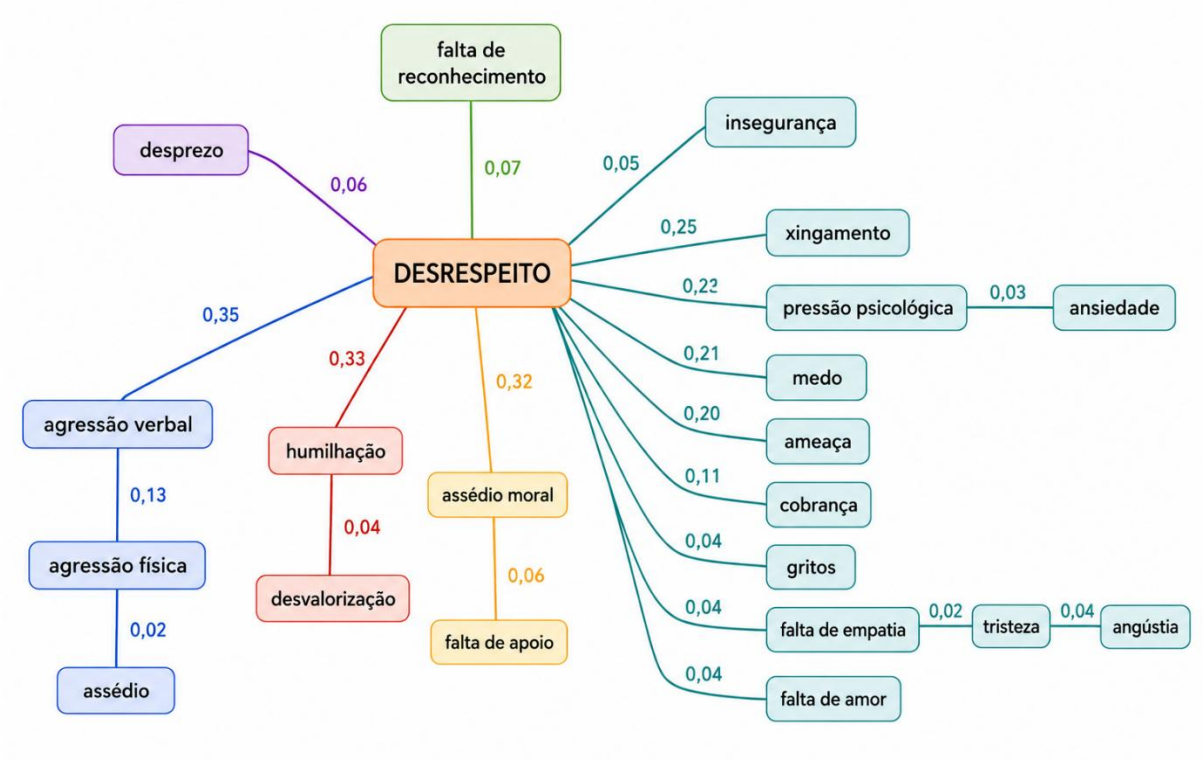
No provável núcleo central da representação social da violência no trabalho destacaram-se os termos *desrespeito, agressão verbal, assédio moral, pressão psicológica e xingamento*, caracterizados por elevada frequência e pronta evocação. Entre esses cognemas, *desrespeito* apresentou a maior frequência e baixa ordem média de evocação, destacando-se pela elevada saliência e reforçando sua condição de candidato à centralidade.

Na primeira periferia situaram-se *humilhação, ameaça* e *medo*, caracterizados por alta frequência e maior ordem média de evocação. A segunda periferia reuniu *falta de apoio, falta de reconhecimento, falta de empatia, gritos, insegurança, angústia, ansiedade, assédio, falta de amor* e *tristeza*.

Na zona de contraste situaram-se *cobrança, agressão física, desprezo* e *desvalorização*, caracterizados por menor frequência e baixa ordem média de evocação.

Complementarmente, a análise de similitude por coocorrência (Figura 1) permitiu identificar e representar, por meio da árvore máxima de similitude, as conexões e associações entre os elementos que compõem a representação social da violência no trabalho pelos ACSs[11].

Figura 1 - Árvore de similitude por coocorrência das evocações dos Agentes Comunitários de Saúde frente ao termo indutor "violência no trabalho". Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2026. (n=97)



Fonte: Autora, 2026.

Para a análise de similitude por coocorrência, foram selecionados os participantes que evocaram pelo menos duas palavras presentes no quadro de quatro casas. Após a aplicação desse critério, 97 dos 102 participantes da primeira etapa compuseram o corpus utilizado para essa análise.

A análise da árvore de similitude por coocorrência permitiu evidenciar a organização relacional dos elementos que compõem a representação social da violência no trabalho. As conexões mais fortes ocorreram entre *agressão verbal* e *desrespeito* (0,35), *desrespeito* e *humilhação* (0,33) e *desrespeito* e *assédio moral* (0,32). O termo *desrespeito* apresentou maior conectividade na rede, estabelecendo relações diretas com elementos situados nos diferentes quadrantes da análise prototípica e articulando conteúdos relacionados às manifestações verbais, morais, psicológicas e afetivas da violência.

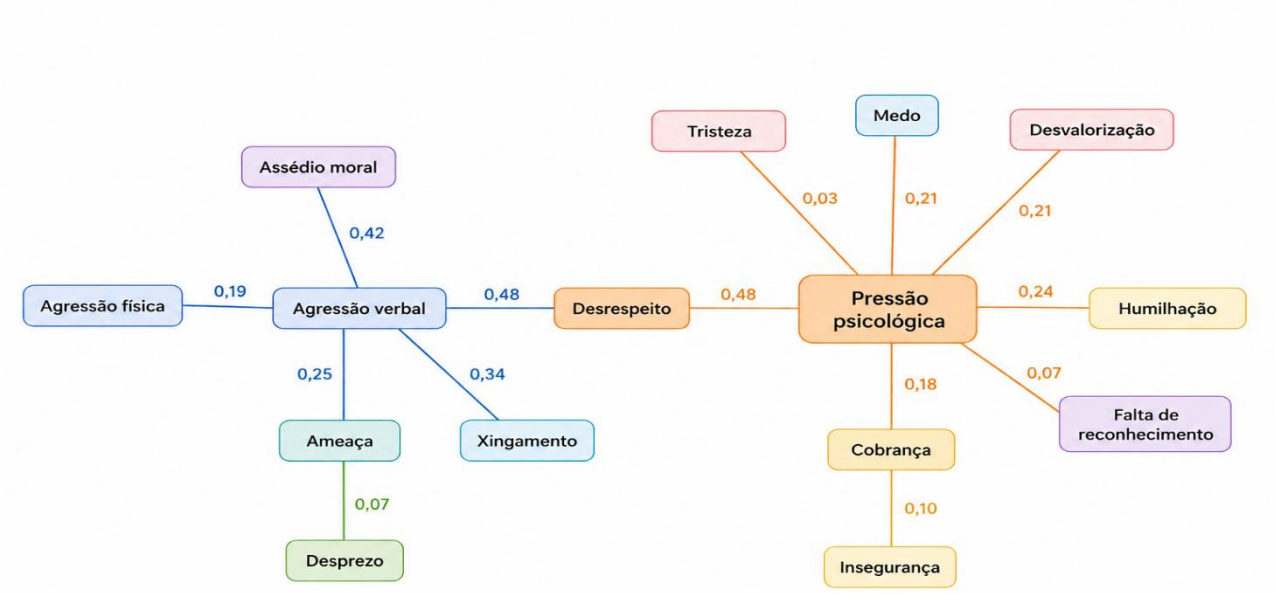
Entre os elementos pertencentes ao provável núcleo central, *agressão verbal*, *assédio moral*, *xingamento* e *pressão psicológica* apresentaram conexões com *desrespeito*, enquanto outras relações evidenciaram ramificações específicas na estrutura, como *agressão verbal* e *agressão física* (0,13), *assédio moral* e *falta de apoio* (0,062), *humilhação* e *desvalorização*

(0,04) e *pressão psicológica* e *ansiedade* (0,03). Os elementos *humilhação, medo* e *ameaça*, situados na primeira periferia, também se conectaram diretamente a *desrespeito*, com índices de 0,33, 0,20 e 0,19, respectivamente. Entre os conteúdos de menor frequência, observaram-se ainda conexões que expressam repercussões afetivas da violência, a exemplo das relações entre *falta de empatia, tristeza* e *angústia*.

Desse modo, a árvore de similitude evidencia uma configuração relacional marcada pela elevada conectividade de desrespeito e pela formação de ramificações que permitem visualizar diferentes dimensões do campo representacional, abrangendo manifestações verbais, morais, psicológicas e físicas, bem como conteúdos afetivos associados à experiência da violência no trabalho. A análise de similitude por coocorrência, ao evidenciar a força das associações e a forma como os cognemas se articulam na rede, complementa a análise prototípica e contribui para uma compreensão mais detalhada da organização interna da representação social(11).

No *choix-par-bloc*, as conexões entre os cognemas revelaram uma configuração estrutural distinta da observada na análise de coocorrência (Figura 2), indicando que a organização das representações sociais da violência no trabalho pelos ACSs varia conforme a técnica empregada.

Figura 2 – Árvore máxima de similitude a partir do *choix-par-bloc* para os elementos do termo "violência no trabalho". Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2026. (n=66)



Fonte: Autora, 2026.

Na árvore máxima de similitude derivada do *choix-par-bloc*, o termo *pressão psicológica* apresentou o maior número de conexões, articulando-se diretamente a *desrespeito, humilhação, medo, desvalorização, cobrança, falta de reconhecimento* e *tristeza*. Essa configuração evidencia sua posição de destaque na organização relacional dos elementos da representação social da violência no trabalho.

O termo *desrespeito* estabeleceu conexões diretas com *pressão psicológica* e *agressão verbal*, compondo com esses elementos o eixo principal da árvore. *Agressão verbal*, por sua vez, constituiu importante ponto de ramificação, conectando-se a *assédio moral, xingamento, ameaça* e *agressão física*. A partir dessas ramificações, *ameaça* apresentou ligação com *desprezo*, enquanto *cobrança*, vinculada a *pressão psicológica*, conectou-se a *insegurança*.

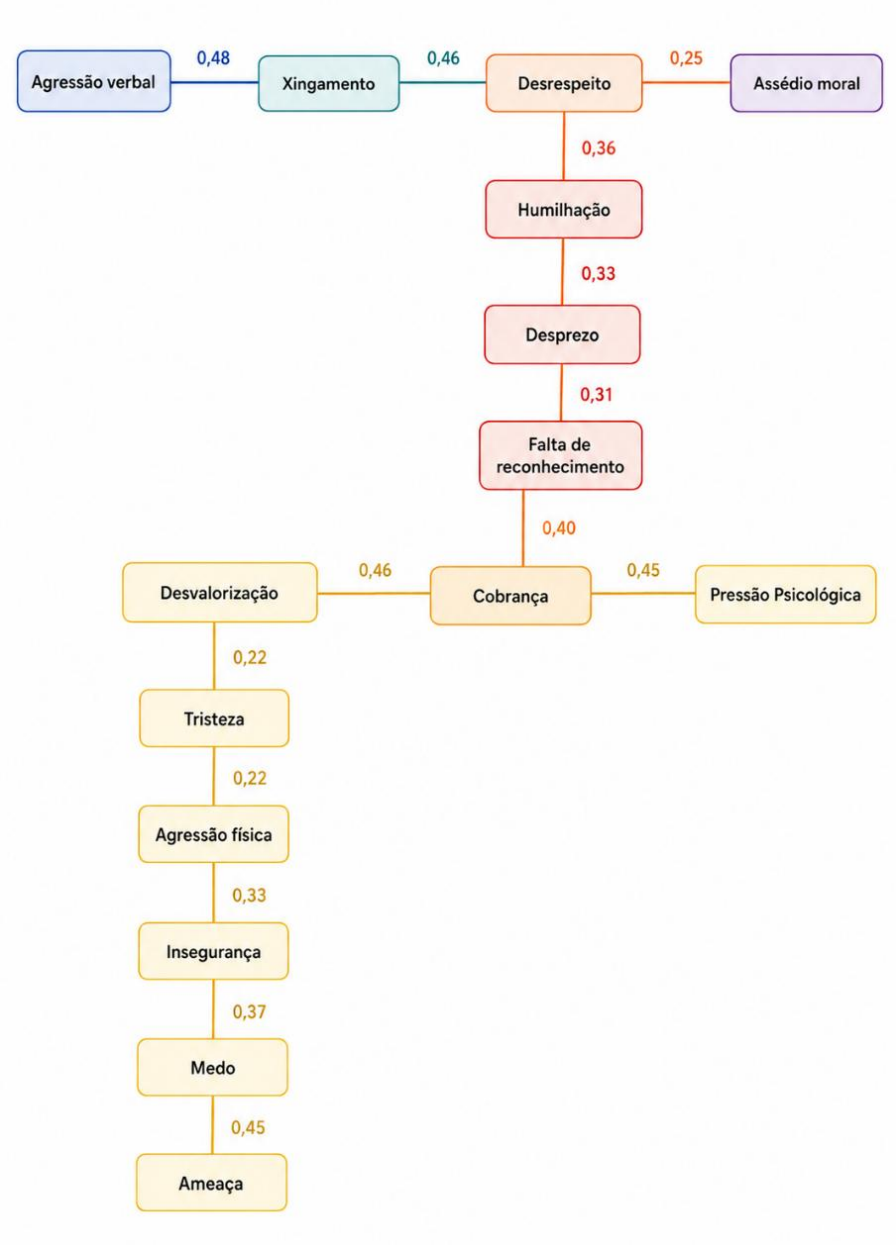
A disposição dos cognemas evidencia, assim, uma estrutura relacional na qual *pressão psicológica, desrespeito* e *agressão verbal* ocupam posições de maior articulação, enquanto os demais elementos se distribuem em ramificações relacionadas às manifestações morais, verbais e psicológicas da violência e às suas repercussões. *Tristeza, desprezo, insegurança* e

falta de reconhecimento aparecem nas extremidades da árvore, com menor número de ligações à rede.

No *choix-par-bloc*, *agressão verbal* e *pressão psicológica* apresentaram indicação de centralidade, mostrando os resultados mais consistentes segundo os critérios empregados nesse teste. *Xingamento*, embora integrasse o possível núcleo central identificado na análise prototípica, apresentou menor força de indicação. Esses resultados foram posteriormente confrontados com os demais testes utilizados no estudo.

Outro teste de centralidade adotado para aprofundar a análise estrutural da representação consistiu no teste de pares de palavras. A partir da aplicação desse instrumento, foi possível construir uma nova árvore máxima de similitude, baseada no cálculo do índice de similitude entre os cognemas, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Árvore máxima de similitude por pares de palavras para os elementos do termo indutor "violência no trabalho". Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2026. (n=66)



Fonte: Autora, 2026.

Na árvore máxima de similitude, *desrespeito* destacou-se pela sua posição de articulação na estrutura, conectando-se a *xingamento, humilhação* e *assédio moral.* A partir dessas relações, constituíram-se diferentes ramificações: *xingamento* conectou-se a agressão verbal, enquanto *humilhação* estabeleceu uma cadeia com *desprezo, falta de reconhecimento* e *cobrança.* Esta última também se articulou diretamente a *desvalorização* e *pressão psicológica*, ampliando a estrutura relacional entre os cognemas.

A partir de *desvalorização*, observou-se uma cadeia constituída por *tristeza, agressão física, insegurança, medo* e *ameaça*. Dessa forma, a árvore evidenciou uma organização relacional na qual elementos relacionados às manifestações verbais, psicológicas e morais da violência se articulam a conteúdos referentes à desvalorização, ao sofrimento e à insegurança vivenciados no trabalho.

Quanto à centralidade, o teste de pares de palavras apresentou indicação de centralidade para *desrespeito*, previamente identificado como candidato à centralidade na análise prototípica. Os demais elementos, embora participem da organização relacional evidenciada pela árvore de similitude, não apresentaram indicação de centralidade segundo os critérios empregados nesse teste, permanecendo vinculados à estrutura representacional em diferentes posições e relações.

Complementarmente, a técnica do *mise-en-cause* contribuiu para a verificação da centralidade dos elementos da representação social da violência no trabalho, permitindo testar sua indispensabilidade por meio da resistência à retirada do cognema do objeto representacional.

Nesse sentido, foram submetidos ao teste cognemas selecionados a partir da análise prototípica, considerando-se, de forma articulada, sua saliência, posição no quadro de quatro casas e relevância teórico-semântica para o contexto do objeto investigado. Foram priorizados os elementos do possível núcleo central e selecionados elementos da primeira periferia e da zona de contraste com maior potencial para a investigação da centralidade. A seleção considerou, ainda, a capacidade dos cognemas de expressar diferentes manifestações e experiências relacionadas à violência no trabalho, de modo a contemplar conteúdos representativos do fenômeno sem ampliar excessivamente o instrumento. Assim, foram incluídos *desrespeito, agressão verbal, assédio moral, pressão psicológica, xingamento, humilhação, ameaça, agressão física, desvalorização* e *falta de reconhecimento*. Este último, embora situado na segunda periferia, foi mantido em razão de sua relevância semântica para o objeto investigado e de sua relação com processos de desvalorização e reconhecimento no contexto laboral. A partir das respostas dos participantes, foram contabilizadas as frequências

de respostas “sim”, “não” e “talvez” para cada cognema, bem como seus respectivos percentuais, possibilitando a verificação de sua centralidade estrutural, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição das respostas dos elementos do *mise-en-cause* para o termo indutor “violência no trabalho”. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2026. (n=66)

Elementos apresentados	Resposta negativa (central)		Resposta positiva (não central)		Talvez	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Desrespeito	**57**	**86,36**	**7**	**10,61**	**2**	**3,03**
Agressão verbal	2	3,03	62	93,94	2	3,03
Assédio moral	17	25,76	41	62,12	8	12,12
Pressão psicológica	**53**	**80,30**	**10**	**15,15**	**3**	**4,55**
Xingamento	26	39,39	39	59,09	1	1,52
Humilhação	36	54,55	27	40,91	3	4,55
Ameaça	3	4,55	63	95,45	0	0,00
Falta de reconhecimento	12	18,18	52	78,79	2	3,03

Fonte: Autora, 2026.

