

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO – GIT

Henrique Bianor Freitas Silva

**ASSÉDIO NO TRABALHO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS SILENCIADAS E
RESPOSTAS INSTITUCIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA DE GOVERNADOR
VALADARES-MG NO CONTEXTO DO PET-SAÚDE EQUIDADE**

Governador Valadares - MG

2025

HENRIQUE BIANOR FREITAS SILVA

**ASSÉDIO NO TRABALHO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS SILENCIADAS E
RESPOSTAS INSTITUCIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA DE GOVERNADOR
VALADARES-MG NO CONTEXTO DO PET-SAÚDE EQUIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação
Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território da
Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, como
requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão
Integrada do Território.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Lissandra Lopes Coelho Rocha

Governador Valadares - MG

2025

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas (Sibi/UNIVALE)

S586a Silva, Henrique Bianor Freitas
Assédio no trabalho em saúde: experiências silenciadas
e respostas institucionais na atenção básica de Governador
Valadares-MG no contexto do PET-Saúde equidade / Henrique
Bianor Freitas Silva ; orientador Leonardo Oliveira Leão e Silva ;
coorientadora Lissandra Lopes Coelho Rocha.-- Governador
Valadares, 2025.
122 p.: il. color.

Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada do Território) –
Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2025.

1. Assédio no ambiente de trabalho. 3. Saúde do trabalhador.
4. Atenção Primária à Saúde. 5. Programa de Educação pelo
Trabalho para a Saúde. I.Silva, Leonardo Oliveira Leão e, orient.
II.Rocha, Lissandra Lopes Coelho, coorient. III. Título.

CDD: 616.9803

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território
ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
HENRIQUE BIANOR FREITAS SILVA

Ao sétimo dia do mês de novembro de dois mil e vinte e cinco (07/11/2025), às quatorze (14) horas, através do link <https://meet.google.com/ery-gws-w-dtp>, sob a coordenação do Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva GIT/UNIVALE Professor Orientador, e Professora Coorientadora Dra. Lissandra Lopes Coelho Rocha - GIT/UNIVALE, reuniram-se os membros efetivos da Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada: **“ASSÉDIO NO TRABALHO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS SILENCIADAS E RESPOSTAS INSTITUCIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA DE GOVERNADOR VALADARES-MG NO CONTEXTO DO PET-SAÚDE EQUIDADE”**, elaborada pelo discente **Henrique Bianor Freitas Silva**, do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – GIT/UNIVALE – Nível Mestrado Acadêmico, Linha de Pesquisa: Território, Direitos, Educação e Saúde. A Banca Examinadora foi composta pelos(as) professores(as): Dra. Mônica Valadares Martins – UNIVALE e Dr. Bráulio de Magalhães Santos– UFJF/GV. O Professor Orientador iniciou a sessão apresentando os componentes da Banca Examinadora e informou que o discente atendeu as exigências do Art. 82 do Regulamento do Programa. Em seguida, apresentou o discente, leu o título da dissertação e lhe passou a palavra. Feita a apresentação por parte do mestrando, os avaliadores fizeram questionamentos e comentários. Em todos os momentos foi dado o direito ao discente de responder aos questionamentos. Por fim, a Banca se reuniu sem a participação do discente e do público, decidindo pela Aprovação; O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Banca. **OBSERVAÇÕES:** A Universidade manifesta seu reconhecimento e agradecimento pela cessão dos direitos de uso e posse do software UniSurvey.

Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ata, que será assinada por todos os membros participantes da Banca Examinadora.

Documento assinado digitalmente
 **LEONARDO OLIVEIRA LEÃO E SILVA**
Data: 08/11/2025 06:59:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Professor Orientador

Assinado digitalmente por LISSANDRA LOPES COELHO ROCHA:00781792622
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=20613626000180, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF-AS, OU=JEM BRANCO, OU=Presencial, CN=LISSANDRA LOPES COELHO ROCHA:00781792622
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2025-11-11 08:56:06
Foxit Reader Versão: 9.4.1

LISSANDRA LOPES COELHO ROCHA:
00781792622

Dra. Lissandra Lopes Coelho Rocha
Coorientadora

Documento assinado digitalmente
 **MONICA VALADARES MARTINS**
Data: 10/11/2025 18:24:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Monica Valadares Martins
Avaliadora

Documento assinado digitalmente
 **BRAULIO DE MAGALHAES SANTOS**
Data: 11/11/2025 10:54:07-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Bráulio de Magalhães Santos
Avaliador

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

Henrique Bianor Freitas Silva

“ASSÉDIO NO TRABALHO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS SILENCIADAS E RESPOSTAS INSTITUCIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA DE GOVERNADOR VALADARES-MG NO CONTEXTO DO PET-SAÚDE EQUIDADE”,

Dissertação aprovada em 07 de novembro de 2025, pela banca examinadora com a seguinte composição:

Documento assinado digitalmente
 **LEONARDO OLIVEIRA LEAO E SILVA**
Data: 08/11/2025 06:59:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Orientador – GIT/UNIVALE

LISSANDRA LOPES COELHO ROCHA:
00781792622
Assinado digitalmente por LISSANDRA LOPES COELHO ROCHA:00781792622
DN: C=BR, O=CP-Brasil, OU=20613626000180, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=(EM BRANCO), OU=presencial, CN=LISSANDRA LOPES COELHO ROCHA:00781792622
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2025-11-11 08:55:44
Foxit Reader Versão: 9.4.1

Dra. Lissandra Lopes Coelho Rocha
Coorientadora- GIT/UNIVALE

Documento assinado digitalmente
 **MONICA VALADARES MARTINS**
Data: 10/11/2025 18:24:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Mônica Valadares Martins
Examinadora –UNIVALE

Documento assinado digitalmente
 **BRAULIO DE MAGALHAES SANTOS**
Data: 11/11/2025 10:54:07-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Bráulio de Magalhães Santos
Examinador – UFJF/GV

*“A menor minoria na Terra é o indivíduo.
Aqueles que negam os direitos individuais
não podem se dizer defensores das minorias.”
(Ayn Rand)*

AGRADECIMENTOS

Ao Deus de Abraão, Isaque e Jacó, em mim não há mérito algum, toda honra e glória seja dada em seu Nome, agradeço pelo sustento e provisão.

A minha amada esposa Yasmin Munhoz, minha cara metade, por tantas vezes que chegava exausto em casa, da longa jornada de empreender, docência e mestrado, me sentava no sofá já tarde da noite, e ela carinhosamente retirava meus sapatos, e escutava minhas lamurias, e ela sempre repetindo “vai dar certo!”. Por todas as vezes que descarreguei minhas ansiedades em você, peço perdão. E por todas as vezes que pensei em desistir e me incentivou a continuar, agradeço o companheirismo e incentivo. E no início desse ano, Deus nos agraciou com uma gestação, que veio como uma renovação para meus anônimos, minha querida filha Dalila, que venha com muita saúde.

A minha mãe Jucelia Mara, que mesmo de longe, me incentivou e orou pela minha trajetória e ao meu irmão Gabriel Benhur, agradeço pela contribuição na revisão técnica deste, virou madrugadas comigo. Seu olhar apurado e profundo conhecimento na área do Direito aprimorados em atuação profissional, foram essenciais para correção e análise jurídica nesse trabalho.

Ao meu orientador prof. Dr. Leonardo Leão “Doutô Leo”, que foi muito além de um mero trabalho de orientação, me cedeu seu tempo e amizade, não mediu esforços para que chegássemos ao fim, mesmo eu não tendo mais visão de conclusão, me incentivou e motivou. Pelas vezes que o tema teve que ser repentinamente alterado por fatores externos, por todos os trabalhos perdidos nessa trajetória, e todas as orientações realizadas em seus horários de lazer. Quando eu não via outra solução se não abandonar o programa, me ajudou a começar do zero. Espero ter contribuído apenas 1% do quanto me ajudou nessa trajetória.

A minha coorientadora magnífica reitora profa. Dra. Lissandra Lopes, que mesmo na posição de reitora da universidade, conseguiu encontrar tempo para me auxiliar a

preencher as lacunas do meu conhecimento na área do Direito, sua contribuição foi ímpar para finalização deste.

Ao meu colega de classe Patrick Vinicius, idealizador do projeto mestrado, amigo pra vida. Me acompanhou em toda a jornada, sofremos, rimos, estudamos e fizemos todos os trabalhos juntos, por fim tirou nota maior que a minha.

A coordenadora do curso de Sistemas de Informação profa. Me. Rossana Moraes, que não mediu esforços para que pudesse cursar o mestrado, por vezes refazendo o planejamento, outras com palavras de incentivo, muito obrigado pela amizade e apoio.

A todos os envolvidos nessa edição do projeto PET-Saúde Equidade (professores, alunos extensionistas e voluntários) meu muito obrigado, esse trabalho não seria possível sem vocês.

À UNIVALE que me proporcionou a oportunidade de realizar o programa.

RESUMO

O assédio no trabalho em saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), apresenta-se como fenômeno multidimensional marcado por silenciamentos, impactos psicossociais e fragilidade dos mecanismos institucionais de acolhimento. Este estudo analisou as experiências de assédio vivenciadas por trabalhadores(as) da APS de Governador Valadares-MG, no contexto do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde Equidade (Pet-Saúde Equidade), articulando um desenho de métodos mistos. A etapa quantitativa, de caráter descritivo, reuniu 386 entrevistas coletadas via plataforma UniSurvey, permitindo caracterizar o perfil da força de trabalho e mapear o fenômeno (36,5% relataram assédio; com destaque para assédio moral e sexual; e participação de usuários, colegas e superiores como agressores). A etapa qualitativa, composta por 38 entrevistas, foi submetida à Análise de Conteúdo de Bardin, evidenciando quatro eixos: (i) reconhecimento do assédio (dificuldade de nomeação, normalização e “gestão” como mascaramento); (ii) vivências (violências hierárquicas, entre pares e por usuários/comunidade); (iii) efeitos (adoecimento psíquico, isolamento e intenção de afastamento); e (iv) resposta institucional (silenciamento, inversão da culpa, retaliações e burocratização das queixas). A triangulação confirmou a convergência entre distribuição do problema e mecanismos subjetivo-institucionais de manutenção do ciclo de violência. Conclui-se pela necessidade de fortalecer políticas de saúde do trabalhador, protocolos de prevenção e proteção ao denunciante, qualificação dos canais institucionais de escuta/apuração e formação permanente das equipes, com apoio a soluções digitais de gestão da informação.

Palavras-chave: Assédio no trabalho; Saúde do trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Violência institucional; PET-Saúde.

ABSTRACT

Workplace harassment in healthcare—particularly within Primary Health Care (PHC)—is a multidimensional phenomenon characterized by institutional silencing, psychosocial harm, and fragile support and reporting mechanisms. This study examined harassment experiences among PHC workers in Governador Valadares, Brazil, within the Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde Equidade), using a mixed-methods design. The quantitative descriptive phase comprised 386 interviews collected through the UniSurvey platform, outlining the workforce profile and the problem's distribution (36.5% reported harassment; moral and sexual harassment stood out; aggressors included users, co-workers, and supervisors). The qualitative phase included 38 interviews analyzed via Bardin's Content Analysis, revealing four axes: (i) recognition of harassment (difficulties in naming, normalization, and "management" as a disguise); (ii) lived experiences (hierarchical violence, peer-to-peer aggression, and abuse by users/community); (iii) effects (psychic distress, isolation, and intention to leave); and (iv) institutional response (silencing, victim-blaming, retaliation, and bureaucratization of complaints). Triangulation demonstrated convergence between the quantitative distribution and the qualitative mechanisms that sustain the cycle of violence. Findings underscore the need to strengthen occupational health policies, preventive protocols and whistleblower protection, improve institutional listening/investigation channels, and promote continuous training for teams, supported by digital information-management solutions.

Keywords: Workplace harassment; Occupational health; Primary Health Care; Institutional violence; PET-Saúde.

GLOSSÁRIO

Burnout: Termo em inglês para a síndrome do esgotamento profissional.

Bystanders: Palavra em inglês que designa "espectadores" ou "testemunhas".

Codebook: Termo técnico da pesquisa qualitativa, traduzido como "livro de códigos".

Fairness: Termo em inglês que se refere à percepção de justiça, equidade e imparcialidade nos processos e relações de uma organização.

Just Culture: Expressão em inglês para "Cultura Justa". Refere-se a um modelo de cultura organizacional, especialmente em áreas de alto risco como a saúde.

Member Checking: Técnica de validação em pesquisa qualitativa, também conhecida como "validação pelos participantes".

Mobbing: Termo em inglês, sinônimo de assédio moral, frequentemente utilizado na literatura europeia para descrever ataques coletivos e sistemáticos de um grupo contra um indivíduo no ambiente de trabalho, com o objetivo de isolá-lo e excluí-lo.

Peer Support: Termo em inglês para "apoio de pares". Refere-se a programas ou redes de suporte nos quais os próprios colegas de trabalho oferecem apoio emocional e prático uns aos outros.

Stepped Wedge: Termo técnico que designa um tipo de desenho de estudo quase-experimental, no qual uma intervenção é implementada de forma sequencial (em "degraus") em diferentes grupos ao longo do tempo.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Distribuição Ideal dos Participantes

Tabela 2 – Distribuição Consolidada dos Participantes

Tabela 3 – Categorização Temática das Experiências de Assédio e Violência Institucional na Atenção Primária à Saúde de Governador Valadares, 2025.

Tabela 4 - Matriz de Triangulação Quanti–Quali dos Achados sobre Assédio e Violência no Trabalho em Saúde na APS de Governador Valadares (n = 386): Integração de Indicadores Epidemiológicos, Excertos de Entrevistas, Implicações de Gestão, Ações Recomendadas, Indicadores de Monitoramento (KPIs) e Prioridade de Intervenção

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COREQ – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Critérios Consolidados para Relatar Pesquisa Qualitativa)

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MG – Minas Gerais

MPT – Ministério Público do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTA – Pessoal Técnico e Administrativo

SAIS – Laboratório de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI – Tecnologia da Informação

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 MARCO TEÓRICO: ASSÉDIO, CULTURA ORGANIZACIONAL E GESTÃO NA SAÚDE	21
1.1 ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO: DEFINIÇÕES, TIPOLOGIAS E IMPACTOS	24
1.2 CULTURA ORGANIZACIONAL, SILÊNCIO INSTITUCIONAL E BUROCRATIZAÇÃO DA QUEIXA.....	28
1.3 VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NA SAÚDE PÚBLICA: ENTRE O CUIDADO E O CONTROLE.....	30
1.4 TERRITORIALIZAÇÃO, TRABALHO EM SAÚDE E COMPLEXIDADE DAS RELAÇÕES NA APS	31
1.5 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS LABORAIS.....	33
2 METODOLOGIA	37
2.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	37
2.2 LOCAL DO ESTUDO E CONTEXTO INSTITUCIONAL	38
2.3 PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	39
2.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	41
2.5 TÉCNICA DE ANÁLISE: ANÁLISE QUANTITATIVA E ANÁLISE DE CONTEÚDO	41
2.6 ÉTICA DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS.....	43
3 PERFIL DOS PARTICIPANTES E EXPERIÊNCIAS DE ASSÉDIO NA ATENÇÃO BÁSICA	44
3.1 VOZES SILENCIADAS: EXPERIÊNCIAS DE ASSÉDIO NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	46
3.1.1 Reconhecimento do Assédio no Cotidiano Laboral	50
3.1.1.1 Dificuldade de Nomeação.....	50
3.1.1.2 Normalização de Práticas Abusivas	52
3.1.1.3 Assédio Disfarçado de Cobrança ou Gestão	54
3.1.2 Vivência do Assédio na Atenção Básica	57
3.1.2.1 Violência Institucional e Hierárquica	57
3.1.2.2 Violência por Usuários e Comunidade.....	60
3.1.2.3 Violência entre Pares	62
3.1.3 Efeitos do Assédio na Saúde e na Permanência	64
3.1.3.1 Sofrimento Psíquico e Adoecimento.....	65
3.1.3.2 Isolamento e Silenciamento.....	68

3.1.4 Resposta Institucional	71
3.1.5 Silenciamento e Inversão da Culpa.....	71
3.1.6 Ameaça ou Retaliação Após a Denúncia.....	74
3.1.7 Burocratização e Invisibilização das Queixas.....	77
3.2 GESTÃO, PODER E SOFRIMENTO: TRIANGULAÇÃO DOS ACHADOS E IMPLICAÇÕES ORGANIZACIONAIS	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	93
ANEXOS	98
ANEXO 1 – ENTREVISTA ESTRUTURADA	99
ANEXO 2 – TERMO DE COMPROMISSO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	114
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE	115
ANEXO 4 – FOTOS DA PLATAFORMA UNISURVEY.....	117
ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	119

INTRODUÇÃO

O assédio no ambiente de trabalho no setor de saúde configura um fenômeno multidimensional que incide sobre a organização do cuidado, a saúde dos trabalhadores e a qualidade dos serviços ofertados à população. Na Atenção Primária à Saúde (APS), onde as práticas se realizam em territórios vivos e em contato cotidiano com a comunidade, tal fenômeno assume contornos específicos: confunde-se com rotinas de cobrança, normaliza-se em culturas organizacionais hierarquizadas e encontra canais institucionais de acolhimento e responsabilização ainda frágeis. Delimita-se, neste estudo, o objeto de investigação às experiências de assédio vivenciadas por trabalhadores da APS do município de Governador Valadares-MG, situadas no contexto do programa PET-Saúde Equidade, voltado à integração ensino-serviço-comunidade e à promoção da equidade no SUS, desenvolvido localmente pela Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) em parceria com a rede municipal de saúde, com atenção particular às percepções dos profissionais e às respostas acionadas pelas instituições diante de denúncias e tentativas de denúncia.

A justificativa decorre de três ordens. Do ponto de vista pessoal e profissional, a inserção do autor em atividades acadêmicas e extensionistas vinculadas ao PET-Saúde permitiu a aproximação com cenários reais de trabalho na APS e o contato com narrativas recorrentes de humilhação, constrangimento e exposição pública, com repercussões na saúde mental e na permanência no serviço. Em termos científicos, a temática apresenta relevância social e lacunas analíticas: ainda são escassas as investigações que articulem, de modo consistente, a distribuição do problema (perfil, frequências e cruzamentos) com os mecanismos subjetivo-institucionais que o sustentam (silenciamentos, inversões de culpa e burocratização das queixas). Ao integrar uma caracterização quantitativa descritiva do universo pesquisado e uma análise qualitativa orientada pela Análise de Conteúdo de Bardin, a dissertação contribui para o campo da saúde do trabalhador e para a gestão do SUS, oferecendo evidências úteis à formulação de protocolos de prevenção, proteção ao denunciante, qualificação dos fluxos institucionais e ações formativas contínuas nas equipes.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi instituído em 2008 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação (Brasil, 2008), com o objetivo de qualificar profissionais de saúde para atuar de forma

integrada e humanizada no Sistema Único de Saúde (SUS). Este programa visa fortalecer a formação acadêmica e prática dos futuros profissionais de saúde, promovendo a interdisciplinaridade, a articulação entre ensino e serviço e a inserção desses profissionais nas realidades dos serviços de saúde locais. O PET-Saúde busca alinhar a formação acadêmica às necessidades regionais de saúde, valorizando a participação dos estudantes na construção do SUS (BRASIL, 2008; COSTA et al., 2015).

A implementação do PET-Saúde em diversas instituições de ensino superior proporcionou uma maior proximidade entre a academia e os serviços de saúde, o que contribuiu para que as equipes de saúde, compostas por estudantes, preceptores e tutores, passassem a atuar diretamente na atenção primária e no suporte à saúde pública. Essa aproximação é fundamental para a construção de uma visão mais ampla sobre as demandas e desafios enfrentados pelas comunidades, permitindo que os profissionais em formação compreendam a importância do cuidado integral e contextualizado no território onde atuam (COSTA et al., 2015).

O PET-Saúde se orienta por diretrizes que enfatizam a educação para o trabalho em saúde e a necessidade de uma formação que valorize o trabalho em equipe, a educação permanente e o desenvolvimento de competências voltadas para a prática da saúde coletiva. Essas diretrizes são essenciais para o SUS, que prioriza uma atenção integral à saúde, promovendo o cuidado contínuo e integrado dos usuários do sistema de saúde. O PET-Saúde, portanto, contribui para a formação de profissionais que não apenas possuem habilidades técnicas, mas também uma compreensão ética e social do contexto no qual atuam.

O programa PET-Saúde também promove a saúde mental e o bem-estar dos profissionais de saúde, abordando temas relacionados à prevenção de assédio moral, violência no trabalho e suporte psicológico para os profissionais. Esses aspectos são fundamentais para garantir um ambiente de trabalho seguro e saudável, onde os trabalhadores possam desempenhar suas funções de forma digna e protegida. Estudos apontam que o PET-Saúde fortalece as relações interpessoais e a segurança no trabalho, contribuindo para uma prática mais humanizada e ética (BRASIL, 2008; COSTA et al., 2015).

A inserção dos estudantes de saúde nas redes de atenção do SUS, promovida pelo PET-Saúde, não só qualifica o atendimento prestado, mas também prepara esses futuros profissionais para lidarem com situações complexas e potencialmente

desgastantes, como o assédio moral. Ao proporcionar uma formação voltada para a ética e o respeito aos direitos dos trabalhadores, o programa atua preventivamente contra práticas abusivas no ambiente de trabalho. O incentivo à prática ética, à comunicação transparente e ao respeito à diversidade no espaço de trabalho são pilares do PET-Saúde, que busca criar um ambiente de saúde mais seguro e inclusivo (BRASIL, 2008; COSTA et al., 2015).

Além disso, o PET-Saúde facilita a criação de canais de denúncia e suporte para os trabalhadores e estudantes que enfrentam situações de assédio ou violência no trabalho. Esses canais de ouvidoria e comunicação são ferramentas fundamentais para que os profissionais de saúde possam expressar suas preocupações e buscar apoio em situações de vulnerabilidade. A presença de tutores e preceptores comprometidos com o bem-estar dos estudantes e profissionais é um fator que fortalece a segurança e a saúde mental no ambiente de trabalho, minimizando os riscos de assédio e outras formas de abuso (BRASIL, 2008; COSTA et al., 2015).

O PET-Saúde representa uma inovação na formação em saúde no Brasil, atuando diretamente no fortalecimento do SUS ao criar profissionais preparados para enfrentar as complexidades do sistema de saúde. Esse programa capacita os trabalhadores a reconhecerem a importância da atuação interdisciplinar e da colaboração em equipe, aspectos essenciais para a efetividade do SUS. Ao inserir os estudantes de saúde nas práticas de atenção primária e nas realidades locais, o PET-Saúde forma profissionais mais conscientes das necessidades da população e comprometidos com o desenvolvimento de políticas públicas inclusivas e eficazes.

A abordagem territorial promovida pelo PET-Saúde reforça a importância da atuação dos profissionais de saúde em consonância com as especificidades de cada localidade. Essa integração entre território e saúde contribui para a criação de vínculos entre profissionais e comunidade, promovendo uma relação de confiança e melhorando a qualidade do atendimento prestado. O enfoque territorial é fundamental para que os profissionais compreendam a influência das condições sociais e ambientais na saúde da população, possibilitando uma atuação mais efetiva e adaptada às particularidades regionais.

Diante desse panorama, a situação-problema que mobiliza esta pesquisa pode ser sumarizada na tensão entre vivência e resposta institucional: no cotidiano da APS, o assédio é frequentemente naturalizado ou travestido de gestão por metas, o que dificulta sua identificação e desestimula a denúncia; em paralelo, trabalhadores(as)

relatam adoecimento psíquico, isolamento e intenção de afastamento, ao passo que as instituições, não raro, respondem com silenciamento, inversão da culpa, retaliações e burocratização dos relatos. Nesse cenário, torna-se necessário compreender, no território investigado, como tais processos se articulam e que implicações acarretam para a organização do cuidado e para a saúde do trabalhador. A partir desse contexto, estabelece-se a seguinte formulação do problema: quais são as percepções dos profissionais da Atenção Básica de Governador Valadares-MG sobre o assédio no ambiente de trabalho, e como as instituições de saúde têm respondido às tentativas de denúncia desses episódios?

A pesquisa tem como objetivo geral analisar as experiências de assédio vivenciadas por profissionais da Atenção Básica de Governador Valadares-MG, no contexto do PET-Saúde Equidade, considerando as formas de manifestação, os impactos psicossociais e as respostas institucionais diante das denúncias. De modo específico, busca-se caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes, bem como aspectos relacionados à saúde mental e às características dos episódios de assédio relatados; identificar as formas de manifestação do assédio no cotidiano da Atenção Básica, a partir das percepções dos profissionais de saúde; descrever as experiências de assédio vivenciadas, considerando as relações estabelecidas com superiores, pares e usuários; analisar os efeitos psicossociais do assédio na saúde mental e nas decisões de permanência ou afastamento dos profissionais; e examinar as formas de resposta institucional frente às denúncias ou tentativas de denúncia de assédio feitas pelos trabalhadores da saúde.

A dissertação organiza-se da seguinte maneira: após a introdução, o Capítulo 1 apresenta o marco teórico, discutindo fundamentos sobre assédio no trabalho, cultura organizacional e silêncio institucional, e desenvolvendo quatro eixos analíticos - violência institucional na saúde pública entre o cuidado e o controle; territorialidade, trabalho em saúde e a complexidade relacional na APS; gestão, assédio e poder diretivo no setor público; e a institucionalização do sofrimento psíquico e suas consequências laborais. O Capítulo 2 explicita a metodologia, detalhando a abordagem mista empregada, o campo empírico (APS em Governador Valadares-MG no contexto do PET-Saúde Equidade), os participantes e critérios de seleção, os procedimentos de coleta (com suporte digital para organização das entrevistas) e as técnicas de análise — estatística descritiva e Análise de Conteúdo de Bardin —, além dos aspectos éticos e das limitações do estudo. O Capítulo 3 apresenta os resultados

e a discussão, articulando a caracterização do universo pesquisado com as categorias qualitativas emergentes das entrevistas e oferecendo uma síntese interpretativa que relaciona a distribuição do problema aos mecanismos de manutenção do ciclo de violência. Por fim, as Considerações Finais retomam os objetivos e principais contribuições, indicam implicações para a gestão e para a saúde do trabalhador, sugerem protocolos e dispositivos institucionais de prevenção e proteção, e apontam direções para pesquisas futuras, seguidas das referências e dos materiais complementares em apêndices e anexos.

1 MARCO TEÓRICO: ASSÉDIO, CULTURA ORGANIZACIONAL E GESTÃO NA SAÚDE

O abuso e o assédio no ambiente de trabalho têm se destacado como temas cruciais para a preservação da dignidade e dos direitos dos trabalhadores. Esses comportamentos representam sérias violações à ética, à legislação e aos direitos humanos, afetando a saúde física e mental das vítimas, além de comprometerem a harmonia e a produtividade no ambiente de trabalho.

