

GIT

Programa de Pós-Graduação
Gestão Integrada do Território

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM GESTÃO INTEGRADA
DO TERRITÓRIO

Lorraynne Martins Monteiro

VIOLÊNCIA VIVENCIADA NO TRABALHO EM SAÚDE: TERRITORIALIDADES
DE MÉDICOS ATUANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
DE CARATINGA/MG.

Governador Valadares

2025

LORRAYNNE MARTINS MONTEIRO

**VIOLÊNCIA VIVENCIADA NO TRABALHO EM SAÚDE: TERRITORIALIDADES
DE MÉDICOS ATUANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
DE CARATINGA/MG.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território, da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), como requisito obrigatório para obtenção do Título de Mestre em Gestão Integrada do Território.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão

Co-orientador: Prof.^a Dr. Edmarcius Carvalho Novaes

Governador Valadares
2025

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

M775v Monteiro, Lorryayne Martins
Violência vivenciada no trabalho em saúde: territorialidades de médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Caratinga-MG / Lorryayne Martins Monteiro ; orientadora Marileny Boechat Frauches Brandão ; coorientador Edmarcius Carvalho Novaes. -- Governador Valadares, 2025.
115 p.: il. color.

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

1. Estratégia Saúde da Família (Brasil). 2. Saúde do trabalhador. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Caratinga (MG). 5. Territorialidade. 6. Violência no ambiente de trabalho. 7. Saúde pública. I. Brandão, Marileny Boechat Frauches, orient. II. Novaes, Edmarcius Carvalho, coorient. III. Título.

CDD: 362.1068

**Missão**

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

Visão

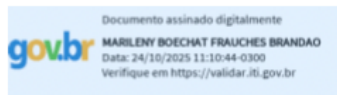
Ser referência como instituição educacional inovadora, comunitária e inclusiva.

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

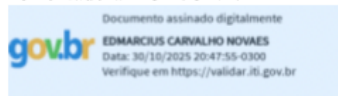
Lorraynne Martins Monteiro

“VIOLENCIA VIVENCIADA NO TRABALHO EM SAÚDE: TERRITORIALIDADES DE MÉDICOS ATUANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CARATINGA/MG”,

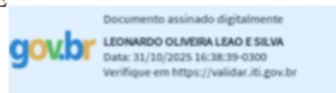
Dissertação aprovada em 24 de outubro de 2025,
pela banca examinadora com a seguinte
composição:



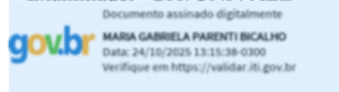
Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão
Orientadora – GIT/UNIVALE



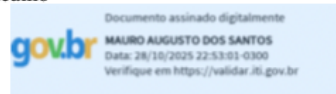
Dr. Edmarcius Carvalho Novaes
Coorientador-GIT/UNIVALE



Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Examinador -GIT/UNIVALE



Dra. Maria Gabriela Parenti Bicalho
Examinador – UFJF/GV



Dr. Mauro Augusto dos Santos
Examinador (Suplente) - GIT/Univale

Campus I

Campus Armando Vieira
Rua Juiz de Paz José Lemos, 695 – Vila Breitas
CEP: 35030-260 | Governador Valadares/MG

(33) 3279-5200

Campus II

Campus Antônio Rodrigues Coelho
Rua Israel Pinheiro, 2000 – Universitário
CEP: 35020-220 | Governador Valadares/MG

(33) 3279-5500

univale.br

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Ademir Limões Monteiro e Edneusa Martins do Carmo Monteiro, por terem sido o alicerce do meu desejo de aprender. Foram eles que, desde a infância, me possibilitaram o encontro com os livros e a palavra, esse lugar que funda o sujeito e abre a passagem para o mundo do conhecimento.

Ao meu esposo, Vinicius Gonçalves Pedrosa, agradeço pela presença que acolhe e sustenta. Por viver os meus sonhos como se fossem seus, compartilhando o fardo e a leveza do percurso, transformando a travessia do mestrado em caminho possível.