O teste de *mise-en-cause* fundamentou-se no princípio da dupla negação, considerando a resistência à retirada do cognema como indicativo de sua indispensabilidade para o reconhecimento do objeto representacional. Para a confirmação da centralidade, adotou-se como critério percentual de respostas negativas superior a 75%.

Os resultados demonstraram que *desrespeito* (86,36%) e *pressão psicológica* (80,30%) ultrapassaram o ponto de corte estabelecido, tendo sua centralidade confirmada pelo *mise-en-cause*. Entre os demais cognemas, *humilhação* apresentou 54,55% de respostas negativas, seguida por *xingamento* (39,39%), *desvalorização* (31,82%), *assédio moral* (25,76%) e *falta de reconhecimento* (18,18%). As menores proporções de respostas negativas foram observadas para *ameaça* (4,55%), *agressão verbal* (3,03%) e *agressão física* (1,52%), não sendo confirmada a centralidade desses elementos.

Dessa forma, entre os cognemas submetidos ao teste, apenas *desrespeito* e *pressão psicológica* tiveram sua centralidade confirmada, evidenciando maior resistência à sua retirada e, consequentemente, sua indispensabilidade para o reconhecimento da violência no trabalho como objeto representacional. Os demais elementos testados não atingiram o critério estabelecido para confirmação da centralidade.

A partir dos resultados obtidos, é possível identificar o núcleo central e descrever a estrutura das representações sociais dos ACS acerca da violência no trabalho. Nesse sentido, o Quadro 3 reúne de forma integrada os achados provenientes da análise prototípica, das análises de similitude oriundas do *choix-par-bloc* e do teste de pares de palavras, bem como do método *mise-en-cause*, considerando os cognemas com potencial de centralidade.

Ressalta-se que a análise de similitude por coocorrência não foi incluída como critério de confirmação da centralidade no Quadro 3, uma vez que sua finalidade é examinar a conectividade e a organização relacional dos elementos da representação. Seus resultados foram utilizados de forma complementar à análise prototípica e aos testes de centralidade[14].

Para a definição do núcleo central, adotou-se como critério a convergência dos resultados das diferentes técnicas empregadas, considerando-se como centrais os cognemas cuja centralidade foi indicada em, no mínimo, três métodos. Na análise prototípica, cinco elementos - *desrespeito, agressão verbal, assédio moral, pressão psicológica* e *xingamento* - constituíram o possível núcleo central, por apresentarem elevada frequência e baixa ordem média de evocação.

Quadro 3 – Síntese dos resultados da análise estrutural das representações sociais da violência no trabalho para Agentes Comunitários de Saúde. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2026.

Candidatos à centralidade	Desrespeito	Agressão verbal	Assédio moral	Pressão psicológica	Xingamento	Humilhação	Ameaça	Agressão física	Desvalorização	Falta de reconhecimento
Indicação de centralidade										
Análise prototípica	X	X	X	X	X					
Testes de centralidade										
Choix-par-bloc		X		X						
Pares de palavras	X									
Mise-en-cause	X			X						
Elementos centrais em 3 ou mais métodos	X			X						

Fonte: Autora, 2026.

Na integração dos resultados das diferentes técnicas, *desrespeito* e *pressão psicológica* foram os únicos cognemas que apresentaram convergência em três métodos. *Desrespeito*, inicialmente indicado como possível elemento central pela análise prototípica, teve sua

centralidade corroborada pelo teste de pares de palavras e pelo *mise-en-cause*. *Pressão psicológica*, também pertencente ao possível núcleo central na análise prototípica, apresentou indicação de centralidade no *choix-par-bloc* e confirmação no *mise-en-cause*. Dessa forma, ambos atenderam ao critério estabelecido de convergência em três ou mais métodos, sendo confirmados como elementos do núcleo central da representação social da violência no trabalho.

Entre os demais cognemas inicialmente situados no possível núcleo central, *agressão verbal* apresentou indicação de centralidade na análise prototípica e no *choix-par-bloc*, totalizando convergência em dois métodos e, portanto, não alcançando o critério definido para confirmação da centralidade. *Assédio moral* e *xingamento*, por sua vez, foram indicados como possíveis elementos centrais apenas pela análise prototípica, sem confirmação pelos testes subsequentes. Assim, embora *agressão verbal*, *assédio moral* e *xingamento* tenham apresentado elevada saliência na evocação livre e integrado o possível núcleo central do quadro de quatro casas, não reuniram evidências convergentes suficientes para serem confirmados como elementos do núcleo central.

Os demais cognemas incluídos nos testes - *humilhação, ameaça, agressão física, desvalorização* e *falta de reconhecimento* - também não apresentaram convergência suficiente para confirmação da centralidade. Esses elementos permaneceram, portanto, como componentes do sistema representacional, sem atender ao critério estabelecido de indicação de centralidade em três ou mais métodos.

A análise integrada permitiu, assim, diferenciar os elementos inicialmente candidatos à centralidade, identificados pela análise prototípica, daqueles cuja centralidade foi sustentada pela convergência das técnicas subsequentes. Dos cinco cognemas que constituíram o possível núcleo central, apenas *desrespeito* e *pressão psicológica* apresentaram convergência em três métodos, sendo confirmados como componentes do núcleo central da representação social dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da violência no trabalho.

Discussão

Os achados deste estudo permitem compreender que a violência no trabalho, para os ACSs, é representada a partir de uma estrutura que articula violações nas relações socioprofissionais e repercussões psicológicas decorrentes dessas experiências. Nesse campo representacional, *desrespeito* e *pressão psicológica* constituem os elementos que conferem maior estabilidade e significado ao objeto, enquanto manifestações verbais, morais e físicas da violência, bem como sentimentos de humilhação, medo, insegurança e desvalorização, compõem diferentes dimensões de sua concretização no cotidiano laboral. Assim, a violência

no trabalho não é representada apenas pelos atos violentos vivenciados, mas também pela ruptura do reconhecimento e do respeito nas relações de trabalho e pelo sofrimento produzido por essas experiências.

À luz da abordagem estrutural da TRS, a representação não se limita a um conjunto de conteúdos, mas constitui um sistema organizado por um núcleo central e elementos periféricos que expressam valores, normas, experiências e formas de agir socialmente compartilhadas[18]. Nessa perspectiva, o núcleo central garante significado, coerência e estabilidade à representação, enquanto o sistema periférico possibilita sua adaptação às experiências cotidianas[13]. Além disso, diferentes técnicas permitem acessar propriedades distintas da estrutura representacional, como saliência, poder associativo e inegociabilidade dos elementos, justificando a triangulação metodológica utilizada neste estudo[18].

Outro aspecto relevante refere-se à dimensão afetiva das representações sociais, uma vez que afetividade e significado se articulam no campo representacional[19]. Essa perspectiva contribui para a compreensão dos resultados encontrados, nos quais *desrespeito* e *pressão psicológica* se confirmaram como elementos centrais. Esses cognemas indicam que a violência no trabalho é representada, simultaneamente, como violação de valores que orientam as relações profissionais e como experiência cotidiana marcada pelo sofrimento psicológico. Tal compreensão também dialoga com a literatura que concebe a violência no trabalho como fenômeno multidimensional, atravessado por dimensões interpessoais, institucionais e estruturais[20,4], especialmente no contexto da APS.

A integração dos resultados da análise prototípica e dos testes de centralidade permitiu distinguir os elementos inicialmente candidatos ao núcleo daqueles cuja centralidade foi sustentada pela convergência metodológica. Entre os cinco cognemas situados no possível núcleo central - *desrespeito, agressão verbal, assédio moral, pressão psicológica* e *xingamento* -, apenas *desrespeito* e *pressão psicológica* atenderam ao critério estabelecido de indicação de centralidade em três ou mais métodos. *Desrespeito* foi indicado pela análise prototípica, pelos pares de palavras e pelo *mise-en-cause,* enquanto pressão psicológica foi indicado pela análise prototípica, pelo *choix-par-bloc* e pelo *mise-en-cause*. Essa convergência, alcançada por percursos metodológicos distintos, sustenta a confirmação desses dois cognemas como componentes do núcleo central da representação.

A centralidade de *desrespeito* evidencia uma dimensão predominantemente normativa da representação, indicando que a violência no trabalho é percebida como ruptura de valores considerados fundamentais para as relações sociais e profissionais. Na abordagem estrutural, os elementos centrais participam da atribuição de significado ao objeto e orientam a forma

como ele é reconhecido e interpretado pelo grupo[13]. Nessa direção, o *desrespeito* sintetiza a percepção de violação da dignidade e do reconhecimento profissional. Essa interpretação aproxima-se da discussão sobre violência simbólica, na medida em que relações assimétricas de poder e processos de desvalorização podem ser naturalizados e reproduzidos nas interações cotidianas de trabalho, contribuindo para a invisibilização de determinadas formas de violência[21].

Por sua vez, a centralidade de *pressão psicológica* evidencia uma dimensão experiencial e subjetiva da representação da violência, associada ao desgaste emocional decorrente das relações e condições de trabalho. Esse achado reforça a compreensão de que os conteúdos afetivos não estão dissociados da organização da representação[19]. Sob a perspectiva da psicodinâmica do trabalho, pressões, cobranças excessivas, humilhações e práticas autoritárias podem constituir formas de violência organizacional capazes de produzir sofrimento psíquico e comprometer o bem-estar dos trabalhadores, aspecto coerente com os resultados encontrados[22].

A articulação entre *desrespeito* e *pressão psicológica* demonstra, portanto, que a violência no trabalho é compreendida simultaneamente como violação de valores e como experiência emocionalmente marcada, integrando dimensões cognitivas, normativas e afetivas da representação[18]. Contudo, essas experiências não ocorrem de maneira dissociada das posições sociais ocupadas pelos trabalhadores. No presente estudo, o grupo investigado foi predominantemente constituído por mulheres e pessoas negras, além de apresentar concentração de renda entre um e três salários-mínimos. Essas características tornam pertinente uma leitura interseccional dos achados.

Gênero, raça e classe não constituem dimensões independentes de desigualdade, mas se articulam em relações de poder que moldam experiências sociais específicas. Nessa perspectiva, a matriz de dominação permite compreender como diferentes formas de opressão se interconectam e operam de maneira simultânea, não podendo ser analisadas isoladamente. A interseccionalidade, portanto, ultrapassa a simples identificação ou sobreposição de marcadores sociais, incorporando a análise do contexto histórico, das relações sociais e das estruturas de poder que produzem e sustentam experiências diferenciadas de desigualdade [9].

Nesse sentido, os significados associados a *desrespeito* e *pressão psicológica* podem ser interpretados também à luz das posições sociais ocupadas pelos participantes. A predominância simultânea de mulheres e de participantes negros torna pertinente considerar a articulação entre gênero, raça, classe e posição ocupacional como perspectiva interpretativa dos achados. A interseccionalidade amplia essa compreensão ao reconhecer que diferentes

marcadores sociais se articulam nas relações de poder e podem conferir sentidos particulares às experiências de violência no trabalho, sem que se estabeleça, neste estudo, relação causal entre esses marcadores e a estrutura da representação[9].

A análise de similitude por coocorrência complementou essa compreensão ao evidenciar a organização relacional do campo representacional. *Desrespeito* apresentou a maior conectividade na rede, articulando elementos pertencentes aos diferentes quadrantes da análise prototípica, entre eles *agressão verbal, assédio moral, xingamento, pressão psicológica, humilhação, medo* e *ameaça*. Essa configuração permite visualizar como diferentes manifestações e repercussões da violência se organizam em torno desse cognema, sem que a conectividade observada seja tomada, isoladamente, como critério para confirmação da centralidade. A análise de similitude assume, assim, função complementar, ao evidenciar a força das associações e contribuir para a visualização das diferentes dimensões que constituem o campo representacional.

A distinção entre conectividade, saliência e centralidade mostrou-se particularmente importante neste estudo. *Agressão verbal*, por exemplo, apresentou elevada saliência na análise prototípica e teve indicação de centralidade no *choix-par-bloc*, porém não alcançou a convergência mínima estabelecida para confirmação como elemento central. De forma semelhante, *assédio moral* e *xingamento*, embora tenham integrado o possível núcleo central no quadro de quatro casas, não apresentaram evidências convergentes suficientes nos testes subsequentes. Esses resultados reforçam a necessidade de utilização articulada de diferentes procedimentos metodológicos na abordagem estrutural, uma vez que nenhuma técnica, isoladamente, permite apreender todas as propriedades que caracterizam um elemento central[18,23].

Para além dos elementos centrais confirmados, os demais cognemas conferem concretude e diversidade ao campo representacional. *Agressão verbal*, *assédio moral* e *xingamento*, embora inicialmente situados no possível núcleo central pela análise prototípica, não alcançaram convergência suficiente para confirmação da centralidade. Na primeira periferia, *humilhação, ameaça* e *medo* expressam conteúdos amplamente compartilhados que aproximam o núcleo das experiências cotidianas. Na zona de contraste, *cobrança*, *agressão física, desprezo* e *desvalorização* evidenciam conteúdos menos frequentes, porém prontamente evocados, que podem representar experiências específicas de determinados segmentos do grupo. Já elementos da segunda periferia, como *tristeza*, *insegurança* e *falta de reconhecimento*, ampliam a expressão das repercussões subjetivas e contextuais da violência.

Essa distribuição é coerente com a função do sistema periférico de permitir a atualização da representação diante das experiências concretas e das particularidades do cotidiano[23].

No contexto dos ACSs, essas repercussões devem ser compreendidas em articulação com as condições concretas nas quais o trabalho é realizado. A perspectiva da vulnerabilidade contribui para superar explicações centradas exclusivamente no indivíduo, ao articular as dimensões individual, social e programática e considerar que as experiências dos sujeitos são atravessadas por relações de poder, estruturas institucionais e aspectos culturais, entre os quais as relações de gênero, raça e geração. Nessa perspectiva, a exposição à violência não pode ser atribuída somente às características individuais dos ACSs ou à intensa proximidade estabelecida com os usuários, mas precisa ser compreendida na interface entre condições territoriais, relações sociais, organização do processo de trabalho e capacidade institucional de prevenção, proteção e resposta[8].

Essa perspectiva também permite problematizar a vulnerabilidade programática relacionada às condições de trabalho e à capacidade de resposta institucional diante da violência. A insuficiência de mecanismos de proteção, a fragilidade do apoio institucional, as dificuldades na organização dos fluxos e a ausência de respostas efetivas podem intensificar as condições de vulnerabilização dos trabalhadores. Nesse sentido, as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade devem ser compreendidas de forma articulada, considerando que as possibilidades de proteção e enfrentamento são condicionadas pelas relações sociais e pelas estruturas institucionais nas quais os sujeitos estão inseridos[8].

A compreensão da vulnerabilidade para além da noção restrita de risco incorpora aspectos relacionados à precariedade, à suscetibilidade, às relações de poder e às condições históricas e sociais que interferem na capacidade dos sujeitos de proteger seus interesses e seu bem-estar. Essa perspectiva aproxima-se dos resultados deste estudo ao evidenciar que o sofrimento relacionado à violência no trabalho não decorre apenas de eventos isolados, mas se insere em condições sociais, institucionais e relacionais que podem produzir e reproduzir vulnerabilidades e limitar as possibilidades de enfrentamento[24].

No caso dos ACSs, essa discussão assume particular relevância porque o trabalho se desenvolve em estreita vinculação com o território e com a vida cotidiana dos usuários. A proximidade social e geográfica que constitui uma das potencialidades do trabalho dos ACSs também pode ampliar a exposição a conflitos, cobranças, ameaças e outras situações de violência. Quando articuladas às desigualdades de gênero, raça e classe e às vulnerabilidades programáticas, essas condições podem intensificar experiências de desgaste e sofrimento. Dessa forma, a abordagem interseccional e o referencial da vulnerabilidade não substituem a

interpretação estrutural das representações sociais, mas ampliam a compreensão das condições históricas, sociais e institucionais nas quais essas representações são construídas.

Além de expressarem formas de interpretação da realidade, as representações sociais exercem função de orientação das práticas e dos modos de enfrentamento[18,25]. Assim, a centralidade de *desrespeito e pressão psicológica* sugere que o reconhecimento e a interpretação das situações de violência pelos ACSs são mediados por essas dimensões. Nesse sentido, as representações podem orientar formas de atuação e estratégias construídas diante de contextos adversos, como a mediação de conflitos, a redefinição de percursos, a reorganização de visitas e a negociação da presença em determinados espaços do território[25]. Tais estratégias revelam a dimensão prática da representação e demonstram como os significados atribuídos à violência participam da organização das condutas cotidianas.