Conforme o Dicionário Aurélio, o assédio moral refere-se à "insistência inconveniente, persistente e duradoura em relação a alguém, perseguindo, abordando ou cercando essa pessoa" (DICIO, 2024). Em termos específicos ao ambiente de trabalho, caracteriza-se pela exposição do trabalhador a situações constrangedoras, duradouras e repetitivas, frequentemente relacionadas a relações de subordinação hierárquica.

Já o assédio sexual, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definido como uma "conduta inaceitável de natureza sexual que possa razoavelmente causar ou ser percebida como causando ofensa ou humilhação, interferindo no trabalho, sendo feita como condição de emprego ou criando um ambiente hostil ou ofensivo" (OMS, 2023). A Lei 14.540/2023, representa um avanço significativo e um divisor de águas na abordagem do assédio sexual no setor público brasileiro. Esta lei institui o Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio Sexual e demais Crimes contra a Dignidade Sexual e à Violência Sexual, estabelecendo, pela primeira vez, uma política pública de caráter nacional e obrigatório para todas as esferas da administração pública, direta e indireta, federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2023).

A legislação penal também desempenha papel crucial na regulamentação do assédio sexual. O Código Penal, no Art. 216-A, tipifica como crime o ato de constranger alguém com objetivo de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se da posição hierárquica ou funcional. A pena é de detenção de 1 a 2 anos, podendo ser agravada em casos específicos, como quando a vítima for menor de idade ou dependente do assediador (BRASIL, 1940).

No ambiente de trabalho, o assédio patrimonial pode ser compreendido como retenção, subtração, destruição ou manipulação de instrumentos de trabalho (como

prontuários ou equipamentos), documentos ou recursos econômicos (como o desvio de benefícios ou horas extras não pagas) do profissional com o fim de prejudicar sua autonomia, dignidade ou desempenho (HIRIGOYEN, 2005). Esse recorte dialoga, com a noção de violência patrimonial da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), em seu artigo 7º, inciso IV, que o define como condutas de retenção, subtração ou destruição de objetos, instrumentos de trabalho, documentos, bens e valores como forma de violência, aqui transposta para a relação de trabalho para descrever práticas lesivas ao exercício profissional (BRASIL, 2006).

Do ponto de vista legal, o assédio no ambiente de trabalho é regulado por diferentes normativas no Brasil, que incluem dispositivos na Constituição Federal, no Código Penal, no Código Civil e na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esses dispositivos fornecem uma base sólida para a proteção dos trabalhadores contra práticas abusivas.

A Constituição Federal, por exemplo, estabelece a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos do Estado brasileiro (Art. 1º, III), garantindo o direito à indenização por danos materiais ou morais decorrentes de ofensa à honra e à dignidade (Art. 5º, V e X). Esses preceitos criam um alicerce para a interpretação de condutas abusivas e o reconhecimento de seus impactos na integridade pessoal e profissional.

No âmbito trabalhista, a CLT prevê a possibilidade de rescisão indireta do contrato de trabalho em situações de assédio. O Artigo 483, “e”, assegura que o trabalhador possa romper o vínculo empregatício por justa causa do empregador, quando exposto a condições humilhantes ou degradantes. Ainda, o Artigo 482, “b”, estipula a demissão por justa causa do empregado que praticar atos que prejudiquem moralmente outros no ambiente de trabalho.

Complementarmente, o Código Civil reforça a reparação de danos causados por práticas abusivas, incluindo danos morais. O Art. 927 estipula que o causador de dano, seja ele material ou moral, tem o dever de indenizar a vítima. A responsabilização de empregadores por atos ilícitos praticados por seus empregados também está prevista no Art. 932, III, destacando a importância de medidas preventivas e a criação de um ambiente laboral saudável.

A prevenção e o enfrentamento do assédio no trabalho têm sido foco de diversas iniciativas institucionais. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por exemplo, elaborou um Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero, que reconhece

a natureza estrutural do assédio, vinculando-o a relações de poder assimétricas e a padrões patriarcais, muitas vezes banalizados e invisibilizados (CNJ, 2021). Essa perspectiva enfatiza a necessidade de medidas judiciais que considerem o impacto específico do assédio sobre grupos vulneráveis. Segundo definição da Cúpula Judicial Ibero-Americana em seu trabalho intitulado “100 Regras de Brasília”, a condição de vulnerabilidade é definida pela dificuldade especial que certas pessoas enfrentam para exercer plenamente seus direitos perante a justiça, seja por fatores pessoais (idade, gênero, condição física/mental) ou por circunstâncias contextuais, sociais, econômicas ou culturais (CÚPULA JUDICIAL IBERO-AMERICANA, 2008).

As consequências do assédio no ambiente de trabalho são amplamente documentadas. De acordo com a Justiça do Trabalho, os efeitos sobre a vítima incluem tensão, estresse, ansiedade, crises de choro, diminuição da produtividade, distúrbios digestivos, esgotamento físico e emocional, síndrome do pânico e, em casos extremos, o afastamento por doenças (TST, 2024). Esses impactos destacam a gravidade do problema e a urgência de políticas efetivas para sua erradicação.

A reforma trabalhista de 2017 (Lei 13.467/2017) trouxe avanços no combate ao assédio no ambiente laboral. Embora tenha sido alvo de críticas, a reforma fortaleceu mecanismos para proteger os trabalhadores contra práticas abusivas, destacando a importância de um ambiente de trabalho respeitoso e inclusivo.

Além disso, normas complementares, como as Normas Regulamentadoras (NR-17), determinam a obrigação do empregador em prevenir práticas de assédio, reforçando a importância de ações educativas e preventivas. Empresas são incentivadas a instituir canais internos para denúncia e tratamento adequado dessas situações, enquanto o Ministério Público do Trabalho (MPT) atua na fiscalização e proteção dos trabalhadores.

A dimensão jurídica do assédio no ambiente de trabalho reflete a complexidade do problema. Embora haja um arcabouço legislativo robusto, a aplicação prática dessas normas depende de uma conscientização coletiva e de esforços contínuos para a transformação das relações de trabalho. O desafio reside não apenas na punição de práticas abusivas, mas também na promoção de uma cultura organizacional que valorize o respeito e a equidade.

O combate ao assédio requer a integração de diversas áreas, incluindo direito, psicologia e gestão de pessoas, para garantir que ambientes laborais sejam inclusivos e seguros. As políticas institucionais devem estar alinhadas às normativas legais, e as

ações preventivas devem ser contínuas, incluindo campanhas educativas e treinamentos regulares para gestores e funcionários.

O combate ao assédio e o abuso no ambiente de trabalho não se limita à aplicação das leis. Exige um esforço coletivo para a mudança cultural, a promoção de práticas éticas e a garantia de que os direitos fundamentais dos trabalhadores sejam respeitados. A legislação brasileira, embora avançada, precisa ser continuamente revisada e aplicada de forma eficaz, garantindo que o ambiente de trabalho seja um espaço de dignidade, respeito e desenvolvimento humano.

1.1 ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO: DEFINIÇÕES, TIPOLOGIAS E IMPACTOS

O assédio moral no ambiente de trabalho é um fenômeno complexo, caracterizado por comportamentos repetitivos e intencionais que buscam degradar a dignidade de um indivíduo, causando-lhe desconforto psicológico e, em casos graves, danos à saúde física. Freitas, Heloani e Barreto (2008) descrevem o assédio moral como uma prática que envolve humilhações, discriminações e agressões verbais ou psicológicas, com o objetivo de desestabilizar a vítima e comprometer suas condições de trabalho. No setor da saúde, onde as pressões e as exigências são intensas, o assédio moral não apenas afeta o trabalhador, mas também compromete a qualidade dos serviços prestados, devido ao impacto negativo no bem-estar dos profissionais (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008).

O assédio moral pode ser compreendido como uma forma de violência psicológica que se distingue pela habitualidade e intencionalidade. Hirigoyen (2005) define o assédio como um processo no qual o agressor utiliza estratégias de manipulação e pressão psicológica para isolar, humilhar e minar o moral da vítima, visando à sua submissão ou exclusão do ambiente de trabalho. Esse fenômeno, também conhecido como *mobbing* ou *bullying* organizacional, é especialmente prevalente em ambientes hierárquicos, onde as relações de poder podem facilitar a ocorrência de abusos.

O assédio moral pode assumir várias formas, como insultos, desqualificações, exclusão social e imposição de tarefas humilhantes. No setor de saúde, por exemplo, Xavier et al. (2008) identificaram que trabalhadores frequentemente enfrentam situações que buscam desmoralizá-los e desqualificá-los, tanto profissional quanto pessoalmente. Esse fenômeno é mais comum em ambientes com alta competitividade

e pressão por produtividade, onde a desvalorização do trabalhador é empregada como uma estratégia de gestão, resultando em um ambiente hostil e degradante.

O assédio moral pode ser classificado em diferentes categorias, incluindo o assédio vertical, horizontal e organizacional. O assédio vertical ocorre quando um superior hierárquico utiliza seu poder para intimidar e controlar subordinados, enquanto o assédio horizontal é caracterizado pelo abuso entre colegas de trabalho. O assédio organizacional, por outro lado, refere-se a políticas de gestão que promovem práticas abusivas como forma de controle e disciplina, desvalorizando o trabalhador para maximizar a produtividade (HELOANI, 2011).

Essas formas de assédio afetam a saúde física e mental dos trabalhadores, que sofrem com sintomas de ansiedade, depressão e síndrome de *burnout*. Em muitos casos, o assédio moral leva ao desenvolvimento de doenças ocupacionais, incluindo distúrbios psicossomáticos, como problemas gastrointestinais, dores de cabeça e fadiga crônica. Estudos mostram que o assédio moral não apenas compromete a integridade do trabalhador, mas também prejudica o desempenho organizacional, aumentando o absenteísmo e a rotatividade de funcionários (XAVIER et al., 2008).

A Resolução CNJ nº 518/2023, conceitua o assédio moral como conduta abusiva que, mesmo sem intenção deliberada, fere a dignidade ou a integridade física/psíquica e degrada as relações e o ambiente de trabalho; pode se manifestar, por exemplo, por tarefas desnecessárias ou excessivas, discriminação, humilhações, constrangimentos, isolamento, exclusão social ou difamação, dentre outras situações capazes de causar sofrimento ou dano (CNJ, 2023). No serviço público, embora não exista lei federal específica que tipifique o assédio moral como ilícito autônomo, sua vedação e responsabilização decorrem de fundamentos e princípios constitucionais: a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III) e os valores sociais do trabalho (art. 1º, IV), além do direito social à redução dos riscos inerentes ao trabalho (art. 7º, XXII) e dos princípios da administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (art. 37, caput). Tais dispositivos orientam políticas de prevenção, apuração e reparação nos órgãos públicos (BRASIL, 1988).

O assédio moral no trabalho consiste em condutas repetitivas que humilham, constrangem ou desestabilizam emocionalmente o trabalhador, atentando contra sua dignidade e integridade psíquica. Embora não exista uma lei federal única que o defina, o ordenamento jurídico brasileiro oferece diversos fundamentos legais para sua repressão e responsabilização. A Constituição Federal, em seus artigos 1º, inciso

III, e 5º, assegura o respeito à dignidade da pessoa humana e à inviolabilidade da honra e da imagem, princípios que vedam práticas abusivas nas relações de trabalho. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por sua vez, prevê em seu artigo 483 a possibilidade de rescisão indireta do contrato quando o empregador ou seus prepostos agirem com rigor excessivo ou atentarem contra a honra do empregado. Complementarmente, o Código Civil, nos artigos 186 e 927, impõe o dever de indenizar aquele que, por ação ou omissão, causar dano a outrem, incluindo os danos morais decorrentes de assédio.

A legislação mais recente sobre o tema, a Lei nº 14.457/2022, trouxe avanços significativos ao renomear a CIPA para Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio, tornando obrigatória a criação de regras, políticas e canais de denúncia voltados à prevenção e combate ao assédio moral, sexual e a outras formas de violência no ambiente de trabalho. Essa lei determina que empresas com mais de 20 empregados mantenham canais anônimos de denúncia, promovam treinamentos anuais para líderes e liderados e estabeleçam regras claras sobre comportamentos aceitáveis e medidas de prevenção. Assim, além de configurar uma violação ética e social, o assédio moral pode gerar consequências legais e administrativas, como multas, indenizações e sanções trabalhistas, reforçando a necessidade de políticas institucionais de prevenção e promoção de um ambiente laboral saudável, respeitoso e pautado nos direitos humanos.

O assédio moral no ambiente de trabalho apresenta impactos profundos e duradouros sobre a saúde física e mental dos trabalhadores. Essas consequências vão além do indivíduo, afetando também o ambiente organizacional e o desempenho das equipes. No setor de saúde, onde a pressão e a responsabilidade são constantes, os efeitos do assédio moral podem ser ainda mais intensos, comprometendo a qualidade do atendimento e a relação dos profissionais com os pacientes. Segundo Dejours (1999), a degradação das condições de trabalho, associada a práticas de assédio, gera um ambiente de estresse contínuo que pode resultar em uma série de distúrbios físicos e psicológicos (DEJOURS, 1999).

As consequências psicológicas do assédio moral são amplas, incluindo transtornos como ansiedade, depressão, insônia e síndrome do pânico. Essas condições são frequentemente acompanhadas por sentimento de insegurança, desvalorização e isolamento social, que podem levar a uma perda progressiva da autoestima. O estudo de Maciel et al. (2007) aponta que o assédio moral causa um

desgaste emocional significativo, com impacto direto na capacidade do trabalhador de se relacionar de forma saudável com colegas e supervisores, além de afetar sua produtividade e motivação (MACIEL et al., 2007).

Além dos impactos emocionais, o assédio moral também gera consequências psicossomáticas, manifestadas por sintomas físicos como dores de cabeça, problemas gastrointestinais e hipertensão. Esses sintomas refletem o estado constante de tensão a que o trabalhador está submetido, indicando a conexão entre saúde mental e física. Barreto (2006) destaca que o sofrimento psicológico pode se converter em doenças físicas, especialmente em casos de exposição prolongada ao assédio, onde o trabalhador começa a somatizar os conflitos emocionais e o estresse vivido no ambiente de trabalho (BARRETO, 2006).

A relação entre o assédio moral e a síndrome de *burnout* é amplamente discutida na literatura sobre saúde ocupacional. O termo *burnout*, foi utilizado inicialmente por Freudenberger como uma metáfora para descrever o que ele via trabalhando em uma "clínica livre" (Free Clinic) em Nova York, onde atendia a uma população carente, principalmente jovens com problemas de abuso de drogas. A palavra em inglês significa literalmente "queimar até o fim" ou "consumir-se por completo". O autor apropriou-se de um jargão corrente ("*burned out*") então usado inclusive no ambiente de drogas, para nomear um quadro de exaustão ligada ao trabalho em serviços de ajuda. Ele a utilizou para descrever um estado de esgotamento resultante de uma sobrecarga de demandas de energia, força ou recursos (FREUDENBERGER, 1974).

Em paralelo, Christina Maslach consolidou o conceito no campo acadêmico e desenvolveu, com Susan Jackson, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que definiu dimensões hoje clássicas do fenômeno (exaustão emocional, cinismo/descrença e redução da eficácia profissional). A síndrome de *burnout*, ou esgotamento profissional, é caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal, sendo frequentemente desencadeada por ambientes de trabalho altamente estressantes e abusivos (MASLACH; JACKSON, 1981).

Em 1º de janeiro de 2022, a Síndrome de *Burnout* foi oficialmente incorporada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), sob o código QD85, na CID-10, já constava como Z73.0 (estado de exaustão vital). A OMS a define como um "fenômeno ocupacional" resultante do "estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso", e não como uma condição médica geral (OMS, 2019).

De acordo com Freitas, Heloani e Barreto (2008), o assédio moral é um fator precipitante do *burnout*, pois o trabalhador é submetido a uma situação de violência psicológica constante, o que mina sua resistência emocional e reduz sua capacidade de enfrentar as demandas profissionais (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008).

Em profissionais da saúde, o *burnout* e o assédio moral são particularmente prevalentes devido à natureza exaustiva do trabalho e ao contato diário com o sofrimento humano. Profissionais que trabalham em condições adversas, sem apoio adequado e expostos a práticas abusivas, têm maior risco de desenvolver sintomas de *burnout*, o que afeta negativamente sua saúde e o cuidado aos pacientes. Esse quadro evidencia a importância de políticas de proteção e suporte psicológico, como as propostas pelo PET-Saúde, que visam criar um ambiente de trabalho seguro e minimizar os riscos de assédio moral e *burnout* (SILVA et al., 2018).

O assédio moral também afeta o envolvimento organizacional e a satisfação dos trabalhadores. Em um ambiente onde práticas abusivas são comuns, os trabalhadores tendem a desenvolver sentimentos de desmotivação e alienação, o que reduz o engajamento e a lealdade à instituição. Mesquita et al. (2017) argumentam que o assédio moral compromete o senso de pertencimento e a disposição para colaborar, resultando em um aumento das taxas de absenteísmo e rotatividade. A insatisfação no trabalho é um reflexo direto da falta de políticas institucionais de proteção, o que torna o ambiente tóxico e inóspito (MESQUITA et al., 2017).

Em setores de alta pressão, como o da saúde, onde o trabalho em equipe e a comunicação são essenciais para a segurança dos pacientes, a desmotivação dos profissionais tem um impacto ainda mais significativo. O comprometimento do envolvimento organizacional não apenas afeta o desempenho dos trabalhadores, mas também aumenta o risco de erros e compromete a qualidade do atendimento. Assim, a prevenção do assédio moral e o fortalecimento das políticas de segurança no trabalho são essenciais para a construção de um ambiente organizacional saudável e produtivo.

1.2 CULTURA ORGANIZACIONAL, SILÊNCIO INSTITUCIONAL E BUROCRATIZAÇÃO DA QUEIXA

A cultura organizacional exerce um papel crucial na forma como o assédio moral se manifesta e é tratado no ambiente de trabalho. Em instituições onde a hierarquia e

o poder diretivo são rigidamente estruturados, há uma tendência maior para a ocorrência de práticas abusivas, especialmente quando essas práticas são vistas como uma extensão do controle gerencial. O conceito de poder diretivo refere-se ao conjunto de ações que a administração utiliza para direcionar e fiscalizar a prestação de serviços pelos empregados, e a forma como esse poder é exercido pode tanto criar um ambiente saudável quanto propício ao assédio moral (GUEDES, 2008).

A estrutura hierárquica das organizações permite que superiores utilizem o poder diretivo de maneira excessiva ou abusiva, criando um ambiente de trabalho caracterizado pela imposição e pela falta de autonomia para os trabalhadores. Em muitos casos, a hierarquia rígida pode impedir que os trabalhadores denunciem situações de assédio, uma vez que têm receio de sofrer represálias ou de verem suas carreiras comprometidas. Guedes (2008) aponta que a omissão dos dirigentes e a falta de políticas institucionais para combater o assédio podem favorecer um ambiente onde o abuso de poder se torna naturalizado.

Essa cultura organizacional opressiva é exacerbada pelo fenômeno do assédio organizacional, que Soboll et al. (2009) definem como um conjunto de práticas reiteradas de humilhação e constrangimento, incorporadas nas estratégias gerenciais para controlar a produtividade e o comportamento dos trabalhadores. Esse tipo de assédio é utilizado como um mecanismo para disciplinar e submeter os trabalhadores aos objetivos empresariais, ignorando seus direitos e dignidade (SOBOLL; EBERLE; CREMASCO, 2009).

O clima organizacional desempenha um papel importante na forma como o assédio moral é encarado e tratado dentro das organizações. Em instituições onde não há um compromisso claro com a ética e o bem-estar dos trabalhadores, práticas abusivas podem ser ignoradas ou até mesmo incentivadas como estratégias de gestão. Hirigoyen (2005) afirma que o assédio moral se manifesta mais frequentemente em ambientes onde há falta de solidariedade e onde as relações de poder são exploradas para desumanizar o trabalhador. Esse tipo de ambiente dificulta a resistência ao assédio, uma vez que os colegas de trabalho muitas vezes preferem não se envolver por receio de represálias.

Dejours (2008) também observa que a falta de união entre os trabalhadores contribui para a perpetuação do assédio, pois o isolamento do indivíduo assediado facilita o abuso de poder. Em ambientes onde prevalece o individualismo, o sofrimento do trabalhador é desconsiderado, e o assédio é visto como uma ferramenta de gestão

aceitável. A cultura organizacional, nesses casos, reforça o comportamento abusivo ao não punir os agressores, o que contribui para um ambiente de trabalho tóxico e hostil (DEJOURS, 2008).

1.3 VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NA SAÚDE PÚBLICA: ENTRE O CUIDADO E O CONTROLE

A violência institucional, na saúde, emerge quando práticas, rotinas e dispositivos burocráticos transformam o que deveria ser cuidado em mecanismos de controle e disciplina dos corpos e das condutas. Esse processo opera tanto por ações explícitas (exposição pública, humilhações, punições administrativas) quanto por mediações sutis (protocolos usados como coerção, metas como forma de constrangimento, interpretações discricionárias de normas). Tais dinâmicas encontram terreno fértil em culturas organizacionais permissivas ao abuso, nas quais a direção “naturaliza” a dureza e o desrespeito como instrumentos legítimos de gestão. A literatura sobre psicodinâmica do trabalho e assédio indica que climas institucionais competitivos, hierarquizados e pouco solidários tendem a acolher e perpetuar o assédio como “método” de governo das equipes (Hirigoyen; Dejours; Soboll), algo que também fundamentou a seção anterior sobre cultura organizacional e silêncio institucional. No âmbito da APS, a tensão entre acolhimento e produtividade, quando mal mediada, abre espaço para que cobranças sejam “performadas” como violência, frequentemente mascarada de eficiência. As evidências qualitativas do estudo reforçam esse quadro, ao apontarem a normalização de práticas abusivas e o assédio disfarçado de gestão, bem como respostas institucionais que burocratizam a queixa e invertem a culpa do denunciante.

No setor público, o poder diretivo é necessário para organizar recursos, definir prioridades e responder por resultados. Contudo, quando exercido sem balizas éticas, transparência e participação, esse poder pode deslizar para práticas de coerção e assédio moral, sobretudo em ambientes marcados por assimetrias de informação, precarização e pressão por metas. A cultura organizacional funciona, nesse ponto, como matriz de sentido: naturaliza a “dureza” como virtude gerencial, legitima exposições públicas e converte protocolos em instrumentos de punição.

A psicodinâmica do trabalho observa que, na ausência de solidariedade e de instâncias protetivas, o isolamento dos trabalhadores favorece o abuso e o sofrimento

(Dejours; Hirigoyen). A análise qualitativa desta pesquisa descreve com nitidez esse continuum entre gestão e violência: do assédio “travestido” de cobrança, passando pela violência hierárquica, até a institucionalização de respostas que silenciam, invertem a culpa e burocratizam a denúncia — uma engrenagem que disciplinariza corpos e vozes. Essa interpretação dialoga com aportes de Bourdieu (dominação simbólica) e Foucault (microfísica do poder), já acionados no projeto, reforçando que o assédio, longe de ser apenas desvio individual, pode constituir tecnologia de governo do trabalho.

1.4 TERRITORIALIZAÇÃO, TRABALHO EM SAÚDE E COMPLEXIDADE DAS RELAÇÕES NA APS

Sob a ótica de Milton Santos, o SUS deve ser analisado não como uma política que "acontece" no espaço, mas como uma ação que produz espaço. O conceito-chave para essa análise é o de território usado, que o autor define como o resultado da união indissociável entre o substrato material e o uso que a sociedade faz dele — "[...] a ciência e a tecnologia, junto com a informação, estão na própria base da produção, da utilização e do funcionamento do espaço e tendem a constituir o seu substrato" (SANTOS, 2006, p. 160). O território usado é, portanto, o espaço geográfico em sua totalidade, animado pelas relações sociais, pelas normas, pelos conflitos e pelas intencionalidades dos atores que nele vivem.

Nessa perspectiva, o princípio da territorialização, basilar para o SUS, dialoga diretamente com a noção de território usado. A Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo, opera a partir de áreas de abrangência que são, por excelência, recortes do território usado. O trabalho das equipes de saúde, ao mapear as vulnerabilidades, as dinâmicas sociais e as redes de solidariedade, busca exatamente compreender e atuar sobre essa união entre o espaço material e a vida que o anima. Ao fazer isso, o SUS deixa de ser um agente externo e se torna um dos "atores que o formam e o transformam", produzindo um território que busca ser mais justo e equânime.

Contudo, a implementação do SUS ocorre em um contexto histórico que Milton Santos definiu como o Meio Técnico-Científico Informacional (MTCI) (SANTOS, 1994). Este período é marcado por uma distribuição desigual de técnicas e informações,

refletindo-se diretamente na saúde: enquanto grandes centros concentram tecnologias de ponta, muitas áreas sofrem com a carência de recursos básicos. O desafio da gestão do SUS é, portanto, atuar como um contraponto a essa lógica excludente, garantindo que os benefícios da ciência e da tecnologia cheguem a todos os cidadãos.

Essa tensão se manifesta no embate entre verticalidades e horizontalidades. As verticalidades são fluxos de poder e capital (indústria farmacêutica, redes de hospitais privados) que se instalam em pontos específicos do território para atender a interesses hegemônicos. Em contrapartida, as horizontalidades representam a vida cotidiana, a vizinhança, o espaço da existência, a essência do território usado. O SUS, especialmente em sua Atenção Primária, é o principal vetor da horizontalidade na saúde. (SANTOS, 2000).

A Atenção Primária é prática territorial por excelência: realiza-se em territórios “usados”, socialmente produzidos, onde redes, identidades e disputas de poder configuram condições concretas de trabalho e de cuidado. A noção de território não se reduz ao espaço físico; implica relações, normas, saberes locais e mecanismos de regulação (formal e informal) que atravessam o cotidiano das equipes. Em contextos como o de Governador Valadares-MG, a diversidade sociocultural e as desigualdades do espaço urbano-rural compõem uma ecologia de interações entre gestores, profissionais e usuários, adensando conflitos e cooperações. A literatura territorial (Raffestin; Milton Santos) contribui aqui com a ideia de processos de territorialização, úteis para compreender deslocamentos de poder e de sentido que afetam o trabalho em saúde.

Para além das disputas materiais por recursos e espaço, é no campo das relações simbólicas que muitas dessas tensões se solidificam. É nesse ponto que o arcabouço teórico de Pierre Bourdieu se torna uma ferramenta analítica indispensável. Em sua obra *O Poder Simbólico* (1989), Bourdieu define a violência simbólica como uma forma de poder suave, invisível, que se exerce com o consentimento tácito daqueles que a sofrem, pois suas próprias categorias de percepção e avaliação (o *habitus*) estão em consonância com as estruturas de dominação (BOURDIEU, 1989). No ambiente de trabalho da APS, muitas vezes essa violência não se manifesta pela coação física, mas pela imposição de uma cultura organizacional, de hierarquias profissionais tidas como naturais e de discursos que legitimam a autoridade de certos atores em detrimento de outros.