Aos amigos que, como espelhos, devolveram-me a imagem de que sou capaz, em especial ao meu cunhado Frederico Gonçalves Pedrosa, cuja voz sempre me convocou a seguir pela estrada acadêmica, e a Guilherme Dias, que, em sua amizade, me impulsiona ao estudo como forma de lapidar não apenas o intelecto, mas também o humano em mim.

À minha orientadora, Profa. Dra. Marileny Boechat F. Brandão, pela escuta generosa e pelo gesto delicado de preencher as lacunas sem jamais anular a singularidade do sujeito em formação. Ao meu coorientador, Prof. Dr. Edmarcius Carvalho Novaes, pelo olhar interdisciplinar que ampliou horizontes e ressignificou a área saúde neste trabalho.

Aos mestres e colegas do Programa de Mestrado GIT/UNIVALE, agradeço pela partilha de saberes, afetos e experiências que, em sua diversidade, contribuíram para a tessitura deste percurso.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra
alma humana.
(Carl Jung, 1996).

RESUMO

A violência no trabalho em saúde, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), emerge como um fenômeno complexo e multifacetado, marcado por determinantes estruturais, institucionais e simbólicos que extrapolam a mera experiência individual do trabalhador. Este estudo teve por objetivo analisar como a territorialidade de médicos se associa a forma como eles vivenciam a violência em seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município de Caratinga/MG. O delineamento metodológico do estudo foi qualitativo, utilizando um desenho observacional, descritivo e de corte transversal. A pesquisa foi realizada com sete médicos que atuavam na ESF. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2025 guiada por uma entrevista semiestruturada. Os dados coletados relativos às características sociodemográficas, de formação acadêmica e de atuação na ESF foram contextualizados mediante análise descritiva. O conteúdo das entrevistas foi analisado por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, na qual emergiram quatro temáticas, a saber: (1) Percepções conceituais e manifestações da violência no ambiente de trabalho na ESF; (2) Repercussões da violência na saúde e no viver dos médicos; (3) Fatores contextuais e dimensões territoriais da violência e (4) Corpo, território e relações de poder nas experiências de violência. Os resultados evidenciaram que a percepção dos médicos sobre a violência vivenciada no trabalho na ESF é fortemente condicionada pelas territorialidades. Os profissionais identificaram que o território, entendido como espaço físico, social e simbólico, interfere na forma como reconhecem e enfrentam as situações de violência. A territorialização do trabalho mostrou-se, um fator que tanto pode potencializar vínculos e confiança com a comunidade, quanto intensificar tensões e riscos, influenciando diretamente a saúde, o bem-estar e as estratégias de permanência desses profissionais na atenção primária à saúde. Percebe-se a necessidade de formulação de políticas públicas integradas para proteção e reconhecimento desses trabalhadores, bem como o fortalecimento de ambientes laborais seguros e acolhedores. Este estudo contribuiu para interrogar transversalmente a interface entre território, gestão e subjetividade na saúde do trabalhador, oferecendo subsídios para práticas de gestão e debate acadêmico sobre a valorização do cuidado. Concluiu-se que a violência no trabalho em saúde, no âmbito da ESF, constitui um problema de saúde pública que demanda reconhecimento, enfrentamento e transformação. Enfrentar esse desafio implica não apenas proteger os profissionais, mas também garantir o direito universal da população a uma atenção primária integral, segura e humanizada, consolidando a ESF como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Violência ocupacional; Médicos; Estratégia Saúde da Família; Territorialidade; Interdisciplinaridade.