A centralidade de *desrespeito* e *pressão psicológica* também possibilita discutir, em diálogo com a literatura, processos de banalização ou naturalização de determinadas formas de violência no cotidiano laboral. Essa interpretação não decorre diretamente da centralidade dos cognemas, mas da articulação dos achados com estudos que demonstram a recorrência e a invisibilização de práticas violentas nas relações de trabalho[10,22,23]. Quando essas práticas passam a ser reconhecidas como parte habitual do cotidiano profissional, podem ser reduzidas as possibilidades de reconhecimento do problema e de busca por respostas institucionais.

Por fim, destaca-se que *desrespeito* se confirmou como um dos elementos centrais da representação social da violência no trabalho entre os ACSs. Embora investigando objeto distinto, estudo sobre representações sociais da violência doméstica contra a mulher também identificou *desrespeito* como elemento central da representação[26]. Essa aproximação, contudo, deve ser interpretada considerando as especificidades dos diferentes objetos e grupos sociais, sobretudo porque a presente investigação foi constituída predominantemente por mulheres. A perspectiva interseccional contribui para compreender que experiências de violência envolvendo mulheres não devem ser analisadas por um único marcador social, uma vez que gênero se articula a raça, classe e outras posições sociais em relações de poder que se moldam mutuamente[9]. Assim, mais do que sugerir um significado universal do desrespeito para todas as formas de violência, os achados indicam a necessidade de compreender como esse cognema adquire centralidade em contextos sociais, ocupacionais e relacionais específicos.

Como limitação, destaca-se a escassez de estudos que investiguem especificamente a estrutura das representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho, o que restringe comparações diretas dos resultados. Soma-se a isso o fato de que, embora a composição

sociodemográfica do grupo torne pertinente uma interpretação interseccional, o desenho do estudo não foi estruturado para testar associações específicas entre gênero, raça, classe e a organização dos elementos representacionais. Assim, essas categorias foram utilizadas como lente interpretativa para contextualizar os achados, e não como explicação causal. Apesar dessas limitações, o estudo contribui para o avanço do conhecimento na interface entre Saúde do Trabalhador, Atenção Primária à Saúde e Teoria das Representações Sociais, ao demonstrar que a violência no trabalho entre ACSs se estrutura em torno de *desrespeito* e *pressão psicológica* e se expressa por meio de uma rede de conteúdos morais, verbais, psicológicos, físicos e afetivos vinculados às condições concretas de trabalho.

Conclusão

Este estudo permitiu identificar o núcleo central e descrever a organização das representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da violência no trabalho. A integração das diferentes técnicas empregadas confirmou *desrespeito* e *pressão psicológica* como elementos do núcleo central, evidenciando que o fenômeno é representado simultaneamente como ruptura de valores que orientam as relações socioprofissionais e como experiência marcada pelo desgaste psicológico. Esses elementos conferem significado e estabilidade à representação e articulam dimensões normativas, experienciais e afetivas da violência no trabalho.

A análise estrutural demonstrou, ainda, que a representação não se restringe aos elementos centrais. *Agressão verbal*, *assédio moral* e *xingamento*, inicialmente identificados como candidatos à centralidade, não apresentaram convergência suficiente para sua confirmação, enquanto os demais cognemas distribuíram-se entre a primeira periferia, a zona de contraste e a segunda periferia. Esses conteúdos conferem concretude à representação ao expressarem manifestações verbais, morais e físicas da violência, bem como experiências de humilhação, ameaça, medo, desvalorização, insegurança e falta de reconhecimento presentes no cotidiano laboral.

Os achados também evidenciam que a violência no trabalho dos ACSs deve ser compreendida em articulação com as condições sociais, territoriais e institucionais nas quais suas práticas são desenvolvidas. A predominância de mulheres e pessoas negras entre os participantes torna pertinente considerar, como perspectiva interpretativa, a intersecção entre gênero, raça, classe e posição ocupacional, assim como as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade. Entretanto, essas características não permitem estabelecer relações causais entre tais marcadores e os elementos que constituem o núcleo central, uma vez que essas associações não foram testadas no desenho do estudo.

Do ponto de vista prático, a identificação de *desrespeito* e *pressão psicológica* como elementos centrais sinaliza a necessidade de que as estratégias de enfrentamento da violência no trabalho não se restrinjam às suas manifestações mais explícitas. As respostas institucionais devem considerar também as relações socioprofissionais, as condições e a organização do trabalho e as repercussões psicológicas dessas experiências, com fortalecimento dos mecanismos de prevenção e proteção, dos espaços de escuta e apoio e das práticas de reconhecimento e valorização profissional.

Por fim, o estudo amplia o conhecimento sobre a violência no trabalho dos ACSs ao evidenciar a estrutura do pensamento social construído por esses trabalhadores acerca do fenômeno. A utilização articulada da análise prototípica e dos testes de centralidade permitiu diferenciar elementos salientes e relacionais daqueles efetivamente sustentados pela convergência metodológica como componentes do núcleo central. Os resultados contribuem para o campo da Saúde do Trabalhador e da Atenção Primária à Saúde e oferecem subsídios para ações e políticas institucionais mais sensíveis às formas pelas quais a violência é reconhecida, significada e vivenciada no cotidiano de trabalho dos ACSs.

Referências

1. Faria CCMV, Paiva CHA. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. **Trab Educ Saude**. 2020;18(Suppl 1):e0025183.

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

3. 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.

4. Vieira CEC. Violência no trabalho: dimensões estruturais e interseccionais. **Rev Bras Saude Ocup**. 2023;48:eDCINQ2. doi:10.1590/2317-6369/15822PT2023v48edcinq2.

5. Yusoff HM, 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. Collins PH. **Bem mais que ideias**: a interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo Editorial; 2022.

10. Moscovici S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 9a ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

11. Jodelet D. **Representações sociais**: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. p.17-44.

12. 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.

13. Abric JC. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.

14. Sá CP. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes; 2002.

15. Wachelke JFR. Índice de centralidade de representações sociais a partir de evocações (INCEV): exemplo de aplicação no estudo da representação social sobre envelhecimento. **Psicol Reflex Crit**. 2009;22(1):102-110

16. Vergès P. L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. **Bull Psychol**. 1992;45(405):203-9

17. Aubert J, Abdi G. Représentations sociales de la gymnastique chez des enseignants stagiaires d'éducation physique et sportive et choix d'enseignement. **Staps**. 2002;59(3):9-22.

18. Wolter RP. A abordagem estrutural das representações sociais: pontes entre teoria e método. **Psico-USF**. 2018;23(4):621-31. doi:10.1590/1413-82712018230402.

19. Campos PHF, Rouquette ML. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. **Psicol Reflex Crit**. 2003;16(3):435-45. doi:10.1590/S0102-79722003000300004.

20. Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Cien Saude Colet**. 2018;23(6):1963-70. doi:10.1590/1413-81232018236.04922018.

21. Bourdieu P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003

22. Dejours C. **A banalização da injustiça social**. 7a ed. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas; 2000.

23. França LCM, Gomes AMT, Nogueira VPF, Rocha JCC, Couto PLS. Análise estrutural da representação social da espiritualidade segundo professores de um centro universitário. **Caminhos**. 2021;19(3):651-63. doi:10.18224/cam.v19i3.9115.

24. Florêncio RS, Cestari VRF, Pessoa VLMP, Silva MRF, Borges JWP, Santiago JCS, et al. Significados do conceito de vulnerabilidade em saúde: uma revisão de escopo. **Brazilian Journal of Health Review**. 2021;4(3):12817-12834. doi:10.34119/bjhrv4n3-243.

25. Wolter RP, Sá CP. As relações entre representações e práticas: o caminho esquecido. **Rev Int Cienc Soc Humanid Sociotam**. 2013;23(1-2):87-105

26. Machado JC, Santos CS, Gomes AMT, Boery RNSO, Rodrigues VP, Vilela ABA. Estrutura de pensamento social de agentes comunitárias de saúde sobre violência doméstica contra a mulher. **Cien Saude Colet**. 2023;28(6):1663-1673. doi:10.1590/1413-81232023286.14592022.

6.2 Manuscrito 2

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA NO TRABALHO: SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS

Resumo
Objetivo: compreender os significados e sentimentos que emergem das representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho. **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 grupos focais e processados no *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** A Classificação Hierárquica Descendente resultou em seis classes organizadas em dois eixos, sendo abordado neste estudo o eixo relacionado às dimensões estrutural, subjetiva e simbólica da violência no trabalho. As representações sociais revelaram significados relacionados ao sofrimento psíquico, desgaste emocional, cobranças institucionais, sobrecarga, desvalorização profissional e fragilidades no suporte institucional. Medo, ansiedade, frustração e impotência emergiram entre os sentimentos associados às experiências de violência. O apoio entre colegas e a espiritualidade destacaram-se como recursos de enfrentamento. **Conclusão:** a violência no trabalho foi significada pelos ACSs para além das agressões explícitas, incorporando experiências relacionadas à organização do trabalho, às relações profissionais e institucionais e às vulnerabilidades presentes no território. Os achados evidenciam a articulação entre significados e sentimentos na construção dessas representações e reforçam a necessidade de reconhecimento profissional, suporte institucional e ações de proteção à saúde mental dos ACSs.
Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Violência no Trabalho; Representações Sociais; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

A violência no trabalho constitui importante problema no campo da Saúde do Trabalhador, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais, precarização laboral e fragilidades institucionais. Nas últimas décadas, sua compreensão ampliou-se para além das agressões explícitas, incorporando dimensões psicológicas, simbólicas, morais e organizacionais que repercutem sobre a saúde mental e as práticas profissionais dos trabalhadores[1]. Nessa perspectiva, a violência relacionada ao trabalho está articulada às estruturas sociais, econômicas e políticas que organizam o mundo laboral[2].

Na Atenção Primária à Saúde (APS) a violência no trabalho assume características particulares em razão da estreita interação entre profissionais, usuários e comunidade, em territórios frequentemente marcados por vulnerabilidades sociais, limitações na organização dos serviços e dificuldades de acesso à atenção especializada. Estudos evidenciaram que esse fenômeno resulta da interação entre fatores individuais, territoriais, organizacionais e

relacionados ao processo de cuidado, repercutindo sobre a saúde mental, o desempenho profissional e a qualidade da assistência prestada. Nesse contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) ocupam posição singular por desenvolverem suas atividades diretamente nas comunidades, estabelecerem vínculos contínuos com famílias e usuários e compartilharem, muitas vezes, o mesmo território onde vivem e trabalham. Essa condição amplia sua exposição a diferentes formas de violência, associadas não apenas às vulnerabilidades sociais e à violência comunitária, mas também aos conflitos relacionados ao acesso aos serviços de saúde, à sobrecarga de trabalho, à fragilidade do suporte institucional e às desigualdades de gênero presentes no cotidiano laboral[3-5].

Os ACSs integram as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e desempenham papel de mediação entre os serviços de saúde e a comunidade, fortalecendo os vínculos entre a população e os diferentes pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua atuação é desenvolvida principalmente no território e compreende, entre outras atividades, visitas domiciliares e ações individuais e coletivas de promoção da saúde e prevenção de agravos [6]. Essa inserção territorial confere especificidade ao seu processo de trabalho, uma vez que o ACS atua na linha de frente da APS, próximo às condições concretas de vida da população e, frequentemente, vive e trabalha no mesmo território das pessoas que acompanha, constituindo um elo entre os serviços formais de saúde e a comunidade[7]. Tal posição aproxima o trabalhador das necessidades e experiências cotidianas das famílias, mas também o insere diretamente nas dinâmicas sociais, relacionais e territoriais que atravessam sua prática profissional.

Compreender a violência no trabalho exige reconhecer suas dimensões subjetivas e simbólicas. Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais (TRS) oferece importante referencial para compreender como os grupos constroem conhecimentos compartilhados e atribuem significado à realidade. Ademais, as representações sociais orientam a interpretação das experiências e são construídas por meio dos processos de ancoragem e objetivação, pelos quais fenômenos complexos são compreendidos a partir de conhecimentos prévios e materializados em experiências concretas do cotidiano[8-10].

No caso da violência no trabalho, situações como agressões verbais, ameaças, humilhações e cobranças excessivas contribuem para a construção desses significados. Além disso, as representações articulam dimensões cognitivas, afetivas, normativas e identitárias, expressando conhecimentos, sentimentos, valores e formas de ação compartilhadas socialmente[8,9].

Sob essa perspectiva, a violência no trabalho dos ACSs ultrapassa sua dimensão objetiva, sendo construída simbolicamente a partir das experiências vividas no território e nas relações estabelecidas no processo de trabalho. Assim, objetivou-se compreender os significados e sentimentos que emergem das representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de estudo qualitativo, fundamentado na 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 os significados e sentimentos que emergem das representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho, buscando compreender como essas experiências são elaboradas e compartilhadas no cotidiano profissional.

Local e participantes

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[11].

Foram realizados seis grupos focais, correspondendo a uma sessão em cada uma das seis unidades de saúde participantes do estudo, 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 ao objetivo desta etapa.

As sessões foram conduzidas pela pesquisadora principal, que atuou como moderadora, com o apoio de uma pesquisadora colaboradora, utilizando roteiro temático semiestruturado elaborado previamente. As questões abordaram as concepções sobre violência no trabalho, suas formas de manifestação e fatores relacionados à sua ocorrência, bem como as práticas adotadas pelos ACSs diante dessas situações. 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 a 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 e o posterior agrupamento das falas no *corpus* textual, cada ACS recebeu uma identificação numérica, utilizada para distinguir suas falas ao longo das transcrições. Em seguida, as transcrições foram organizadas de acordo com os seis grupos focais realizados, preservando-se a identificação dos participantes em cada grupo, para a preparação do *corpus* destinado ao processamento lexical.

Para o processamento dos dados, utilizou-se o software IRAMUTEQ *(Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*, desenvolvido por Pierre Ratinaud. O software possibilita diferentes formas de processamento lexical e análises estatísticas aplicadas a corpora textuais[12].

O *corpus* textual foi constituído pelas transcrições dos seis grupos focais, dos quais participaram, ao todo, 38 ACSs. Para o processamento no IRAMUTEQ, cada grupo focal correspondeu a um texto, totalizando seis textos. A partir desses textos, o software realizou automaticamente sua segmentação em segmentos de texto (ST), que constituíram as unidades

utilizadas para a análise lexical. O processamento do *corpus* foi realizado pelo *software* em 29 segundos.

Para a análise, utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), também denominada método de *Reinert*. A CHD classifica os segmentos de texto em função de seus vocabulários, buscando reunir aqueles que apresentam vocabulário semelhante e diferenciá-los daqueles com características lexicais distintas. Esse procedimento possibilita a formação de classes lexicais, caracterizadas pelas formas lexicais estatisticamente associadas a cada classe. O teste do qui-quadrado (χ^2) permite verificar a associação das formas lexicais às classes, de modo que valores mais elevados de χ^2 indicam maior associação entre determinada forma lexical e a respectiva classe[12].

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 teóricos relacionados à violência no trabalho e ao processo de trabalho na APS, buscando compreender os significados e sentimentos presentes nas representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho.

Dessa forma, os resultados provenientes do processamento lexical foram articulados à interpretação qualitativa dos ST, permitindo compreender as classes para além de sua composição vocabular e considerar os sentidos atribuídos pelos ACSs às experiências relatadas e os sentimentos a elas relacionados, mantendo-se a TRS como referencial teórico orientador da interpretação dos achados.

Aspectos éticos

O estudo respeitou os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, bem como as disposições da Lei nº 14.874/2024, que institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e dispõe sobre os direitos dos participantes de pesquisa, reforçando princípios como dignidade, autonomia, privacidade, confidencialidade e proteção dos participantes. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 7.704.452.

Os participantes foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e participaram voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Com o objetivo de garantir anonimato e sigilo das informações, os participantes foram identificados por codinomes escolhidos pelos próprios ACSs durante os grupos focais.

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.

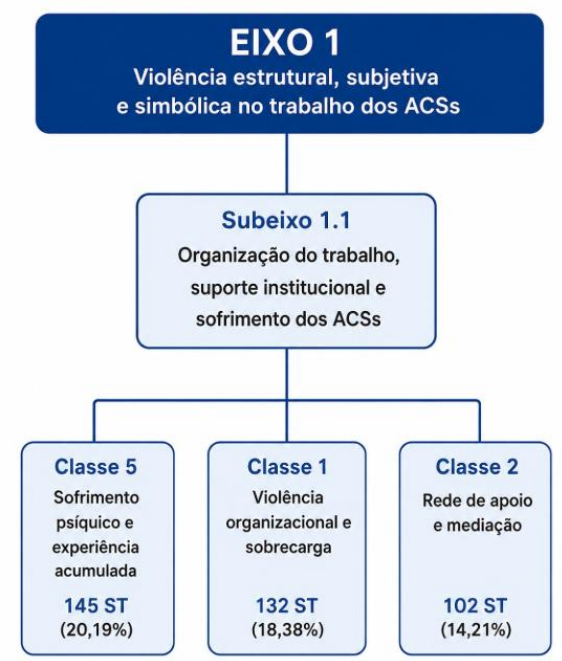
Os ST foram dimensionados e classificados por meio da CHD, resultando em seis classes organizadas em dois eixos temáticos. Considerando os objetivos deste estudo, são apresentados e analisados neste manuscrito os resultados referentes ao Eixo 1, denominado “Violência estrutural, subjetiva e simbólica no trabalho dos ACSs”, constituído pelas classes 5, 1 e 2.