No contexto do assédio no trabalho em saúde, esse tipo de violência pode operar por meio da desqualificação sistemática do outro, do isolamento, da atribuição de tarefas vexatórias ou da invalidação de saberes, minando a identidade profissional e a saúde mental do trabalhador. Essa forma de violência é eficaz justamente por ser frequentemente negada ou racionalizada, tanto pela instituição quanto, por vezes, pela própria vítima, que pode internalizar a culpa ou a inadequação. As "experiências silenciadas" emergem, assim, não apenas do medo de represálias, mas da dificuldade de nomear uma agressão que não deixa marcas físicas e que se ampara em estruturas de poder tidas como legítimas.

Articulando Bourdieu com Milton Santos, podemos afirmar que as "verticalidades" representadas pelas políticas ministeriais, pelos protocolos rígidos, pelos conselhos de classe e pelas hierarquias médicas, impõem um poder simbólico sobre as "horizontalidades" do cuidado. O "território usado" da unidade de saúde transforma-se, então, em um campo social, um espaço de luta onde a legitimidade da palavra, do conhecimento e da própria experiência do trabalhador está constantemente em jogo. O assédio floresce onde as relações de poder se tornam tão assimétricas que a violência simbólica se converte na principal ferramenta de regulação das condutas, silenciando dissidências e perpetuando a submissão (SANTOS, 2000).

1.5 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS LABORAIS

A institucionalização do sofrimento psíquico, no campo da saúde, revela-se quando rotinas de gestão e práticas organizacionais naturalizam o desgaste emocional e deslocam a análise das causas estruturais para responsabilizações individuais, convertendo o sofrimento em "custo inevitável" do trabalho (MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016). Na APS, onde o cuidado se dá em territórios vivos, sob múltiplas pressões e demandas concorrentes, essa normalização aparece com nitidez na vida cotidiana das equipes, sustentada por metas descoladas das condições reais e por controles que silenciam a experiência (MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016).

Historicamente, o trabalho ocupa lugar central na identidade e no pertencimento social; contudo, as transformações do capitalismo globalizado e a flexibilização de direitos deslocaram esse lugar simbólico, ampliando a exposição a cargas psíquicas

(MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016). A precarização aparece como “processo multidimensional de institucionalização da instabilidade”, com efeitos cumulativos sobre a saúde mental e sobre os vínculos de trabalho (MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016). Nesses cenários, a instabilidade deixa de ser exceção e passa a ser regra, erodindo suportes institucionais e expandindo a vulnerabilidade de trabalhadores e trabalhadoras.

A psicodinâmica do trabalho ajuda a compreender como a organização pode produzir prazer ou adoecimento a depender do desenho das tarefas, do reconhecimento e dos coletivos de defesa (GOBBI; DURMAN, 2010). Em pesquisa com enfermeiros, 100% relataram sofrimento psíquico em algum momento, recorrendo a mecanismos defensivos para seguir trabalhando; os autores defendem intervenções institucionais para reduzir o sofrimento e qualificar a vida no trabalho (GOBBI; DURMAN, 2010). Essa distinção entre sofrimento “criativo” e “patogênico” é útil para interpretar trajetórias marcadas por sobrecarga, recursos escassos e conflitos de equipe (GOBBI; DURMAN, 2010).

No plano macroinstitucional, terceirização e destituição de direitos intensificam insegurança e desproteção, impulsionando sofrimento social (MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016). Esses arranjos introduzem dispositivos de controle que tensionam por desempenho sem contrapartidas em suporte, reconhecimento e condições objetivas, agravando riscos psicossociais e naturalizando o mal-estar como parte do “profissionalismo” (MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016).

A transversalidade do fenômeno também é visível em instituições de ensino superior: estudos sob a sociologia clínica e a psicodinâmica do trabalho descrevem intensificação, burocratização e pressão por produtividade como vetores de sofrimento docente, úteis para compreender dinâmicas semelhantes na gestão local da APS. Na enfermagem hospitalar, a divisão do trabalho em “linha de montagem” e a carência de recursos fomentam estresse crônico e conflitos, com repercussões sobre o coletivo e o cuidado (GOBBI; DURMAN, 2010).

Determinadas configurações ocupacionais tornam o sofrimento mais agudo. Entre Agentes Comunitários de Saúde, o entrelaçamento entre vida comunitária e demanda laboral amplia a carga emocional, gera sentimento de impotência e alimenta quadros depressivos, sobretudo quando o “cuidar” transborda para problemas sociais sem retaguarda institucional (THEISEN, 2004). Quando recrutamento, atribuições difusas e falta de reconhecimento simbólico e material se combinam, a probabilidade

de sofrimento persistente aumenta, com baixa autoestima e frustração (THEISEN, 2004).

O plano jurídico-normativo apresenta lacunas de efetividade: ainda que existam instrumentos para proteção da saúde mental no trabalho, sua aplicação é irregular e muitas vezes subordinada a lógicas gerenciais que individualizam o adoecimento (SILVA, 2023). A captura da subjetividade — sob a forma de “empreendedorismo de si” e responsabilização individual — fragiliza o patamar protetivo e dificulta o reconhecimento do nexos organizacional do sofrimento (SILVA, 2023).

A burocratização das queixas é um mecanismo-chave da institucionalização: a queixa vira processo; o processo invisibiliza a experiência; a resposta atrasa ou reverte a culpa. Em serviços de saúde, canais pouco claros, proteção frágil ao denunciante e retaliações simbólicas silenciam e normalizam práticas abusivas sob o rótulo de “cobrança” ou “gestão por resultados” (MACHADO; GIONGO; MENDES, 2016). No contexto local analisado por esta dissertação, as respostas institucionais à denúncia tendem a produzir silenciamento, inversão da culpa e ameaças, perpetuando o ciclo de violência.

As consequências laborais são múltiplas: afastamentos, presenteísmo, rotatividade, retração da cooperação, perda de sentido e queda de qualidade assistencial (BARBOSA; BARBOSA, 2022). O sofrimento pode funcionar como “sinal de alerta” — um chamado à intervenção organizacional —, mas é frequentemente interpretado como incapacidade individual, reforçando exclusões e agravando o adoecimento (BARBOSA; BARBOSA, 2022). Quando há reconhecimento simbólico, suporte coletivo e ajuste realista de cargas, reduzem-se a cristalização patogênica e o risco de abandono do trabalho (BARBOSA; BARBOSA, 2022).

Enfrentar a institucionalização do sofrimento requer um duplo movimento. No plano organizacional: (i) reconhecer o sofrimento como indicador de falhas de concepção/gestão; (ii) garantir canais de escuta com proteção ao denunciante e prazos definidos; (iii) analisar o trabalho real (carga, recursos, cooperação, sentido) com devolutivas operacionais; e (iv) assegurar reconhecimento simbólico e material (SILVA, 2023; BARBOSA; BARBOSA, 2022). No plano jurídico-político: (v) fortalecer a responsabilização por risco psicossocial, (vi) integrar saúde do trabalhador às agendas de gestão do SUS e (vii) alinhar formação e supervisão para prevenção de assédio e violência institucional (SILVA, 2023).

Dessa forma, quando as violências institucionais se tornam rotina e os canais de proteção fracassam, o sofrimento psíquico deixa de ser contingência e passa a integrar o “modo de funcionamento” da organização. Os achados qualitativos desta pesquisa relatam ansiedade, depressão, crises de pânico, insônia, sintomas psicossomáticos e uso de psicofármacos como estratégias de enfrentamento — trajetórias que se adensam com o isolamento e o silenciamento subsequentes. Esse sofrimento é cumulativo: nasce da repetição de desrespeitos, ausências de reconhecimento e da negligência frente às queixas, corroendo identidades profissionais e corroendo vínculos com a equipe e com a instituição.

Em termos laborais, multiplicam-se afastamentos, licenças, trocas punitivas de lotação e a intenção de evasão do serviço, com efeitos sistêmicos sobre a APS. Tais processos corroboram a leitura psicodinâmica de que o trabalho pode ser fonte de saúde, mas também de adoecimento, conforme a organização autorize ou bloqueie margens de autonomia, cooperação e reconhecimento. Ao institucionalizar o sofrimento, a organização perde trabalhadores e, sobretudo, perde sua capacidade de cuidar sem violentar.

2 METODOLOGIA

2.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Este estudo deriva do projeto matricial previamente submetido e aprovado no âmbito do PET-Saúde Equidade (“PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E MARCADORES SOCIAIS DE DIFERENÇA: Análise das Iniquidades em Saúde no Sistema Único de Saúde de Governador Valadares-MG”), mantendo a mesma orientação metodológica. Adota-se uma abordagem qualitativa de matriz crítico-interpretativista, ancorada na Análise de Conteúdo de Bardin, visando apreender sentidos, significados e dispositivos de poder implicados nas experiências de assédio no cotidiano da Atenção Básica.

Configura-se como desenho de métodos mistos com dominância qualitativa (Quali e Quanti), em arranjo explanatório curto: a componente quantitativa descritiva (frequências, percentuais e cruzamentos) caracteriza o universo pesquisado e informa decisões amostrais da etapa qualitativa; a integração ocorre por triangulação e produção de meta-inferências ao final. A opção pela centralidade qualitativa justifica-se pelo objetivo de compreender processos de silenciamento, normalização de práticas abusivas e respostas institucionais, enquanto a estatística descritiva amplia a espessura empírica do fenômeno e fornece panorama do campo.

Alinhado ao COREQ, o estudo incorpora princípios de rigor e transparência: posicionamento reflexivo do(a) pesquisador(a) quanto a pressupostos e vínculos institucionais; registro sistemático das decisões analíticas (trilha de auditoria); busca por casos negativos; e saturação temática como critério orientador de suficiência da informação. A análise qualitativa seguirá as três fases clássicas de Bardin (pré-análise; exploração do material; tratamento, inferência e interpretação), com *codebook* híbrido (indutivo-dedutivo) desenvolvido iterativamente e discutido entre pesquisadores. Detalhes operacionais de produção de dados, amostragem e procedimentos analíticos são explicitados nas subseções seguintes. COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) é um checklist de 32 itens criado por Allison Tong, Peter Sainsbury e Jonathan Craig (2007) para padronizar e tornar transparente o relato de estudos qualitativos baseados em entrevistas e grupos focais. Os itens estão organizados em três domínios: (1) equipe de pesquisa e reflexividade; (2) desenho do estudo; e (3) análise e apresentação dos achados.

Diferentemente de um “método”, o COREQ é uma diretriz de relato: ajuda o leitor a entender quem coletou/analizou os dados, como os participantes foram recrutados, o contexto da coleta, os procedimentos analíticos e como as interpretações foram sustentadas por evidências (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

2.2 LOCAL DO ESTUDO E CONTEXTO INSTITUCIONAL

Este estudo deriva do projeto base desenvolvido no âmbito do PET-Saúde Equidade/UNIVALE, mantendo sua inserção no território da APS do município de Governador Valadares-MG e a interface ensino–serviço–comunidade que caracteriza o programa. A APS municipal oferece um contexto pertinente para investigar vulnerabilidades e dispositivos de poder nas relações de trabalho, dada a diversidade de territórios de adscrição, a composição multiprofissional das equipes e os desafios sócio-organizacionais do cuidado.

A produção de dados ocorreu preferencialmente nas Unidades Básicas de Saúde/ESF, em salas reservadas (p.ex., sala de reunião, consultório ocioso ou espaço de educação permanente), sem presença de terceiros, resguardando privacidade, conforto e mínima interferência do fluxo assistencial. As entrevistas foram agendadas de comum acordo com participantes e coordenações locais, em horários que não comprometessem o atendimento. Em situações excepcionais de indisponibilidade de espaço físico, previu-se a realização remota síncrona por ambiente institucional, condicionada à garantia de confidencialidade (local silencioso e privativo do participante) e registro de eventuais limitações do meio.

A inserção do PET-Saúde facilitou o acesso ao cotidiano de trabalho das equipes, porém foram adotadas salvaguardas para mitigar assimetrias: convites não foram intermediados por chefias imediatas; não houve qualquer vínculo avaliativo; e o local neutro e reservado buscou reduzir constrangimentos e viés de autoridade. O contexto institucional formalizado pelo Termo de Compromisso firmado entre a gestão municipal e a UNIVALE (Anexo 2), viabilizou a logística de campo e o apoio ético-administrativo, sem interferir na voluntariedade da participação ou nos conteúdos das entrevistas.

2.3 PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Universo e base quantitativa. A base empírica de referência agrega 386 entrevistas válidas conduzidas com trabalhadores da APS, das quais 141 relataram ter vivenciado assédio no ambiente de trabalho, compondo o subgrupo de “experiência de assédio = Sim”.

Amostra qualitativa. Para aprofundamento interpretativo, definiu-se amostra intencional de 38 entrevistas ($\approx 10\%$ do total e $\approx 27\%$ do subgrupo “Sim”), preservando a distribuição por sexo observada no subgrupo (aprox. 88% mulheres e 12% homens).

A seleção considerou diversidade ocupacional (enfermagem, medicina, técnicos(as) de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, odontologia, entre outras categorias), preservando a proporcionalidade observada nos dados de base para maximizar variação de contextos e interações laborais pertinentes ao fenômeno.

Crítérios de exclusão. Foram excluídos(as) profissionais em licença médica/afastamento no período de coleta ou que não pudessem fornecer consentimento livre e esclarecido.

Tabela 1 – Distribuição Ideal dos Participantes

Profissão	Total "Sim"	% sobre 141	Proporção (38)	Feminino	Masculino
Enfermeiro(a)	30	21,28%	8	7	1
Médico(a)	26	18,44%	7	5	2
Odontólogo(a)	13	9,22%	3	2	1
Técnico(a) de Enfermagem	17	12,06%	5	5	0
Agente Comunitário de Saúde	22	15,60%	6	6	0
Auxiliar de Saúde Bucal	7	4,96%	2	2	0
Auxiliar de Serviços Gerais	5	3,55%	1	1	0
Farmacêutico(a)	4	2,84%	1	1	0
Técnica de Saúde Bucal	2	1,42%	1	1	0
Psicólogo(a)	3	2,13%	2	1	1
Auxiliar Administrativo	3	2,13%	0	0	0
Profissional de Educação Física	2	1,42%	1	1	0

Recepcionista	2	1,42%	0	0	0
Agente Administrativo	2	1,42%	0	0	0
Assistente Administrativo	1	0,71%	0	0	0
Assistente Social	1	0,71%	1	1	0
Auxiliar de Serviço Público	1	0,71%	0	0	0

Tabela 2 – Distribuição Consolidada dos Participantes

Profissão	Proporção	Feminino	Masculino
Enfermeiro(a)	10	10	0
Médico(a)	8	6	2
Agente Comunitário de Saúde	6	6	0
Técnico(a) de Enfermagem	5	4	1
Odontólogo(a)	3	2	1
Auxiliar de Saúde Bucal	2	2	0
Auxiliar de Serviços Gerais	1	1	0
Farmacêutico(a)	1	1	0
Psicólogo(a)	0	0	0
Auxiliar Administrativo	1	1	0
Técnica de Saúde Bucal	1	1	0
Profissional de Educação Física	0	0	0
Recepcionista	0	0	0
Agente Administrativo	0	0	0
Assistente Administrativo	0	0	0
Assistente Social	0	0	0
Auxiliar de Serviço Público	0	0	0

O estudo seguiu amostragem intencional com variação máxima, monitorando saturação temática (ausência de novos códigos em duas entrevistas consecutivas por estrato ocupacional/sexo). Os(as) participantes foram convidados(as) diretamente nas unidades e por comunicação institucional sem intermediação de chefias, com elegibilidade adicional de vínculo ativo na APS ≥ 6 meses e concordância em participar; recusas e perdas (por indisponibilidade, sobrecarga assistencial ou não autorização para gravação) foram registradas em planilha de fluxo. As diferenças entre o “Distribuição Ideal dos Participantes” (Tabela 1) e o “Distribuição Consolidada dos Participantes” (Tabela 2) decorrem de limitações de agenda, afastamentos e recusas justificadas, mantendo-se, contudo, a proporcionalidade por sexo e a representatividade das categorias-chave. Substituições, quando necessárias, respeitaram a proporção do subgrupo “Sim” e priorizaram variabilidade entre unidades, turnos e tempo de serviço. Todas as inclusões foram precedidas de TCLE, com garantia de privacidade e confidencialidade.

2.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Empregou-se entrevista semiestruturada (qualitativa) e questionário estruturado (quantitativo descritivo), cujo instrumento completo pode ser consultado no Anexo 1. A coleta foi mediada pela plataforma UniSurvey (web), desenvolvida pelo autor para apoiar o trabalho de campo dos alunos extensionistas do PET-Saúde Equidade: interface pública para registro de entrevistas, painel administrativo, armazenamento em nuvem com banco de dados MySQL. Arquitetura próxima à experiência de uso de formulários online, facilitando padronização, controle de duplicidades e rastreabilidade dos registros. A plataforma foi doada ao Laboratório SAIS/UNIVALE, assegurando guarda institucional dos dados.

As entrevistas foram realizadas pelos alunos extensionistas previamente cadastrados no UniSurvey (Anexo 4), seguindo guia semiestruturado (Anexo 1), com registro digital das respostas; quando autorizado, as entrevistas foram gravadas para assegurar fidelidade às falas e posterior transcrição/anonimização.

2.5 TÉCNICA DE ANÁLISE: ANÁLISE QUANTITATIVA E ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise adotou métodos mistos com dominância qualitativa (quali e quanti), articulando estatística descritiva e Análise de Conteúdo segundo Bardin.

Análise quantitativa (descritiva) - Os dados do questionário estruturado exportados da plataforma UniSurvey foram tratados via rotinas de extração (SQL/scripts), limpeza e consistência (padronização de categorias, verificação de duplicidades e valores ausentes) e, em seguida, consolidados em Tabelas Dinâmicas no Microsoft Excel®. Realizou-se estatística descritiva (frequências, percentuais e cruzamentos bivariados) para caracterização do perfil e mapeamento preliminar do fenômeno, com recortes por sexo, raça/cor, ocupação e experiência de assédio. Essa etapa funcionou como bússola amostral da fase qualitativa (definição dos 38 casos e proporcionalidade por sexo/ocupação), mantendo dicionário de variáveis e log de decisões para rastreabilidade.

Análise qualitativa (Bardin) - O corpus das 38 entrevistas (transcritas integralmente e anonimizadas) foi submetido às três fases clássicas: (i) pré-análise (leitura flutuante, organização do material e alinhamento dos objetivos analíticos); (ii) exploração do material (codificação linha-a-linha, agrupamento em unidades de sentido e categorização temática); e (iii) tratamento, inferência e interpretação (integração de categorias, construção de eixos analíticos e formulação de inferências). Empregou-se *codebook* híbrido (indutivo-dedutivo), desenvolvido iterativamente com memos analíticos e trilha de auditoria. Para assegurar rigor (COREQ), procedeu-se à dupla codificação em amostra inicial, resolução por consenso entre pesquisadores(as), triangulação de pesquisadores, busca por casos negativos e uso de notas de campo/diário reflexivo para monitorar pressupostos. Quando viável, realizou-se devolutiva parcial (*member checking*) de sínteses interpretativas a participantes/serviços para validação de acurácia factual. A saturação temática orientou o encerramento da coleta e a estabilidade do arcabouço categorial.

Integração (triangulação por convergência interpretativa) - A convergência entre tendências descritivas e categorias qualitativas foi operacionalizada por matriz de integração (variáveis quantitativas × eixos temáticos), produzindo meta-inferências: os achados quantitativos ofereceram panorama distributivo e recortes analíticos; as categorias explicitaram mecanismos de silenciamento, naturalizações e dinâmicas de poder subjacentes às frequências observadas. A apresentação dos eixos e subcategorias encontra-se na seção de Resultados, com excertos representativos.

2.6 ÉTICA DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS

A pesquisa observou as diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 para pesquisas com seres humanos, com submissão à Plataforma Brasil/CEP-UNIVALE. Aprovado segundo o parecer consubstanciado número 7.537.807 (ANEXO 5).

Foi obtido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os participantes, conforme modelo apresentado no Anexo 3. O termo foi disponibilizado juntamente aos instrumentos de coleta.

Considerando a sensibilidade do tema (risco de exposição, desconforto ao relatar experiências e temor de retaliação), adotaram-se procedimentos de acolhimento, direito de interromper a participação a qualquer momento sem prejuízo, e encaminhamento para suporte psicológico quando necessário.

Quanto à proteção de dados, registros, transcrições e bancos foram mantidos sob credenciais de acesso e armazenamento seguro; após a conclusão, a guarda institucional ocorre no SAIS/UNIVALE por cinco anos, seguida de eliminação definitiva conforme protocolo.

Observações operacionais: A coleta digital via UniSurvey reforçou padrões de confidencialidade (controle de perfis de acesso com senhas criptografadas e segregação de dados identificáveis/analíticos) e auditabilidade do fluxo de entrevistas.

3 PERFIL DOS PARTICIPANTES E EXPERIÊNCIAS DE ASSÉDIO NA ATENÇÃO BÁSICA

O perfil sociodemográfico dos 386 profissionais entrevistados revelou uma predominância de mulheres (85,75%), em comparação aos homens (14,25%), confirmando a forte feminização do trabalho em saúde, especialmente na Atenção Básica — fenômeno recorrente em estudos nacionais e internacionais sobre a força de trabalho em saúde e sobre violência e assédio no setor (TRINDADE et al., 2022; DAL PAI et al., 2018; HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022). A média ponderada de idade foi de 40,8 anos, com maior concentração entre 30–45 anos, caracterizando uma força de trabalho adulta em plena atividade produtiva. Quanto à escolaridade, observa-se elevado nível de qualificação: 27,9% possuíam ensino superior completo, 26,9% especialização e 11,6% cursavam graduação, sugerindo formação continuada em curso, compatível com padrões da APS no SUS (TRINDADE et al., 2022). A renda familiar concentrou-se sobretudo entre 1–5 salários mínimos (64,3%), traço também descrito em investigações brasileiras com trabalhadores da saúde (DAL PAI et al., 2018; TRINDADE et al., 2022).

No que se refere à identidade de gênero, a maioria declarou-se cisgênero (95,1%), com registros pontuais de identidades não binárias e de não declaração. Quanto à orientação sexual, observou-se predominância de pessoas heterossexuais (93,8%), com expressões minoritárias de pessoas homossexuais (3,3%), bissexuais (1,3%) e outras identidades. Ainda assim, 2,8% relataram discriminação por identidade de gênero e/ou orientação sexual, evidenciando barreiras simbólicas e estigmas que, mesmo minoritários na amostra, têm impacto desproporcional sobre bem-estar e segurança psicológica no trabalho — achado coerente com a literatura sobre efeitos psicossociais de ambientes hostis em contextos de cuidado (KOBAYASHI et al., 2020; ANDERSEN et al., 2021).

A questão racial evidenciou que mais da metade se autodeclarou parda (53,4%), seguidos de branca (25,6%) e preta (19,2%). Embora 81,3% afirmem não ter sofrido discriminação racial no trabalho, 18,1% relataram discriminação por cor/raça, concentrada entre pessoas negras (pretas e pardas), o que reforça desigualdades raciais persistentes e a necessidade de medidas institucionais de prevenção, acolhimento e responsabilização. Tais padrões dialogam com o que a literatura descreve como vulnerabilidades interseccionais (gênero–raça–ocupação) na saúde,

associadas a maior exposição a práticas abusivas e silenciamento (DAL PAI et al., 2018; TRINDADE et al., 2022).

Quanto às vivências de assédio, 36,5% relataram algum tipo no ambiente de trabalho. Os tipos mais mencionados foram assédio moral (23,5%) e assédio sexual (17,4%), com maior incidência entre mulheres, em linha com achados setoriais de violência e assédio na saúde (TRINDADE et al., 2022; DAL PAI et al., 2018; HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022). Entre os agentes identificados, prevaleceram pacientes/usuários (22,7%) — padrão compatível com o chamado “Tipo II” de violência/assédio (providos de usuários/acompanhantes) —, mas também houve presença de colegas e superiores (17,1%), indicando que o fenômeno atravessa tanto relações externas (com a comunidade) quanto internas (intraequipes e hierarquias) (KOBAYASHI et al., 2020; HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022). Em síntese, o ambiente de trabalho na APS local mostra-se atravessado por desigualdades de gênero, raça e sexualidade e por violências simbólicas, morais e sexuais, cenário fértil para subnotificação, adoecimento psíquico e dificuldades de enfrentamento institucional, conforme consistentemente apontado por estudos nacionais e internacionais (DAL PAI et al., 2018; TRINDADE et al., 2022; ANDERSEN et al., 2021).

Além do perfil e das prevalências já descritas, o estudo identificou ocorrências de violência física e de assédio patrimonial, bem como a participação de familiares entre os autores de agressões, o que amplia o escopo de risco para além de usuários/pacientes e da hierarquia interna. Observou-se também percepção de tratamento diferenciado por raça/cor entre parte dos respondentes, convergente com o achado de discriminação racial autorreferida e com a literatura sobre vulnerabilidades interseccionais na saúde. Nos desfechos mais graves, a vitimização feminina foi proporcionalmente maior, reforçando a necessidade de estratégias sensíveis a gênero. Por fim, a presença de vínculos contratuais precários — frequente no grupo — aparece como fator que aumenta a vulnerabilidade à intimidação e à retaliação, devendo ser considerada em políticas de proteção, acolhimento e responsabilização institucional.

Complementarmente, registraram-se violência física em 9,3% dos participantes (36/386), com 80,5% das vítimas mulheres; entre os tipos de assédio (questão de múltipla escolha), surgiu também assédio patrimonial em 1,4% (6 casos, 100% mulheres). Quanto aos autores, além de pacientes/usuários e profissionais do serviço já descritos, houve participação de familiares em 2,5% dos relatos (11 casos). No eixo

racial, 11,4% (44 pessoas) afirmaram perceber que raça/cor influenciou o tratamento recebido no trabalho; e, entre as vítimas dos desfechos mais graves, observou-se predomínio feminino: 92,0% nos casos de assédio moral, 85,3% nos de assédio sexual e 80,5% nos de violência física — padrão que reforça a interseccionalidade de riscos e a necessidade de políticas sensíveis a gênero e raça.

3.1 VOZES SILENCIADAS: EXPERIÊNCIAS DE ASSÉDIO NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A análise qualitativa das entrevistas realizadas com os trabalhadores da APS evidenciou um panorama complexo e multifacetado da vivência do assédio moral e institucional nos serviços públicos de saúde. A partir da codificação sistemática das falas, utilizando os preceitos metodológicos da Análise de Conteúdo, foi possível identificar quatro grandes temáticas que organizam e condensam os significados atribuídos pelos entrevistados à experiência de violência laboral: (1) Reconhecimento do Assédio no Cotidiano Laboral, (2) Vivência do Assédio na Atenção Básica, (3) Efeitos do Assédio na Saúde e na Permanência no Trabalho e (4) Resposta Institucional.

A primeira temática revela o modo como o assédio se manifesta de maneira velada e camuflada no cotidiano dos serviços, dificultando sua identificação. Em especial, nota-se que muitos profissionais sequer nomeiam as situações como violência ou assédio, seja por desconhecimento, medo ou pela normalização dessas práticas. A dificuldade de nomeação, a naturalização de comportamentos abusivos e a confusão entre gestão e opressão formam um campo simbólico que perpetua o sofrimento, mascarando-o sob uma suposta normalidade organizacional.