ABSTRAT

Workplace violence, particularly within the Family Health Strategy (FHS), emerges as a complex and multifaceted phenomenon, shaped by structural, institutional, and symbolic determinants that extend beyond the individual worker's experience. This study aimed to analyze how physicians' territoriality is associated with the way they experience violence in their work process within the Family Health Strategy in Caratinga/MG. The methodological design of this study was qualitative, employing an observational, descriptive, and cross-sectional approach. The study involved seven physicians working in the FHS. The data were collected between April and June of 2025, guided through a semi-structured interview. The data collected on sociodemographic characteristics, academic training, and professional practice within the FHS were analyzed descriptively. The interviews were analyzed according to Bardin's Content Analysis, from which emerged four themes: (1) Conceptual perceptions and manifestations of violence in the workplace at FHS; (2) Repercussions of violence on physicians' health and daily life; (3) Contextual factors and territorial dimensions of violence; and (4) Body, territory, and power relations in experiences of violence. The results demonstrate that physicians' perception of workplace violence within the FHS is strongly shaped by territoriality. The physicians identified that the territory – understood as a physical, social, and symbolic space – influences how they perceive and respond to situations of violence. The territorialization of work proved to be a factor that can both strengthen bonds and trust with the community and intensify tensions and risks, directly influencing the health, well-being, and retention strategies of these professionals in primary health care. The findings highlight the need to formulate integrated public policies for the protection and recognition of these professionals, as well as to strengthen safe and supportive work environments. This study contributed to a transversal examination of the interface among territory, management, and subjectivity in workers' health, providing support for management practices and for academic debate on the valorization of care. It was concluded that workplace violence in the health sector, within the FHS, constitutes a public health problem that requires recognition, confrontation, and transformation. Facing this challenge implies not only protecting professionals but also ensuring the population's universal right to comprehensive, safe, and humane primary care, thereby consolidating the FHS as a foundational axis of the Unified Health System.

Key-words: Occupational violence; Physicians; Family Health Strategy; Territoriality; Interdisciplinarity.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das temáticas e categorias resultantes da Análise de Conteúdo de Bardin.....	42
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMS – Programa Acesso Mais Seguro
APS – Atenção Primária à Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFM – Conselho Federal de Medicina
ESF – Estratégia Saúde da Família
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PSF – Programa Saúde da Família
RQE – Registro de Qualificação de Especialidade
SAIS – Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
2.1 Diferentes abordagens da violência e suas implicações éticas, sociais e políticas	14
2.2 A construção da violência como problema de saúde pública	16
2.3 Violência no ambiente de trabalho	17
2.4 Violência no ambiente de trabalho em saúde	19
2.5 Atenção primária à saúde	23
2.5.1 Um Olhar sobre a Estratégia Saúde da Família no Brasil	23
2.5.2 Perfil dos Médicos atuantes na ESF: Fatores de Vulnerabilidade à Violência	25
2.6 Território, territorialidade e a saúde.....	28
3 OBJETIVOS	33
3.1 Objetivo Geral:.....	33
3.2 Objetivos Específicos:	33
4 METODOLOGIA	34
4.1 Tipo de estudo e abordagem	34
4.2 Universo e local do estudo.....	34
4.3 Amostra e critérios de inclusão/exclusão	35
4.4 Estudo piloto	35
4.5 Coleta de dados	36
4.6 Aspectos éticos.....	37
4.7 Análise dos dados.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 Descrição do perfil das participantes da pesquisa.....	39
5.2 Violência vivenciada no trabalho em saúde: temáticas e categorias resultantes da análise de conteúdo.....	42
5.2.1 Temática 1 - Percepções conceituais e manifestações da violência no ambiente de Trabalho na ESF	43
5.2.1.1 Categoria 1. Significados atribuídos à violência	44
5.2.1.2 Categoria 2. Violência como fenômeno social e estrutural	47
5.2.1.3 Categoria 3. Reconhecimento das violências presenciadas.....	50
5.2.1.4 Categoria 4. Violência vivenciada em sua concretude	52
5.2.2 Temática 2 - Repercussões da violência na saúde e no viver dos médicos	55
5.2.2.1 Categoria 1. Efeitos sobre o desempenho e bem-estar no trabalho	57
5.2.2.2 Categoria 2. Adoecimento físico e psíquico	59
5.2.2.3 Categoria 3. Transbordamentos para a esfera pessoal.....	61