A Figura 1 apresenta a organização das classes que compõem o Eixo 1. A Classe 5 – Sofrimento psíquico e experiência acumulada reúne sentidos relacionados às repercussões subjetivas das experiências de violência no trabalho. O Subeixo 1.1 – Organização do trabalho, suporte institucional e sofrimento dos ACSs compreende a Classe 1 – Violência organizacional e sobrecarga e a Classe 2 – Rede de apoio e mediação, que apresentam maior proximidade entre si na organização do corpus. Essas classes reúnem sentidos relacionados às

cobranças institucionais, à organização e sobrecarga de trabalho e às formas de apoio e mediação mobilizadas no contexto laboral.

Desse modo, o Eixo 1 articula conteúdos relacionados às dimensões estrutural, subjetiva e simbólica da violência no trabalho, permitindo compreender os sentidos e significados construídos pelos ACSs acerca dessas experiências.

Figura 1 - Distribuição das classes temáticas do Eixo 1 – Violência estrutural, subjetiva e simbólica no trabalho dos ACSs, segundo a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2026.



Fonte: Autora, 2026.

Sofrimento psíquico e experiência acumulada no trabalho dos ACSs

A classe 5 correspondeu a 20,19% do *corpus* analisado, com 145 ST. As principais palavras associadas à classe, segundo o teste do qui-quadrado (χ^2), foram: *viver* ($\chi^2 = 74{,}331$), *ano* ($\chi^2 = 42{,}813$), *difícil* ($\chi^2 = 32{,}148$) e *muito* ($\chi^2 = 31{,}491$), evidenciando forte associação entre as experiências acumuladas ao longo dos anos de trabalho e as vivências de sofrimento no cotidiano profissional. Os ACSs associaram a violência não apenas às agressões explícitas, mas também aos conflitos institucionais, à desvalorização profissional e às situações que geram sofrimento moral, emocional e psicológico.

A gente passou por algo muito difícil aqui, eu também tenho muitos anos como agente de saúde já estou praticamente me aposentando e essa pessoa que esteve aqui causou muitos traumas, muitas contendas (ACS 28; score: 284.62).

Seja aqui dentro da unidade, seja na comunidade, no território, seja no individual ou no coletivo, tudo aquilo que traz sofrimento psicológico, moral, emocional, tudo isso é violência e a gente vive isso diariamente (ACS 38; score: 168.95).

As falas revelaram que o sofrimento no trabalho é vivido de maneira progressiva e cumulativa ao longo dos anos de atuação profissional. Muitos participantes relacionaram o tempo de serviço ao desgaste emocional, ao adoecimento psíquico e às mudanças subjetivas produzidas pelo trabalho no território.

Eu me considero muito persistente porque para estar há 25 anos nesse trabalho a gente precisa persistir muito, ao longo desse tempo eu já vivi muitas situações difíceis (ACS 36; score: 222.61).

Se você perguntar a minha história de quase 26 anos isso vira um livro, o que a gente vive é um adoecimento [...] a maioria dos agentes comunitários sofre um adoecimento mental muito forte, angustiante (ACS 37; score: 188.90).

Os participantes também relataram situações de violência no interior das unidades de saúde, relacionadas a conflitos interpessoais, relações autoritárias, ausência de ética e desvalorização profissional. Essas experiências foram descritas como potencialmente traumáticas, com repercussões importantes para a saúde mental dos trabalhadores.

Teve uma situação muito difícil para mim no ano passado dentro da própria unidade envolvendo a enfermeira, eu estava passando por um sofrimento muito grande (ACS 14; score: 211.30).

Foi um período muito difícil, eu diria que vivi quase todos os tipos de agressão, exceto a física (ACS 27; score: 188.57).

Os conteúdos desta classe evidenciaram importantes repercussões da violência sobre a saúde mental dos ACSs, incluindo ansiedade, medo, insônia, isolamento emocional e esgotamento. Os relatos também indicaram que a forte inserção territorial faz com que as demandas do trabalho ultrapassem o espaço laboral, interferindo na vida pessoal dos trabalhadores.

A gente vive no território, a gente convive com essas pessoas diariamente, a gente acorda e o problema está na porta da nossa casa, então não existe essa separação (ACS 29; score: 132.00).

Eu já tive dificuldade para dormir pensando no trabalho, pensando nas situações que vivi na área [...] isso cansa" (ACS 35; score: 140.24).

Em alguns relatos, os ACSs demonstraram que as experiências de violência produzem mudanças subjetivas importantes, afetando sua forma de agir, de se relacionar e até mesmo sua identidade profissional.

Quando eu entrei eu era uma pessoa mais leve, mais tranquila (ACS 34; score: 199.42).

Hoje eu diminuí um pouco as visitas, eu escuto mais, falo menos [...] porque eu não era assim (ACS 06; score: 117.38).

Apesar do sofrimento vivenciado, os participantes também expressaram elementos relacionados à resistência, permanência e construção de sentido no trabalho. Em diferentes momentos, emergiram falas associadas à persistência, à fé, ao vínculo com a comunidade e ao reconhecimento da importância social do trabalho desenvolvido pelos ACSs.

Hoje a gente vem trabalhar com mais tranquilidade e isso faz muita diferença (ACS 27; score: 193.29).

Eu continuo porque acredito no trabalho, acredito que a gente faz diferença na vida das pessoas (ACS 36; score: 99.06).

A classe 5 revelou que as representações sociais da violência no trabalho dos ACSs são construídas a partir de experiências de sofrimento, desgaste e vulnerabilidade relacionadas às vivências institucionais e territoriais. Os relatos também evidenciaram mecanismos de resistência, apoio entre colegas, espiritualidade e permanência no trabalho diante das adversidades.

Violência organizacional e sobrecarga

A classe 1 correspondeu a 18,38% do *corpus* analisado, com 132 ST. As palavras mais representativas desta classe, segundo o teste do qui-quadrado (χ^2), foram: *cobrança* (χ^2 = 63,868), *gerar* (χ^2 = 48,499), *cuidado* (χ^2 = 47,708), *acesso* (χ^2 = 31,382), *acreditar* (χ^2 = 26,075) e *desgaste* (χ^2 = 25,66). Os conteúdos desta classe estiveram relacionados às cobranças institucionais, à produtividade, à sobrecarga de trabalho, à pressão por metas, às dificuldades de acesso aos serviços de saúde e ao desgaste emocional dos ACSs. Os relatos revelaram que a violência no trabalho é fortemente associada à organização do processo de trabalho na APS, marcada por exigências constantes e responsabilização excessiva, demonstrando a percepção de que o trabalho vem sendo reduzido a números, em detrimento da qualidade do cuidado e das necessidades da população.

Hoje a gente trabalha muito com número, com produtividade e não com qualidade. Existe muita cobrança por indicadores, por quantidade (ACS 05; score: 200.74).

[...] muitas dessas situações acabam gerando conflito, cobrança excessiva e desgaste no trabalho; eu procuro fazer meu trabalho do mesmo jeito mas existe muita cobrança por indicador (ACS 07; score 187.70).

Às vezes parece que o mais importante é o número e não a qualidade do cuidado (ACS 34; score: 126.83).

Além das cobranças institucionais, os ACSs relataram forte pressão proveniente da própria população, especialmente relacionada à demora para realização de exames, falta de vagas e dificuldade de acesso aos serviços especializados. Os participantes demonstraram sentir-se responsabilizados por problemas que extrapolam sua governabilidade dentro da rede de saúde.

Além disso, existem campanhas eventos, datas, mas na prática não há estrutura suficiente para atender a demanda que essas campanhas geram, abre campanha mas não abre vaga suficiente e quem recebe a cobrança é o ACS (ACS 14; score 183.60).

O que mais gera conflito ainda são os exames, porque demora, falta vaga e a população acaba cobrando da gente (ACS 07; score: 160.92).

Nas reuniões sempre mostram quando está baixo e isso gera uma pressão psicológica grande, na minha área o que mais gera conflito ainda são os exames, porque demora, falta vaga e a população acaba cobrando da gente (ACS 36; score: 159.18).

As pessoas chegam com raiva, cobram da gente como se fosse responsabilidade nossa (ACS 34; score: 148.87).

São coisas que muitas vezes não dependem da gente, como marcação de exame (ACS 18; score: 116.13).

Os conteúdos desta classe revelaram sentimentos de impotência, frustração e incapacidade diante das limitações da organização do sistema de saúde e das situações de sofrimento social no território, especialmente pela dificuldade dos ACSs em oferecer respostas efetivas às demandas da população.

Já acompanhei pacientes graves sem conseguir acesso ao serviço. Isso gera uma sensação de impotência muito grande, a gente quer ajudar, mas nem sempre consegue e isso dói (ACS 36; score: 159.18).

A gente recebe tudo, a gente é cobrado por tudo e muitas vezes não tem resposta para dar. Isso gera frustração (ACS 35; score: 117.55).

Outro aspecto importante presente nesta classe refere-se ao desgaste psicológico associado à repetição contínua das demandas e à convivência permanente com situações de sofrimento e abandono social. As falas indicaram que o trabalho produz esgotamento físico e emocional progressivo.

É um desgaste contínuo, não é algo pontual, é todo dia, é uma rotina de tensão, de cobrança, de responsabilidade (ACS 36; score: 157.66).

É uma sobrecarga porque quando a gente chega em casa está esgotado (*ACS 16; score: 155.19).*

Isso é repetitivo e gera uma sobrecarga muito grande, e pode levar até a um estado de depressão porque a gente vai adoecendo psicologicamente, a gente escuta muita coisa na área (ACS 18; score: 113.99).

Os ACSs apontam como sentido da violência à desvalorização profissional e à invisibilidade do seu trabalho dentro da própria rede de saúde. Muitos participantes relataram sentimentos de não reconhecimento e percepção de que seu sofrimento não é legitimado institucionalmente.

A desvalorização é uma das principais formas de violência. Não valorizam o trabalho do agente de saúde (ACS 19; score: 117.65).

Tudo que nos desestimula chega a ser uma forma de violência (ACS 08; score: 117.06).

A classe 1 revelou que as representações sociais da violência no trabalho dos ACSs estão relacionadas à organização institucional do trabalho, às cobranças excessivas, às limitações da rede de saúde e à responsabilização cotidiana desses trabalhadores.

Rede de apoio e mediação

A classe 2 correspondeu a 14,21% do *corpus* analisado, com 102 ST. As palavras com maior associação à classe foram *apoio* (χ^2=106,356), *fácil* (χ^2=53,925), *equipe* (χ^2=40,382), *importante* (χ^2=31,390), *espaço* (χ^2=29,657) e *buscar* (χ^2=29,381), evidenciando a centralidade das redes de suporte no enfrentamento da violência no trabalho. Os conteúdos desta classe revelaram que os ACSs buscam apoio principalmente na equipe, entre colegas, na fé e em redes informais de cuidado, reconhecendo a importância de espaços de acolhimento e escuta. Ao mesmo tempo, eles relataram dificuldades para acessar suporte institucional, destacando sentimentos de abandono, insuficiência de apoio psicológico e fragilidades no cuidado à saúde mental no cotidiano laboral.

Já procurei ajuda e não encontrei ninguém. Isso gera frustração (*ACS 36; score: 267.46).*

Muitas vezes a gente não tem esse apoio para realizar o trabalho (ACS 09; score: 234.16).

A gente precisa de mais apoio, principalmente psicológico, um espaço de escuta para o trabalhador, porque a gente escuta muito, mas não é escutado (ACS 28; score: 203.31).

As falas também evidenciaram que, diante da ausência de suporte institucional estruturado, os ACSs desenvolvem estratégias coletivas de proteção e cuidado mútuo, especialmente por meio da solidariedade entre colegas.

A gente ajuda uns aos outros, quantas vezes uma colega vai junto com a outra por medo de fazer uma visita sozinha (ACS 38; score: 124.50).

Eu procuro conversar com colegas mais experientes, isso ajuda muito (ACS 35; score: 206.41).

Eu tento conversar com colegas, desabafar, isso ajuda um pouco (ACS 36; score: 236.54).

Além das relações entre colegas, a espiritualidade apareceu como importante mecanismo de enfrentamento e sustentação emocional diante do sofrimento no trabalho.

Eu também busco apoio na fé, a fé me ajuda a continuar (ACS 36; score: 236.54).

A fé me sustenta muito (ACS 34; score: 200.69).

Outro aspecto importante presente nesta classe refere-se à percepção de que o apoio institucional, quando existente, frequentemente assume caráter fiscalizador e não propriamente cuidador.

Na verdade, não é apoio nem supervisão, é fiscalização (ACS 19; score: 161.41).

Por sua vez, a valorização profissional muitas vezes permanece apenas no discurso institucional, sem repercussões concretas nas condições de trabalho e no cuidado à saúde mental dos trabalhadores.

A valorização muitas vezes é só discurso (ACS 17; score: 130.34).

Dizem que o agente é importante, mas a realidade não condiz com isso (ACS 29; score: 130.34).

Apesar disso, algumas falas revelaram experiências positivas relacionadas ao acolhimento, à empatia e ao reconhecimento dentro das equipes, demonstrando que relações institucionais mais horizontais e cuidadoras podem produzir impacto significativo no bem-estar dos trabalhadores.

A presença dela é tranquila, respeitosa e isso muda o ambiente inteiro (ACS 23; score: 104.43).

Recebi orientação de que não deveria mais visitar aquela casa e que teria respaldo institucional (ACS 16; score: 98.93).

Assim, a classe 2 evidenciou que as representações sociais da violência no trabalho dos ACSs estão diretamente relacionadas à presença ou ausência de apoio institucional, acolhimento e proteção no cotidiano profissional.

Discussão

A violência no trabalho dos ACSs emergiu como um fenômeno que ultrapassa episódios isolados de agressão, sendo significada a partir das relações estabelecidas no cotidiano laboral, das formas de organização do trabalho e das condições institucionais presentes na APS. Os resultados mostram que, para esses trabalhadores, a violência adquire sentidos relacionados ao desrespeito, à desvalorização, às cobranças, à sobrecarga e à ausência de reconhecimento e suporte, acompanhados por sentimentos de medo, ansiedade, tristeza, frustração, impotência e desgaste emocional. Essa compreensão amplia o fenômeno

para além de suas manifestações interpessoais mais evidentes ao reconhecer que a violência relacionada ao trabalho também pode ser produzida pelas condições laborais, pelas relações hierárquicas e pelas formas de organização e gestão do trabalho[2]).

Essa compreensão encontra respaldo na literatura sobre violência na APS, que identifica fatores relacionados aos trabalhadores, às comunidades e ao ambiente de trabalho, além de repercussões negativas para os profissionais e para as organizações[3]. Evidências também apontam a participação de fatores individuais, estruturais e organizacionais na ocorrência da violência laboral, associada a repercussões psicológicas, como ansiedade, sentimentos de culpa e questionamentos sobre a própria competência profissional[4]. Somam-se a esses aspectos fatores operacionais, como sobrecarga de trabalho, insuficiência de pessoal e de recursos e dificuldades relacionadas à organização dos serviços, reforçando que a violência na APS não pode ser atribuída exclusivamente às relações entre trabalhadores e usuários[5,6].

Nessa perspectiva, os significados atribuídos à violência pelos ACSs revelam uma dimensão estrutural que se expressa no cotidiano por meio da responsabilização desses trabalhadores por problemas que ultrapassam sua governabilidade, como dificuldades de acesso, insuficiência de vagas e limitações da rede assistencial. A posição ocupada pelo ACS entre serviço e comunidade faz com que demandas não resolvidas pelo sistema sejam frequentemente direcionadas a esse trabalhador, produzindo sentimentos de impotência e frustração diante da impossibilidade de oferecer respostas às necessidades apresentadas pela população[6]. Nos resultados deste estudo, essas experiências estiveram associadas tanto às cobranças da população quanto às exigências institucionais por produtividade e indicadores, configurando uma tensão entre as necessidades concretas de cuidado e as demandas organizacionais do trabalho.

Essa condição aproxima-se de evidências que relacionam a violência no trabalho na Saúde da Família à insuficiência de recursos humanos e estruturais e à fragilidade das relações entre trabalhadores, chefias e usuários. A invisibilidade institucional diante da exposição dos trabalhadores à violência e a ausência de fluxos estruturados para o enfrentamento dessas situações também podem contribuir para que os profissionais recorram a estratégias individuais para lidar com as experiências vivenciadas[13].

Outro significado relevante refere-se à desvalorização profissional e ao não reconhecimento do trabalho do ACS dentro da própria equipe e da instituição. Os resultados demonstraram que a violência não foi situada apenas nas relações com usuários ou no território, mas também no interior das unidades de saúde, envolvendo conflitos interpessoais,

relações percebidas como autoritárias e experiências de sofrimento nas relações com outros profissionais. Essa dimensão merece atenção porque o ACS ocupa uma posição singular na equipe da APS: ao mesmo tempo em que integra o serviço de saúde, desenvolve parcela importante de seu trabalho no território e atua como mediador entre a população e os demais profissionais. Quando suas atribuições, conhecimentos e limites de atuação não são reconhecidos pelos outros membros da equipe, podem surgir relações assimétricas, conflitos e sentimentos de desvalorização.