A segunda temática mergulha diretamente nas formas concretas pelas quais o assédio é vivenciado nos serviços da Atenção Básica. As falas indicam uma ampla variedade de situações de violência que partem tanto de superiores hierárquicos quanto de colegas de equipe ou mesmo dos usuários e da comunidade. Essa diversidade de agentes revela a complexidade das relações de poder no cotidiano do trabalho em saúde e aponta para um ambiente institucional fragilizado, permeado por disputas, omissões e tensões que favorecem o aparecimento de práticas violentas.

Já a terceira temática concentra-se nas consequências psíquicas e organizacionais do assédio. Os relatos expõem um processo de sofrimento

persistente, que se manifesta por meio de adoecimentos, uso de medicação, afastamentos e isolamento social. A perda do encantamento com o trabalho e a ruptura com a identidade profissional são efeitos recorrentes, revelando o profundo impacto subjetivo e político do assédio sobre os trabalhadores.

A quarta e última temática trata da resposta — ou da ausência dela — por parte das instituições diante das denúncias. A maioria das falas denuncia um padrão de silenciamento, retaliação, burocratização e invisibilização das queixas. As estruturas institucionais não apenas falham em proteger os trabalhadores, como muitas vezes atuam como agentes ativos na manutenção da violência, invertendo a culpa, punindo os denunciadores ou ignorando os fatos relatados.

Juntas, essas quatro temáticas compõem um retrato denso e preocupante do cotidiano dos profissionais da saúde, marcados por pressões, desamparo e sentimentos de impotência frente à estrutura institucional. As vozes presentes nas entrevistas não apenas denunciam situações pontuais, mas descrevem um ambiente sistematicamente adoecedor, no qual as tentativas de resistência são, em muitos casos, frustradas ou punidas.

É importante destacar que a recorrência dessas falas não pode ser interpretada como experiências isoladas, mas como expressão de um padrão relacional sustentado por dispositivos de poder, cultura organizacional e negligência institucional. As narrativas expõem o modo como a violência simbólica, emocional e estrutural está entranhada nas práticas cotidianas, exigindo um olhar atento para as dimensões subjetivas e intersubjetivas da gestão do trabalho em saúde. Ou seja, a análise dos dados revelou que as quatro temáticas – reconhecimento do assédio, vivências, efeitos e resposta institucional – não se apresentam como dimensões isoladas, mas como partes de um mesmo processo dinâmico que atravessa o cotidiano laboral. O modo como o assédio é reconhecido condiciona a forma de vivê-lo, e essa experiência, por sua vez, gera efeitos que repercutem tanto na saúde dos trabalhadores quanto na organização do serviço. A resposta institucional, quando existe, realimenta esse ciclo, podendo atuar como dispositivo de enfrentamento ou, ao contrário, como mecanismo de silenciamento.

A apresentação das temáticas busca, portanto, não apenas sistematizar os dados empíricos, mas também evidenciar os sentidos construídos pelos próprios trabalhadores sobre o fenômeno do assédio, a partir de sua experiência direta e reflexiva. A categorização respeitou a integridade das falas, buscando representar

com fidelidade o conteúdo das entrevistas e os elementos que emergiram com maior densidade e repetição.

A seguir, a Tabela 1 de Categorização Temática resume as quatro grandes temáticas e suas respectivas subcategorias, acompanhadas de uma descrição sintética e exemplos representativos extraídos diretamente das transcrições, preservando a autenticidade das vozes dos participantes.

Tabela 3 – Categorização Temática das Experiências de Assédio e Violência Institucional na Atenção Primária à Saúde de Governador Valadares, 2025.

Temática	Subcategoria	Descrição Sintética	Exemplos de Falas Codificadas
1. Reconhecimento do Assédio no Cotidiano Laboral	1.1. Dificuldade de Nomeação	Profissionais reconhecem o sofrimento, mas não conseguem nomear como assédio devido ao medo, à naturalização e à desinformação.	"Às vezes a gente acha que é só um puxão de orelha, uma bronca... mas depois vai percebendo que passa do limite." "Eu só fui entender que era assédio depois que saí da unidade."
	1.2. Normalização de Práticas Abusivas	Comportamentos violentos são naturalizados como parte da rotina laboral, especialmente em contextos hierarquizados.	"Sempre foi assim. Gritar, expor... é o jeito da chefia." "A gente se acostuma. Quem reclama é chamado de fraco."
	1.3. Assédio disfarçado de cobrança ou gestão	A violência é velada sob o discurso de produtividade, metas ou gestão eficiente.	"Eles dizem que é só cobrança... mas é sempre em cima de mim, nunca dos outros." "Tudo é meta, tudo é resultado. A gente vira número."

2. Vivência do Assédio na Atenção Básica	2.1. Violência Institucional e Hierárquica	Gestores e superiores impõem humilhações e punições com o aval da estrutura institucional.	"Fui chamada de incompetente na frente dos pacientes." "Meu horário foi mudado como forma de punição."
	2.2. Violência por Usuários e Comunidade	Assédio por parte da população atendida, sem suporte da instituição.	"Fui ameaçada por um paciente e ninguém fez nada." "A gente ouve muito: 'quem paga seu salário sou eu'."
	2.3. Violência entre Pares	Relações interpessoais deterioradas, com fofocas, isolamento e agressões indiretas.	"Inventaram coisas sobre mim no grupo do trabalho." "Me senti isolada pela própria equipe."
3. Efeitos do Assédio na Saúde e na Permanência	3.1. Sofrimento Psíquico e Adoecimento	Impacto direto na saúde mental, com episódios de sofrimento intenso.	"Tive que fazer uso de antidepressivos por causa do trabalho." "Chorava todo dia antes de ir pra unidade."
	3.2. Isolamento e Silenciamento	Retraimento e distanciamento social como forma de autoproteção.	"Parei de ir aos encontros da equipe. Me sentia julgada." "Ficava calada pra não arrumar mais problema."
4. Resposta Institucional	4.1. Silenciamento e Inversão da Culpa	A denúncia é minimizada ou revertida contra o denunciante.	"Falaram que eu estava exagerando, que era sensível demais." "Virei a louca da unidade depois que reclamei."

4.2. Ameaça ou Retaliação após a denúncia	Consequências punitivas direcionadas ao denunciante.	"Me trocaram de unidade depois que denunciei." "Fiquei marcada. Ninguém queria mais se associar a mim."
4.3. Burocratização e Invisibilização das queixas	A resposta institucional é morosa, ineficaz ou inexistente.	"Preenchi a ouvidoria, mas nunca tive retorno." "Me pediram para relatar tudo por escrito, e depois sumiram com o documento."

3.1.1 Reconhecimento do Assédio no Cotidiano Laboral

O reconhecimento do assédio no ambiente de trabalho constitui uma etapa fundamental para a compreensão das violências que atravessam as práticas cotidianas dos profissionais da atenção primária à saúde. Neste bloco temático, emergem os elementos subjetivos, simbólicos e estruturais que dificultam a nomeação das violências vivenciadas.

A naturalização das práticas abusivas, o mascaramento da violência sob a forma de gestão ou cobrança e a própria dificuldade em identificar situações como assédio revelam um contexto de silenciamento e ambiguidade institucional. Muitas vezes, os profissionais percebem a dor, o desconforto e a injustiça, mas não possuem ferramentas conceituais, institucionais ou emocionais para compreender que tais experiências configuram assédio.

As falas analisadas indicam que essa temática não apenas precede a vivência direta do assédio, mas também atua como obstáculo à denúncia e à mobilização coletiva.

3.1.1.1 Dificuldade de Nomeação

A subcategoria "Dificuldade de Nomeação" descreve uma condição vivenciada por profissionais que, apesar de sofrerem práticas abusivas no ambiente de trabalho, não conseguem, inicialmente, identificar tais práticas como assédio moral. Essa dificuldade se estrutura a partir de elementos como o medo de represálias, a falta de

conhecimento sobre o que configura assédio no contexto institucional e a internalização de uma cultura organizacional marcada pela tolerância a abusos. Em muitos relatos, os profissionais expressam perplexidade retrospectiva, só após se afastarem do ambiente ou ao compartilharem experiências com colegas é que passaram a compreender que foram vítimas de condutas assediadoras.

A ausência de uma linguagem comum para nomear a violência sofrida também contribui para a banalização dos episódios. O uso de eufemismos, como “bronca”, “pressão” ou “exigência do cargo”, mascara as violências simbólicas e institucionais em curso. Tal invisibilidade reforça a perpetuação do ciclo de assédio e dificulta tanto o enfrentamento quanto a denúncia. O sofrimento psíquico, nesse contexto, é vivido de forma silenciosa, marcado por dúvidas quanto à legitimidade da própria dor, criando uma dinâmica de autoinvalidação subjetiva.

A subcategoria revela a importância da promoção de espaços formativos sobre violência institucional, assédio moral e direitos trabalhistas nos serviços públicos. Essa ausência de nomeação não é apenas um fenômeno individual, mas um indicador da falência de políticas institucionais de acolhimento e prevenção de violências. Em suma, a dificuldade de nomear o assédio representa a primeira barreira a ser rompida para que a violência simbólica deixe de operar de forma estrutural no cotidiano laboral da atenção básica. Nomear é, portanto, um gesto político e de resistência diante da violência.

"Na época eu não sabia que era assédio... só depois de conversar com uma colega percebi que aquilo não era normal."

"Eu achava que era só uma implicância da gestão, não imaginava que tinha um nome pra isso."

"A gente ouve tanto que é normal que nem pensa que pode denunciar."

"Demorei muito tempo pra entender que aquilo era violência. Achava que era só uma exigência do trabalho."

"No começo achei que era exagero meu. Só depois que vi que não era assim com todo mundo."

"Eu não tinha essa palavra 'assédio' na minha cabeça. Era só desconforto."

"Senti que era algo errado, mas não sabia como falar sobre isso com ninguém."

"É difícil dar nome às coisas quando todo mundo ao redor trata como se fosse normal."

"Me sentia mal, mas não conseguia explicar o porquê. Só fui entender depois de muito tempo fora da unidade."

"A gente aprende a aceitar... não sabe identificar quando passa do limite."

"Nunca tinha ouvido falar de assédio institucional. Descobri quando comecei a procurar ajuda psicológica."

Na literatura, essa dificuldade de nomeação aparece como etapa inicial da trajetória de vitimização: eufemismos ("bronca", "pressão") e a naturalização de práticas abusivas favorecem a subnotificação, atrasam a busca de ajuda e reforçam o silenciamento institucional (DAL PAI et al., 2018; TRINDADE et al., 2022). Medo de retaliação, assimetrias hierárquicas e baixa literacia organizacional sobre o que configura assédio compõem um terreno em que a vítima duvida da legitimidade do próprio sofrimento, o que se associa a pior desfecho psicossocial (KOBAYASHI et al., 2020; ANDERSEN et al., 2021). Evidências setoriais indicam que protocolos claros, glossários institucionais (definições, exemplos e não-exemplos), canais seguros de denúncia e políticas anti-retaliação ampliam o reconhecimento de casos e reduzem a invisibilidade do fenômeno (HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022; TRINDADE et al., 2022).

3.1.1.2 Normalização de Práticas Abusivas

A subcategoria "Normalização de Práticas Abusivas" expressa uma dinâmica profundamente enraizada nos ambientes de trabalho da atenção básica, na qual condutas agressivas, desrespeitosas ou humilhantes são incorporadas como parte do funcionamento rotineiro dos serviços. Os relatos indicam que gritos, exposições públicas, ameaças veladas e desqualificações constantes são vistos como comportamentos "naturais" de determinados gestores ou colegas, especialmente aqueles em posições de poder. Essa aceitação tácita das violências decorre, em grande parte, de uma cultura institucional hierarquizada, na qual o abuso se confunde com autoridade e a disciplina é promovida por meio do medo.

Em muitos discursos, nota-se que a repetição sistemática dessas condutas abusivas, associada à ausência de medidas corretivas, leva os trabalhadores a internalizarem tais práticas como algo inevitável ou até mesmo necessário. Comentários como "sempre foi assim" ou "faz parte do serviço público" evidenciam

uma estrutura simbólica que justifica e legitima a violência. Com isso, cria-se um ambiente de adaptação patológica, onde o sofrimento é silenciado e o abuso é banalizado.

Essa normalização não apenas compromete a saúde mental dos trabalhadores, mas também corrói os laços de solidariedade e confiança nas equipes. Ao aceitar o inaceitável, o coletivo se torna cúmplice da manutenção de um ciclo de violência estrutural. A tolerância ao desrespeito mina as possibilidades de enfrentamento, pois aqueles que ousam questionar ou resistir são vistos como frágeis, problemáticos ou incapazes de lidar com as pressões do cotidiano.

Portanto, a normalização de práticas abusivas representa uma das formas mais perversas de assédio institucional: ela esvazia o significado da violência, anestesia os sentidos dos trabalhadores e enfraquece os mecanismos de denúncia, promovendo um tipo de cultura organizacional pautada na conformidade e na omissão.

"Sempre foi assim aqui. A chefia grita, humilha, mas todo mundo finge que é só o jeito dela."

"Na reunião todo mundo já esperava a bronca pública. Virou parte do script."

"A gente escuta que quem não aguenta pressão não serve pro SUS."

"Eles dizem que é só pressão do dia a dia, que todo mundo passa por isso."

"Se você reclama, dizem que está com frescura. Então você para de reclamar."

"Desde que entrei, vi profissionais sendo expostos, e ninguém nunca falou nada."

"Já ouvi: 'isso é só um puxão de orelha'. Como se humilhação fosse educativa."

"O grito virou ferramenta de gestão aqui. Se não grita, acham que não é chefe."

"A primeira vez que fui chamada de burra, achei que fosse uma brincadeira."

"A gente vai naturalizando porque é o tempo todo, em todo lugar."

"Nem todo mundo percebe que é assédio, porque parece que está no 'pacote' do serviço público."

"Chegar atrasada por causa do ônibus e ouvir um sermão na frente dos outros virou rotina."

"Tem gente que até acha bonito dizer que trabalha em lugar difícil. Como se sofrer fosse medalha."

"Aprendi a ficar calada e só aceitar. Dizem que 'é assim mesmo'."

"Já teve colega que ficou feliz porque a chefe 'só olhou feio' naquele dia."

"Você se acostuma tanto que, quando muda de lugar, até estranha o respeito."

"Dizem que aqui é pressão porque 'o povo é difícil'. Como se justificasse tudo."

"A primeira vez que vi um colega sendo xingado, todo mundo riu. Achei que fosse normal."

"Tinha dia que a gente fazia piada sobre quem ia ser a vítima da vez."

A normalização de práticas abusivas é reconhecida na literatura como expressão de tolerância institucional à violência e de gestão pelo medo, fenômeno que transforma condutas de humilhação e desqualificação em “padrões operacionais” sob o rótulo de “cobrança” ou “perfil de liderança” (DAL PAI et al., 2018; TRINDADE et al., 2022). Em serviços de saúde, essa naturalização se associa a clima de insegurança psicológica, subnotificação e redução do apoio entre pares, com efeitos mensuráveis sobre *burnout* e piora do estado de saúde mental (KOBAYASHI et al., 2020; ANDERSEN et al., 2021). Estudos setoriais indicam que ambientes que recompensam estilos autoritários e não coíbem “pequenas” violações criam um ciclo de banalização: a repetição sem consequências disciplinares consolida a violência como norma, desincentiva testemunhas a atuarem como *bystanders* ativos e mina canais de denúncia (HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022; TRINDADE et al., 2022). Romper esse ciclo requer políticas explícitas antiassédio, formação continuada (definições, exemplos e não-exemplos), supervisão com foco em segurança psicológica e mecanismos de responsabilização visíveis e confiáveis.

3.1.1.3 Assédio Disfarçado de Cobrança ou Gestão

A subcategoria "Assédio disfarçado de cobrança ou gestão" traduz uma das formas mais sutis e insidiosas de violência no ambiente laboral, especialmente no setor público da atenção básica. Nesse contexto, práticas de assédio são revestidas

pelo discurso da eficiência, da produtividade ou da meritocracia, dificultando sua identificação e, conseqüentemente, sua contestação. Os sujeitos entrevistados relataram que as exigências por metas inalcançáveis, a sobrecarga de funções e o monitoramento excessivo são apresentados como parte de uma suposta modernização da gestão pública, mas, na prática, operam como mecanismos de opressão.

Esse tipo de assédio é marcado por uma racionalidade gerencial que desloca o foco da saúde como direito para a saúde como produto. O trabalhador passa a ser visto como uma peça substituível dentro de uma engrenagem burocrática, e sua dignidade é frequentemente negligenciada em nome de indicadores quantitativos. A cobrança é seletiva e personalizada, atingindo com maior frequência determinados sujeitos, geralmente os mais vulneráveis ou aqueles que demonstram alguma resistência aos padrões impostos. O discurso oficial é de que “todos devem cumprir suas funções”, mas as práticas revelam favoritismos, perseguições veladas e estratégias de desgaste emocional.

O elemento distintivo desta subcategoria está no uso da linguagem da gestão como um escudo para a violência institucional. A crítica ao assédio torna-se quase inviável, pois qualquer manifestação de sofrimento é rapidamente reclassificada como “dificuldade de adaptação”, “problema de perfil” ou “falta de comprometimento com o SUS”. Com isso, o trabalhador é duplamente silenciado: por não poder nomear a violência e por ser culpabilizado quando tenta fazê-lo.

Essa subcategoria revela, portanto, uma modalidade de assédio particularmente perversa, pois se camufla sob a aparência de legitimidade. Ao mobilizar discursos hegemônicos sobre gestão, eficiência e inovação, esvazia o espaço de escuta e solidariedade, promovendo o isolamento e o adoecimento dos profissionais.

"A cobrança virou desculpa pra tudo. Até pra dizer que a gente é incompetente."

"Dizem que é pra melhorar o serviço, mas só apontam erro, nunca reconhecem o que fazemos certo."

"Quando reclamei da pressão, falaram que eu não tinha perfil de servidora."

"O jeito como falam sobre metas parece que estamos em uma empresa privada, não no SUS."

"Transformaram o cuidado em números. Se não atende 20, está devagar."

"Teve um mês que fui chamada três vezes na coordenação só pra justificar meta que não bati."

"Dizem que é só gestão, mas tem gente que adoecer com tanta exigência injusta."

"Até para ir ao banheiro eu era cobrada. Diziam que eu sumia da sala."

"Comecei a anotar tudo, porque a cobrança vinha sem critério. Só comigo."

"A gente vira número. Não importa se o atendimento foi bom, só importa se bateu o indicador."

"Se recusa alguma coisa, já dizem que você é resistente à gestão."

"Uma vez, a coordenadora falou que 'quem não aguenta pressão que peça pra sair'."

"Se questiona a meta, te chamam de insubordinada."

"Eles falam que é só feedback, mas é um ataque disfarçado."

"Sempre falam em 'otimizar o tempo', mas na prática é mais sobre vigiar cada passo nosso."

"Me disseram que eu precisava 'abraçar mais o serviço', mas eu já fazia hora extra direto."

Quando a retórica da eficiência encobre práticas de controle e intimidação, configura-se o que a literatura descreve como gestão por estresse e injustiça organizacional — metas irrealistas, vigilância excessiva e “feedbacks” punitivos passam a operar como mecanismos de assédio travestidos de desempenho, com efeitos sobre exaustão, *burnout* e agravos depressivos (DAL PAI et al., 2018; KOBAYASHI et al., 2020). Nesses arranjos, a linguagem gerencial (“indicadores”, “otimização”, “perfil”) sustenta viés de culpabilização individual e seletividade da cobrança, sobretudo contra grupos mais vulneráveis, corroendo a justiça organizacional — fator que, quando ausente, amplifica o impacto da violência/ameaças sobre sintomas depressivos; e, quando presente (apoio social, percepção de segurança, *fairness*), atenua tais desfechos (ANDERSEN et al., 2021).

Em serviços de saúde, ignorar pequenas violações e premiar estilos autoritários produz um ciclo de banalização: cai a segurança psicológica, aumenta a subnotificação e diminuem as chances de *bystanders* intervirem, perpetuando a violência sob o rótulo de “gestão” (TRINDADE et al., 2022; HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022). Políticas claras de antiassédio, co-construção de metas factíveis, supervisão baseada em segurança psicológica e mecanismos de responsabilização são apontados como medidas institucionais centrais para romper esse padrão.

3.1.2 Vivência do Assédio na Atenção Básica

A segunda temática desvela as múltiplas formas de assédio e violência experienciadas no cotidiano das unidades de saúde. Ela evidencia como as relações de poder, marcadas por hierarquias institucionais e pela fragilidade da proteção aos trabalhadores, se traduzem em práticas humilhantes, punitivas e muitas vezes invisibilizadas.

O assédio parte de diferentes atores: superiores imediatos, usuários e até mesmo colegas de equipe. Essa diversidade de agentes evidencia que o ambiente laboral não apenas tolera, mas em muitos casos reproduz ativamente formas de violência simbólica e concreta. As dinâmicas de exposição pública, exclusão social e pressão emocional aparecem como expressões cotidianas desse processo.

A atenção básica, por ser porta de entrada do sistema de saúde, deveria ser espaço de acolhimento e humanização. No entanto, os relatos demonstram que muitos trabalhadores enfrentam um ambiente de tensão, insegurança e sofrimento, o que compromete diretamente a qualidade do cuidado e a permanência no serviço.

3.1.2.1 Violência Institucional e Hierárquica

A violência institucional e hierárquica é caracterizada por práticas autoritárias e abusivas que se manifestam na relação entre gestores e trabalhadores, legitimadas ou toleradas pelo próprio sistema organizacional. Essa subcategoria emergiu com força nas entrevistas, revelando que muitos profissionais da atenção básica vivenciam situações de humilhação, intimidação e punições simbólicas ou concretas oriundas da esfera de chefia. Tais condutas não são acidentais, mas sistemáticas, expressando uma estrutura de poder verticalizada que naturaliza a subalternização e desconsidera os princípios de respeito e valorização do trabalho no SUS.

As falas evidenciam episódios nos quais os profissionais foram desqualificados em público, expostos diante de usuários, ou transferidos arbitrariamente de setor como forma de retaliação. Em diversas narrativas, observam-se gestos de coerção moral, como gritos, apelidos pejorativos, ameaças de exoneração e avaliações negativas sem critérios claros. A gestão aparece, nesses contextos, não como um suporte para o exercício ético e técnico das funções, mas como um instrumento de dominação que se afasta dos preceitos da humanização e da gestão participativa preconizados pelas políticas públicas de saúde.

O mais alarmante é que tais práticas, muitas vezes, não geram qualquer reação por parte das instâncias superiores, sendo tratadas como “estilo de liderança” ou “questões interpessoais”. Isso demonstra um vazio institucional em relação ao cuidado com o trabalhador e uma falência dos mecanismos internos de controle e proteção. Ao invés de atuarem como mediadores, muitos gestores reforçam as desigualdades e silenciam os conflitos, transformando a estrutura de gestão em campo fértil para o assédio.

Essa subcategoria evidencia que a violência hierárquica não é apenas um problema interpessoal, mas uma expressão de modelos organizacionais excludentes e autoritários. Ao normalizar práticas opressoras sob a lógica da autoridade, a instituição distancia-se de sua missão pública e compromete a saúde mental dos trabalhadores, gerando consequências que extrapolam o ambiente laboral e impactam diretamente na qualidade da atenção ofertada à população.

"Meu horário foi alterado como forma de punição por ter discordado de uma ordem."

"Me colocaram numa sala isolada, longe da equipe, depois que fiz uma crítica na reunião."

"Já ouvi de um gestor que 'ser servidor é se submeter'."

"Fui pressionada a assinar um documento com o qual eu não concordava, senão sofreria consequências."

"A gestão ameaça cortar o ponto se não fizermos hora extra."

"Me disseram que eu só estava lá porque era 'cota' e não por mérito."

"Quando recusei fazer uma tarefa fora da minha função, fui acusada de insubordinação."

"A gerente falou que, se eu não quisesse ser mandada embora, era melhor me calar."

"Uma vez, um superior falou que 'ser técnico é obedecer sem questionar'."

"A chefia fala com a gente com ironia, como se fosse fazendo piada da nossa cara."

"Me ameaçaram com um processo administrativo porque pedi afastamento por saúde mental."

"O coordenador questionou minha licença médica e disse que era 'frescura'."

"Me obrigaram a continuar no atendimento mesmo com crise de ansiedade."

"Já disseram que 'quem não tem competência se estabelece' só porque questioneei a escala"

A violência institucional e hierárquica configura um abuso de poder administrativo no qual instrumentos formais de gestão (escalas, avaliações, transferências, processos) são armazenados para intimidar, punir ou silenciar, sob o manto da autoridade legítima. A literatura descreve esse arranjo como injustiça organizacional e gestão por estresse: procedimentos opacos, metas e cobranças assimétricas, retaliação a dissenso e descrédito de atestados/sofrimento psíquico elevam risco de adoecimento (depressão, *burnout*) e intenção de desligamento; em contrapartida, apoio social, percepção de segurança e justiça procedimental atenuam tais efeitos (ANDERSEN et al., 2021; KOBAYASHI et al., 2020).

Em serviços de saúde, estudos brasileiros e internacionais mostram que a verticalização das relações, a impunidade de práticas abusivas e a subnotificação sustentam um ciclo de dominação que fragiliza a segurança psicológica e corrói a confiança nas equipes (DAL PAI et al., 2018; TRINDADE et al., 2022). Diretrizes setoriais apontam respostas institucionais concretas: políticas antiassédio com canais protegidos e anti-retaliação, formação de lideranças em gestão participativa/*just culture*, auditoria de decisões de pessoal (mudanças de setor/escala) e monitoramento de clima com devolutivas e responsabilização visível (HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022).

3.1.2.2 Violência por Usuários e Comunidade

A violência praticada por usuários e membros da comunidade contra os trabalhadores da atenção básica constitui uma dimensão particularmente delicada e, muitas vezes, invisibilizada do cotidiano laboral no SUS. Essa subcategoria expressa a experiência concreta de assédio moral, agressões verbais, ameaças diretas e até violência física, dirigidas por usuários ou familiares de pacientes, em contextos de atendimento, visitas domiciliares ou convivência nas unidades. Essas situações revelam a precariedade da proteção institucional diante das tensões do trabalho em territórios marcados por vulnerabilidades sociais, desigualdades históricas e crises de legitimidade das políticas públicas.

As entrevistas analisadas indicam que os profissionais frequentemente são desacatados, desrespeitados e responsabilizados por problemas estruturais alheios ao seu controle, como a falta de medicamentos, exames ou consultas com especialistas. Esse cenário de cobrança desproporcional se agrava quando o usuário associa a identidade do trabalhador à figura do Estado, ou quando há um imaginário social distorcido sobre os direitos do cidadão e os deveres do servidor público. Em falas recorrentes, os entrevistados relatam escutar frases como “quem paga seu salário sou eu” ou “você tem que me servir”, revelando uma lógica perversa de subserviência que alimenta o ciclo de violência simbólica e física. A violência simbólica, segundo Bourdieu, pode ser definida como um poder que se exerce com a cumplicidade tácita daqueles que o sofrem. Essa dominação ocorre quando os indivíduos aceitam e reproduzem as estruturas de poder, não por meio da força bruta, mas através da aceitação de uma cultura e de uma visão de mundo que beneficia os grupos dominantes (BOURDIEU, 1989).