5.2.3 Temática 3 – Fatores associados à ocorrência de violência e ausência de estratégias institucionais de enfrentamento	62
5.2.3.1 Categoria 1. Condições estruturais que favorecem a violência	67
5.2.3.2 Categoria 2. Expectativas e conflitos na relação com o usuário	69
5.2.3.3 Categoria 3. Ausência de suporte e gestão fragilizada.....	72
5.2.3.4 Categoria 4. (In)visibilidade dos canais institucionais	74
5.2.4 Temática 4 – Corpo, Território e Relações de Poder nas Experiências de Violência	79
5.2.4.1 Categoria 1. O território vivido como campo de relações e tensões	80
5.2.4.2 Categoria 2. Corpo-território e reconfiguração da prática médica	82
5.2.4.3 Categoria 3. Multiterritorialidade e estratégias de reterritorialização	84
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
7 LIMITES E PERSPECTIVAS DA PESQUISA	89
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE 1 - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA.....	99
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE	102
APÊNDICE 3 - GUIA DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	106
ANEXO 1 – ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARATINGA/MG	110
ANEXO 2 – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	113

1 INTRODUÇÃO

A violência, em suas múltiplas formas de expressão, consolidou-se como um problema de saúde pública global, com repercussões significativas para indivíduos, instituições e sociedades (OMS, 2002; MINAYO; ASSIS, 2017). No campo da saúde, esse fenômeno adquire contornos específicos, uma vez que os serviços de atenção se configuram como espaços de interação diária entre profissionais e comunidade, o que potencializa a ocorrência de situações de agressão física, verbal, psicológica, simbólica e institucional (BUSNELLO *et al.*, 2021; SÉ *et al.*, 2020). No Brasil, as desigualdades sociais, a vulnerabilidade territorial e a precarização dos serviços públicos de saúde agravam esse quadro, impondo desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, de modo especial, à Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada a principal porta de entrada da Atenção Primária à Saúde (APS).

Os médicos atuantes na ESF ocupam posição central na promoção da saúde e na prevenção de agravos, estabelecendo vínculos contínuos e próximos com a população adscrita. Esse processo está correlacionado à territorialidade, compreendida como a dimensão simbólica, relacional e política do espaço (HAESBAERT, 2023; MONKEN *et al.*, 2008). Todavia, a proximidade que favorece a integralidade do cuidado expõe os profissionais a situações de tensão e risco, em contextos marcados por carências estruturais, conflitos sociais e violência, impactando sua saúde física, mental e repercutindo na qualidade do cuidado ofertado (DEJOURS, 1994; LOPES *et al.*, 2022).

A violência vivenciada no ambiente de trabalho em saúde não se limita a episódios isolados de agressão física, mas se manifesta também por meio de assédio moral, pressões institucionais, precarização das condições laborais e violência simbólica, revelando-se como um fenômeno estrutural, multifacetado e persistente (DESLANDES, 2000; MINAYO; ASSIS, 2017). O reconhecimento desse fenômeno, contudo, é permeado por ambiguidades: a dificuldade dos profissionais em nomear determinadas práticas como violência, e a ausência de canais institucionais de denúncia e apoio, o que contribui para a invisibilização e naturalização (CENTENARO *et al.*, 2023; TRINDADE *et al.*, 2019).

O município de Caratinga/MG, *locus* deste estudo, apresenta ampla cobertura de ESF, o que reforça a relevância de compreender como os médicos atuantes nessa realidade percebem e experienciam a violência em seu processo de trabalho. Tal investigação busca problematizar as relações entre violência, território e territorialidade, a partir da experiência concreta de

profissionais que se encontram na linha de frente da atenção básica.