Evidências apontam que a falta de compreensão e de reconhecimento das atribuições dos ACSs por outras categorias profissionais, associada às condições precárias de trabalho, à escassez de recursos e à insuficiência de treinamento, pode intensificar tensões e favorecer práticas hostis[6]. Nesse contexto, a incompreensão sobre o lugar ocupado pelo ACS na equipe não representa apenas um problema de delimitação de funções, mas pode assumir significado de desrespeito e desvalorização quando se expressa em relações hierarquizadas, autoritárias ou que deslegitimam seus saberes e sua atuação.

Nesse contexto, o assédio moral constitui uma manifestação relevante da violência no trabalho, caracterizada por comportamentos abusivos e repetitivos capazes de atingir a dignidade e a integridade psíquica do trabalhador. Entre ACSs e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, essa forma de violência tem sido associada às relações com usuários e colegas de trabalho, podendo produzir importantes repercussões subjetivas[6,14]. Esses achados contribuem para compreender o desrespeito, o autoritarismo, os conflitos institucionais e a desvalorização identificados neste estudo como expressões da violência, mesmo na ausência de agressão física.

As relações de poder que atravessam essas experiências também devem ser consideradas. Diante da predominância feminina entre os participantes, a perspectiva interseccional contribui para compreender que gênero, raça e classe se articulam às posições sociais e às relações de poder, podendo produzir experiências diferenciadas de exposição, reconhecimento e violência[15]. Essa perspectiva evita compreender a experiência dos ACSs como homogênea e permite considerar os diferentes marcadores sociais que atravessam suas relações de trabalho.

Sob a perspectiva da TRS, esses conteúdos expressam formas pelas quais os ACSs interpretam e tornam inteligíveis as experiências vivenciadas. As representações sociais constituem conhecimentos socialmente elaborados e compartilhados, relacionados à história, aos valores e aos contextos dos sujeitos. Por meio da ancoragem, as experiências são

relacionadas a conhecimentos e categorias previamente constituídos, enquanto a objetivação confere materialidade a conteúdos abstratos por meio de situações concretas do cotidiano[8, 16].

Nesse processo, a violência foi significada por experiências de cobrança excessiva, desvalorização, pressão por produtividade, conflitos profissionais, ausência de apoio e dificuldades para responder às demandas da população. Esses significados estiveram acompanhados por medo, ansiedade, tristeza, frustração, impotência, angústia e esgotamento, demonstrando que os sentimentos não constituem apenas consequências das situações vivenciadas, mas integram a maneira como os ACSs reconhecem e significam a violência no trabalho. Evidencia-se, assim, a articulação entre componentes cognitivos, afetivos, sociais e relacionais das representações sociais.

O sofrimento também apresentou caráter persistente, associado às experiências acumuladas ao longo da trajetória profissional. A Psicodinâmica do Trabalho contribui para interpretar esse achado ao compreender a relação entre trabalhador e organização do trabalho como dinâmica e reconhecer a mobilização de estratégias individuais e coletivas diante do sofrimento, destinadas à preservação do equilíbrio psíquico[17]. Essa perspectiva complementa a TRS sem estabelecer relação causal direta entre organização do trabalho e adoecimento.

Entre as formas de enfrentamento, destacaram-se o apoio entre colegas, o compartilhamento das experiências e a espiritualidade, evidenciando a construção coletiva de recursos de proteção e sustentação emocional. Entretanto, a necessidade de recorrer predominantemente a redes informais também evidencia fragilidades institucionais, expressas pela ausência de espaços de escuta, insuficiência de apoio psicológico e percepção da supervisão mais como fiscalização do que como suporte. A literatura igualmente aponta subnotificação da violência, limitações das políticas institucionais e insuficiência de medidas preventivas nos serviços de APS[3,4].

Em contraponto, experiências de respeito, acolhimento e respaldo institucional demonstraram que as relações estabelecidas no trabalho também podem assumir significado de apoio e proteção. Relações mais horizontais, reconhecimento profissional e respostas institucionais diante das situações de violência podem contribuir para maior segurança e sustentação dos trabalhadores no exercício de suas atividades.

Assim, os significados e sentimentos presentes nas representações sociais dos ACSs evidenciam uma compreensão da violência no trabalho que articula sofrimento psíquico, desrespeito, desvalorização, cobranças organizacionais, relações de poder, conflitos profissionais, fragilidade do suporte institucional e estratégias coletivas de enfrentamento. A violência ultrapassa, portanto, a agressão explícita e incorpora experiências estruturais,

relacionais, institucionais e simbólicas do cotidiano laboral. Medo, ansiedade, tristeza, frustração, impotência e desgaste coexistem com solidariedade, espiritualidade e apoio entre pares, evidenciando a complexidade dos significados e sentimentos que constituem essas representações.

Considerações finais

As representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho revelaram um fenômeno complexo e multifatorial, que ultrapassa as agressões explícitas e incorpora dimensões estruturais, relacionais, institucionais, subjetivas e simbólicas. A violência foi significada por experiências de desrespeito, cobrança excessiva, desvalorização, pressão por produtividade, conflitos profissionais, dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços e fragilidade do suporte institucional. Esses achados estão coerentes com os conteúdos identificados nas diferentes classes analisadas.

Essas experiências estiveram associadas a sentimentos de medo, ansiedade, tristeza, frustração, impotência, angústia e desgaste emocional, evidenciando que os sentimentos integram a forma como os ACSs reconhecem e significam a violência no cotidiano profissional. Destacaram-se também situações de desvalorização e conflitos no interior das equipes, bem como a responsabilização dos ACSs por demandas que frequentemente ultrapassam sua governabilidade.

Em contraponto, o apoio entre colegas, o compartilhamento de experiências, a espiritualidade, o acolhimento e o respaldo institucional emergiram como importantes recursos de proteção e enfrentamento. Contudo, a ausência de espaços de escuta e a insuficiência de apoio psicológico evidenciam a necessidade de respostas institucionais mais estruturadas para prevenção e enfrentamento da violência e proteção à saúde mental desses trabalhadores.

Assim, compreender a violência no trabalho dos ACSs requer considerar não apenas as situações ocorridas no território ou nas relações com usuários, mas também a organização do trabalho, as relações entre os membros das equipes e o suporte institucional. Os achados reforçam a necessidade de estratégias que promovam acolhimento, reconhecimento profissional, qualificação das relações de trabalho e proteção dos ACSs no âmbito da APS.

Como limitações, destacam-se a escassez de estudos que investiguem especificamente as representações sociais da violência no trabalho entre ACSs. Ainda assim, o estudo possibilitou aprofundar a compreensão dos significados e sentimentos compartilhados pelos ACSs acerca da violência no trabalho, contribuindo para ampliar o conhecimento sobre o fenômeno no contexto da APS.

Referências

1. Vieira-Meyer APGF, Farias SF, Forte FDS, Costa MS, Guimarães JMX, Morais APP, et al. Saúde mental de agentes comunitários de saúde no contexto da COVID-19. **Cien Saude Colet**. 2023;28(8):2363-76. doi:10.1590/1413-81232023288.06462023.
2. Vieira CEC. Violência no trabalho: dimensões estruturais e interseccionais. **Rev Bras Saude Ocup**.2023;48:eDCINQ2.doi:https://doi.org/10.1590/2317-6369/24922pt2023v48edcinq2
3. Yusoff HM, 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.
4. 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.
5. 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.
6. Cardoso NM, Cruz MS. Percepção de violência pelos Agentes Comunitários de Saúde durantes as visitas domiciliares. **Saúde Coletiva** (Edição Brasileira). 2026;17(104):18950-18963. doi:10.36489/saudecoletiva.2026v17i104p18950-18963.
7. 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.
8. Moscovici S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 9a ed. 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. Tosoli AMG, Wolter RMCP, Nogueira VPF, Souza KPDS, Mercês MC, Brandão JL. A teoria das representações sociais e sua abordagem processual: reflexões, desafios e possibilidades. In: Oliveira JF, et al., organizadores. **Representações sociais e saúde: teoria, pesquisa e práticas.** 1a ed. Salvador: Devires; 2022. p. 21-33.
11. 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.
12. Camargo BV, Justo AM. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição; 2013.
13. Sturbelle ICS, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Riquinho DL, Ampos LF. Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos. **Acta Paul Enferm**. 2019;32(6):632-41. doi:10.1590/1982-0194201900088.

14. Olímpio ACS, Lira RCM, Batista MH, Dionisio BWR, Ximenes Neto FRG, Sousa FWM. Violência laboral em meio à pandemia da covid-19 na atenção primária no Ceará. **Saúde Debate**. 2025;49(Spe 2):e10439. doi:10.1590/2358-28982025E210439P

15. Collins PH. **Bem mais que ideias**: a interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo Editorial; 2022.

16. 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.

17. Dejours C. A loucura do trabalho: **estudo de psicopatologia do trabal**ho. 5a ed. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.

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.

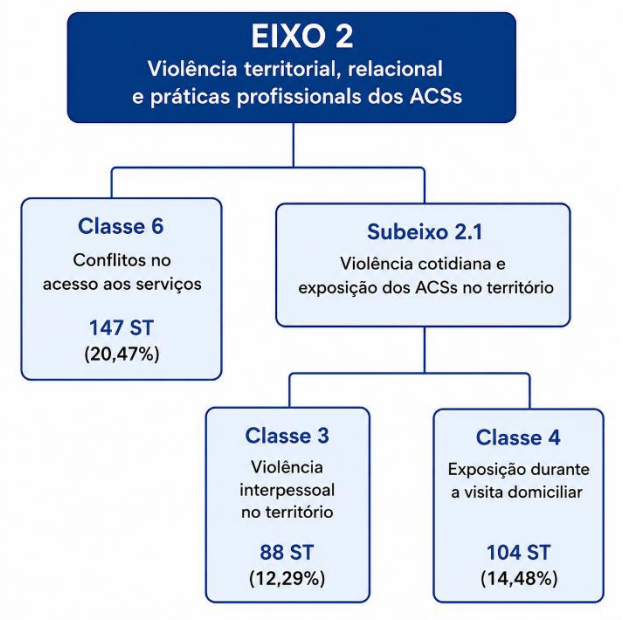
A partir da análise lexical realizada no *software* IRAMUTEQ, foram obtidos 774 ST, dos quais 718 foram aproveitados e analisados, correspondendo a 92,76% de retenção do *corpus*. O *corpus* apresentou 31.778 ocorrências, 1.869 lemas, 1.727 formas ativas e nove formas suplementares, com média de 33,98 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 domicíliar, 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* (χ^2 = 133,481), *explicar* (χ^2 = 66,713), *médico* (χ^2 = 34,349), *marcar* (χ^2 = 28,978) e *consulta* (χ^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* ($\chi^2 = 29{,}616$), *mora*r ($\chi^2 = 29{,}584$), *começar* ($\chi^2 = 28{,}972$), *atitude* ($\chi^2 = 28{,}797$), *droga* ($\chi^2 = 28{,}797$) e *ameaça*r ($\chi^2 = 26{,}801$). 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 acalmando (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* (χ^2 = 70,717), *casa* (χ^2 = 59,995), *abrir* (χ^2 = 46,702), *entrar* (χ^2 = 41,965), *portão* (χ^2 = 34,820), *sair* (χ^2 = 37,791), e *pedir* (χ^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 durantes 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.

7 TRIANGULAÇÃO DOS RESULTADOS

A compreensão das representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho demandou a utilização de diferentes estratégias metodológicas capazes de apreender tanto sua estrutura quanto seus significados, sentimentos e repercussões nas práticas profissionais. Nesse sentido, esta tese adotou a triangulação dos resultados como estratégia de integração analítica dos três manuscritos que compõem a investigação. Segundo Flick (2009), a triangulação permite ampliar a compreensão de fenômenos complexos ao articular diferentes métodos, técnicas e perspectivas teóricas, favorecendo maior profundidade interpretativa e consistência dos achados.

No presente estudo, a triangulação foi construída a partir da articulação entre a abordagem estrutural e a abordagem processual da TRS. A abordagem estrutural, fundamentada na TNC proposta por Abric (2000), permitiu identificar os elementos organizadores das representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho. Já a abordagem processual, fundamentada em Moscovici (2012) e Jodelet (2001), possibilitou compreender os significados, sentimentos, valores e práticas construídos pelos ACSs a partir de suas experiências cotidianas. Conforme destacam Oliveira (2014) e Tosoli *et al*. (2022), essa perspectiva permite analisar as representações como fenômenos dinâmicos, produzidos nas interações sociais e expressos nos modos de interpretar e agir diante da realidade.

Os resultados do primeiro manuscrito demonstraram que as representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho se organizam em torno dos cognemas desrespeito e pressão psicológica, cuja centralidade foi indicada pela análise prototípica, confirmada pelos testes de centralidade e corroborada pela análise de similitude. De acordo com Abric (2000), os elementos do núcleo central conferem estabilidade, coerência e significado à representação, organizando os demais conteúdos representacionais.

Nessa perspectiva, desrespeito e pressão psicológica expressam dimensões fundamentais da forma como a violência no trabalho é reconhecida e significada pelos ACSs, enquanto os elementos periféricos conferem concretude à representação por meio de experiências como humilhação, agressão verbal, ameaça, medo, desvalorização e falta de reconhecimento. Essa configuração demonstra a articulação entre dimensões normativas, afetivas e experienciais na organização da representação.

Essa estrutura representacional constitui o ponto de partida para compreender os significados e sentimentos atribuídos pelos ACSs à violência no trabalho. Enquanto a abordagem estrutural permitiu identificar os elementos que organizam a representação, a

abordagem processual possibilitou aprofundar seus conteúdos, evidenciando como são construídos, compartilhados e atualizados nas experiências cotidianas dos trabalhadores.

Os resultados do segundo manuscrito demonstraram que a violência é representada pelos ACSs como um fenômeno complexo, que ultrapassa as agressões explícitas e incorpora dimensões estruturais, subjetivas, relacionais, institucionais e simbólicas. As experiências relatadas envolveram sofrimento psíquico, desrespeito, desvalorização, cobranças organizacionais, sobrecarga, relações de poder, conflitos profissionais e fragilidade do suporte institucional. Em contraponto, apoio entre colegas, espiritualidade, acolhimento e respaldo institucional emergiram como recursos de proteção e enfrentamento.

À luz da abordagem processual da TRS, os processos de ancoragem e objetivação contribuem para compreender como essas experiências são incorporadas ao universo representacional dos ACSs. A violência é ancorada em categorias familiares ao cotidiano profissional, como desrespeito, desvalorização, cobrança excessiva, sofrimento e falta de reconhecimento, e objetivada em experiências concretas, como humilhações, agressões verbais, conflitos institucionais, pressão por metas e sofrimento emocional. Dessa maneira, elementos identificados como centrais e periféricos no primeiro manuscrito reaparecem nos discursos dos grupos focais, demonstrando convergência entre a estrutura e o conteúdo das representações sociais.

A integração desses achados também permite compreender a violência a partir da perspectiva da vulnerabilidade. As experiências relatadas não decorrem exclusivamente de características individuais ou da presença de riscos nos territórios, mas da articulação entre condições individuais, sociais e programáticas que interferem tanto na exposição quanto nos recursos disponíveis para enfrentá-la. Nessa perspectiva, condições de trabalho, organização dos serviços, suporte institucional, relações sociais e características dos contextos de atuação integram uma rede de vulnerabilidades que participa da construção das experiências de violência no trabalho. Essa interpretação é coerente com a concepção de vulnerabilidade adotada na tese, que não a reduz a atributo individual ou sinônimo de risco, mas considera as condições concretas de exposição e resposta dos sujeitos (Ayres, 2022).

A compreensão dos significados e sentimentos atribuídos pelos ACSs à violência no trabalho permitiu avançar para a análise de suas repercussões no cotidiano profissional. Nessa perspectiva, o terceiro manuscrito apreendeu como as representações sociais construídas sobre a violência repercutem nas práticas profissionais dos ACSs.

Os resultados do terceiro manuscrito mostraram que essas representações repercutem nas formas de interpretar e responder às situações vivenciadas no trabalho, especialmente

diante dos conflitos relacionados ao acesso aos serviços de saúde, das situações de violência interpessoal no território e da exposição durante as visitas domiciliares. As experiências de violência influenciam a circulação pelo território, a organização e realização das visitas domiciliares, a mediação de conflitos, a relação com usuários e famílias e a adoção de estratégias de autoproteção. Assim, as representações sociais articulam dimensões cognitivas, afetivas, normativas, identitárias e práticas, demonstrando que os significados atribuídos à violência participam da orientação das condutas profissionais.

A triangulação revelou, portanto, importante convergência entre os elementos identificados pela abordagem estrutural e os conteúdos produzidos nos grupos focais. Termos como ameaça, humilhação, medo, falta de apoio e falta de reconhecimento, presentes no sistema periférico da representação, reapareceram associados às experiências de violência organizacional, às relações hierárquicas, à fragilidade do suporte institucional e às situações vivenciadas nos territórios. Essa convergência demonstra que a violência é reconhecida pelos ACSs tanto nas relações estabelecidas com usuários e outros sujeitos presentes nos territórios quanto nas condições de organização do trabalho e nas relações institucionais.

A integração dos resultados permitiu ainda compreender que as práticas profissionais se relacionam aos conhecimentos e significados socialmente compartilhados pelo grupo. Conforme Wolter; Sá (2013), representações e práticas estabelecem relações de influência recíproca, uma vez que as representações orientam condutas e posicionamentos, ao mesmo tempo em que as experiências e práticas cotidianas participam de sua construção e transformação. Nessa perspectiva, os conflitos relacionados ao acesso aos serviços de saúde constituíram importante expressão da violência no cotidiano dos ACSs.