O problema se agrava na medida em que, diante desses episódios, as instituições de saúde frequentemente não oferecem suporte efetivo. Os entrevistados relatam ausência de protocolos de proteção, falta de acolhimento por parte das chefias, e o silêncio cúmplice diante de denúncias. Em muitos casos, a vítima da agressão ainda é responsabilizada pela ocorrência, como se sua postura profissional ou emocional tivesse provocado a reação do usuário. Essa inversão dos papéis acentua o sofrimento psíquico e alimenta o sentimento de desamparo institucional, favorecendo o isolamento e a desistência de cargos.

Outro aspecto importante dessa subcategoria é o impacto territorial sobre a identidade dos trabalhadores. Em municípios médios ou pequenos, é comum que os profissionais atendam pessoas que fazem parte de sua convivência cotidiana. A exposição a situações de conflito público com membros da comunidade pode gerar constrangimento social, medo de retaliações fora do ambiente de trabalho e comprometer a segurança individual e familiar. Em alguns casos, os profissionais relataram episódios de difamação em redes sociais ou perseguições após o atendimento, extrapolando os limites da unidade e alcançando a esfera íntima da vida.

Essa forma de violência, embora praticada fora da estrutura formal de poder, está inserida nas relações de trabalho e exige respostas sistêmicas. A ausência de políticas institucionais que orientem o enfrentamento da violência dos usuários desresponsabiliza o Estado e fragiliza o trabalhador. Ao naturalizar essas práticas, o sistema de saúde reforça a cultura do silêncio e perpetua ciclos de sofrimento que comprometem não apenas a saúde dos profissionais, mas a própria relação entre o SUS e a população a que serve.

"Fui ameaçada por um paciente que disse que me esperaria na saída."

"Um usuário gritou comigo e tentou me empurrar porque eu pedi que aguardasse sua vez."

"Recebi mensagens ofensivas de um familiar de paciente no meu WhatsApp pessoal."

"Já me chamaram de incompetente e preguiçosa na recepção, na frente de todo mundo."

"Um morador jogou um copo de água na gente porque a consulta atrasou."

"Os usuários falam: 'quem paga seu salário sou eu, tem que me atender agora'."

"Teve paciente que invadiu a sala e bateu na mesa, exigindo prioridade."

"Fui chamada de 'vagabunda' porque disse que ele não poderia furar a fila."

"Um senhor disse que ia no Ministério Público me denunciar só porque neguei uma receita."

"Me senti acuada por um grupo que exigia atendimento imediato, todos muito exaltados."

Na literatura, a violência praticada por usuários/acompanhantes é classificada como Tipo II e constitui uma das principais fontes de risco psicossocial em serviços de saúde, com subnotificação frequente e associação consistente a *burnout*, sintomas depressivos e intenção de desligamento (HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022; KOBAYASHI et al., 2020; ANDERSEN et al., 2021). Fatores estruturais — carências de oferta, filas e expectativas frustradas — convertem o trabalhador em “face do Estado”, deslocando para ele a cobrança por problemas sistêmicos e ampliando a probabilidade de agressões verbais, ameaças e intimidações no ponto de cuidado.

Evidências apontam que justiça organizacional, apoio social e percepção de segurança atenuam danos, enquanto a ausência de protocolos institucionais (triagem de risco, de-escalada, fluxos de notificação protegida e anti-retaliação, desenho ambiental seguro e regras de não-exposição de contatos pessoais) sustenta ciclos de violência e revitimização (HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022; ANDERSEN et al., 2021).

Em territórios onde trabalhador e usuário convivem socialmente, o transbordamento para redes e espaços comunitários agrava o dano e exige respostas sistêmicas: planos de segurança, registros formais, acolhimento pós-incidente, comunicação com gestão/segurança pública e monitoramento de clima com devolutivas periódicas.

3.1.2.3 Violência entre Pares

A violência entre pares no ambiente da atenção básica emerge como uma expressão sutil, porém profundamente corrosiva, das relações interpessoais deterioradas entre os próprios trabalhadores do SUS. Essa subcategoria abrange manifestações como fofocas, exclusão deliberada, sabotagens, olhares de julgamento, insinuações maliciosas, ironias e deslegitimação de competências, que frequentemente ocorrem entre colegas do mesmo nível hierárquico. Tais práticas criam um ambiente hostil, permeado por desconfiança e insegurança, comprometendo o senso de pertencimento e a coesão das equipes. Mesmo não assumindo a forma explícita de assédio vertical, esses comportamentos possuem efeitos devastadores sobre o equilíbrio emocional e o desempenho profissional dos envolvidos.

Muitos dos entrevistados relataram situações em que se tornaram alvo de comentários depreciativos, boatos ou interpretações distorcidas de suas ações, geralmente circulando em grupos de mensagens, corredores da unidade ou nos bastidores das decisões coletivas. As tensões entre colegas são frequentemente

agravadas pela sobrecarga de trabalho, ausência de espaços de escuta e pelas disputas veladas por reconhecimento, estabilidade e favoritismo por parte das chefias. Em um ambiente onde o apoio mútuo deveria ser o pilar da atenção primária, essas práticas corroem os vínculos de solidariedade e favorecem a fragmentação da equipe, tornando os espaços de trabalho emocionalmente inseguros.

A violência entre pares, por sua natureza horizontal, tende a ser negligenciada pelas instâncias institucionais, que frequentemente a consideram como “conflitos pessoais” ou “mal-entendidos”, desqualificando o sofrimento gerado. No entanto, trata-se de um fenômeno que atua silenciosamente, promovendo o adoecimento psíquico, o afastamento de profissionais e o descrédito nas práticas coletivas. Quando a hostilidade parte dos próprios colegas, o sentimento de isolamento é intensificado, pois o suporte esperado da equipe se converte em mais uma fonte de sofrimento. Essa realidade exige a implementação de políticas de cuidado com o clima organizacional e formação em saúde mental do trabalhador que reconheça a complexidade das violências difusas no cotidiano das equipes.

"Começaram a me excluir do grupo do WhatsApp da equipe sem explicação."

"Espalharam que eu estava tentando derrubar a chefia, mas nunca disse isso."

"Colegas deixaram de me cumprimentar depois que passei a questionar certas atitudes."

"Uma técnica começou a fazer piadinhas sobre mim na frente de pacientes."

"Inventaram que eu estava me envolvendo com o médico para ganhar vantagens."

"Teve colega que parou de repassar informações importantes só para me prejudicar."

"Eu era ignorada nas reuniões, como se minha opinião não valesse nada."

"Fui acusada de erros que não cometi. Só percebi quando fui cobrada pela coordenação."

"Eles se juntavam para rir e cochichar, claramente falando de mim."

"Minha colega pediu para trocar de plantão quando soube que ia trabalhar comigo."

"Fiquei isolada depois que me recusei a compactuar com práticas erradas."

"Um colega falsificou meu nome em uma folha de ponto e depois riu dizendo que era brincadeira."

"A gente sente quando está sendo sabotada pelos próprios companheiros."

"Comecei a esconder meu lanche, porque mexiam nas minhas coisas."

"Me deixaram sozinha com toda a demanda enquanto os outros sumiram do setor."

"O ambiente virou um zorra. Ninguém falava diretamente, só alfinetadas."

"Fui alvo de um abaixo-assinado pedindo minha saída, baseado em mentiras."

"Me deram apelidos e passaram a me chamar assim o tempo todo."

Na APS, a violência entre pares costuma se manifestar como incivildades, boatos, exclusões e sabotagens — formas “difusas” de hostilidade que muitas vezes são desqualificadas como “conflitos pessoais”, mas que guardam os mesmos efeitos do assédio sobre saúde mental, coesão de equipe e qualidade do cuidado. Estudos nacionais mostram que contextos de precarização e baixa justiça organizacional favorecem essas dinâmicas horizontais, sobretudo quando há competição por reconhecimento e favoritismos (TRINDADE et al., 2022; UZEDA et al., 2024).

Revisões indicam que exposições psicossociais como assédio/bullying, baixo apoio entre pares e clima de injustiça estão associadas a pior bem-estar e adoecimento (depressão, *burnout*) (SHIELDS et al., 2021).

Em serviços públicos, evidências recentes também descrevem hostilidades internas e desqualificação entre colegas em grupos ocupacionais menos prestigiados, reforçando a necessidade de protocolos explícitos, mediação institucional e formação em segurança psicológica para equipes multiprofissionais (SHAHZAD et al., 2025).

3.1.3 Efeitos do Assédio na Saúde e na Permanência

A terceira temática aborda os desdobramentos do assédio sobre a saúde mental e o projeto de vida dos trabalhadores. O sofrimento psíquico, o adoecimento emocional e a perda de sentido no trabalho são expressões recorrentes nas falas analisadas, revelando um cenário alarmante de desgaste.

Além do impacto clínico, observa-se a tendência ao isolamento, ao silenciamento e à quebra de vínculos com a equipe e com a própria instituição. Essa retração é, muitas vezes, uma tentativa de autopreservação diante de um ambiente hostil. Contudo, também enfraquece a capacidade de resistência coletiva e agrava o sentimento de impotência.

Por fim, emerge com força o desencantamento com o SUS e com as promessas de transformação social que o trabalho na saúde pública representa. A frustração diante das práticas institucionais leva muitos trabalhadores a cogitar o afastamento ou desligamento do serviço, fragilizando ainda mais a atenção básica.

3.1.3.1 Sofrimento Psíquico e Adoecimento

O sofrimento psíquico relacionado ao ambiente de trabalho na atenção básica constitui uma das expressões mais evidentes do impacto que o assédio e as violências institucionais exercem sobre os profissionais de saúde. Nesta subcategoria, foram identificados relatos que evidenciam quadros de ansiedade, depressão, crises de pânico, insônia, sintomas psicossomáticos e uso de psicofármacos, como estratégias de enfrentamento à dor emocional provocada pelas condições adversas no cotidiano laboral. A naturalização da sobrecarga e das relações abusivas contribui para um processo de adoecimento silencioso, muitas vezes invisibilizado pelas estruturas institucionais que deveriam zelar pelo bem-estar dos trabalhadores.

O sofrimento não é imediato ou pontual. Ele se desenvolve de maneira progressiva, à medida que o profissional vai internalizando frustrações, medos, desvalorizações e injustiças cotidianas. Os relatos revelam que esse adoecimento é cumulativo, enraizado na repetição de episódios de desrespeito, ausência de reconhecimento e negligência diante das queixas apresentadas. A exposição contínua ao assédio – seja ele direto ou disfarçado sob a forma de metas excessivas e avaliações subjetivas – compromete não apenas o estado emocional dos trabalhadores, mas também sua identidade profissional, que vai se esfacelando sob o peso do desencanto.

É relevante destacar que o sofrimento relatado frequentemente não encontra canais institucionais de acolhimento ou escuta qualificada. Muitos profissionais evitam buscar ajuda formal por medo de retaliações ou de serem estigmatizados como “fracos” ou “problemáticos”. A ausência de espaços seguros para relatar angústias aprofunda o isolamento e intensifica os quadros de adoecimento, levando alguns a

buscar apoio fora da instituição, quando não a optar por afastamentos, licenças médicas ou mesmo pela evasão do serviço público. O silêncio institucional diante do sofrimento torna-se, portanto, mais um elemento produtor de dor e fragilidade psíquica.

O impacto do sofrimento psíquico ultrapassa o indivíduo. Afeta diretamente a qualidade do cuidado prestado à população, fragiliza as equipes de saúde, aumenta a rotatividade de profissionais e compromete os princípios da atenção integral. A desassistência aos trabalhadores, neste sentido, se transforma também em desassistência ao usuário do SUS. É uma cadeia de fragilização recíproca entre quem cuida e quem é cuidado, revelando a interdependência entre saúde mental dos profissionais e efetividade do sistema.

A análise desta subcategoria reforça a necessidade urgente de políticas institucionais voltadas à saúde mental do trabalhador da atenção básica. Tais políticas devem incluir espaços de escuta, práticas restaurativas, supervisão institucional contínua e responsabilização efetiva diante de situações de assédio. O cuidado com o cuidador, frequentemente negligenciado, deve ser resgatado como parte indissociável da ética do cuidado em saúde pública. Reconhecer, legitimar e agir diante do sofrimento psíquico é condição para a sustentabilidade humana e institucional da atenção básica.

"Chorava todos os dias antes de ir para o trabalho. Era uma angústia que eu não sabia explicar."

"Tive uma crise de ansiedade no meio do expediente e precisei ser atendida no pronto atendimento."

"Eu me sentia tão pressionada que comecei a perder o sono. Passei semanas sem conseguir dormir direito."

"Precisei começar a tomar antidepressivo, coisa que nunca tinha usado antes de entrar nesse serviço."

"A médica do CAPS disse que meu quadro era depressivo e tinha ligação direta com o ambiente de trabalho."

"Senti dores no corpo e crises de enxaqueca, mas os exames não mostravam nada. Era emocional."

"Passei a evitar sair de casa até nos dias de folga. Me sentia esgotada."

"Comecei a ter pensamentos negativos e vontade de desistir da profissão."

"Cheguei a pensar que estava ficando louca. Era um sofrimento interno muito grande."

"A pressão foi tanta que desenvolvi síndrome do pânico."

"Eu ia trabalhar tremendo. Literalmente tremendo de medo do que ia acontecer."

"Fui diagnosticada com transtorno de ansiedade generalizada por causa do ambiente hostil."

"Minha imunidade baixou muito. Pegava qualquer gripe, qualquer infecção."

"Me disseram que era frescura, mas eu estava doente. Precisava de ajuda."

"Na semana que tive a crise, ninguém me apoiou. Só diziam que era drama."

"O psiquiatra foi categórico: 'você precisa se afastar desse ambiente, senão vai piorar'."

A literatura é consistente ao demonstrar que exposição repetida a assédio e violência ocupacional produz efeitos cumulativos sobre a saúde mental, com aumento de ansiedade, depressão, insônia, *burnout* e estresse traumático secundário, além de maior probabilidade de afastamentos e uso de psicofármacos (KOBAYASHI et al., 2020; SHIELDS et al., 2021; UZEDA et al., 2024).

Evidências de coortes indicam ainda que ameaças e violências no trabalho elevam o risco subsequente de sintomas depressivos, e que justiça organizacional, apoio social e percepção de segurança funcionam como moderadores protetores (ANDERSEN et al., 2021). Em contextos da APS brasileira, a combinação de sobrecarga, metas descoladas das condições reais e silêncio institucional reforça o moral distress e o autoestigma, inibindo a busca por ajuda formal e favorecendo itinerários de adoecimento silencioso (TRINDADE et al., 2022; UZEDA et al., 2024).

Ao cuidado do trabalhador, recomendam canais protegidos de apoio, procedimentos de apuração com devolutivas pós-incidente, treinamento de lideranças; supervisão clínica/institucional, programas de pares (*peer support*) e formação de lideranças para segurança psicológica, medidas associadas à redução

de sintomas e à retenção de profissionais (ANDERSEN et al., 2021; SHIELDS et al., 2021).

Tais diretrizes alinham-se com a Lei 14.540/2023 que institui o Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio Sexual e demais Crimes contra a Dignidade Sexual e à Violência Sexual no âmbito da administração pública, direta e indireta, federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2023); Decreto 12.122/2024 que institui o Programa Federal de Prevenção e Enfrentamento do Assédio e da Discriminação, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional (BRASIL, 2024); e Portaria 1.823/2012 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito do SUS (BRASIL, 2012).

3.1.3.2 Isolamento e Silenciamento

O isolamento e o silenciamento emergem, nas narrativas analisadas, como reações subjetivas e coletivas ao assédio vivenciado nos contextos da atenção básica. Essa subcategoria revela como, diante de situações de violência institucional, muitos profissionais optam por se afastar de espaços coletivos, evitar interações com colegas ou manter silêncio diante de práticas abusivas, como estratégias de autopreservação. Trata-se de um movimento de retraimento emocional e social, decorrente da percepção de que expor-se – seja por meio de reclamações formais, falas críticas ou alinhamentos com colegas igualmente afetados – pode resultar em punições, estigmas ou ainda mais sofrimento.

O silenciamento, no entanto, não é apenas escolha individual: ele é induzido por uma cultura institucional que frequentemente invalida as denúncias, deslegitima os afetos e desqualifica o sofrimento. O medo de represálias, a desconfiança nas instâncias de acolhimento e a ausência de redes de apoio efetivas contribuem para o fechamento do sujeito em si mesmo. Com isso, o trabalhador deixa de verbalizar suas angústias, evita confrontos e, em alguns casos, interrompe sua participação em atividades coletivas – como reuniões de equipe, eventos institucionais ou momentos de socialização – por não se sentir pertencente ou respeitado.

Nas falas analisadas, o isolamento aparece descrito como uma experiência emocional dolorosa, frequentemente acompanhada por sentimentos de inadequação, culpa e impotência. Profissionais relatam ter se afastado das equipes ou preferido o silêncio para “evitar problemas”, “não piorar as coisas” ou “não ser mal interpretado”.

Em alguns casos, esse processo de retraimento leva ao afastamento prolongado por licença médica ou mesmo ao desejo de desligamento do serviço.

Outro aspecto relevante diz respeito ao silenciamento coletivo, no qual as equipes, mesmo cientes das injustiças, escolhem não se envolver. O pacto implícito de neutralidade, marcado por frases como “não me meto” ou “não é comigo”, contribui para a perpetuação do assédio e torna o ambiente institucional ainda mais hostil. Nessa lógica, o silêncio deixa de ser apenas defesa individual e passa a operar como mecanismo estruturante da cultura organizacional, sustentando práticas abusivas e desumanizantes.

A subcategoria, portanto, aponta para a urgência de romper com a cultura do medo e da invisibilidade. É necessário criar espaços institucionais de escuta protegida, redes de apoio interpares e políticas que incentivem o enfrentamento coletivo às violências. O isolamento e o silenciamento não são meras consequências colaterais do assédio: são indicadores profundos da falência ética e relacional no ambiente de trabalho, e sua superação passa pela revalorização da escuta, da confiança e da solidariedade como pilares de um SUS verdadeiramente humanizado.

"Chegou um momento que eu parei de falar nas reuniões. Era melhor ficar calada do que ouvir deboche."

"Eu me isolei. Nem no café eu ia mais com o pessoal. Me fazia mal."

"Me sentia sozinha, mesmo com todo mundo ali. Era como se eu não existisse."

"Evitei relatar o que acontecia, porque já sabia que ninguém ia me ouvir."

"Preferi não comentar com ninguém. Sentia que poderia ser punida se falasse."

"Eles faziam questão de me ignorar. Eu falava e parecia que era invisível."

"Comecei a comer sozinha. Antes almoçava com o grupo, depois parei."

"Tinha medo de confiar até nos colegas mais próximos. As fofocas me deixaram retraída."

"Desmarquei participação num seminário porque não queria mais representar a equipe."

"Parecia que qualquer palavra minha seria usada contra mim."

"Depois de tudo, me fechei. Não falava nem em casa."

"As piadinhas me fizeram me recolher. Tinha vergonha de ser eu mesma."

"Fui me afastando aos poucos. Primeiro emocionalmente, depois fisicamente."

"Evitei o grupo de mensagens. Silenciei tudo. Só lia, não respondia."

"Já pensei em pedir exoneração. Não vejo mais sentido no que faço."

"Antes eu acreditava na saúde pública. Hoje, acho que virou só discurso."

"O pior é ver que ninguém da gestão se importa. A gente é só número."

"Já fui muito apaixonada pelo SUS, agora me sinto traída."

"Trabalho desmotivada. Cumpro horário, mas o brilho foi embora."

"Toda vez que tento inovar, sou podada. A gestão não quer mudanças."

"Me pergunto se vale a pena continuar nesse sistema adoecedor."

"É como remar contra a maré. Não importa o quanto a gente tente."

"Não é só falta de estrutura. É falta de humanidade da gestão."

"Toda aquela garra que eu tinha, hoje virou cansaço."

"Tentei me reinventar, mas a gestão bloqueia tudo."

"O que mais me decepciona é a indiferença institucional diante do sofrimento."

O isolamento e o silenciamento configuram um clima de silêncio organizacional em que o medo de retaliação, a baixa justiça procedimental e a ausência de apoio social inibem a voz dos trabalhadores e reforçam a subnotificação — dinâmica associada a piores desfechos de saúde mental (ansiedade, depressão, *burnout*) e maior intenção de afastamento (KOBAYASHI et al., 2020; SHIELDS et al., 2021).

Evidências indicam que a exposição repetida a assédio/violência, sem canais protegidos e devolutivas críveis, intensifica o autoestigma e o retraimento, enquanto

justiça organizacional, percepção de segurança e redes de apoio entre pares funcionam como moderadores protetores (ANDERSEN et al., 2021).

Em estudos brasileiros na APS e em enfermagem, a invisibilização institucional do sofrimento e a desqualificação de denúncias alimentam o recolhimento emocional, a desistência de espaços coletivos e o adoecimento silencioso, apontando para a urgência de escuta protegida, mediação institucional e formação de lideranças para segurança psicológica (TRINDADE et al., 2022; UZEDA et al., 2024).

3.1.4 Resposta Institucional

A quarta temática trata da resposta das instituições frente às denúncias e vivências de assédio relatadas pelos trabalhadores. Longe de oferecer acolhimento ou proteção, muitos relatos indicam que as instituições reagem com silenciamento, inversão da culpa, retaliações e processos burocráticos ineficazes.

A ausência de protocolos efetivos, a impunidade dos agressores e a culpabilização das vítimas produzem um ambiente de medo e descrença. Quando tentam denunciar, muitos trabalhadores relatam que foram deslegitimados ou sofreram represálias, como transferências punitivas ou isolamento dentro da equipe.

Esse conjunto de práticas institucionais reforça a manutenção do ciclo de violência e sinaliza a urgente necessidade de revisão dos mecanismos de escuta, apuração e responsabilização. A inação da gestão diante de denúncias compromete não apenas a saúde dos trabalhadores, mas a própria ética do cuidado em saúde.

3.1.5 Silenciamento e Inversão da Culpa

A subcategoria "Silenciamento e Inversão da Culpa" evidencia um mecanismo recorrente nos contextos de assédio institucional: a negação da escuta legítima ao denunciante, acompanhada da desqualificação de seu relato e da responsabilização individual pelo conflito. Essa prática, amplamente relatada nas entrevistas analisadas, revela-se como uma estratégia institucional de proteção à ordem hierárquica e à manutenção de práticas autoritárias. O sujeito que ousa denunciar se torna alvo de descrédito, sendo retratado como instável, sensível demais, conflituoso ou incapaz de conviver em equipe, deslocando o foco da estrutura abusiva para supostas falhas de personalidade.

Trata-se de uma forma sutil, porém devastadora, de violência simbólica. O silenciamento, nesses casos, não é expresso apenas pela ausência de resposta, mas pela produção ativa de discursos que deslegitimam a dor expressa e redirecionam a narrativa. O que era para ser acolhimento institucional transforma-se em um processo de revitimização. As falas analisadas demonstram que, após o relato de situações abusivas, muitos profissionais passaram a ser evitados, perderam protagonismo nas equipes e foram alvos de boatos e estigmas. A denúncia, que deveria ser um ato de proteção coletiva, torna-se uma ameaça ao status quo institucional.

A inversão da culpa, por sua vez, atua como instrumento de contenção das rupturas. Ao desqualificar quem denuncia, a gestão resguarda seus próprios membros e mantém a aparência de normalidade. Há uma tendência de enquadrar o conflito como um problema relacional entre indivíduos, ignorando suas raízes estruturais e políticas. Essa lógica impede que o problema do assédio seja enfrentado como um fenômeno institucional, mascarando as relações de poder, o autoritarismo e a cultura da impunidade que atravessam o cotidiano de trabalho na saúde pública.

O impacto desse processo é profundo. O trabalhador, além de não ser acolhido, sente-se exposto, fragilizado e, muitas vezes, culpado pela situação que vivencia. A ausência de respaldo institucional mina sua autoestima, compromete sua saúde mental e reforça o sentimento de solidão. Muitos, diante dessa inversão de papéis, abandonam a ideia de lutar por justiça e optam pelo silêncio como forma de sobrevivência no serviço. Outros, mesmo resistindo, carregam as marcas emocionais da humilhação e da exclusão institucional.

Assim, a subcategoria em questão denuncia uma prática institucional perversa: ao invés de proteger, pune; ao invés de acolher, marginaliza. A inversão da culpa impede o avanço de qualquer política séria de enfrentamento ao assédio, uma vez que rompe o pacto de confiança entre trabalhador e instituição. Superar esse quadro exige não apenas normativas, mas uma mudança ética e cultural profunda nas práticas de gestão, com o reconhecimento do assédio como uma forma de violência institucional que não pode ser negada, minimizada ou deslocada para o campo da subjetividade individual.

"Me disseram que eu estava exagerando, que era coisa da minha cabeça."

"Quando levei a situação para a gestão, falaram que eu era muito sensível."

"Fui pedir ajuda e saí de lá como se eu fosse a errada."

"Disseram que se eu estava incomodada era porque não sabia trabalhar em equipe."

"Depois que reclamei, começaram a me isolar, como se eu fosse o problema."

"A chefia disse que talvez o problema estivesse na minha forma de lidar com as pessoas."

"Transformaram minha denúncia em fofoca."

"Eu era a vítima, mas saí como vilã da história."

"Falaram que eu estava criando caso, que era drama."

"Depois que falei, a gestão começou a olhar torto pra mim."

"Tentaram inverter tudo, como se eu estivesse querendo causar confusão."

"Fui buscar ajuda e me senti humilhada."

"Eles fingem que escutam, mas na prática fazem você se calar."

"Quando a gente denuncia, vira persona non grata."

"Não fui ouvida. Fui julgada."

"A sensação que dá é que a culpa é sua por ter falado."

"Questionaram até minha sanidade depois que relatei."

"Disseram que eu estava instável emocionalmente, por isso via assédio onde não tinha."

"Saí da conversa com a coordenadora pior do que entrei."

"Eles nos silenciam com o discurso da convivência e da harmonia."

"Tentei relatar, mas disseram que era melhor deixar pra lá pra não gerar mais conflitos."

"Passei a me questionar se realmente estava errada."

"A inversão é tão forte que você começa a duvidar de si mesma."

"Disseram que o que eu chamei de assédio era só uma correção mais dura."

"Senti que a denúncia fez com que me colocassem no radar como alguém problemática."

O mecanismo de silenciamento com inversão da culpa é descrito como resposta defensiva institucional que protege hierarquias e preserva a aparência de normalidade: denúncias são reclassificadas como “problemas de perfil” ou “conflitos interpessoais”, promovendo revitimização, subnotificação e clima de silêncio — todos associados a piores desfechos de saúde mental e maior intenção de desligamento (TRINDADE et al., 2022; UZEDA et al., 2024; SHIELDS et al., 2021).