Diante disso, esta dissertação tem como objetivo analisar como a territorialidade de médicos se associa a forma como eles vivenciam a violência em seu processo de trabalho na ESF no município de Caratinga/MG. Para alcançar esse objetivo geral, foram definidos como objetivos específicos: caracterizar os pesquisados em relação aos dados sociodemográficos, de formação acadêmica e de atuação na ESF; descrever as experiências de violência presenciadas e enfrentadas pelos profissionais que atuam na ESF; identificar, a partir de suas percepções, os fatores que contribuem para a ocorrência dessas situações; identificar a repercussão da violência sofrida sobre a saúde física e mental dos entrevistados, no âmbito profissional e pessoal; conhecer as estratégias utilizadas pelos médicos para lidar com a violência no ambiente laboral; e identificar como a territorialidade dos pesquisados (relações de poder, vínculos comunitários, organização do espaço de trabalho) se relaciona com a violência vivenciada.

Esta pesquisa vincula-se ao Núcleo Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território (GIT/Univale), inserindo-se no debate interdisciplinar acerca da interface entre saúde, território e políticas públicas, e apresenta coerência e aderência com a linha de pesquisa 2, Território, Direitos, Educação e Saúde, do Mestrado em Gestão Integrada do Território.

A estrutura da dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo corresponde à presente introdução, em que se apresenta a problemática de pesquisa, os objetivos e a relevância do estudo. O segundo capítulo contempla o referencial teórico, que abrange diferentes perspectivas conceituais sobre violência, sua construção como problema de saúde pública, a violência no ambiente de trabalho em saúde, a organização da APS e da ESF no Brasil, bem como a discussão sobre território e territorialidade.

O terceiro capítulo descreve a metodologia empregada, com detalhamento do tipo de estudo, universo, critérios de inclusão e exclusão, técnica de coleta e análise dos dados, além dos aspectos éticos observados. O quarto capítulo é destinado à apresentação e discussão dos resultados, articulando-os às categorias analíticas construídas à luz da literatura. Por fim, o quinto capítulo reúne as considerações finais, destacando as contribuições do estudo para o campo da saúde do trabalhador, bem como recomendações para a formulação de políticas públicas e novas investigações acadêmicas.

Por fim, este estudo busca contribuir para o avanço do debate acadêmico sobre a

violência no trabalho em saúde na ESF, dialogando com conceitos contemporâneos de territorialidade, poder e subjetividade para oferecer uma compreensão integrada desse fenômeno, que seja capaz de informar práticas e políticas mais eficazes e humanizadas. Ressalta-se, assim, o compromisso ético e social que subjaz ao cuidado em saúde, em um contexto onde os profissionais enfrentam o desafio de cuidar enquanto vivenciam a violência como parte do seu "vivido" territorial.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 DIFERENTES ABORDAGENS DA VIOLÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES ÉTICAS, SOCIAIS E POLÍTICAS

A violência é um fenômeno multifacetado, que envolve questões éticas, sociais e psicológicas, discutidas por autores de diferentes áreas do conhecimento (ARENDT, 1994; FOUCAULT, 2008; MINAYO; ASSIS, 2017; MODENA, 2016; NODARI, 2017; ŽIŽEK, 2010). Ao confrontar essas visões, torna-se evidente a pluralidade inerente ao conceito de violência e as formas como esta se manifesta e é interpretada.

Modena (2016) apresenta uma visão abrangente da violência, definindo-a como qualquer ato que viole o estado natural das relações humanas, seja através da força física ou de danos psicológicos. A violência é um fenômeno adaptável, que se molda conforme o contexto histórico e social em que está inserida. Há uma distinção entre a violência natural, que seria inerente à condição humana, e a violência artificial, que resulta do uso deliberado de poder excessivo. Essa classificação sugere uma abordagem ética que visa distinguir a violência necessária da gratuita, fornecendo um quadro analítico que permite uma reflexão mais profunda sobre as motivações por trás dos atos violentos.