Frequentemente responsabilizados pelas dificuldades de acesso a consultas, exames e procedimentos, os ACSs tornam-se interlocutores imediatos das insatisfações da população, mesmo quando não possuem governabilidade sobre esses processos. Essas experiências são ancoradas nas vivências de mediação entre comunidade e serviços de saúde e objetivadas em reclamações, cobranças, agressões verbais e ameaças. Como consequência, negociar demandas, administrar expectativas, mediar conflitos e preservar vínculos passam a integrar as formas pelas quais esses trabalhadores respondem às situações de violência no cotidiano profissional (Oliveira, 2014).

A triangulação também demonstrou a relevância da dimensão territorial. Ameaças, agressões, conflitos comunitários, tráfico de drogas e situações de exposição durante as visitas domiciliares integram as experiências a partir das quais os ACSs constroem significados compartilhados sobre insegurança, vulnerabilidade e risco. Entretanto, esses achados não

permitem caracterizar os territórios, de forma homogênea, como espaços essencialmente violentos ou vulneráveis. A perspectiva da vulnerabilidade possibilita compreender que a exposição resulta da interação entre condições sociais, institucionais e relacionais e os recursos disponíveis aos trabalhadores para prevenção, proteção e enfrentamento das situações vivenciadas (Ayres, 2022).

A perspectiva interseccional amplia essa interpretação ao reconhecer que as experiências de violência não são necessariamente homogêneas entre os trabalhadores. Marcadores como gênero, raça e classe articulam-se às relações de poder e às posições sociais ocupadas pelos ACSs, podendo produzir formas distintas de exposição, subalternidade e violência (Collins, 2022).

Os significados construídos diante dessas experiências repercutem nas práticas profissionais, demonstrando a dimensão prática das representações sociais. Os ACSs relataram reorganização das visitas domiciliares, redefinição de percursos, restrição da circulação em determinadas situações e adoção de estratégias de autoproteção. Tais práticas não constituem apenas respostas individuais, mas estão relacionadas aos conhecimentos, experiências e significados construídos e compartilhados pelo grupo diante da violência.

Em síntese, a triangulação dos resultados permitiu compreender que as representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho são construídas na articulação entre dimensões estruturais, institucionais, territoriais, relacionais e subjetivas. Desrespeito e pressão psicológica constituem elementos centrais que organizam a representação, enquanto conteúdos periféricos e os discursos dos grupos focais conferem concretude a essa estrutura por meio de experiências de humilhação, agressão verbal, ameaça, medo, desvalorização, sobrecarga, fragilidade do suporte institucional, conflitos relacionados ao acesso aos serviços e exposição durante as visitas domiciliares. Os processos de ancoragem e objetivação permitem compreender como essas experiências são incorporadas ao conhecimento compartilhado pelo grupo e se tornam reconhecíveis no cotidiano profissional (Moscovici, 2012).

Essas representações articulam dimensões cognitivas, afetivas, normativas, identitárias e práticas e repercutem nas formas como os ACSs interpretam e respondem às situações de violência, circulam pelos territórios, realizam as visitas domiciliares, mediam conflitos, preservam vínculos e desenvolvem estratégias de proteção. As perspectivas da vulnerabilidade e da interseccionalidade ampliam essa compreensão ao situar essas experiências em contextos sociais e institucionais específicos e em relações de poder que podem produzir diferentes possibilidades de exposição e enfrentamento. Assim, a violência no

trabalho configura-se como fenômeno socialmente construído, cujos significados não apenas expressam as experiências vivenciadas pelos ACSs, mas também se relacionam às práticas profissionais desenvolvidas nos serviços e territórios.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu compreender as representações sociais dos ACSs sobre a violência no trabalho, demonstrando que esse fenômeno é construído e significado a partir das experiências vivenciadas no território, nas relações com usuários, familiares, gestores, equipes de saúde e nas condições concretas de organização do trabalho. Os resultados confirmam a tese de que as representações sociais da violência no trabalho incorporam conhecimentos, valores, sentimentos, crenças e experiências que orientam a forma como os ACSs interpretam, enfrentam e respondem às situações de violência presentes em seu cotidiano profissional.

A articulação entre as abordagens estrutural e processual da TRS possibilitou apreender tanto a organização quanto os significados atribuídos ao fenômeno. A estrutura representacional revelou a centralidade dos cognemas *desrespeito* e *pressão psicológica,* demonstrando que a violência é reconhecida pelos ACSs não apenas por meio de agressões explícitas, mas também por experiências institucionais, relacionais e simbólicas que produzem sofrimento, desvalorização e desgaste emocional. Os elementos periféricos conferiram concretude a essas representações ao incorporarem experiências relacionadas à agressão verbal, humilhação, ameaça, medo, desvalorização e falta de reconhecimento.

A análise por meio da abordagem processual demonstrou que a violência no trabalho é representada como um fenômeno complexo e multifacetado, associado ao sofrimento psíquico, à insegurança, à frustração e à impotência diante de situações que frequentemente ultrapassam a governabilidade dos ACSs. Os resultados apontaram que essas experiências não se restringem a episódios isolados, mas se relacionam às condições de trabalho, às fragilidades institucionais, às relações de poder e às diferentes condições sociais e territoriais em que o trabalho é desenvolvido. Nessa perspectiva, a vulnerabilidade não deve ser compreendida como atributo individual ou inerente aos territórios, mas como produzida na articulação entre dimensões individuais, sociais e programáticas.

No âmbito das práticas profissionais, verificou-se que as representações sociais da violência repercutem na organização do trabalho, na circulação nos territórios, na realização das visitas domiciliares, na construção e preservação de vínculos e nas estratégias adotadas diante das situações percebidas como ameaçadoras. A responsabilização dos ACSs pelas dificuldades de acesso aos serviços, a exposição a ameaças, agressões e conflitos e as situações de insegurança durante as visitas domiciliares levam esses trabalhadores a reorganizar suas práticas, redefinir percursos e horários e desenvolver estratégias de autoproteção e mediação de conflitos.

Os achados também apontaram processos de naturalização e silenciamento da violência, que podem contribuir para sua invisibilidade e dificultar a busca por apoio e respostas institucionais. Ao mesmo tempo, emergiram recursos de proteção e enfrentamento, expressos no apoio entre colegas, no compartilhamento das experiências, na espiritualidade, no acolhimento e no respaldo institucional. Esses elementos demonstram que as relações estabelecidas no trabalho podem tanto participar da produção de sofrimento quanto constituir importantes fontes de proteção e sustentação para os trabalhadores.

As relações de poder presentes nessas experiências também permitiram reconhecer que a violência não é necessariamente vivenciada de forma homogênea pelos ACSs. Marcadores como gênero, raça e classe se articularam às condições laborais, territoriais e institucionais, produzindo diferentes possibilidades de exposição, reconhecimento e proteção. A perspectiva interseccional amplia, portanto, a compreensão do fenômeno sem reduzir as experiências dos trabalhadores a características individuais ou a categorias isoladas.

Do ponto de vista teórico, esta investigação amplia o campo de estudos sobre violência no trabalho ao aproximar a TRS da Saúde do Trabalhador, contribuindo para compreender a violência como objeto social que articula dimensões cognitivas, afetivas, normativas, identitárias e práticas. Além disso, contribui para preencher uma lacuna científica ao abordar um fenômeno ainda pouco explorado sob a perspectiva dos ACSs, especialmente mediante a integração entre as abordagens estrutural e processual da TRS.

No campo das políticas públicas e da gestão do trabalho, os resultados apontam para a necessidade de fortalecimento das ações de proteção aos ACSs, com qualificação dos processos de trabalho, ampliação do suporte institucional, implantação de espaços permanentes de escuta e acolhimento, fortalecimento da vigilância da violência relacionada ao trabalho, definição de fluxos e estratégias de segurança adequadas às diferentes realidades territoriais e desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde mental desses trabalhadores. Tais respostas não devem transferir exclusivamente ao ACS a responsabilidade pela gestão dos riscos presentes em seu cotidiano laboral.

Conclui-se que a violência no trabalho constitui uma realidade complexa e persistente na atuação dos ACSs, produzida pela articulação de fatores estruturais, institucionais, relacionais e territoriais que extrapolam as relações interpessoais. As representações sociais construídas sobre esse fenômeno orientam modos de sentir, interpretar e agir diante da violência, repercutindo tanto na saúde quanto nas práticas profissionais desses trabalhadores. Dar visibilidade a essas representações significa reconhecer as vozes de trabalhadores que

ocupam posição estratégica na APS e fortalecer a construção de ambientes de trabalho mais seguros, dignos e promotores de saúde.

Ao finalizar esta tese, reconheço também que minha aproximação com esse objeto não se constituiu de forma neutra ou distante. Minha trajetória como mulher, profissional da saúde do SUS e docente atravessou a forma como me aproximei das experiências compartilhadas pelos ACSs e atribuiu sentido às inquietações que deram origem a esta investigação. Como profissional da saúde, reconheço as contradições presentes entre aquilo que o sistema espera de seus trabalhadores e as condições concretas oferecidas para que desenvolvam suas atividades, bem como a importância dos ACSs na construção cotidiana do acesso, do vínculo e da aproximação entre serviços e comunidades.

Como docente, reafirmo a responsabilidade da formação em tornar visíveis questões relacionadas à saúde, à proteção e ao reconhecimento dos trabalhadores. E, como mulher, fui particularmente mobilizada pelos relatos de desrespeito, assédio, medo e situações de exposição vivenciadas por trabalhadoras que, muitas vezes, precisam continuar exercendo suas funções nos mesmos espaços em que a violência ocorreu. Essas diferentes posições não substituem o rigor científico desta investigação, mas ajudam a compreender porque ouvir esses trabalhadores, reconhecer seus saberes e tornar visíveis suas experiências tornou-se, para mim, também um compromisso ético e profissional.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, Antonia Silva Paredes.; OLIVEIRA, Denise Cristina. (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2.ed. Goiânia: AB, 2000.

ABRIC, Jean-Claude. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. 253p.

AUBERT, Joëlle; ABDI, Guillaume. Représentations sociales de la gymnastique chez des enseignants stagiaires d'éducation physique et sportive et choix d'enseignement. **Staps**, [S.L.], v. 59, n. 3, p. 9-22, 1 out. 2002. CAIRN.INFO.

ALMEIDA, Ana Maria Oliveira; SANTOS, Maria Francisca Silva; TRINDADE, Zeidi Araújo. Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 257-267, dez. 2000.

ALMEIDA, Juliana Feliciano de. **Exposição à violência comunitária dos agentes da Estratégia Saúde da Família e repercussões sobre suas práticas de trabalho***:* um estudo qualitativo. 2015. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

ALMEIDA, Juliana Feliciano de; PERES, Maria Fernanda Tourinho; FONSECA, Thais Lima. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 207-221, Jan-Mar. 2019.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

AYRES, José Ricardo. Vulnerabilidade, cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 7, p. 196-206, dez. 2022.

BINDA, Josiana; BIANCO, Mônica de Fatima; SOUSA, Eloísio Moulin de. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 389-402, jun. 2013.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição nº 14, de 2021**. Altera o art. 198 da Constituição Federal para estabelecer o Sistema de Proteção Social e Valorização dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, a aposentadoria especial e exclusiva, e fixar a responsabilidade do gestor local do SUS pela regularidade do vínculo empregatício desses profissionais. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2021.

BRASIL, INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea); FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP*).* **Atlas da violência 2024**. Brasília: Ipea, 2024.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2022**: resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 6 out. 2006. Disponível em:

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União*:* Brasília, DF, 8 jan. 2018.

BRASIL. **Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024.** Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, Distrito Federal, 29 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2024.** *DATASUS:* Departamento de Informática do SUS. Disponível em: https://cnes.datasus.gov.br/

BRASIL. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde**.** e-Gestor AB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Disponível em: https://relatorioaps.saude.gov.br/

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 10 jul. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018.** Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Agentes de Combate às Endemias – ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde**,** 2017. 412 p.

BRASIL. **Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997.** Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 18 dez. 1997.

CAMARGO, Bruna Velasque; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS, 2013.

CARDOSO, Marcella R.; TALARICO, Maria Cecília Ramiro; SOUSA, Roger Silva; FARIAS, Sidney Feitosa; FORTE, Franklin Delano; SAMPAIO, Yana Paula Coelho Correia; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; GREENWALD, Mary; CASTRO, Marcia C.; YOUSAFZAI, Aisha K.. 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. **The Lancet Regional Health - Americas**, [s.l.], v. 57, p. 101436, mai. 2026.

CARDOSO, Natália Moura; CRUZ, Mariana Sodario. Percepção de Violência pelos Agentes Comunitários de Saúde Durantes as Visitas Domiciliares. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [s.l.], v. 17, n. 104, p. 18950-18963, 29 jan. 2026.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria; ROUQUETTE, Michel-Louis**.** Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 435–445, mar. 2003.

COLLINS, Patricia Hill. **Bem mais que ideias:** a interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo, 2022.

COSTA, Marta Cocco da; SILVA, Ethel Bastos da; JAHN, Alice do Carmo; RESTA, Darielli Gindri; COLOM, Isabel Cristina dos Santos; CARLI, Rafaela de. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 134-140, set. 2012.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DUARTE, Lúcia Rondelo; CAMARGO, Lívia de Campos; SOARES, Nicole Trevisan. Violência no trabalho de profissionais de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 48, e13, nov. 2023.

FLAMENT, Claude; ROUQUETTE, Michel L. **Anatomie des idées ordinaires.** Paris: Armand Colin, 2003. 176p.

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANÇA, Luiz Carlos Moraes; GOMES, Antônio Marcos Tosoli; NOGUEIRA, Virginia Paiva Figueiredo; ROCHA, Julio Cesar Collares da; COUTO, Pablo Luiz Santos. Análise estrutural da representação social da espiritualidade segundo professores de um centro universitário. **Caminhos: Revista de Ciências da Religião**, Goiânia, v. 19, n. 3, p. 651-663, dez. 2021.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo; FRANCO, Túlio Batista; LIMA, Rita de Cássia Duarte; BELIZÁRIO, Antônio Márcio. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. Interface - **Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 575-586, set. 2013.

GASCON, Santiago; LEITER, Michael P.; ANDRÉS, Eva; SANTED, Miguel A.; PEREIRA, João P.; CUNHA, María J.; ALBESA, Agustín; MONTERO-MARÍN, Jesús; GARCÍA-CAMPAYO, Javier; MARTÍNEZ-JARRETA, Begoña. The role of aggression suffered by health care workers as predictors of burnout. **Journal of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 22, n. 21-22, p. 3120-3129, nov. 2013.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, jun. 2018.

GOMEZ, Carlos Minayo. Violência no trabalho. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 2000. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 201-216.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, set./dez. 2002.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, Denise (org.). **As representações sociais**. Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

KITZINGER, Jenny. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. **Sociology of Health and Illness**, Oxford, v. 16, n. 1, p. 103-121, jan.1994.

KRUG, Etienne Gerard; DAHLBERG, Linda Lee; MERCY, James Allen; ZWI, Anthony Bernard; LOZANO, Rafael. **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** Ginebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LANCMAN, Selma; GHIRARDI, Maria Isabel Garcez; CASTRO, Eliane Dias de; TUACEK, Tatiana Amodeo. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688, ago. 2009.

LEITE, Caroline do Nascimento; DE OLIVEIRA, Elias Barbosa; LISBOA, Marcia Tereza Luz; PENNA, Lucia Helena Garcia; OLIVEIRA, Sonia Acioli de; RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo. Violência na Estratégia de Saúde da Família: riscos para a saúde dos trabalhadores e ao atendimento. **Revista Enfermagem UERJ,** Rio de Janeiro, v. 28, p.45789, out. 2020.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. A psicopatologia do trabalho. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 18, n. 2, p.10-15.1998.

LIMA, Thais Fonseca**.** Exposição à violência comunitária durante o trabalho e seus efeitos na prática profissional na Estratégia Saúde da Família: um estudo de corte transversal no município de São Paulo. 2017. 118 p. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

LOPES, Denise Maria Quatrin; BECK, Carmem Lúcia Colomé; PRESTES, Francine Cassol; WEILLER, Teresinha Heck; COLOMÉ, Juliana Silveira; SILVA, Gilson Mafacioli da. Agentes comunitários de saúde e as vivências de prazer-sofrimento no trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 633-640, jun. 2012.

MEDEIROS, Alba Regina Silva; ARRUDA, Simone Cristina de; PIGNATTI, Marta Gislene; LEÃO, Luís Henrique da Costa; MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Uso de redes sociais virtuais na vigilância da violência no trabalho sofrida por agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, n 5. 1851-1862, out. 2020.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, 25, p. 341-349, out. 1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. S7-S18, jan. 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de. **Novas e velhas faces da violência no Século XXI:** Visão da literatura brasileira do campo da saúde**.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. 595 p.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; VIEIRA-MEYER, Anya Pimentel Gomes Fernandes. Agentes Comunitárias na Estratégia Saúde da Família: 30 anos de resistência e avanços. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e08222025, dez. 2025.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

NÓBREGA, Danielle Oliveira; ANDRADE, Erika dos Reis Gusmão; MELO, Elda Silva do Nascimento. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 433-441, set./dez. 2016.

NOVAES NETO, Eduardo Moreira; LUA, Iracema; SOUSA, Camila Carvalho de; ARAÚJO, Tânia Maria de; SOARES, Jorgana Fernanda de Souza**.** Violência no trabalho em saúde nos serviços de média complexidade. **Revista Saúde Coletiva UEFS**, Feira de Santana, v. 8, n. 1, p. 62-69, jul. 2018.