Em cenários de saúde, a literatura mostra que a ausência de justiça organizacional e apoio social potencializa o impacto das ameaças/violência sobre sintomas depressivos, enquanto contextos com *fairness*, canais protegidos e percepção de segurança atenuam danos (ANDERSEN et al., 2021). Estudos setoriais ainda apontam que grupos ocupacionais com menor status enfrentam maior risco de hostilidade e de culpabilização após relatar incidentes, sobretudo onde protocolos de notificação e políticas anti-retaliação são frágeis (SHAHZAD et al., 2025; RAHAMA et al., 2025; HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022).

Romper esse padrão exige procedimentos formais de acolhimento (escuta qualificada, registro e devolutivas), mediação institucional com foco em *just culture*, supervisão de lideranças e responsabilização visível — condições que deslocam a narrativa da “culpa da vítima” para a gestão do risco institucional (TRINDADE et al., 2022; ANDERSEN et al., 2021).

3.1.6 Ameaça ou Retaliação Após a Denúncia

A subcategoria "Ameaça ou Retaliação após a denúncia" emerge das entrevistas como uma das expressões mais contundentes da violência institucional. Trata-se de um movimento deliberado de punição ou coerção, direcionado a profissionais que decidem romper o silêncio e formalizar queixas sobre práticas abusivas em seus ambientes de trabalho. Esses relatos revelam que a decisão de denunciar, em vez de resultar em acolhimento, frequentemente desencadeia represálias diretas e indiretas, como transferências forçadas, rebaixamento de função, corte de gratificações ou a instauração de processos administrativos com fundamentos frágeis.

As falas analisadas demonstram que essas retaliações não são apenas administrativas, mas também simbólicas. O denunciante passa a ser observado com desconfiança, isolado pelas chefias e colegas, e sofre um processo de deslegitimação que se manifesta por meio de olhares, comentários, exclusões de decisões coletivas e omissões intencionais de informações. Esse ambiente, marcado por hostilidade velada ou explícita, configura um verdadeiro campo de tensão que afeta diretamente a saúde física e emocional dos profissionais. Muitos relataram sintomas de ansiedade, distúrbios do sono e sentimentos de medo constante, sendo que alguns chegaram a se afastar do trabalho por questões de saúde mental após a denúncia.

Esse tipo de retaliação institucional não ocorre de forma aleatória. Ao contrário, opera como um dispositivo de controle coletivo, um recado silencioso aos demais trabalhadores sobre os riscos de questionar o poder instituído. A consequência mais grave é a desmobilização da coletividade, pois a punição de um serve como alerta para todos. O medo de represálias torna-se um elemento estruturante do cotidiano laboral, levando muitos a se autocensurarem diante de situações de violência ou injustiça. Dessa forma, a ameaça ou a retaliação não são apenas individuais: elas desempenham um papel funcional na manutenção das estruturas hierárquicas autoritárias, onde a denúncia é vista como uma afronta à ordem vigente.

O ciclo de violência institucional se retroalimenta a partir dessa lógica punitiva. Ao transformar o denunciante em réu, a instituição inverte o eixo da responsabilidade, retirando o foco do agressor e lançando-o sobre quem ousou dar visibilidade ao problema. Essa inversão, combinada com o medo de retaliações, contribui para a perpetuação do assédio como prática institucional silenciosamente legitimada. A consequência é um ambiente de trabalho tóxico, onde a omissão se impõe como norma e a denúncia, como transgressão.

Portanto, a subcategoria "Ameaça ou Retaliação após a denúncia" revela não apenas um padrão de resposta institucional, mas também um grave obstáculo à promoção de ambientes laborais éticos, seguros e saudáveis. A institucionalização da retaliação rompe o pacto de proteção que deveria existir entre o trabalhador e o sistema público de saúde, fragilizando o compromisso coletivo com os princípios da dignidade, da justiça e da equidade. Enfrentar esse cenário demanda coragem institucional, dispositivos efetivos de proteção a denunciante e o reconhecimento de que o assédio não se encerra no ato da violência, mas se prolonga nos mecanismos que o acobertam.

"Depois que denunciei, fui transferida para uma unidade longe da minha casa."

"Começaram a trocar meus plantões sem avisar."

"Me deixaram sem função. Fiquei dias sem saber o que fazer."

"Não me colocaram mais em reuniões nem em formações."

"Passei a ser excluída das decisões da equipe."

"Teve uma reunião onde me expuseram na frente de todo mundo."

"A coordenadora me chamou no canto e disse: 'cuidado com o que você fala'."

"Me avisaram que, se eu insistisse na denúncia, poderiam abrir um processo contra mim."

"Mudaram meu horário e colocaram como justificativa 'reorganização'."

"Percebi que estavam fazendo de tudo pra me forçar a pedir exoneração."

"Minha avaliação de desempenho despencou sem justificativa."

"Disseram que iriam investigar, mas só me pressionaram com perguntas agressivas."

"A equipe foi orientada a não comentar mais comigo sobre o assunto."

"Depois da denúncia, a relação com a gestão virou um inferno."

"Fui isolada. Me proibiram até de participar de grupo de WhatsApp institucional."

"Fui excluída de eventos, capacitações e até do cronograma da equipe."

"Passei a ser alvo de olhares, piadas e indiretas constantes."

"A denúncia virou uma marca em mim. Em qualquer unidade que eu ia, já sabiam."

"Me colocaram para trabalhar sozinha, em lugares onde sempre eram dois profissionais."

"Houve uma mudança clara de postura comigo: de cordialidade para hostilidade."

"Me ameaçaram com advertência formal se eu continuasse comentando o caso."

"Disseram que eu estava prejudicando a imagem da gestão com minha postura."

A inversão da culpa opera como tecnologia de defesa institucional que transforma a denúncia em prova de “desajuste individual”, deslocando o foco do risco organizacional para supostos defeitos de personalidade e produzindo revitimização. Esse arranjo sustenta clima de silêncio e subnotificação, associados a pior saúde mental, *burnout* e intenção de desligamento (TRINDADE et al., 2022; UZEDA et al., 2024; SHIELDS et al., 2021).

Evidências mostram que, na presença de injustiça organizacional e ausência de apoio/segurança, os efeitos de ameaças e violências sobre sintomas depressivos se intensificam; já contextos com *fairness*, canais protegidos e políticas anti-retaliação funcionam como moderadores protetores (ANDERSEN et al., 2021; HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022).

Em equipes com estratificação ocupacional, trabalhadores de menor status relatam maior risco de hostilidade e culpabilização após reportes, sobretudo onde faltam protocolos claros e devolutivas críveis (SHAHZAD et al., 2025; RAHAMA et al., 2025). Romper esse padrão demanda escuta qualificada, registro e devolutivas formais, mediação institucional em chave de *just culture*, formação de lideranças para segurança psicológica e responsabilização visível.

3.1.7 Burocratização e Invisibilização das Queixas

A subcategoria “Burocratização e Invisibilização das queixas” refere-se à dinâmica institucional que, ao invés de acolher e responder de forma efetiva às denúncias de assédio e violência laboral, recorre a mecanismos administrativos que diluem, retardam ou anulam o enfrentamento do problema. Trata-se de um processo que utiliza os próprios instrumentos de gestão e controle — como formulários, fluxos, canais oficiais e exigências documentais — como barreiras que desencorajam ou esvaziam o ato de denunciar. Nesse contexto, o excesso de formalidades e a ausência de resposta concreta convertem a estrutura institucional em um aparato de silêncio.

As falas analisadas revelam o sentimento de frustração vivenciado por profissionais que tentaram denunciar situações de violência e, ao buscar os meios formais disponíveis — como ouvidorias, chefias imediatas ou corregedorias —, se depararam com a morosidade, a falta de retorno ou a alegação de que “não era possível agir sem provas contundentes”. Alguns relataram que foram solicitados a preencher longos relatórios, entregar documentação complementar, relatar os fatos por escrito em múltiplas vias e aguardar períodos indefinidos sem qualquer devolutiva

institucional. Com o tempo, perceberam que essas exigências não visavam esclarecer os fatos, mas sim desmobilizar o denunciante e enfraquecer a legitimidade da queixa.

Esse processo é ainda mais perverso quando percebido como parte de uma política institucional de ocultamento. A burocratização não é neutra: ela opera como estratégia de apagamento simbólico da violência, afastando o problema da esfera pública e transferindo a responsabilidade para o próprio trabalhador, que se vê imerso em um labirinto de exigências administrativas. Ao fim, muitos desistem de levar a denúncia adiante por medo de exposição, exaustão emocional ou por concluírem que “nada vai mudar”. A falta de resposta reforça a sensação de impotência e de descrença nas instâncias de proteção, gerando um ciclo de silenciamento coletivo.

Além disso, a invisibilização institucional das queixas funciona como um poderoso fator de perpetuação do assédio no ambiente de trabalho. A ausência de protocolos acessíveis, o desconhecimento deliberado de normativas já existentes e a ausência de responsabilização dos agressores tornam o ato de denunciar não apenas ineficaz, mas também desestimulante. O profissional passa a internalizar a ideia de que o problema é pessoal ou irrelevante, e a naturalização da violência ganha força por meio da omissão oficial. O não reconhecimento da dor torna-se mais uma forma de violência, agora revestida de legalidade e formalidade.

Dessa forma, a subcategoria “Burocratização e Invisibilização das queixas” evidencia como a estrutura institucional, ao invés de cumprir seu papel de mediação e justiça, atua como engrenagem da manutenção do assédio. A crítica não se restringe à ausência de canais formais, mas sim à sua má utilização, à retórica do acolhimento dissociada da prática e à ausência de políticas eficazes que garantam celeridade, sigilo, escuta qualificada e responsabilização efetiva. Esse quadro reforça a urgência de revisões estruturais nos procedimentos de denúncia, de fortalecimento de comissões de ética e de criação de espaços seguros de escuta e cuidado aos trabalhadores e trabalhadoras do SUS.

"Fiz o relato por escrito como pediram, mas ninguém nunca me deu retorno."

"Eles pedem papel pra tudo. Mas depois somem com o documento."

"Disseram que eu tinha que relatar tudo detalhadamente, mas quando entreguei, arquivaram e nada foi feito."

"A ouvidoria nunca respondeu. Nem e-mail, nem ligação."

"Fui na Secretaria, protocolei tudo, e até hoje espero um posicionamento."

"Eles dizem que a gente tem que seguir os canais oficiais, mas esses canais são uma parede."

"Preenchi a ficha de denúncia, mas senti que foi só pra me calar."

"Na hora eles mostram interesse, mas depois fingem que nunca ouviram nada."

"O papel que eu assinei desapareceu. Falaram que não encontraram mais."

"Pedi pra falar com a supervisão, me disseram que eu precisava agendar por ofício."

"A coordenadora disse que só poderia tratar do assunto com o jurídico presente."

"Depois da denúncia, todo mundo ficou calado. Ninguém mais tocava no assunto."

"Solicitei uma reunião para relatar o que estava acontecendo e me disseram que a agenda estava cheia."

"Me pediram para escrever tudo no e-SUS, mas lá não tinha nem campo pra isso."

"Disseram que iam averiguar, mas nunca mais tocaram no assunto."

"A denúncia foi protocolada, mas ninguém mais falou comigo. Como se não existisse."

"Tudo virou uma burocracia infinita. Pedem documento, carimbo, assinatura... e nunca fazem nada."

"Fui orientada a não falar mais do assunto enquanto a 'apuração' acontecia."

"Recolheram meu depoimento, mas não chamaram nenhuma das testemunhas."

"No final, disseram que não havia provas suficientes, mesmo eu tendo entregue prints e gravações."

"Senti que o sistema de denúncia foi feito pra cansar a gente."

A burocratização das denúncias funciona, na prática, como barreira institucional à voz: procedimentos opacos, morosidade, exigência probatória desproporcional e ausência de devolutivas formais alimentam subnotificação e um clima de silêncio, com

repercussões sobre saúde mental (ansiedade, depressão, *burnout*) e intenção de afastamento (DAL PAI et al., 2018; TRINDADE et al., 2022; SHIELDS et al., 2021).

No setor saúde, evidências mostram que contextos com baixa justiça organizacional e apoio insuficiente amplificam o impacto das ameaças/violências sobre sintomas depressivos; por outro lado, procedimentos claros, canais protegidos com anti-retaliação, prazos definidos e percepção de segurança reduzem danos e encorajam o reporte (ANDERSEN et al., 2021; HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022).

Na APS brasileira, a retórica do “siga o fluxo” sem resposta efetiva revitimiza e desmobiliza, deslocando a responsabilidade para quem denuncia; recomenda-se simplificação de formulários, acolhimento com escuta qualificada, registro e rastreabilidade das etapas, comissões íntegras e independentes, e devolutivas documentadas — condições mínimas para transformar canais formais em mecanismos reais de proteção (TRINDADE et al., 2022; DAL PAI et al., 2018).

3.2 GESTÃO, PODER E SOFRIMENTO: TRIANGULAÇÃO DOS ACHADOS E IMPLICAÇÕES ORGANIZACIONAIS

A triangulação dos resultados deste estudo parte de três lentes complementares que se alimentam mutuamente: a fotografia estatística da base com 386 respostas; as experiências e sentidos produzidos nas 38 entrevistas; e a literatura científica recente, nacional e internacional, que permite validar, tensionar e ampliar o alcance interpretativo.

O quadro que emerge é coerente e robusto: uma força de trabalho majoritariamente feminina e com ampla presença de profissionais pardos e pretos relata um cotidiano atravessado por assédio moral e sexual, violências simbólicas e agressões perpetradas por usuários e comunidade, combinadas a lógicas de gestão que, sob o léxico da eficiência, naturalizam práticas de controle e intimidação.

A costura entre planos quantitativo e qualitativo, iluminada por evidências acumuladas em diferentes contextos, sustenta meta-inferências sobre mecanismos institucionais de produção de sofrimento e sobre as condições que podem atenuá-lo ou agravá-lo (DAL PAI et al., 2018; TRINDADE et al., 2022).

Os dados numéricos ajudam a posicionar as peças: 36,5% dos participantes referiram assédio no trabalho, com predomínio do assédio moral e presença relevante do assédio sexual. Tal ordem de grandeza não surpreende quando cotejada com

estudos setoriais que descrevem a saúde como um dos campos de maior risco para violência e assédio, com tendência histórica de subnotificação e com variações conforme o nível de atenção, o tipo de vínculo e a posição na hierarquia de poder (HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022).

As entrevistas qualificam os números ao mostrar que a “dificuldade de nomeação” e a “normalização de práticas abusivas” constituem etapas de um percurso de vitimização no qual eufemismos (“bronca”, “pressão”) e a crença de que “sempre foi assim” amortecem a percepção de que há violência em curso, retardando a busca de ajuda e desestimulando o reporte formal (DAL PAI et al., 2018; TRINDADE et al., 2022). Esse desalinhamento entre experiência e linguagem, entre dano e reconhecimento, explica por que indicadores administrativos frequentemente parecem menores do que o sofrimento narrado e é consistente com revisões que apontam o “clima de silêncio” como variável crítica para entender a subnotificação em serviços (SHIELDS et al., 2021).

No plano organizacional, a subcategoria “assédio disfarçado de cobrança ou gestão” expõe com nitidez um mecanismo de racionalização da violência: a retórica da modernização e da produtividade legitima metas inalcançáveis, vigilância excessiva, exposição pública e “feedbacks” punitivos. A literatura é convergente ao indicar que, em ambientes de alta demanda e baixa justiça organizacional, tais arranjos funcionam como dispositivos de dominação, com efeitos mensuráveis sobre exaustão, *burnout*, ansiedade e depressão (KOBAYASHI et al., 2020; SHIELDS et al., 2021).

Resultados de coorte mostram que a exposição a ameaças e violências no trabalho prediz sintomas depressivos subsequentes, e que apoio social, percepção de segurança e justiça procedimental operam como moderadores capazes de amortecer esse impacto, sem, contudo, eliminá-lo (ANDERSEN et al., 2021). Ao triangulá-los com os relatos locais de cobrança seletiva, metas descoladas das condições reais e uso instrumental de avaliações e transferências, produz-se uma meta-inferência clara: quando a linguagem gerencial coloniza o cuidado e transforma pessoas em indicadores, a instituição perde a sua função de suporte e passa a operar como dispositivo de produção de sofrimento.

A violência institucional e hierárquica relatada — humilhação pública, punições simbólicas, coerções formais — não aparece como acidentes isolados, mas como expressão de uma cultura verticalizada que se afasta de preceitos de humanização e

gestão participativa. As consequências subjetivas descritas nas entrevistas (crises de pânico, insônia, tristeza persistente, uso de psicofármacos) ecoam evidências empíricas acumuladas que conectam violência ocupacional a pior estado de saúde mental, maior absenteísmo e intenção de desligamento, com danos que frequentemente transbordam para a qualidade do cuidado ofertado (KOBAYASHI et al., 2020; SHIELDS et al., 2021; UZEDA et al., 2024).

A triangulação sugerida pelas coortes reforça que, onde há injustiça organizacional e baixa percepção de segurança, o risco de desfechos depressivos e ansiosos cresce; em contrapartida, cenários com *fairness*, apoio entre pares e liderança responsiva mitigam danos e favorecem a permanência (ANDERSEN et al., 2021).

Outro vértice do fenômeno, delicado e por vezes invisibilizado, é a violência praticada por usuários e comunidade. As narrativas sobre ameaças, gritos, empurrões, invasões de consultório e hostilidade cotidiana durante o acolhimento, nos corredores e nas visitas domiciliares descrevem a situação em que o trabalhador se torna a face encarnada do Estado e, como tal, receptor da frustração social com carências de oferta, filas e tempos de espera. Essa categoria de violência, reconhecida como “Tipo II”, foi documentada com aumento nas estatísticas setoriais norte-americanas, com taxas elevadas em serviços de porta de entrada e em contextos socialmente vulneráveis (HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022).

Estudos em cenários de baixa e média renda registram prevalências altas em grupos ocupacionais de menor status, com hostilidades verbais e físicas contra trabalhadores de limpeza e apoio e contra profissionais de linha de frente (SHAHZAD et al., 2025; RAHAMA et al., 2025). Triangulando com o material qualitativo, a ausência de protocolos, de-escalada e planos de segurança, aliada à percepção de que “faz parte” apanhar da população, produz uma dupla lesão: subjetiva, por colocar o trabalhador em risco, e sistêmica, por minar a confiança e degradar os vínculos entre equipe e território.

As hostilidades horizontais entre pares — boatos, exclusões, sabotagens, chacotas — merecem atenção especial justamente por operarem abaixo do radar, na zona cinzenta das “incivildades”, frequentemente desqualificadas como conflitos pessoais. O corpus qualitativo indica que sobrecarga, competição por reconhecimento e favoritismos alimentam uma ecologia relacional tóxica, que corrói a coesão das equipes e transforma o espaço de trabalho em cenário emocionalmente inseguro. Isso

converge com revisões que associam assédio, baixo apoio entre pares e clima de injustiça a pior bem-estar psíquico, aumento de sintomas depressivos e esgotamento entre trabalhadores (SHIELDS et al., 2021).

Evidências brasileiras recentes também apontam a relação entre precarização e violência nas equipes, reforçando a necessidade de leitura organizacional e não meramente interpessoal do problema (TRINDADE et al., 2022; UZEDA et al., 2024). A triangulação com estudos de diferentes sistemas de saúde sugere, ainda, que a omissão das lideranças diante de “pequenas” violações pavimenta o caminho para normalizações mais duras e para ciclos de banalização que afastam testemunhas, intimidam dissensos e consolidam a violência como norma tácita.

A dinâmica de “silenciamento e inversão da culpa” e a “burocratização e invisibilização das queixas” aparecem, nos achados qualitativos, como a etapa em que a instituição deixa de proteger e passa a punir. Nessa fase, a denúncia se converte em prova de desajuste individual; prevalecem narrativas que deslocam o foco do risco organizacional para supostos defeitos de personalidade (“sensível”, “instável”, “sem perfil para o serviço”). O efeito é revitimizador: desestimula-se o reporte, reduz-se a confiança nos canais formais e aumenta-se o isolamento, circuito que a literatura relaciona a adoecimento silencioso, subnotificação persistente e maior intenção de afastamento (SHIELDS et al., 2021; TRINDADE et al., 2022; UZEDA et al., 2024).

Evidências quantitativas reforçam que, em ambientes sem devolutivas críveis, sem proteção contra retaliação e com exigência probatória desproporcional, os efeitos de ameaças e violências sobre sintomas depressivos tendem a se intensificar (ANDERSEN et al., 2021). Por outro lado, protocolos simplificados, prazos definidos e garantia de sigilo e acolhimento têm sido associados a maior engajamento nos sistemas de notificação e a menor dano subjetivo após incidentes (HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022).

A partir dessas convergências, um modelo explicativo integrador se delineia. Pressões estruturais e narrativas gerencialistas — metas rígidas, indicadores desancorados das condições reais e vigilância —, quando não mediadas por justiça organizacional e participação, funcionam como dispositivos de controle simbólico e punição. Em ambientes hierárquicos e autoritários, “gestão” torna-se o nome aceitável de práticas abusivas, ao passo que microviolências horizontais proliferam à sombra da omissão. A violência praticada por usuários e familiares, sem barreiras ambientais

e sem fluxos de resposta, é naturalizada como custo do cargo e saturada no cotidiano, reforçando o desencanto. Segue-se um ciclo de sofrimento psíquico, isolamento e silêncio, em que o medo de retaliação e a burocratização das queixas afastam as vítimas dos canais de proteção. O circuito retroalimenta a perda de pessoal e o rebaixamento do clima ético, completando um “laço” que devolve ao início a tese de que “quem não aguenta pede para sair” — evidência de gestão por estresse e não de cuidado com o trabalho (KOBAYASHI et al., 2020; SHIELDS et al., 2021; ANDERSEN et al., 2021).

Esse circuito não é inevitável. A mesma triangulação que revela seus mecanismos aponta vetores de mudança. Ambientes com justiça procedimental, apoio social efetivo e percepção de segurança não apenas amortecem o impacto da violência sobre sintomas depressivos, como também favorecem cooperação, retenção e qualidade do cuidado (ANDERSEN et al., 2021).

Em violência “Tipo II”, a literatura recomenda análise de risco por unidade, desenho ambiental seguro, estratégias de de-escalada, duplas em visitas de risco, articulação com a segurança pública e canais de notificação protegidos, com devolutivas formais e prazos definidos (HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022).

Para o clima entre pares, surgem medidas como códigos de conduta co-elaborados, círculos restaurativos, supervisão clínico-institucional e mediação de conflitos em chave de segurança psicológica, com evidências de redução de sintomas e de melhoria de clima (TRINDADE et al., 2022; UZEDA et al., 2024).

No eixo da saúde mental do trabalhador, recomenda-se acolhimento pós-incidente, janelas de descanso/rodízio, monitoramento de indicadores de adoecimento e programas de apoio por pares, evitando medicalização cega e privilegiando reparação e prevenção.

O enfoque interseccional também precisa ser explicitado nas respostas. A feminização do trabalho, os recortes de raça/cor e a estratificação ocupacional convergem para um risco que não é homogêneo. Trazendo em um contexto global, estudos em hospitais públicos paquistaneses, por exemplo, mostram prevalência elevada de assédio entre trabalhadores de limpeza e apoio, apontando para a importância de políticas específicas para ocupações de menor status (SHAHZAD et al., 2025).

Achados de enfermagem em contextos africanos relatam agressões verbais e físicas frequentes, com subnotificação e baixo suporte institucional, cenário que

dialoga com os relatos de APS no Brasil e sublinha a necessidade de protocolos sensíveis ao contexto (RAHAMA et al., 2025). A triangulação sugere medidas dirigidas por ocupação, gênero e raça/cor, com mentorias e proteção extra para quem opera nas franjas do reconhecimento institucional.

Há, contudo, tensões úteis entre as lentes. Em alguns recortes, as frequências numéricas aparentam menores do que a sensação de onipresença do assédio descrita nos relatos; a literatura ajuda a resolver o descompasso ao evidenciar o papel da linguagem e do clima de silêncio na subnotificação. O assédio sexual, numericamente menor do que o moral, deixa marcas profundas no pertencimento e na identidade profissional, com efeitos duradouros sobre a permanência e a confiança coletiva; não se trata de disputa quantitativa, mas de gradações de dano.

A violência por usuários, frequentemente territorializada no discurso como “problema do povo”, precisa ser reinscrita como responsabilidade institucional: cabe à gestão desenhar o ambiente, treinar equipes, criar fluxos e garantir apoio pós-incidente, deslocando o foco de culpabilização do trabalhador para a governança do risco (HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022).

As referências filosóficas contribuem para qualificar a discussão normativa sem substituir as evidências empíricas. A defesa nozickiana de direitos e titularidades lembra que a dignidade, a integridade e a segurança do trabalhador não são moedas de troca a serem sacrificadas no altar de indicadores; a “ordem” não legitima meios indevidos (NOZICK, 1974).

Já as críticas libertárias de Rothbard ao setor público, lidas aqui de modo heurístico, funcionam como alerta para a irresponsabilidade difusa de burocracias sem incentivos adequados: quando ninguém responde por nada, alguém — via de regra, a vítima — passa a responder por tudo. O valor dessas alusões está em reforçar um princípio prático de responsabilização: quanto mais assimétrica a relação de poder, maior deve ser a densidade institucional de garantias de escuta protegida, justiça procedimental e responsabilização visível (NOZICK, 1974; ROTHBARD, s.d.).

À luz desse conjunto, a triangulação cumpre duas funções. Primeiro, valida os achados locais por convergência externa e coerência interna: o que os números sugerem e as entrevistas nomeiam é sustentado por revisões, coortes e levantamentos setoriais. Segundo, oferece um roteiro de ação ao recolocar a questão no plano coletivo: responsabilizar, e não burocratizar; escutar, e não inverter a culpa; prevenir, e não naturalizar. A ética do cuidado no SUS inclui, de modo indissociável,

o cuidado com o cuidador. Se a instituição não protege, ela pune; se não acolhe, marginaliza; se não responde, silencia.

Reverter esse quadro exige compromisso explícito das lideranças com tolerância zero a violências, protocolos simples e efetivos, formação para segurança psicológica e governança pela justiça organizacional. A sustentabilidade humana e institucional da atenção básica depende dessa inflexão, que não é cosmética, mas estrutural: sem trabalhadores protegidos, não há integralidade do cuidado, e sem justiça organizacional, não há saúde pública que se sustente (ANDERSEN et al., 2021; DAL PAI et al., 2018; HAWKINS; EL GHAZIRI, 2022; KOBAYASHI et al., 2020; SHIELDS et al., 2021; TRINDADE et al., 2022; UZEDA et al., 2024; SHAHZAD et al., 2025; RAHAMA et al., 2025).