Em uma perspectiva semelhante, Minayo e Assis (2017) também enfatizam a maleabilidade do conceito de violência, destacando que ela é uma constante em todas as sociedades e que se reproduz culturalmente. As autoras utilizam o modelo bioecológico de Urie Bronfenbrenner (1977), que demonstra como fatores biológicos, psicológicos e sociais se interconectam, influenciando o comportamento humano e a predisposição à agressividade e violência. Argumentam que, ao longo da história, a violência foi incorporada na subjetividade humana e nas práticas culturais, o que a torna um fenômeno persistente.

A visão dessas autoras conecta-se com a proposta de Modena (2016), com base em Friedrich Hacker (1981), de que a agressividade, presente em níveis que variam da ironia ao desprezo, é inerente à natureza humana e se torna violência quando ultrapassa o limite da alteridade, utilizando a força física contra o outro. Essa linha de pensamento ajuda a entender como a violência, muitas vezes, é legitimada por questões culturais e históricas.

Žižek (2010), por sua vez, propõe uma análise mais crítica e polêmica sobre o conceito de violência, destacando a existência de uma "violência sistêmica" como um elemento invisível presente nas instituições e práticas cotidianas, perpetuando desigualdades e

marginalizando grupos sociais. Essa forma de violência, frequentemente ignorada por estar normalizada, se manifesta de forma simbólica e estrutural, permeando as relações de poder e moldando a realidade social.

A relação entre violência e poder é outro enfoque nas discussões sobre o tema. Arendt (1994) argumenta que a violência é instrumental, utilizada para impor o poder e a dominação. Para a autora, poder e violência são distintos: o primeiro é a força essencial de um governo legítimo, enquanto a segunda é um instrumento ilegítimo usado para alcançar fins específicos. A violência, então, surge da injustiça e da negação da pluralidade, ameaçando a própria ordem social que se pretende impor.

Foucault (2008), por outro lado, analisa a violência como elemento intrínseco às relações de poder, presente tanto na dominação quanto na resistência. O poder não é um atributo individual ou de um grupo, mas uma rede complexa de relações que permeiam a sociedade. Nesse contexto, a violência pode ser utilizada como instrumento de controle social, mas também como forma de resistência contra a opressão e a exclusão.

Em termos filosóficos, Nodari (2017), inspirado por Eric Weil (1990), diverge dessas correntes ao argumentar que a violência é exclusiva dos seres humanos, pois somente estes são capazes de atribuir significado à vida e ao mundo. A capacidade humana de negar a realidade e transformá-la pela razão, embora nos diferencie dos animais, também nos torna capazes de violência. Nessa perspectiva, a razão surge como resposta à violência, buscando controlá-la e criar uma ordem social baseada no diálogo e na justiça.

Modena (2016) e Žižek (2010) concordam que a violência é intrínseca à experiência humana, presente em todas as culturas e adaptável aos diferentes contextos históricos e sociais. Essa visão da violência como um problema estrutural, enraizado nas relações sociais e perpetuado ao longo das gerações, encontra respaldo sob a ótica de Minayo e Assis (2017).

A partir dessas proposições, torna-se evidente que a violência é um tema que exige uma análise interdisciplinar e multiforme. Enquanto autores como Modena (2016) e Minayo e Assis (2017) destacam os aspectos históricos, sociais e culturais da violência, outros, como Arendt (1994), Žižek (2010) e Foucault (2008), sublinham suas implicações políticas e filosóficas. Essas diferentes abordagens oferecem uma compreensão ampla da violência e de suas manifestações, permitindo uma reflexão crítica sobre o papel da violência na sociedade.

Portanto, a violência, seja ela física, simbólica ou sistêmica, é uma realidade complexa que permeia todas as esferas da vida humana. Sua análise, a partir de diferentes perspectivas,

revela não apenas suas diversas formas, mas também o modo como elas são legitimadas ou combatidas. A discussão ética sobre a violência, especialmente no que diz respeito às suas causas e consequências, alicerça o desenvolvimento de estratégias de mitigação e prevenção, tanto no campo da saúde quanto nas políticas públicas.