NOGUEIRA, Mariana Lima. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 309–323, jul./set. 2019.

OLÍMPIO, Anny Caroline dos Santos; LIRA, Roberta Cavalcante Muniz; BATISTA, Maxmiria Holanda; DIONISIO, Bianca Waylla Ribeiro; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; SOUSA, Francisco Willian Melo de. Violência laboral em meio à pandemia da covid-19 na atenção primária no Ceará. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. esp. 2, e10439, ago. 2025.

OLIVEIRA, Denise. Cristina de. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. *In*: ALMEIDA, A. M. de; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (org.). **Teoria das representações sociais**: 50 anos. 2.ed. Brasília, DF: Tecnopolitik, 2014.

OLIVEIRA, Joana D'Arc de Souza; ALCHIERI, João Carlos; PESSOA JÚNIOR, João Mário; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de; ALMEIDA, Maria das Graças. Representações sociais de enfermeiros acerca do estresse laboral em um serviço de urgência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 984-989, ago. 2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Convenção nº 190 sobre Violência e Assédio**. Geneva: OIT, 2019.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Workplace violence in the health sector – country case studies research instruments**. Research protocol. Geneva: OIT, 2003.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT); LLOYD'S REGISTER FOUNDATION; GALLUP. **Experiências de violência e assédio no trabalho:** Primeira pesquisa mundial, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Injuries and violence:** key facts, 2024.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe; CALDAS JÚNIOR, Antônio Luiz; SILVA, Roseli Ferreira da; MARIN, Maria José Sanches. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 905-911, ago. 2011.

PECORA, Ana Rafaela; SÁ, Celso Pereira de**.** Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá ao longo de três gerações. **Psicologia: Reflexão e Crítica,** Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 319–325, jan. 2008.

PORTO, Maria Stela Grossi. Violência, entre práticas e representações sociais: uma trajetória de pesquisa. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 87-104, jan./abr. 2015.

PRADENAS-CÁRCAMO, Ashly; KLIJN-PARAVIC, Tatiana. Workplace violence in primary health care workers: an integrative review. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 23, n. 4, e20251504, out/dez. 2025.

SÁ, Celso Pereira de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

SAFFER, Denis Axelrud; BARONE, Luciana Rodriguez. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 813-833, 2017.

SANTOS, Jamile Jesus dos; NUNES, Silvana Gomes; ALMEIDA, Eliana do Sacramento de; MOTA, Thaciane Alves; SAMPAIO, Antônia Adônis Callou. O processo histórico do trabalho do agente comunitário de saúde na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 47, p. 4428, out. 2025.

SANTOS, José Luís Guedes dos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; CUNHA, Viviane Pecini da;

ROSS, Ratchneewan. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 26, n. 3, e1590016, fev. 2017.

SANTOS JÚNIOR, Éber Assis dos; DIAS, Elizabeth Costa. Violência no Trabalho: uma Revisão da Literatura. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v.2, n.1, p. 36-54, jan./mar. 2004.

SANTOS, Karine da Silva; RIBEIRO, Mara Cristina; QUEIROGA, Danlyne Eduarda Ulisses de; SILVA, Ivisson Alexandre Pereira da; FERREIRA, Sonia Maria Soares. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 655-664, fev. 2020.

SILVA, Maria Ferreira da; MIEIRO, Débora Bessa; CAMAROTTO, João Alberto; TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti; MININEL, Vivian Aline. Vigilância em Saúde do Trabalhador na perspectiva de gestores e tomadores de decisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 48, e1, fev. 2023.

SOUZA, Claudia Simone. **As doenças negligenciadas e suas representações sociais: um estudo com profissionais de saúde**. 245f. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

SOUZA, Lázaro José Rodrigues de; FREITAS, Maria do Carmo Sá de. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 96-109, jan./mar. 2011.

STURBELLE, Isabel Cristina Saboia; DAL PAI, Daiane; TAVARES, Juliana Petri; TRINDADE, Letícia de Lima; RIQUINHO, Deise Lisboa; AMPO, Larissa Fonseca. Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo. v. 32, n. 6, p. 632-641, nov./dez. 2019.

TOSOLI, Antonio Marcos Gomes; WOLTER, Rafael Moura Coelho Pecly; NOGUEIRA, Virginia Paiva Figueiredo; SOUZA, Karen Paula Damasceno dos Santos; MERCÊS, Magno Conceição das; BRANDÃO, Juliana de Lima. A teoria das representações sociais e sua abordagem processual: reflexões, desafios e possibilidades. *In*: OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos; SILVA, Dejeane de Oliveira; SUTO, Cleuma Sueli Santos; COUTO, Pablo Luiz Santos; PORCINO, Carle (org.). **Representações sociais e saúde: teoria, pesquisa e práticas**. 1. ed. Salvador: Devires, 2022. p. 21-33.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

TYAU, Nicholas D.; SWEDISH, Kristin A.; PEREZ, Hector R. Workplace violence against primary care clinicians: a narrative review. **Journal of General Internal Medicine**, v. 39, n. 14, p. 2806-2828, nov. 2024.

VIEIRA, Carlos Eduardo Carrusca. Violência no trabalho: dimensões estruturais e interseccionais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 48, p. 1-10, ago. 2023.

VIEIRA-MEYER, Anya Pimentel Gomes Fernandes; FARIAS, Sidney Feitoza; FORTE, Franklin Delano Soares; COSTA, Milena Silva; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; OLIVEIRA, André Luiz Sá de; SILVA JÚNIOR, Fernando José Guedes da; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa. Saúde mental de agentes comunitários de saúde no contexto da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 8, p. 2363-2376, 2023. São Paulo, 2023.

VIEIRA-MEYER, Anya Pimentel Gomes Fernandes; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; SANTOS, Helena Paula Guerra dos; YOUSAFZAI, Aisha Khizar; CAMPELO, Isabella Lima Barbosa; GUIMARÃES, José Maria Ximenes. Violência no território e saúde mental de agentes comunitários de saúde em uma metrópole brasileira**. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 12, p. e00022122, dez. 2022.

VIEIRA-MEYER, Anya Pimentel Gomes; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; CAMPELO, Isabella Lima Barbosa; GUIMARÃES, José Maria Ximenes. Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4093-4104, fev. 2021.

WACHELKE, Jorge F. R. Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações (INCEV): Exemplo de Aplicação no Estudo da Representação Social sobre Envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, n. 22, v. 1, p. 102-110, ago. 2009.

WACHELKE, Jorge; WOLTER, Rosana. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psicologia:** Teoria e Pesquisa. Brasília, v. 27, n. 4, p. 521-526, set./dez. 2011.

WEI, Ching-Yao; CHIOU, Shu-Ti; CHIEN, Li-Yin; HUANG, Nicole. Workplace violence against nurses—prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**. Taiwan, v. 56, p. 63-70, abr. 2016.

WOLTER, Rosana Maria Cândido Pimenta; WACHELKE, Jorge; NAIFF, Dionísia Aparecida. A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. **Temas em Psicologia.** Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 1139-1152, set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global consultation on violence and health: **Violence:** a public health priority. Geneva: WHO, 1996.

YUSOFF, Hanizah Mohd; AHMAD, Hanis; ISMAIL, Halim; REFFIN, Naiemy; CHAN, David; KUSNIN, Faridah; BAHARI, Nazaruddin; BAHARUDIN, Hafiz; ARIS, Azila; SHEN, Huam Zhe; RAHMAN, Maisarah Abdul. Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: a systematic review. **Human Resources for Health**, London, v. 21, art. 82, out. 2023. DOI: 10.1186/s12960-023-00868-8.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Tecendo vozes silenciadas: representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência no trabalho

APÊNDICE A – Evocação Livre de Palavras

FOLHA DE RESPOSTA PARA A EVOCAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS - ESTÍMULO INDUTOR

Coleta de Evocações Livres

1º) Nesta sessão você deverá escrever 5 palavras que vêm imediatamente a sua mente quando você ouve a expressão "VIOLÊNCIA NO TRABALHO"

1	
2	
3	
4	
5	

2º) Dessas palavras que você me disse, escolha a palavra a mais importante para você: _____

3º) Agora me diga por que você escolheu essa palavra como a mais importante? Justifique.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Tecendo vozes silenciadas: representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência no trabalho

APÊNDICE B - Questionário de Caracterização dos Participantes

Ordem: _____

Data: _____/_____/_____ Iniciais: _____ Idade:_____ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Raça/cor (autodeclarada):

( ) preta ( ) parda ( ) branca ( ) amarela ( ) indígena ( ) Não sabe ( ) Não informado

Religião: ( ) Católica ( )Evangélica ( )Espírita ( )Acredita em Deus, mas não tem religião ( )Ateia(eu) ( )Outros ( )Não informado

Situação conjugal: ( ) casada(o) ( ) solteira(o) ( ) união consensual ( ) viúva(o) ( ) divorciada(o) ( ) desquitada(o) ou separada(o) ( ) Não informado

Número de filhos: _____

Renda familiar: ( ) Sem renda fixa ( ) Até 01 salário mínimo ( ) 01 a 03 salários mínimos ( ) 03 a 05 salários mínimos ( ) 05 a 10 salários mínimos ( ) Acima de 10 salários mínimos

Escolaridade: ( ) 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental incompleto ( ) 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental completo ( ) 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental incompleto ( ) 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo

Quanto tempo atua como ACS? _____

Quanto tempo atua como ACS nesta Unidade? _____

Você já foi capacitado(a) sobre saúde do trabalhador? _____

Você já foi capacitado(a) sobre violência no trabalho? _____

Você já participou de atualizações sobre saúde do trabalhador ou violência no trabalho? _____

Se sim, foi promovido pelo seu trabalho ou por outra instituição? (citar qual a instituição) _____

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Tecendo vozes silenciadas: representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência no trabalho

APÊNDICE C – Instrumento *Choix-par-bloc*

Escolha, a seguir, 5 palavras que, na sua opinião, são mais características da VIOLÊNCIA NO TRABALHO, 5 que sejam menos características e 5 neutras (restantes).

Palavras	As 5 palavras mais características da violência no trabalho
Desrespeito Agressão verbal Assédio moral Pressão psicológica Xingamento Humilhação Ameaça Medo Cobrança Agressão física Desprezo Desvalorização Falta de reconhecimento Insegurança Tristeza	1. 2. 3. 4. 5.
	As 5 palavras menos características da violência no trabalho 1. 2. 3. 4. 5.
	As 5 palavras restantes (neutras) 1. 2. 3. 4. 5.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Tecendo vozes silenciadas: representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência no trabalho

APÊNDICE D - Instrumento do Teste Constituição de Pares de Palavras

Ligue as palavras que parecem “ir juntas” referentes à violência no trabalho.

Desrespeito	Desrespeito
Agressão verbal	Agressão verbal
Assédio moral	Assédio moral
Pressão psicológica	Pressão psicológica
Xingamento	Xingamento
Humilhação	Humilhação
Ameaça	Ameaça
Medo	Medo
Cobrança	Cobrança
Agressão física	Agressão física
Desprezo	Desprezo
Desvalorização	Desvalorização
Falta de reconhecimento	Falta de reconhecimento
Insegurança	Insegurança
Tristeza	Tristeza

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Tecendo vozes silenciadas: representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência no trabalho

APÊNDICE E - Instrumento do *Mise-en-cause*

Marque um X segundo a resposta dos participantes.
Sobre a violência no trabalho

Pode haver violência no trabalho sem **Desrespeito**? ( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver violência no trabalho sem **Agressão verbal**? ( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver violência no trabalho sem **Assédio moral**? ( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver violência no trabalho sem **Pressão psicológica**? ( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver violência no trabalho sem **Xingamento**? ( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver violência no trabalho sem **Humilhação**? ( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver violência no trabalho sem **Ameaça**? ( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver violência no trabalho sem **Agressão física**? ( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver violência no trabalho sem **Desvalorização**? ( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver violência no trabalho sem **Falta de reconhecimento**? ( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Tecendo vozes silenciadas: representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência no trabalho

APÊNDICE F – Roteiro para grupo focal

Bloco 1 – Compreendendo a violência no trabalho

Vamos começar falando sobre o que vem à mente de vocês quando ouvem o termo violência no trabalho. Como vocês compreendem esse fenômeno no contexto do trabalho dos ACSs?

Alguém gostaria de compartilhar alguma situação de violência que já tenha vivenciado ou presenciado no ambiente de trabalho?

Quais tipos de violência vocês consideram mais frequentes na rotina de vocês como ACSs? Alguém já percebeu formas menos visíveis ou mais sutis de violência?

Em que momentos ou espaços do trabalho vocês sentem que a violência ocorre com mais frequência? Isso acontece mais nas visitas domiciliares, dentro da unidade de saúde ou em outras situações?

Como vocês percebem que essa violência afeta o cotidiano de trabalho e também a vida pessoal de vocês?

Bloco 2 – Fatores que contribuem para a violência

Na opinião de vocês, o que contribui para o aumento da violência no ambiente de trabalho do ACS?

Que aspectos do território onde vocês atuam (como segurança, tráfico, desigualdade) vocês acreditam que interferem na exposição à violência?

Como vocês avaliam as condições de trabalho (como estrutura, recursos, apoio da gestão)? Em que medida essas condições influenciam ou dificultam o enfrentamento da violência?

Vocês acham que a insatisfação dos usuários com o sistema de saúde pode estar relacionada com situações de violência? Como isso se manifesta no dia a dia?

Bloco 3 – Estratégias de enfrentamento e apoio institucional

Quando vocês enfrentam uma situação de violência, o que costumam fazer? Que estratégias cada um adota?

Como a equipe e a gestão da unidade de saúde costumam reagir quando um ACS sofre violência? Há espaços para diálogo ou suporte nesses momentos?

Vocês sentem que têm apoio suficiente para lidar com essas situações? O que poderia ser diferente ou melhor?

Já participaram de alguma capacitação sobre como lidar com conflitos ou situações de violência? Se sim, como foi essa experiência? Se não, vocês acham que isso seria importante?

Pensando em tudo isso, que sugestões vocês dariam para melhorar a segurança e o bem-estar dos ACSs no ambiente de trabalho?

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Tecendo vozes silenciadas: representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência no trabalho

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

CARO(A) SENHOR(A),

CONVIDAMOS o(a) senhor(a) para participar de uma pesquisa científica.

Por favor, leia este documento com bastante atenção e, se você estiver de acordo, rubrique as primeiras páginas e assine na linha "Assinatura do participante", no ponto 8.

1. QUEM SÃO AS PESSOAS RESPONSÁVEIS POR ESTA PESQUISA?

1.1. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Jamilly Gusmão Coelho.*

1.2. ORIENTADOR/ORIENTANDO: *Vanda Palmarella Rodrigues.*

2. QUAL O NOME DESTA PESQUISA, POR QUE E PARA QUE ELA ESTÁ SENDO FEITA?

2.1. TÍTULO DA PESQUISA *Tecendo vozes silenciadas: representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência no trabalho*
2.2. POR QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Justificativa): *Esta pesquisa pretende entender como os Agentes Comunitários de Saúde percebem e vivenciam a violência no ambiente de trabalho. A violência, em suas diferentes formas, afeta a saúde mental, a segurança e a qualidade do atendimento prestado à população.* *Ao escutar as experiências, serão identificadas as causas desse problema e elaboradas estratégias que ajudem a prevenir essas situações e oferecer mais apoio aos Agentes Comunitários de Saúde. Com isso, busca-ss colaborar para a construção de um ambiente de trabalho mais seguro, saudável e justo, valorizando ainda mais o papel fundamental que vocês desempenham no SUS.*
2.3. PARA QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Objetivos): *Entender como os Agentes Comunitários de Saúde enxergam a violência no trabalho.*

Explicar o que eles pensam sobre esse tipo de violência e o que mais chama atenção para eles.

Enteder como as ideias sobre a violência influenciam o jeito como trabalham no dia a dia.

3. O QUE VOCÊ (OU O INDIVÍDUO SOB SUA RESPONSABILIDADE) TERÁ QUE FAZER? ONDE E QUANDO ISSO ACONTECERÁ? QUANTO TEMPO LEVARÁ? (Procedimentos Metodológicos)

3.1 O QUE SERÁ FEITO:

A pesquisa será realizada em três etapas, em três momentos diferentes. No primeiro momento, você responderá uma pergunta simples com cinco palavras quando ouvirem uma expressão dita pela pesquisadora. Em seguida, será aplicado um questionário com informações gerais, como idade, sexo, escolaridade, tempo de trabalho, renda, entre outros dados.

No segundo momento, a partir das principais palavras ditas na primeira etapa, serão feitos três tipos de testes para entender melhor quais palavras têm mais importância para o grupo e como elas se conectam: você vai escolher, entre grupos de palavras, aquelas que acham mais importantes sobre o tema; serão apresentadas duplas de palavras e os participantes dirão se acham que têm relação entre si; os participantes dirão se determinadas palavras ou ideias são indispensáveis para reconhecer o termo informado pela pesquisadora.

O terceiro momento será feito com os ACSs que quiserem continuar participando. Serão realizadas rodas de conversa em grupo, com duração de cerca de 1h a 1h30. Os encontros serão feitos em um espaço reservado

3.2 ONDE E QUANDO FAREMOS ISSO:
Em uma sala reservada nas Unidades de Saúde da Família. O grupo de discussão será gravado por um aparelho celular e depois as falas serão colocadas no papel.