Para tornar a triangulação mais visível e acionável, a Tabela 4 organiza cada achado quantitativo em relação direta com um excerto qualitativo representativo, desdobrando-o em implicação de gestão, ação recomendada e indicador de monitoramento (KPI). Assim, a leitura deixa de ser apenas “numérica” ou “narrativa” e passa a evidenciar o nexo entre distribuição e mecanismo: por exemplo, a prevalência de assédio (36,53%) é conectada a falas que descrevem desmotivação e clima de silêncio; os tipos mais frequentes (moral 23,49% e sexual 17,44%) são associados a práticas de gestão e de interação que os sustentam; e os autores (pacientes/usuários, profissionais do serviço, familiares) orientam respostas diferenciadas por vetor (segurança situacional, mediação entre pares, compliance hierárquico). Cada linha propõe uma resposta concreta (p. ex., protocolo com prazos e proteção ao denunciante; trilhas específicas para assédio moral e sexual; auditorias cegas; POPs de manejo de violência) e um KPI para acompanhamento (tempo mediano de resposta; sanções aplicadas/100 denúncias; incidência por tipo de autor), reforçando a função integradora desta seção.

A tabela também evidencia vulnerabilidades estruturais que modulam risco e prioridade de intervenção: força de trabalho majoritariamente feminina (85,75%), média ponderada de idade de 40,79 anos e precariedade do vínculo (62,95% contratados); além disso, 18,13% relataram discriminação por raça/cor. Esses dados, articulados aos relatos de silenciamento, inversão da culpa e retaliação, justificam ações com prioridade alta voltadas a proteção ao denunciante, responsabilização por abuso de poder e políticas antidiscriminação, enquanto medidas de suporte psicossocial e reconhecimento atuam na redução do desgaste cumulativo.

Tabela 4 - Matriz de Triangulação Quanti–Quali dos Achados sobre Assédio e Violência no Trabalho em Saúde na APS de Governador Valadares (n = 386): Integração de Indicadores Epidemiológicos, Excertos de Entrevistas, Implicações de Gestão, Ações Recomendadas, Indicadores de Monitoramento (KPIs) e Prioridade de Intervenção

Indicador (quanti)	Excerto representativo (quali)	Implicação de gestão	Ação recomendada (operacional)	KPI (monitoramento)	Prior.
36,53% Relataram Assédio (Q47)	“Trabalho desmotivada... o brilho foi embora.” / “Sistema adoecedor.”	Assédio é risco psicossocial relevante, não episódico.	Implantar protocolo institucional de prevenção/acolhimento com prazos, fluxos e proteção ao denunciante.	% de casos com encaminhamento em ≤15 dias; tempo mediano de resposta.	Alta
Moral 23,49%; Sexual 17,44% (Q48, Múltipla; soma>100%)	“O médico ficava falando piadas de mau gosto com... gravidez.”	Precisam fluxos específicos (moral≠sexual) e sanções claras.	Trilhas de compliance separadas; treinamento obrigatório de chefias; canal sigiloso.	Nº de sanções aplicadas/100 denúncias; % chefias treinadas/mês.	Alta
Autores: Paciente 22,72%; Profissional do Serviço 17,10% (Q49)	“Assédio parte de superiores, usuários e colegas.”	Plano de prevenção multivetorial (usuário↔equipe ↔chefias).	Segurança situacional nas unidades; mediação de conflitos entre pares; código de conduta de liderança.	Incidência por tipo de autor; taxa de reincidência por unidade.	Alta
Violência Física 9,33% (Q42)	“Paciente arremessou cadeira no estagiário.” / “Tentativa de agressão... acionou a polícia.”	Risco de dano grave → requer resposta emergencial.	Botão de pânico/local; POP de contenção; fluxo com Guarda Municipal/PM; simulado trimestral.	Nº incidentes físicos/mês; tempo de resposta no plantão.	Alta
85,75% Mulheres; 40,79 anos (perfil)	“A garra de antes virou cansaço.”	Desgaste cumulativo sensível a gênero/etapa de vida.	Apoio psicossocial; gestão de carga; reconhecimento não monetário; flexibilização responsável.	% absenteísmo por sexo/idade; satisfação setorial semestral.	Média

62,95% Contratados (Q13)	“Perseguição desde que entrou na instituição.”	Vínculo precário aumenta vulnerabilidade ao assédio.	Blindagem de denúncias contra retaliação (lotação/horário); trilha de apuração externa quando envolver chefias.	% denúncias com troca punitiva de lotação=0; auditorias trimestrais.	Alta
18,13% Sofreram Discriminação Racial (Q19)	“Me disseram que eu só estava lá porque era ‘cota’ e não por mérito.”	Interseccionalidade: assédio + racismo.	Política antidiscriminação; formação antirracismo; comitê de diversidade com poder referendado.	% denúncias por discriminação apuradas em ≤30 dias; clima de equidade anual.	Alta
11,40% Sentem Tratamento Influenciado por raça/cor (Q20)	“Culpabilização da vítima... impunidade.”	Cultura institucional permissiva.	Auditorias cegas dos processos; painéis de transparência (indicadores por unidade).	Dashboard trimestral público; meta: reduzir 30% em 12 meses.	Média
Assédio por Profissionais do Serviço 17,10% (Q49)	“Horário foi alterado como punição por discordar.”	Abuso de poder diretivo.	Proibir mudanças de escala/locus sem motivação escrita; revisão por comissão paritária.	% mudanças revertidas; reclamações trabalhistas associadas.	Alta
Assédio por Meios Digitais 0,23% (Q48)	“Por mensagem no Whats...”	Assédio digital exige trilhas próprias.	Política de comunicação institucional; guarda probatória; canal externo 24/7.	Nº casos digitais resolvidos; taxa de retratação formal.	Média
Familiar 2,58% (Q49)	“Ameaça de morte por familiar de paciente.”	Proteger equipe em conflitos familiares.	POP de manejo de conflito; notificação compulsória quando cabível; interface com CREAS/segurança.	Nº de ocorrências; % unidades com POP atualizado.	Média
9,33% Violência Física	“Paciente chegou com uma faca...”	Zonas vermelhas precisam mitigação física.	Layout seguro; barreiras físicas em salas críticas; botão silencioso.	Mapa de calor de incidentes; inspeção semestral.	Alta

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, derivado do projeto matricial do PET-Saúde Equidade/UNIVALE, evidenciou na APS de Governador Valadares-MG, um circuito institucional no qual a gestão centrada em metas e vigilância, a normalização de práticas abusivas, as agressões perpetradas por usuários e comunidade e as microviolências entre pares convergem para produzir sofrimento psíquico, retraimento e silenciamento, com repercussões diretas sobre vínculos de equipe, motivação, permanência no serviço e qualidade do cuidado. Ao aproximar números e vozes, o estudo desloca explicações individualizantes para uma compreensão situada em dispositivos de poder e desenho organizacional, oferecendo um retrato coeso do problema e dos pontos de alavancagem para mudança.

No tocante aos objetivos, a caracterização do perfil sociodemográfico e laboral confirmou a forte feminização do trabalho em saúde, a predominância de profissionais pardos e pretos e a elevada qualificação formal, com concentração de renda entre um e cinco salários mínimos. A estimativa de ocorrência de violações e assédios indicou que pouco mais de um terço dos participantes relatou experiência de assédio no ambiente de trabalho, com predomínio do assédio moral e presença relevante do assédio sexual.

O mapeamento de tipos, contextos e perpetradores mostrou que, além de práticas autoritárias e humilhações vinculadas às hierarquias internas, emergem agressões do tipo II, praticadas por usuários e familiares no ponto de cuidado, nas áreas comuns das unidades e em visitas domiciliares, frequentemente associadas a frustrações com a oferta de serviços e à identificação do trabalhador como “face do Estado”. As entrevistas agregaram densidade a esse quadro ao explicitar mecanismos de normalização, eufemização e rotinização da violência (“bronca”, “pressão”, “jeito da chefia”), bem como a seletividade da cobrança e do controle, que recaem com maior frequência sobre perfis mais vulneráveis na estratificação ocupacional e nas interseções de gênero e raça/cor.

A compreensão dos efeitos psicossociais e dos impactos organizacionais evidenciou trajetórias de adoecimento com quadros de ansiedade, depressão, insônia, pânico, somatizações e uso de psicofármacos, além de abalo de identidade profissional, diminuição do senso de pertencimento e deterioração da cooperação

entre colegas. Tais trajetórias, cumulativas e progressivas, foram associadas à repetição de episódios de desrespeito, à ausência de reconhecimento e à não resposta institucional às queixas, compondo um terreno fértil para afastamentos, intenção de desligamento e perda de qualidade assistencial.

No plano dos determinantes institucionais e culturais, o material empírico revelou como a retórica da eficiência e da modernização, quando desancorada de justiça organizacional e participação, funciona como anteparo para práticas de controle, vigilância e punição simbólica, gerando ambientes de baixa segurança psicológica e escalando microviolências horizontais.

A análise das barreiras e facilitadores para o reporte e a proteção identificou, de um lado, silenciamento, inversão da culpa e burocratização das queixas — com exigências probatórias desproporcionais, morosidade e ausência de devolutivas — e, de outro, a importância de dispositivos de acolhimento com escuta qualificada, canais protegidos com anti-retaliação, prazos definidos e rastreabilidade das decisões.

Em conjunto, os objetivos foram atendidos. A triangulação produziu meta-inferências que fortalecem a validade dos achados e apontam linhas claras de intervenção: ambientes com justiça procedimental, apoio social efetivo e percepção de segurança tendem a amortecer o impacto da violência sobre sintomas depressivos e a favorecer coesão e retenção; protocolos simples, treinamento em de-escalada, redes de apoio entre pares, supervisão clínico-institucional e *redesign* ambiental das unidades emergem como eixos de uma resposta institucional consistente. Ao substituir narrativas de fragilidade individual por causalidades organizacionais, o estudo oferece bases empíricas para decisões de gestão e para a construção de políticas de cuidado ao trabalhador alinhadas à ética pública do SUS.

Algumas limitações precisam ser reconhecidas para balizar a interpretação dos resultados. O componente quantitativo é descritivo e, por isso, não permite estimar causalidade nem isolar efeitos independentes de confundidores; o uso de autorrelato, embora imprescindível para captar experiências de violência e assédio, está sujeito a subnotificação por normalização de abusos, desejabilidade social e viés de lembrança. A amostra qualitativa, guiada por variação máxima e saturação temática, está circunscrita a um único município, o que recomenda cautela na transferência direta para realidades distintas; a ausência de medidas padronizadas de gravidade e frequência longitudinal dos eventos limita a leitura de dose-resposta ao longo do tempo; a triangulação com a literatura envolveu estudos com heterogeneidade

conceitual e terminológica (incivilidade, *bullying*, assédio, violência), o que exige prudência ao comparar magnitudes entre contextos. Ainda que a análise qualitativa tenha incorporado dupla codificação, memos e trilha de auditoria, sua robustez poderia ser ampliada por observação em campo e por processos sistemáticos de devolutiva aos participantes e às unidades.

À luz dessas limitações, delineiam-se direções promissoras para pesquisas futuras. Coortes multicêntricas com medidas repetidas de exposição e desfechos — incluindo escalas validadas para depressão, ansiedade, *burnout* e insônia, bem como indicadores de justiça organizacional, apoio entre pares e clima de segurança psicológica — permitiriam estimar riscos relativos, trajetórias de adoecimento e efeitos modificadores no tempo.

Estudos quase-experimentais e ensaios pragmáticos de implementação, em desenhos pré-pós com comparação ou em arranjos do tipo *stepped wedge*, poderiam testar a efetividade de pacotes institucionais compostos por protocolos simplificados de denúncia com garantia de sigilo e anti-retaliação, treinamento recorrente em de-escalada e comunicação não violenta, supervisão clínico-institucional centrada em segurança psicológica, redes de apoio por pares e intervenções de *redesign* ambiental orientadas por análise de risco. A pesquisa-ação participativa, com coprodução de intervenções por trabalhadores, gestão e usuários, tende a elevar a adesão e a sustentabilidade das mudanças, ao mesmo tempo em que produz ganhos de pertencimento e confiança.

A agenda de investigação se beneficia ainda de um aprofundamento interseccional, com amostras dimensionadas para comparar ocupações de menor status — como limpeza, apoio e agentes comunitários de saúde —, além de recortes por gênero, raça/cor e formas de vínculo, de modo a captar vulnerabilidades específicas e efeitos cumulativos.

Por fim, a principal contribuição deste trabalho é oferecer uma cartografia que articula prevalências, mecanismos e implicações organizacionais, substituindo leituras psicologizantes por uma compreensão situada da produção institucional do sofrimento e de seus antídotos. O estudo sustenta um roteiro de ação que pode ser imediatamente apropriado por gestores e equipes: responsabilizar em lugar de burocratizar, escutar em vez de inverter a culpa, prevenir em vez de naturalizar. A sustentabilidade humana e institucional da atenção básica depende dessa inflexão.

Em última instância, o cuidado com quem cuida não é adereço retórico, mas condição de possibilidade para a integralidade do cuidado no SUS; sem justiça organizacional, segurança psicológica e proteção efetiva contra violências, não há projeto de saúde pública que se sustente.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, L. P. S. et al. **Depressive Symptoms Following Work-Related Violence and Threats and the Modifying Effect of Organizational Justice, Social Support, and Safety Perceptions**. Journal of Interpersonal Violence, v. 36, n. 15-16, p. 7110-7135, 2021. DOI: 10.1177/0886260519831386.

BARBOSA, Magno Luiz; BARBOSA, Irella Borges dos Santos. As repercussões do sofrimento psíquico para a vida do trabalhador: manifestações de sofrimentos. In: **Psicologia: abordagens teóricas e empíricas**. Vol. 2. Editora Científica Digital, 2022. DOI: 10.37885/220307987.

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

BARRETO, M. M. S. **Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações**. São Paulo: EDUC, 2006.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. **Código Civil**. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. **Lei Maria da Penha**. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 16 out. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde): manual. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção 1, p. 46. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 16 out. 2025.

BRASIL. **Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio Sexual e demais Crimes contra a Dignidade Sexual e à Violência Sexual no âmbito da administração pública, direta e indireta, federal, estadual, distrital e municipal**.

Lei nº 14.540, de 3 de abril de 2023. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 16 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Protocolo para julgamento com perspectiva de gênero**. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br>. Acesso em: 24 ago. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 518, de 31 de agosto de 2023**. Altera a Resolução CNJ nº 351/2020, que institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política de Prevenção e Enfrentamento do Assédio Moral, do Assédio Sexual e da Discriminação. Diário da Justiça Eletrônico do CNJ, n. 206, 1 set. 2023, p. 6–22. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5242>. Acesso em: 15 out. 2025

COSTA, M. V. da; BORGES, F. A. (2015). **O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 19, 753–763. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1057>

CÚPULA JUDICIAL IBERO-AMERICANA. *Regras de Brasília sobre Acesso à Justiça das Pessoas em Condição de Vulnerabilidade*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <https://www.anadep.org.br/wtksite/100-Regras-de-Brasilia-versao-reduzida.pdf>. Acesso em: [15 out. 2025].

DAL PAI, D. et al. **Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 27, n. 1, e2420016, 2018. DOI: 10.1590/0104-07072018002420016.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2008.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DICIO. **Assédio**. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/assedio/>. Acesso em: 29 ago. 2025.

FREITAS, E.; HELOANI, R.; BARRETO, M. M. S. **Assédio moral no trabalho**. São Paulo: Editora Cengage Learning, 2008.

FREUDENBERGER, H. J. **Staff Burn-Out**. *Journal of Social Issues*, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

GOBBI, Cláudia; DURMAN, Solânia. Sofrimento psíquico no trabalho: percepções de enfermeiros. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 169–177, 2010.

GUEDES, R. **Assédio moral nas organizações**. São Paulo: Cortez, 2008.

HAWKINS, D.; EL GHAZIRI, M. Violence in Health Care Trends and Disparities, Bureau of Labor Statistics Survey Data of Occupational Injuries and Illnesses, 2011-

2017. **Workplace Health & Safety**, v. 70, n. 3, p. 136-147, mar. 2022. DOI: 10.1177/21650799221079045.

HELOANI, R. **A violência no trabalho: gestão por injúria e assédio moral**. São Paulo: Cortez, 2011.

HIRIGOYEN, M. F. **Assédio moral: a violência perversa no cotidiano**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

JUSTIÇA DO TRABALHO. **Guia prático por um ambiente de trabalho + positivo - prevenção e enfrentamento das violências, dos assédios e das discriminações**. Disponível em: <https://www.tst.jus.br>. Acesso em: 29 set. 2024.

KOBAYASHI, Y. et al. **Workplace Violence and Its Effects on Burnout and Secondary Traumatic Stress among Mental Healthcare Nurses in Japan**. International Journal of Environmental Research and Public Health, Basel, v. 17, n. 8, e2747, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17082747.

MACHADO, Fabiane Konowaluk Santos; GIONGO, Carmem Regina; MENDES, Jussara Maria Rosa. Terceirização e precarização do trabalho: uma questão de sofrimento social. **Psicologia Política**, v. 16, n. 36, p. 227–240, 2016.

MACIEL, R. H. et al. **Assédio moral e saúde no trabalho: um estudo com trabalhadores do setor de saúde em uma cidade do interior do Brasil**. São Paulo: Cortez, 2007.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **The measurement of experienced burnout**. **Journal of Occupational Behaviour**, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981.

MESQUITA, F. P.; et al. **Impacto do assédio moral na saúde dos trabalhadores: análise das repercussões psicológicas e organizacionais**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 201-217, 2017.

NOZICK, Robert. **Anarchy, state, and utopia**. New York: Basic Books, 1974.

O SOFRIMENTO PSÍQUICO NO TRABALHO DE PROFESSORES DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL NO BRASIL: um estudo à luz da sociologia clínica e da psicodinâmica do trabalho. [S.l.: s.n.], s.d. (artigo do acervo anexado).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. Acesso em: 15 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Política da OMS sobre Prevenção e Combate à Má Conduta Sexual**. 2023. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/prseah/pasm_final_1_march_2023-portuguese.pdf. Acesso em: 24 ago. 2025.

RAHAMA, E. E. S. et al. **Occupational violence against nursing staff in the surgical wards of Murzuq locality hospitals, Libya (2024)**. BMC Nursing, v. 24, e222, 2025. DOI: 10.1186/s12912-025-0287.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SHAHZAD, M. et al. **Prevalence and nature of workplace harassment among class-IV employees in public hospitals of Lahore, Pakistan: a cross-sectional study**. Discover Public Health, v. 22, e279, 2025. DOI: 10.1186/s12982-025-00693-5.

SHIELDS, M. et al. **How do employment conditions and psychosocial workplace exposures impact the mental health of young workers? A systematic review**. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 56, p. 1147-1160, 2021. DOI: 10.1007/s00127-021-02077-x.

SILVA, Flavia Yasmin Almeida. **Adoecimento psíquico e trabalho: a interpretação sociojurídica de sua intensificação e os mecanismos legais de proteção trabalhista**. Monografia (Graduação em Direito) — Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

SILVA, R. A. D. et al. **Síndrome de Burnout: realidade dos fisioterapeutas intensivistas das redes públicas de hospitais**. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 388-394, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17005225042018>

SOBOLL, L.; EBERLE, C.; CREMASCO, M. **Gestão por injúria: um estudo sobre assédio moral organizacional**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 35-43, 2009.

THEISEN, N. I. S.. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) — Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2004.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. **Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups**. International Journal for Quality in Health Care, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.

TRINDADE, L. L. et al. **Assédio moral entre trabalhadores brasileiros da atenção primária e hospitalar em saúde**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 35, eAPE039015134, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AO015134.

UZEDA, A. L. et al. **Vivências e consequências do assédio moral no trabalho entre profissionais de enfermagem.** Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 33, e20240155, 2024. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2024-0155pt.

XAVIER, A. C. H.; et al. **Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 15-22, 2008.

ANEXOS

ANEXO 1 – ENTREVISTA ESTRUTURADA

ANEXO 2 – TERMO DE COMPROMISSO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

ANEXO 4 – FOTOS DA PLATAFORMA UNISURVEY

ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO 1 – ENTREVISTA ESTRUTURADA

QUESTIONÁRIO INICIAL – INVENTÁRIO “POR SER QUEM EU SOU”**1 - Identificação Pessoal**

Nome:

Nome Social:

Idade:

Sexo:

- ☐ Masculino;
- ☐ Feminino;
- ☐ Outro;
- ☐ Não desejo informar;

Identidade de Gênero:

- ☐ Cisgênero;
- ☐ Transgênero;
- ☐ Não-binário;
- ☐ Outro;
- ☐ Não desejo informar;

Orientação Sexual:

- ☐ Heterossexual;
- ☐ Homossexual;
- ☐ Bissexual;
- ☐ Outro;
- ☐ Não desejo informar;

Você já se sentiu discriminada(o) por sua orientação sexual/identidade de gênero no ambiente de trabalho?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;
- ☐ Não tenho certeza;
- ☐ Não desejo informar;

2 - Identificação Profissional

Local de trabalho:

Onde foi realizada a entrevista:

Profissão:

Área de Atuação na Saúde:

Tempo de Serviço na Área (em anos) :

Tipo de Vínculo:

- ☐ Contratado;
- ☐ Comissionado;
- ☐ Concursado;
- ☐ Bolsista;
- ☐ Outro;
- ☐ Não desejo informar;

Tempo de Vínculo (em anos) :

3 - Perfil Socioeconômico

Renda Familiar Mensal:

- ☐ Menos de 1 salário mínimo (menos que R\$ 1.411,00);
- ☐ 1-3 salários mínimos (R\$ 1.412,00 à R\$ 4.235,00);
- ☐ 3-5 salários mínimos (R\$ 4.236,00 à R\$ 7.059,00);
- ☐ Mais de 5 salários mínimos (acima 7.060,00);
- ☐ Não desejo informar;

Escolaridade:

- ☐ Ensino Fundamental Incompleto;
- ☐ Ensino Fundamental Completo;
- ☐ Ensino Médio Incompleto;
- ☐ Ensino Médio Completo;
- ☐ Ensino Superior Incompleto;
- ☐ Ensino Superior Completo;
- ☐ Pós-graduação Especialização;
- ☐ Pós-graduação Mestrado;
- ☐ Pós-graduação Doutorado;

() Não desejo informar;

Número de Pessoas no Domicílio:

4 - Raça/Cor

Cor ou Raça:

() Branca;

() Preta;

() Parda;

() Amarela;

() Indígena;

() Não desejo informar;

() Outra;

Você já se sentiu discriminado(a) por causa de sua cor ou raça?

() Sim;

() Não;

() Não tenho certeza;

() Não desejo informar;

Você já sentiu que sua raça/cor influenciou a forma como é tratado(a) no ambiente de trabalho?

() Sim;

() Não;

() Não tenho certeza;

() Não desejo informar;

5 - Deficiências

Você possui alguma deficiência?

() Sim;

() Não;

() Não desejo informar;

Se sim, Qual(is)?

() Física;

() Visual;

() Auditiva;

- ☐ Intelectual;
- ☐ TEA (Autismo);
- ☐ Outra;
- ☐ Não desejo informar;
- ☐ Não se aplica;

Você já se sentiu discriminada(o) no seu ambiente de trabalho por ser uma pessoa com deficiência?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;
- ☐ Não desejo informar;
- ☐ Não se aplica;

6 - Maternagem/Paternagem

Você tem filhos?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;
- ☐ Não desejo informar;

Número de filhos:

já sentiu que sua condição de mãe/pai influenciou a forma como é tratado(a) no ambiente de trabalho?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;
- ☐ Não desejo informar;
- ☐ Não se aplica;

Se sim, de que maneira?

Você já gestou?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;
- ☐ Não desejo informar;

Você já exerceu o papel de maternagem/paternagem?

- ☐ Sim;

- ☐ Não;
- ☐ Não desejo informar;

Com qual idade você teve seu primeiro filho?

A gestação/adoção foi planejada?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;
- ☐ Não desejo informar;
- ☐ Não se aplica;

Qual o tipo de moradia que você ocupa atualmente?

- ☐ Própria;
- ☐ Alugada;
- ☐ Cedida;
- ☐ Outro;
- ☐ Não desejo informar;

Quem é o principal responsável financeiro pelo sustento da família?

- ☐ Você;
- ☐ Parceiro(a);
- ☐ Ambos;
- ☐ Outro;
- ☐ Não desejo informar;

Como você descreveria sua experiência com a maternagem/paternagem até agora?

- ☐ Muito Fácil;
- ☐ Fácil;
- ☐ Indiferente;
- ☐ Difícil;
- ☐ Muito Difícil;
- ☐ Não desejo informar;
- ☐ Não se aplica;

Quais são os maiores desafios que você enfrenta na maternagem/paternagem?

- ☐ Conciliar o trabalho;
- ☐ Cuidados diários com as crianças;

- () Pressão social sobre criação dos filhos;
- () Apoio Financeiro;
- () Falta de tempo para si mesma(o);
- () Outros;
- () Não desejo informar;
- () Não se aplica;

Você sente que a maternagem/paternagem impactou na sua saúde mental e emocional?

- () Positivamente;
- () Negativamente;
- () Sem impacto;
- () Não desejo informar;
- () Não se aplica;

Você sente que recebe apoio suficiente para cuidar de seus filhos?

- () Sim, de parceiro(a);
- () Sim, de familiares;
- () Sim, de amigos;
- () Sim, de instituições (creches, escolas);
- () Não, não recebo apoio suficiente;
- () Sim, do trabalho;
- () Outros;
- () Não desejo informar;
- () Não se aplica;

Você acredita que sua carreira foi impactada pela maternagem/paternagem?

- () Sim, positivamente;
- () Sim, negativamente;
- () Não teve impacto;
- () Não desejo informar;
- () Não se aplica;

Como você concilia o trabalho e a maternagem/paternagem?

- () Com apoio de familiares e amigos;
- () Com serviços de creche/escola;
- () Com horários flexíveis no trabalho;
- () Não consigo conciliar bem;

- () Outro;
- () Não desejo informar;
- () Não se aplica;

A gestação foi desejada?

- () Sim;
- () Não;
- () Não se aplica;
- () Não desejo informar;

7 - Outros (Diversidade religiosa, etarismo, xenofobia, outros)

Algun outro aspecto da sua identidade ou condição pessoal/profissional que impacta sua vida no ambiente de trabalho ou na sociedade?

- () Sim;
- () Não;
- () Não desejo informar;

Se sim, qual?

8 - Violência e Assédio

Você já sofreu algum tipo de violência física no ambiente de trabalho?

- () Sim;
- () Não;
- () Não desejo informar;

Se sim, deseja relatar como foi essa violência?

Quem cometeu a violência?

- () Profissional do serviço;
- () Paciente;
- () Familiar do paciente;
- () Não desejo informar;
- () Outro;
- () Não se aplica;

Você já sofreu algum tipo de violência psicológica no ambiente de trabalho?

- () Sim;

- ☐ Não;
- ☐ Não desejo informar;

Quem cometeu a violência?

- ☐ Profissional do serviço;
- ☐ Paciente;
- ☐ Familiar do paciente;
- ☐ Não desejo informar;
- ☐ Não se aplica;
- ☐ Outro;

Você já foi assediado(a) no ambiente de trabalho?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;
- ☐ Não desejo informar;

Se sim, qual(is) tipo(s)?