2.2 A CONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Conforme Minayo e Assis (2017), a partir da década de 1960 e 1970, um esforço teórico- metodológico e político emergiu com o objetivo de ampliar a compreensão da saúde, impulsionado pela transição epidemiológica. No entanto, a inclusão da violência na agenda da saúde enfrentou resistência, apesar das evidências e custos. Inicialmente, a violência foi abordada pela lógica biomédica, focando em lesões e traumas categorizados como "causas externas".

A sensibilização sobre a importância do tema surgiu com a violência contra crianças na década de 1960, quando profissionais da saúde denunciaram os maus-tratos. A expressão "síndrome do bebê espancado" foi reconhecida como um problema de saúde, levando a programas de prevenção (NJAINÉ *et al.*, 2020). Em contraponto, no Brasil, conforme Minayo (2006), a inclusão da violência na agenda da saúde coincidiu com o fim da Ditadura Militar, impulsionada por movimentos sociais, Organizações Não Governamentais (ONGs) e organizações internacionais.

Um marco importante foi o primeiro grupo de trabalho sobre violência e saúde na América Latina em 1989, na Fiocruz (1989). Em 1996, consoante a Minayo e Souza (1999), a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a violência como um problema de saúde pública global. Não obstante, no mesmo ano, segundo Minayo e Assis (2017), durante a 49ª Assembleia Mundial de Saúde da OMS, foi lançada a resolução "WHA49.25: Prevenção da Violência – Uma Prioridade de Saúde Pública", que declarou a violência como um problema de saúde pública crescente globalmente.

A OMS (2002), consolidou o conceito de violência como uma questão de saúde com a publicação do “Relatório Mundial sobre Violência”, em 2002, que forneceu uma definição prática do tema. Nesse documento, foi estabelecido que o setor da saúde deveria enfrentar os desafios relacionados à morbimortalidade global causados pela violência. Assim, a violência foi definida como:

O uso de força física ou poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa,

ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação [...] (OMS, 2002, p. 27).

Nesta definição, para Dahlberg e Krug (2007), ocorre o reconhecimento de que a violência não se limita a ferimentos ou morte, mas abrange um espectro mais amplo de impactos negativos sobre indivíduos, famílias e comunidades. Desta forma, Minayo e Assis (2017) destacam que a violência tem um grande impacto no sistema de saúde, uma vez que as vítimas, muitas vezes, enfrentam consequências de longo prazo, podendo ocasionar incapacidades físicas e mentais. Consequentemente, aumentam os afastamentos laborais e custos para tratamento e reabilitação dos indivíduos.

2.3 VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO

Tanto Dejours *et al.* (1994) quanto Minayo (2006) abordam a relação complexa entre trabalho e sofrimento, reconhecendo o potencial do trabalho para impactar negativamente a saúde mental e física dos trabalhadores. Enquanto Dejours *et al.* (1994) focam no sofrimento como inerente à experiência laboral, explorando seus mecanismos de defesa e possíveis efeitos na identidade do trabalhador, Minayo (2006) enfatiza a natureza evitável do sofrimento, adoecimento e morte relacionados ao trabalho, argumentando que a violência no trabalho impede sua função estruturante na vida das pessoas.

Apesar dessas divergências, ambos os autores concordam que a forma como o trabalho é organizado e gerenciado influencia diretamente a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Dejours *et al.* (1994) destacam os mecanismos de defesa que os trabalhadores desenvolvem para lidar com o sofrimento, alertando para o risco de reproduzirem a violência como forma de enfrentamento.

Dando seguimento a Minayo (2006), Minayo e Assis (2017), aprofundaram a análise da violência no trabalho, diferenciando a "violência do trabalho" da "violência no ambiente de trabalho". A violência do trabalho é aquela que surge do modo de produção e se manifesta na organização do processo de trabalho, causando sofrimento, desgaste, adoecimento e, eventualmente, a morte relacionada ao trabalho. Neste conceito, a ideia não é que o trabalho em si seja violento, mas que sua organização e gestão podem representar uma forma de violência para os trabalhadores. Esse tipo de violência é uma forma de violência estrutural descrita por Santos Junior e Dias (2004), uma violência oculta presente na exploração e opressão dos

trabalhadores, manifestando-se em condições de trabalho insalubres e inseguras, além da restrição de benefícios trabalhistas e previdenciários.