3.3 QUANTO TEMPO DURARÁ CADA SESSÃO:

A primeira etapa terá duração aproximada de 30 minutos. A segunda etapa terá duração aproximada de 40 minutos. A terceira etapa terá duração aproximada entre 1 hora e 1 hora e 30 minutos.

4. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA?

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, classificamos o risco como sendo

(•) MÍNIMO ( ) MODERADO ( ) ALTO

4.1 NA VERDADE, O QUE PODE ACONTECER É: (detalhamento dos riscos)

Os riscos para quem participar da pesquisa são baixos. Pode haver algum desconforto emocional ao lembrar ou contar situações de violência e momentos difíceis vividos no trabalho. Durante a entrevista, o ACS pode se sentir triste ou angustiado ao falar sobre essas experiências.

4.2 MAS PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, FAREMOS O SEGUINTE: (meios de evitar/minimizar os riscos):

Se o participante se sentir desconfortável, poderá parar a entrevista a qualquer momento ou escolher não responder alguma pergunta. A equipe da pesquisa vai oferecer apoio e indicar serviços de apoio psicológico, se for preciso.

Tudo o que for dito será mantido em sigilo. Nenhum nome será divulgado. Os participantes serão identificados apenas por códigos, como ACS1, ACS2, e assim por diante. As informações serão usadas somente para a pesquisa.

5. O QUE É QUE ESTA PESQUISA TRARÁ DE BOM? (Benefícios da pesquisa)

5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):
Ao participar da pesquisa, o ACS terá a chance de falar sobre suas experiências com a violência no trabalho e ajudar a dar visibilidade a esse assunto. Com isso, estará contribuindo para que se entendam melhor os desafios da profissão e para que sejam pensadas formas de apoio e prevenção mais eficazes.

5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):

Os resultados da pesquisa podem ajudar na criação de políticas que tornem o trabalho dos ACSs mais seguro e saudável. Assim, mesmo de forma indireta, os participantes estarão colaborando para melhorar as condições de trabalho e o apoio que recebem.

6. MAIS ALGUMAS COISAS QUE O(A) SENHOR(A) PODE QUERER SABER (Direitos dos participantes):

6.1. Recebe-se dinheiro ou é necessário pagar para participar da pesquisa?
R: *Nenhum dos dois. A participação na pesquisa é voluntária.*
6.2. Mas e se você acabar gastando dinheiro só para participar da pesquisa?
R: O pesquisador responsável precisará lhe ressarcir estes custos.
6.3. E se ocorrer algum problema durante ou depois da participação?
R: Você pode solicitar assistência imediata e integral e ainda indenização ao pesquisador e à universidade.

6.4. É obrigatório fazer tudo o que o pesquisador mandar? (Responder questionário, participar de entrevista, dinâmica, exame...)
R: Não. Você só precisa participar daquilo em que se sentir confortável a fazer.
6.5. Dá pra desistir de participar no meio da pesquisa?
R: Sim. Em qualquer momento. É só avisar ao pesquisador.
6.6. Há algum problema ou prejuízo em desistir?
R: Nenhum.

6.7. O que acontecerá com os dados que você fornecer nessa pesquisa?
R: Eles serão reunidos com os dados fornecidos por outras pessoas e analisados para gerar o resultado do estudo. Depois disso, poderão ser apresentados em eventos científicos ou constar em publicações, como Trabalhos de Conclusão de Curso, Dissertações, Teses, artigos em revistas, livros, reportagens, etc.
6.8. Os participantes não ficam expostos publicamente?
R: Em geral, não. A pesquisadora tem a obrigação de garantir a sua privacidade e o sigilo dos seus dados.

6.9. Depois de apresentados ou publicados, o que acontecerá com os dados e com os materiais coletados?
R: Serão arquivadas por 5 anos com o pesquisador e depois destruídos.

6.10. Qual a "lei" que fala sobre os direitos do participante de uma pesquisa?
R.: São, principalmente, duas normas do Conselho Nacional de Saúde: a Resolução CNS 466/2012 e a 510/2016. Há, também uma cartilha específica para tratar sobre os direitos dos participantes. Todos esses documento podem ser encontrados no nosso site (www2.uesb.br/comitedeetica).

6.11. E se eu precisar tirar dúvidas ou falar com alguém sobre algo acerca da pesquisa?
R: Entre em contato com o(a) pesquisador(a) responsável ou com o Comitê de ética. Os meios de contato estão listados no ponto 7 deste documento.

7. CONTATOS IMPORTANTES:
Pesquisador(a) Responsável: Jamilly Gusmão Coelho.
Endereço: Rua TG 12, Villa Aurora, 215, Boa Vista.
Fone: 77 99978-9470 / E-mail: jamillygusmao@hotmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB)
Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequiezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.
Fone: (73) 3528-9727 / E-mail: cepjq@uesb.edu.br
Horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 08:00 às 17:00

8. CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Concordância do participante ou do seu responsável)

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e concordo

☐ **em participar do presente estudo;**
☐ **com a participação da pessoa pela qual sou responsável.**

Ademais, confirmo ter recebido uma via deste termo de consentimento e asseguro que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Vitória da Conquista, 18 de junho de 2025

_____

Assinatura do(a) participante (ou da pessoa por ele responsável)

9. CLÁUSULA DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro estar ciente de todos os deveres que me competem e de todos os direitos assegurados aos participantes e seus responsáveis, previstos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, bem como na Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Asseguro ter feito todos os esclarecimentos pertinentes aos voluntários de forma prévia à sua participação e ratifico que o início da coleta de dados dar-se-á apenas após prestadas as assinaturas no presente documento e aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, competente.

Vitória da Conquista, 18 de junho de 2025

_____

Assinatura da pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstancido do CEP-UESB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB/BA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECENDO VOZES SILENCIADAS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA NO TRABALHO

Pesquisador: Jamilly Gusmão Coelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89997325.4.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.704.452

Apresentação do Projeto:

Conforme resumo apresentado na Plataforma Brasil: "A violência como fenômeno multifatorial, manifesta-se de forma significativa no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde, especialmente entre os Agentes Comunitários de Saúde. Em contextos de alta vulnerabilidade social, esses trabalhadores enfrentam cotidianamente agressões

físicas, verbais, psicológicas e institucionais durante suas atividades, como visitas domiciliares e contato direto com a comunidade, o que compromete sua saúde e impacta negativamente a qualidade da atenção em saúde. Nessa perspectiva, propõe-se como objetivo geral analisar as representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho. Este estudo descritivo e exploratório, de natureza qualiquantitativa e multimétodos. Ele se baseia na Teoria das Representações Sociais em suas abordagens estrutural e processual. O estudo será realizado nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Vitória da Conquista/Bahia. A amostra deste estudo será composta pelos Agentes Comunitários de Saúde que trabalham nas 18 Equipes de Saúde da Família do referido município. A pesquisa será conduzida em três etapas: coleta de dados por meio de evocações livres de palavras e questionário de caracterização dos participantes; aplicação de testes de centralidade e análise de conexões entre termos; e realização de grupos focais. As evocações livres de palavras serão analisadas por meio da análise prototípica e análise de similitude por coocorrência; os testes de centralidade serão

Endereço: 1º andar módulo Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP) da UESB, Avenida
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

analisados por meio do cálculo da média das pontuações de cada item, gerando uma matriz de similitude que será representada por uma árvore máxima de similitude; análise de similitude e dupla negação para calcular a porcentagem de respostas mais escolhidas para cada cognema. Os relatos dos grupos focais serão processados no software IRAMUTEQ e analisados a partir da classificação hierárquica descendente. Serão respeitados o cumprimento dos aspectos éticos conforme estabelecido nas Resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e 510/2016 do Ministério da Saúde no Brasil, que regulam as pesquisas envolvendo seres humanos e será submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia".

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

"Analisar as representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho".

Secundários:

"Identificar a estrutura das representações sociais da violência no trabalho para os Agentes Comunitários de Saúde.Compreender os conceitos e significados das representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho.Analisar como as representações sociais construídas pelos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência no trabalho repercutem em suas práticas profissionais".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Os riscos são mínimos e predominantemente relacionados ao desconforto emocional ao relembrar e compartilhar experiências de violência e situações estressantes vividas em seu ambiente de trabalho. É possível que, durante a entrevista, o Agente Comunitário de Saúde sinta desconforto ou angústia ao falar sobre episódios de violência, agressões ou ameaças que vivenciou ou presenciou"

"Os benefícios incluem a oportunidade de expressar e compartilhar suas experiências e percepções sobre a violência no trabalho, contribuindo para um tema relevante e pouco explorado. Ao participar, os Agentes Comunitários de Saúde estarão colaborando para uma maior compreensão dos desafios enfrentados em sua prática profissional, o que poderá fundamentar a criação de estratégias mais eficazes de prevenção e suporte para esses profissionais".

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB/BA

Continuação do Parecer: 7.704.452

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa de doutorado, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UESB.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

1.AutorizacaoInstitucionalJamilly.pdf 06/06/2025 08:52:03

2.Compromisso_Geral_Jamilly_assinado.pdf 06/06/2025 08:55:32

3.ORCAMENTO.docx 06/06/2025 09:01:50

4.folhaDeRosto_Jamilly_assinado.pdf 10/06/2025 11:22:29

5.ProjetoTeseJamillycep.doc 18/06/2025 15:35:24

6.TCLEJamilly.doc 18/06/2025 15:35:52

7.Instrumento_evocacaolivredepalavras_etapa1.doc 18/06/2025 15:38:07

8.Caracterizacaodosparticipantes_etapa1.doc 18/06/2025 15:39:00

9.Instrumentochoixparbloc_etapa2_1.doc 18/06/2025 15:40:24

10.Instrumentoparesdepalavras_etapa2_2.doc 18/06/2025 15:40:43

11.Instrumentomiseencause_etapa2_3.doc

12.Instrumentgrupofocal_etapa3.doc 18/06/2025 15:41:31

13.PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2569091.pdf 18/06/2025 16:01:03

14.PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2569091.pdf 18/06/2025 16:08:15

15.PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2569091.pdf 20/06/2025 22:07:03

Recomendações:

Ver o campo "Conclusões ou Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos nos documentos deste protocolo de pesquisa.

Este CEP faz as seguintes orientações:

1) Relatórios:

Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

2) Emendas

Para realizar alterações de quaisquer sorte (acrescentar membros/assistentes, alterar um instrumento ou inserir um campo de coleta, mudar aspectos metodológicos, etc) em projetos já

Endereço: 1º andar módulo Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP) da UESB, Avenida
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB/BA

aprovados, você precisará submeter uma ¿EMENDA¿ para avaliação do CEP.
As instruções para tanto estão nas páginas 67 a 78 do Manual do Pesquisador da Plataforma Brasil.
Mas cuidado! Emendas não podem fazer mudanças profundas, que descaracterizem o projeto em execução. Pequenas alterações textuais podem ser informadas nos relatórios.

Considerações Finais a critério do CEP:

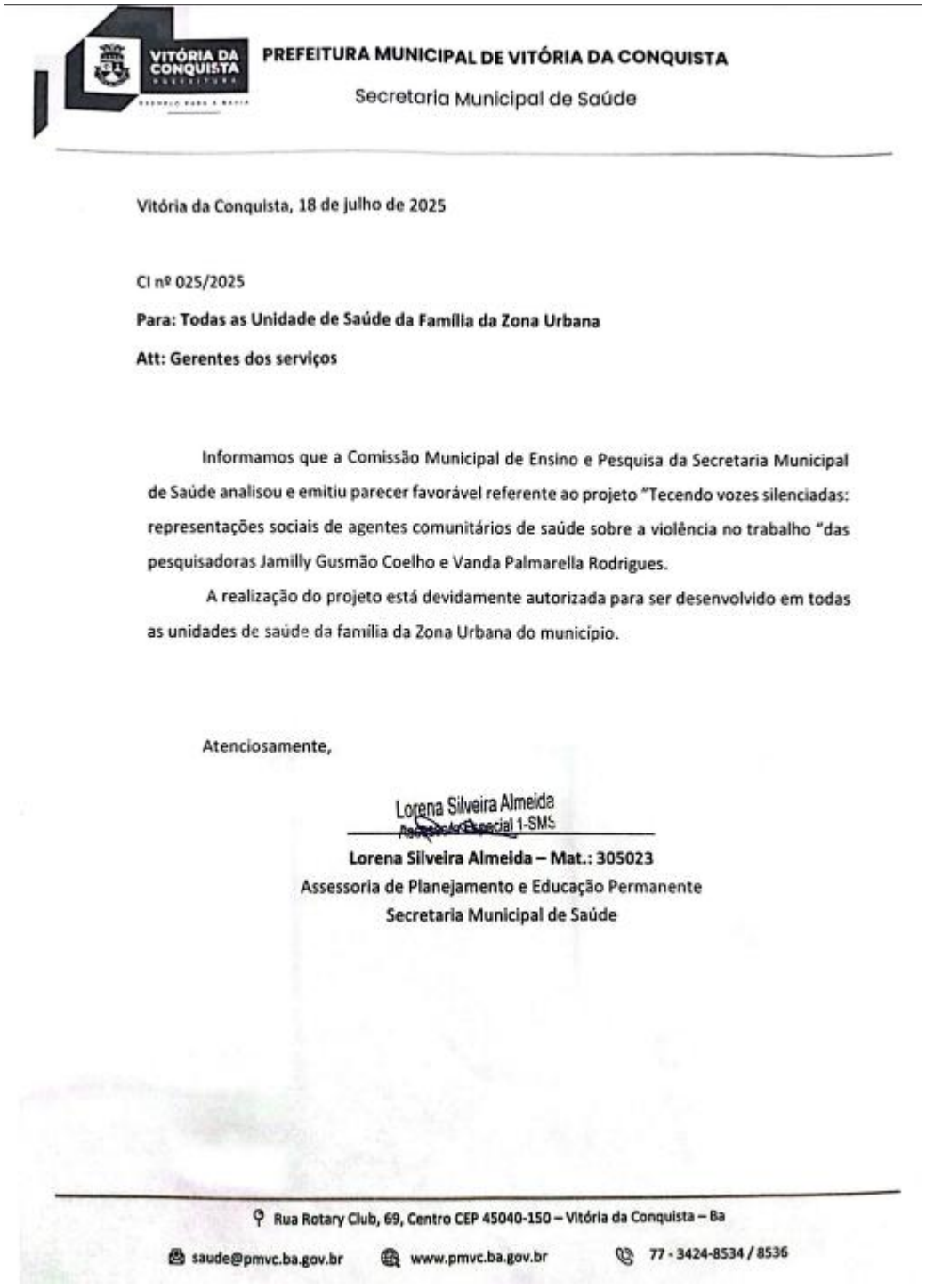
Em reunião realizada no dia 11 de julho de 2025, por videoconferência autorizada pela CONEP, a plenária do CEP UESB acatou o parecer do(a) relator(a).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2569091.pdf	20/06/2025 22:07:03		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2569091.pdf	18/06/2025 16:08:15		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2569091.pdf	18/06/2025 16:01:03		Aceito
Outros	Instrumentgrupofocal_etapa3.doc	18/06/2025 15:41:31	Jamilly Gusmão Coelho	Aceito
Outros	Instrumentomiseencause_etapa2_3.doc	18/06/2025 15:41:11	Jamilly Gusmão Coelho	Aceito
Outros	Instrumentoparesdepalavras_etapa2_2.doc	18/06/2025 15:40:43	Jamilly Gusmão Coelho	Aceito
Outros	Instrumentochoixparbloc_etapa2_1.doc	18/06/2025 15:40:24	Jamilly Gusmão Coelho	Aceito
Outros	Caracterizacaodosparticipantes_etapa1.doc	18/06/2025 15:39:00	Jamilly Gusmão Coelho	Aceito
Outros	Instrumento_evocacaolivredepalavras_etapa1.doc	18/06/2025 15:38:07	Jamilly Gusmão Coelho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJamilly.doc	18/06/2025 15:35:52	Jamilly Gusmão Coelho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTeseJamillycep.doc	18/06/2025 15:35:24	Jamilly Gusmão Coelho	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Jamilly_assinado.pdf	10/06/2025 11:22:29	Jamilly Gusmão Coelho	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	06/06/2025	Jamilly Gusmão	Aceito

Endereço: 1º andar módulo Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP) da UESB, Avenida
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

ANEXO B – Ofício da secretaria municipal de saúde autorizando a coleta de dados nas USF



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Secretaria Municipal de Saúde

Vitória da Conquista, 18 de julho de 2025

CI nº 025/2025

Para: Todas as Unidade de Saúde da Família da Zona Urbana

Att: Gerentes dos serviços

Informamos que a Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde analisou e emitiu parecer favorável referente ao projeto "Tecendo vozes silenciadas: representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência no trabalho "das pesquisadoras Jamilly Gusmão Coelho e Vanda Palmarella Rodrigues.

A realização do projeto está devidamente autorizada para ser desenvolvido em todas as unidades de saúde da família da Zona Urbana do município.

Atenciosamente,

Lorena Silveira Almeida
Assessoria Especial 1-SMS

Lorena Silveira Almeida – Mat.: 305023
Assessoria de Planejamento e Educação Permanente
Secretaria Municipal de Saúde

Rua Rotary Club, 69, Centro CEP 45040-150 – Vitória da Conquista – Ba
saude@pmvc.ba.gov.br www.pmvc.ba.gov.br 77 - 3424-8534 / 8536