- ☐ Moral;
- ☐ Sexual;
- ☐ Patrimonial;
- ☐ Outro;
- ☐ Não desejo informar;
- ☐ Não se aplica;

Quem cometeu a violência?

- ☐ Profissional do serviço;
- ☐ Paciente;
- ☐ Familiar do paciente;
- ☐ Não desejo informar;
- ☐ Outro;
- ☐ Não se aplica;

Você denunciou o assédio?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;
- ☐ Não desejo informar;
- ☐ Não se aplica;

Se sim, deseja relatar como você denunciou?

Você se sentiu apoiado(a) ao denunciar ou compartilhar a experiência de violência ou assédio?

- ☐ Instituição;
- ☐ Colegas;
- ☐ Não;
- ☐ Não se aplica;
- ☐ Não desejo informar;
- ☐ Outro;

9 - Saúde Mental

Nos últimos 12 meses, você sentiu que seu trabalho impactou negativamente sua saúde mental?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;
- ☐ Não desejo informar;

Com que frequência você sentiu sintomas de estresse, ansiedade ou depressão relacionado ao trabalho?

- ☐ Nunca;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Não desejo informar;
- ☐ Não se aplica;

Você já buscou ajuda profissional para lidar com problemas de saúde mental?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;
- ☐ Não desejo informar;
- ☐ Não se aplica;

Se sim, foi fácil encontrar apoio ou tratamento adequado?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;
- ☐ Não desejo informar;

() Não se aplica;

Qual(is) profissional(is):

Qual(is) local(is)?

A sua instituição de trabalho oferece algum tipo de apoio ou programa de saúde mental para os funcionários?

() Sim;

() Não;

() Não sei;

() Não desejo informar;

Se sim, qual(is) apoio(s)?

Você teve que se ausentar do trabalho por questões relacionadas à sua saúde mental?

() Sim;

() Não;

() Não desejo informar;

No último ano, quantas vezes você precisou se ausentar?

No último ano, quantos dias foram necessários no total?

Se sim, enfrentou dificuldade?

() Sim;

() Não;

() Não se aplica;

() Não desejo informar;

10 - Impacto da Violência e Assédio na Saúde Mental

Você acredita que as experiências de violência ou assédio que enfrentou no ambiente de trabalho afetaram sua saúde mental?

() Sim;

() Não;

() Não desejo informar;

() Não se aplica;

Se sim, de que maneira?

Você teve que se ausentar do trabalho por questões relacionadas à sua saúde mental por conta do assédio?

- () Sim;
- () Não;
- () Não desejo informar;
- () Não se aplica;

No último ano, quantas vezes você precisou se ausentar?

No último ano, quantos dias foram necessários no total?

11 - Prevenção e Suporte

Na sua opinião, sua instituição de trabalho toma medidas suficientes para prevenir a violência e o assédio no ambiente de trabalho?

- () Sim;
- () Não;
- () Não sei;
- () Não desejo informar;

O que você sugeriria para melhorar a prevenção e o suporte oferecido aos funcionários?

12. Coleta de evocações

Agora, você deverá escrever cinco palavras ou expressões que vêm imediatamente à sua cabeça em relação à expressão abaixo:

EQUIDADE	
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()

32) Palavras mais importantes

Agora, você deverá ordenar as palavras acima pela ordem de importância, preenchendo os parênteses com a numeração de 1 (a mais importante) até 5 (a menos importante).

33) Significados

Agora, você deverá indicar o significado da palavra/expressão que você elegeu como nº 1, ou seja, a mais importante:

34) Significado mais importante

Porque você elegeu a palavra / expressão (nº 1) como a mais importante?

Escalas Validadas

Observação:

Trata-se de uma adaptação transcultural, para o contexto do PET Saúde Equidade, do *Intersectional Discrimination Index (InDI)*, traduzido livremente como “Inventário de Discriminação Interseccional”, inventário desenvolvido por Scheim e Bauer (2019) como um instrumento para aferir experiências interseccionais com discriminações cotidianas, maior e antecipada, tendo tido validação e sua confiabilidade comprovada em amostradas no Canadá e nos EUA.

O instrumento visa perguntar a respondentes se já passaram por alguma experiência de discriminação a partir da segunda pergunta: “por ser quem eu sou”. O InDI é um instrumento de autorrelato, com 31 itens distribuídos em três escalas que buscam mensurar as discriminações antecipada (InDI-A), cotidiana (InDI-D) e maior (InDI-M). Essas perguntas são sobre experiências relacionadas a quem você se é. Isso inclui como o respondente se descreve e como os outros podem descrevê-lo. Por exemplo, cor de pele, ancestralidade, nacionalidade, religião, gênero, sexualidade, idade, peso, deficiência ou problema de saúde mental e renda.

- As escalas são:

1. Discriminações Antecipadas (InDI-A): com 9 itens, podendo ser respondido com a escala 0 a 5 - em que 0 corresponde a “discordo totalmente” e 4 a “concordo totalmente”.

- Com foco em minorias, as quais assumem que a repetida exposição à discriminação faz com que os indivíduos fiquem vigilantes e antecipem essas experiências

2. Discriminações Cotidianas (InDI-D) : composto de 9 itens que são avaliados em uma escala de frequência de 4 pontos, variando de “nunca”, “sim, mas não no ano passado” e “sim, uma vez no ano passado” a “sim, muitas vezes no ano passado”.

- Os itens dessa subescala foram baseados em instrumentos que avaliam microagressões, capacitismo, gordofobia, racismo, LGBTfobia e discriminação interseccional, entre outros.

3. Discriminações maior (InDI-M): é constituído por 13 itens, avaliados em uma escala de frequência que possui como opções de resposta “nunca”, “uma vez” e “mais de uma vez”.

Nessa subescala, também é avaliado se as experiências com discriminação ocorreram nos últimos 12 meses.

- Os itens de discriminação maior referem-se a situações extremas, como negação de serviço, danos a propriedade e violência, os quais foram adaptados de outras escalas.

Após as perguntas nestas escalas, acrescenta-se a possibilidade do respondente atribuir suas experiências com discriminações a diversas razões por meio da seguinte pergunta:

“Pensando em todas as vezes em que você foi tratado injustamente ou mal por causa de quem você é, com que frequência você acha que cada um dos itens a seguir foi um motivo pelo qual os outros o trataram dessa forma?”

Na sequência, uma listagem com as atribuições mais comuns é apresentada, seguida de um campo aberto para o respondente indicar alguma razão não mencionada. Cada uma das atribuições é avaliada em “sempre”, “nunca” ou “não tenho certeza”.

INVENTÁRIO: POR SER QUEM EU SOU

DISCRIMINAÇÃO ANTECIPADA:

0 – discordo totalmente

1 – discordo parcialmente

2 – não discordo e nem concordo

3 – concordo parcialmente

4 – concordo totalmente

1. Por ser quem eu sou, talvez algum profissional de saúde (por exemplo, um médico ou enfermeiro) possa me tratar mal.
2. Por ser quem eu sou, talvez eu tive dificuldades para conseguir meu emprego.
3. Por ser quem eu sou, talvez eu tenha dificuldades para me manter no emprego.
4. Eu me preocupo em ser tratado/a de forma injusta por professores, supervisores ou chefes.
5. É possível que me seja negada um crescimento profissional, por ser quem eu sou.
6. Eu me preocupo em ser mal tratado/a ou parado/a por seguranças e polícias no contexto de trabalho.
7. Por ser quem eu sou, as pessoas podem tentar me atacar fisicamente.
8. Eu já espero ser apontado/a, xingado/a ou assediado/a quando estou no contexto de trabalho.
9. Tenho medo de ter dificuldade em construir amizades no contexto de trabalho por quem eu sou.

DISCRIMINAÇÃO COTIDIANA

“nunca”,

“sim, mas não no ano passado”

“sim, uma vez no ano passado”

“sim, muitas vezes no ano passado”.

10. Ouviu, viu, ou leu, outras pessoas fazendo piadas ou rindo de você (ou de pessoas como você).

11. Foi tratado/a como se fosse uma pessoa agressiva, inútil ou rude.

12. Foi xingado/a ou ouviu/viu sua identidade ser usada para ofender alguém.

13. Foi tratado/a como se os outros sentissem medo de você.

14. Foi encarado/a ou apontado/a em público.

15. Ouviu que deveria pensar, agir ou se parecer mais com os outros.

16. Ouviu que você ou pessoas como você não pertencem ou não se encaixam em um grupo ou em um lugar.

17. Perguntas inapropriadas, ofensivas ou excessivamente pessoais foram feitas para você.

18. Foi tratado/a como se você fosse menos inteligente ou capaz do que os outros.

DISCRIMINAÇÃO MAIOR

“não”,

“sim, em um lugar”

“sim, em mais de um lugar”.

Avalia-se experiências com discriminação que ocorreram nos últimos 12 meses

19. Por ser quem você é, alguém já recusou ser atendido por você?

20. Por ser quem você é, você já foi demitido/a ou dispensado/a de um emprego, ou foi recusado/a para um emprego para o qual foi entrevistado/a?

21. Por ser quem você é, você já foi despejado/a ou teve moradia negada? (pensar nos determinantes sociais de saúde).

22. Por ser quem você é, você já foi injustamente parado/a e questionado/a, revistado/a ou preso/a pela polícia ou segurança?

23. Por ser quem você é, na sua formação profissional você já se sentiu de alguma forma rejeitado?

24. Por ser quem você é, já ocorreu de você ter alguma dificuldade financeira? (pensar nos determinantes de saúde)

25. Por ser quem você é, você já teve que se mudar para outro bairro, município, cidade, estado, região ou país?

26. Por ser quem você é, você já perdeu alguma relação próxima (por exemplo, com um membro da família, amigos, parceiro ou parceira)?

27. Por ser quem você é, você foi maltratado/a de forma repetida no trabalho ou na escola, onde você mora, ou ao utilizar algum tipo de serviço?
28. Por ser quem você é, você já foi ameaçado/a de ataque físico ou sexual?
29. Por ser quem você é, você já foi atacado/a fisicamente (por exemplo, cuspidos, objetos foram atirados em você, lhe bateram, deram socos, empurrões, puxões ou surras)?
30. Por ser quem você é, já fizeram você se envolver em atividade sexual, ou foi tocado/a de uma maneira que você não queria?
31. Por ser quem você é, você já passou por alguma situação na qual alguém pegou, danificou ou vandalizou algo de sua propriedade?

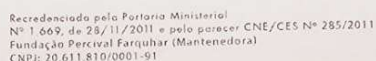
Pensando em todas as vezes em que você foi tratado injustamente ou mal por causa de quem você é, com que frequência você acha que cada um dos itens a seguir foi (foram) motivo(s) pelo(s) qual(is) os outros te trataram dessa forma?

	Sempre	Nunca	Não tenho certeza
Idade			
Tamanho corporal			
Identidade de gênero			
Orientação sexual			
Maternagem			
Renda ou situação econômica			
Deficiência			
Religião			
Local de origem			
Raça			
Outro(s): _____			

Referência:

Scheim AI, Bauer GR. The intersectional discrimination index: development and validation of measures of selfreported enacted and anticipated discrimination for intercategorical analysis. **SocSci Med** 2019; 226: 225-35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.016>.

Pereira NP, Bastos JL, Lisboa, CSM. Etapas iniciais da adaptação transcultural do *IntersectionalDiscrimination Index* para o português do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2022. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220028.2>



A Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares, do estado de Minas Gerais, e a Instituição de Ensino Superior Universidade Vale do Rio Doce vêm, pelo presente, firmar o compromisso de implementar o PET- Saúde: Equidade, 11ª edição, na qualidade de executores do projeto aprovado nos termos do Edital SGTES/MS nº 11/2023, de 16 de novembro de 2023, manter um espaço de gestão colegiada com foco na reorientação da formação para o Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo representantes de todos os atores do projeto, e também contribuir com os processos de acompanhamento e monitoramento do projeto a serem realizados pelo Ministério da Saúde.

Por constituir a expressão da verdade, firmamos o presente Termo de Compromisso, sob as penas da lei.

Por estarem de pleno acordo, as partes assumem os compromissos elencados acima, sem prejuízo para quaisquer outros que visem a uma melhor execução do projeto no âmbito do PET-Saúde, e firmam o presente Termo de Compromisso.

Governador Valadares, 24 de novembro de 2023.

Leandro Amaral Andrade
Secretário Municipal de Saúde

Leandro Amaral Andrade
Secretário Municipal de Saúde

LISSANDRA
LOPES
COELHO
ROCHA:
00781792622

Assinado digitalmente por LÍSSANDRA LOPES COELHO ROCHA 00781702622 DN: O=BR, OU=CP-Brasil, OU=2051362600050, OU=Secretaria de Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=EM BRANCO, OU=Presencial, CN=LÍSSANDRA LOPES COELHO ROCHA 00781702622, RDNs: Eu sou o autor deste documento Localização: Data: 2023-11-24 00:02:17

Prf.^a Dr.^a Lissandra Lopes Coelho Rocha
Reitora da Universidade Vale do Rio Doce

Universidade Vale do Rio Doce
Governador Valadares/MG

Campus Armando Vieira
Rua Juiz de Paz José Lemos, 695
Vila Bretas - CEP: 35030-260

Campus Antônio Rodrigues Coelho
Rua Israel Pinheiro, 2000
Universitário - CEP: 35020-220

Missão:

Construir e compartilhar o conhecimento por meio da formação de profissionais competentes, éticos e comprometidos com o desenvolvimento humano e regional.

Visão:

Ser referência como instituição educacional inovadora, comunitária e inclusiva.

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

Título do Projeto:

Processo Saúde-Doença, Determinantes Sociais e as Relações Étnico-Raciais: Análise das Iniquidades em Saúde no Sistema Único de Saúde de Governador Valadares-MG

Natureza do Projeto: Pesquisa

Pesquisador Responsável:

Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva

Contato:

Campus Antônio Rodrigues Coelho

Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220

Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG

Comitê de Ética em Pesquisa:

Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

Informações ao Participante:

Convite à Participação: Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “Processo Saúde-Doença, Determinantes Sociais e as Relações Étnico-Raciais: Análise das Iniquidades em Saúde no Sistema Único de Saúde de Governador Valadares-MG”. Esta pesquisa faz parte de um esforço para entender melhor as experiências dos profissionais de saúde e dos usuários do SUS em Governador Valadares, especialmente no que tange à equidade de gênero, raça, e às iniquidades em saúde.

Objetivo da Pesquisa: A pesquisa tem como objetivo principal investigar as iniquidades em saúde relacionadas ao racismo e às questões de gênero no contexto do SUS em Governador Valadares. A sua participação ajudará a registrar e analisar as percepções e experiências dos profissionais de saúde e dos usuários, contribuindo para a formulação de políticas públicas mais inclusivas.

Procedimentos: Você será convidado(a) a responder a um questionário estruturado e, possivelmente, participar de uma entrevista semiestruturada. As perguntas abordarão suas vivências profissionais, experiências de discriminação, saúde mental, entre outros tópicos relacionados. A entrevista poderá ser gravada e utilizada para análise posterior. O tempo estimado para o questionário é de 20 a 30 minutos, e a entrevista pode durar até 1 hora.

Gravação e Produção de Material: Durante a entrevista, sua voz e imagem poderão ser gravadas para a produção de um documentário e um fotolivro, que fazem parte das inovações tecnológicas do projeto. Você terá acesso prévio ao material produzido para aprovação antes da sua divulgação pública. Caso você deseje, será assegurado o anonimato nos produtos científicos derivados da pesquisa, como artigos e resumos.

Riscos e Desconfortos: A participação na pesquisa pode gerar desconforto ao discutir temas sensíveis como discriminação e saúde mental. Caso sinta desconforto, você pode solicitar a interrupção ou suspensão da sua participação a qualquer momento, sem qualquer penalização. Se necessário, será oferecido apoio emocional por parte dos pesquisadores.

Confidencialidade: Como forma de garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras, quebra de sigilo) produzidos no decorrer desta pesquisa, os documentos eletrônicos (gravação das entrevistas e bancos de dados) produzidos em todas as fases da pesquisa ficarão arquivados no computador da pesquisadora (armazenamento local), com acesso protegido por login e senha, proporcionando privacidade e sigilo dos dados coletados. Os documentos físicos ficarão armazenados por um período de cinco anos no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), bloco C2, campus II na Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Após esse período o Núcleo tem a prática de triturar o material (papel) em uma máquina trituradora (fragmentadora de papel) com menor dimensão de trituração evitando a identificação do conteúdo. Esse material em seguida é

encaminhado para reciclagem. Quanto aos bancos de dados eletrônicos, esses são deletados pelos pesquisadores após o mesmo período.

Benefícios: Embora não haja benefícios financeiros diretos pela participação, sua contribuição é valiosa para a melhoria das políticas públicas e práticas de saúde, além de fortalecer o registro e a memória das experiências de iniquidade e discriminação na cidade de Governador Valadares.

Liberdade de Participação: A participação é voluntária e você pode desistir a qualquer momento, sem prejuízo ou penalização. Caso desista, poderá solicitar que as gravações e informações fornecidas sejam excluídas.

Indenizações e Assistência: Ficam assegurados o ressarcimento de quaisquer gastos decorrentes de sua participação, bem como o direito a indenizações e cobertura material para reparação de danos diretos ou indiretos decorrentes da pesquisa. Em caso de necessidade, será garantida assistência integral gratuita pelo tempo que for necessário.

Publicação dos Resultados: Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos científicos, publicações acadêmicas e produções audiovisuais. No entanto, seu anonimato será preservado nos produtos científicos, a menos que você concorde em ser identificado.

Declaração de Consentimento:

Eu, _____, confirmo ter sido informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo. Concordo em participar voluntariamente desta pesquisa, ciente dos procedimentos, riscos, e benefícios envolvidos, e autorizo o uso das informações fornecidas conforme descrito. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para minha referência.

(☐) SIM, confirmo minha participação.

(☐) NÃO, confirmo minha participação e me recuso a participar.

Governador Valadares, ____ de _____ de 2024.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

ANEXO 4 – FOTOS DA PLATAFORMA UNISURVEY

UniSurvey

Nova Entrevista

Nova Entrevista

Informe algum termo que sirva para identificar essa entrevista. Ex.: Nome do entrevistado, codinome e etc...

Identificação

Projetos

- PET-Saúde Equidade - Etapa I**
Atenção Básica (até dezembro de 2024)
Inativo
- PET-Saúde Equidade - Etapa II**
Atenção Secundária (fevereiro a abril de 2025)
Inativo
- PET-Saúde Equidade - Etapa III**
Atenção Terciária (julho a setembro de 2025)
Em Andamento

Voltar **Confirmar**

Projeto: PET-Saúde Equidade - Etapa II
Data e Hora: 25/04/2025
Status: **Em Andamento**

Entrevista [424]

PET-Saúde Equidade - Etapa II

- 1 - Identificação Pessoal**
Completo
- 2 - Identificação Profissional**
Completo
- 3 - Perfil Socioeconômico**
Completo
- 4 - Raça/Cor**
Completo
- 5 - Deficiências**
Completo
- 6 - Maternagem/Paternagem**
Ainda faltam 17 perguntas de 17 no total
- 7 - Outros (Diversidade religiosa, etarismo, xenofobia, outros)**
Ainda faltam 2 perguntas de 2 no total
- 8 - Violência e Assédio**
Ainda faltam 11 perguntas de 11 no total
- 9 - Saúde Mental**

Painel Administrativo

Menu

Projetos

Categorias

Perguntas

Usuários

Relatórios

Página Inicial

Sair

Projetos

Pesquisar

Q

↺

Novo

ID	Nome	↕ Descrição	Status	↕	Ativo	↕
1	PET-Saúde Equidade - Etapa I	Atenção Básica (até dezembro de 2024)	●		✓	
2	PET-Saúde Equidade - Etapa II	Atenção Secundária (fevereiro a abril de 2025)	●		✓	
3	PET-Saúde Equidade - Etapa III	Atenção Terciária (julho a setembro de 2025)	●		✓	

ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E MARCADORES SOCIAIS DE DIFERENÇA: Análise das Iniquidades em Saúde no Sistema Único de Saúde de Governador Valadares-MG

Pesquisador: Leonardo Oliveira Leão e Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84224824.5.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Fundação Percival Farquhar/ FPF

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.537.807

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento Informações Básicas da Pesquisa - PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2406710.

"Este projeto de pesquisa tem como objetivo analisar as iniquidades em saúde relacionadas ao racismo e às questões de gênero no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) em Governador Valadares, Minas Gerais. A pesquisa será realizada em conjunto com o projeto de extensão do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde Equidade no território de Governador Valadares, em andamento e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A metodologia adotada será mista, composta por uma fase quantitativa, na qual será aplicado um questionário estruturado para avaliar as percepções de discriminação entre profissionais de saúde e usuários do SUS, e uma fase qualitativa, em que serão realizadas entrevistas semiestruturadas para explorar as representações sociais sobre equidade e racismo. O marco teórico utilizado para a análise dos dados será baseado nos conceitos de marcadores sociais da diferença, conforme discutidos por Carlos Eduardo Henning e Adriana Piscitelli, abordando a interseccionalidade de raça, gênero e classe nas experiências de saúde. O estudo busca não apenas quantificar as desigualdades, mas também compreender os processos sociais

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000, BLOCO-C4 - Campus 2

Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220

UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES

Telefone: (33)3279-5575

E-mail: cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 7.537.807

subjacentes que perpetuam essas iniquidades e as formas de agenciamento empreendidas pelas pessoas que sofrem tais iniquidades, oferecendo subsídios para a formulação de políticas públicas mais inclusivas e sensíveis às realidades das populações marginalizadas. Os dados coletados durante o projeto serão analisados de forma crítica, integrando os resultados quantitativos e qualitativos para propor recomendações que possam contribuir para a promoção da equidade em saúde e o combate ao racismo institucional no SUS."

Objetivo da Pesquisa:

"OBJETIVO GERAL: Avaliar a efetivação das políticas de equidade, como gênero e raça e outros marcadores sociais no SUS em Governador Valadares, com foco nas percepções e experiências dos profissionais de saúde quanto às iniquidades e discriminações no ambiente de trabalho.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:- Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a aplicação das políticas de equidade no SUS.- Avaliar a incidência e a natureza das experiências de discriminação entre os profissionais de saúde.- Analisar as representações sociais sobre equidade entre os profissionais de saúde de Governador Valadares.- Comparar os resultados quantitativos com os dados qualitativos para identificar perfis de vulnerabilidade específicos.- Propor recomendações para melhorar a implementação das políticas de equidade de gênero e raça no contexto local.- Conhecer a influência do racismo na saúde de usuários e profissionais de saúde.- Detectar os determinantes sociais considerados obstáculos para o acesso e a garantia do direito à saúde da população assistida.- Investigar a discriminação nos atendimentos em saúde a partir da percepção dos profissionais de saúde.- Identificar como os marcadores sociais de diferença impactam de forma interseccional as formas de iniquidades e de agenciamento de grupos sociais que são discriminados nos atendimentos em saúde."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: "A participação dos indivíduos na pesquisa poderá envolver riscos ou desconfortos, tais como medo ou insegurança ao responder às perguntas, desconforto ao tratar de assuntos sensíveis como racismo e discriminação, além do receio de ser identificado como fornecedor de dados delicados que possam gerar discriminação futura. Esses riscos serão claramente comunicados aos participantes antes do início das entrevistas. Para minimizar esses riscos, os pesquisadores adotarão uma postura acolhedora, explicando detalhadamente os procedimentos de coleta de dados e informando aos participantes que eles têm o direito de interromper ou cancelar sua participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização. Caso um participante manifeste desconforto durante a entrevista, seja verbal ou não verbal, a coleta de dados será imediatamente interrompida, e o participante receberá

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000, BLOCO-C4 - Campus 2
Bairro: Universitário CEP: 35.020-220
UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 E-mail: cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 7.537.807

apoio emocional. Se necessário, os participantes serão encaminhados para apoio psicológico, que poderá ser realizado em serviços públicos de saúde ou no Setor de Psicologia Aplicada (SPA) da UNIVALE. A continuidade da entrevista será opcional, respeitando a vontade do participante."

BENEFÍCIOS: "Embora os participantes não tenham custos nem recebam qualquer vantagem financeira pela participação, suas contribuições coletivas serão fundamentais para a melhoria das políticas públicas voltadas para estes grupos sociais, o que de certa forma, beneficia também os próprios participantes da pesquisa." (PROJETO)

"Os benefícios potenciais para os participantes desta pesquisa são variados e significativos, tanto em termos pessoais quanto para a comunidade em geral.

Contribuição para o Conhecimento e Conscientização: Participar da pesquisa oferece aos profissionais de saúde e usuários do SUS a oportunidade de contribuir para um maior entendimento sobre as iniquidades em saúde relacionadas a raça, gênero e outros marcadores sociais. Essa contribuição é valiosa para a formulação de políticas públicas mais eficazes, que possam reduzir as desigualdades e melhorar o atendimento no SUS.

Empoderamento e Validação de Experiências: Ao compartilhar suas experiências e percepções, os participantes podem sentir-se valorizados e ouvidos, especialmente em relação a temas

delicados como discriminação racial e de gênero. Esse processo pode ser terapêutico, ajudando-os a refletir sobre suas vivências e a compreender melhor as dinâmicas de poder que afetam suas vidas.

Aprimoramento das Políticas de Equidade: As informações coletadas através da pesquisa serão fundamentais para o desenvolvimento de recomendações concretas que visam melhorar a implementação das políticas de equidade de gênero e raça no SUS. A longo prazo, isso pode resultar em um sistema de saúde mais justo e inclusivo, beneficiando diretamente os participantes e suas comunidades.

Acesso a Suporte Psicológico: Durante a pesquisa, os participantes que manifestarem desconforto ou sofrimento emocional terão acesso a apoio psicológico, o que pode ser um benefício adicional, fornecendo-lhes recursos para lidar com questões pessoais que possam surgir durante o processo de coleta de dados.

Influência em Práticas Institucionais: Os resultados da pesquisa têm o potencial de influenciar práticas institucionais dentro do SUS, promovendo ambientes de trabalho mais seguros e inclusivos para os profissionais de saúde. Isso pode levar a melhorias nas condições de trabalho e na qualidade do atendimento oferecido aos usuários.

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000, BLOCO-C4 - Campus 2

Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220

UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES

Telefone: (33)3279-5575

E-mail: cep@univale.br

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF**



Continuação do Parecer: 7.537.807

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.docx	25/04/2025 18:57:00	Leonardo Oliveira Leão e Silva	Aceito
Outros	termodecompromissoeresponsabilidade.pdf	25/10/2024 15:43:31	ROSILEIDE DE SOUZA MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/08/2024 18:27:44	Leonardo Oliveira Leão e Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa_pet.docx	23/08/2024 18:26:13	Leonardo Oliveira Leão e Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_Leonardo.pdf	23/08/2024 18:20:22	Leonardo Oliveira Leão e Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_Leonardo.pdf	23/08/2024 18:19:17	Leonardo Oliveira Leão e Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR VALADARES, 30 de Abril de 2025

Assinado por:
KATIUSCIA CARDOSO RODRIGUES
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-C4 - Campus 2
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br