A violência no ambiente de trabalho, consoante a Minayo e Assis (2017) representa a relação entre violência e trabalho como um risco para os trabalhadores. Este tipo de violência inclui tanto a violência de resistência, que são respostas à violência estrutural por pessoas oprimidas, quanto a violência da delinquência, que são atos criminosos cometidos por indivíduos internos ou externos ao ambiente de trabalho.

Violência ocupacional é outro termo utilizado para estudar a relação entre violência e trabalho. Santos Junior e Dias (2004), utilizam este termo ao investigar a criminalidade e a vitimização de trabalhadores de transportes coletivos.

A violência nas relações e nos ambientes de trabalho integra a dinâmica da violência social brasileira em suas diversas manifestações. Ela se expressa por meio de diferentes tipos de agressões físicas e verbais, bem como através de assédios de várias naturezas, incluindo o moral e o sexual. Por essa razão, a violência para a saúde do trabalhador é pauta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNST) (Brasil, 2012), destacando-se:

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e ao assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados" (Brasil, 2012, p. 6).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), define violência no trabalho, como qualquer tipo de comportamento agressivo ou abusivo que possa causar danos ou desconforto físico ou psicológico às suas vítimas, sejam estes alvos intencionais ou envolvidos de forma impessoal ou incidental (ILO, 2020).

Nesta dissertação, propõe-se o uso do conceito de violência no ambiente de trabalho, definido como qualquer ação voluntária de um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo que cause danos físicos ou psicológicos, ocorrida no ambiente de trabalho ou nas relações estabelecidas no trabalho, conforme ressaltado por Minayo e Assis (2017).

Dentro deste conceito amplo, estabelecem-se as seguintes subcategorias, segundo Minayo e Assis (2017) e Santos Junior e Dias (2004):

- Violência nas relações de trabalho: situação onde a autoridade se transforma em uma relação hierárquica desigual, manifestando-se em agressões físicas, repreensões, constrangimentos e humilhações por superiores hierárquicos para dominar e oprimir

subordinados, tratando-os como objetos.

- Violências física: uso de força física para ofender alguém, como chutes, socos, empurrões, tiros, etc.
- Violências psicológicas: comportamentos repetitivos e inoportunos que têm um efeito devastador na vítima, subdivididos em:
 - Ameaça: promessa ou insinuação de uso ilegal de força para coagir ou constranger alguém.
 - Assédio: conduta indesejada que afeta a dignidade da pessoa, baseada em idade, deficiência, sexo, orientação sexual, raça, religião, política, sindical, etc.
 - *Bullying* e *Mobbing*: formas de assédio psicológico com comportamentos ofensivos e maliciosos para humilhar ou desestabilizar alguém, realizados por um indivíduo (*bullying*) ou grupo (*mobbing*) hierarquicamente superior.
- Violência na organização do trabalho: quando a forma de organização do trabalho coloca os trabalhadores em risco à saúde.
- Violência nas condições de trabalho: quando as condições de trabalho são insalubres e inseguras, expondo os trabalhadores a riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos ou de acidentes.
- Violência de resistência: ações dos trabalhadores em resposta às violências relacionadas ao trabalho, para amenizar os esforços no trabalho e resistir ao poder gerencial.
- Violência de delinquência: atos criminosos cometidos por pessoas externas ou internas ao ambiente de trabalho.
- Violência simbólica: quando os trabalhadores são tratados como "cidadãos de segunda categoria" devido à cor da pele, baixa escolaridade, ausência de qualificação profissional, informalidade ou estigma associado a determinadas categorias profissionais.

2.4 VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO EM SAÚDE

A literatura sobre violência no ambiente de trabalho contra profissionais da saúde tem sido investigada com ênfase nas dinâmicas que envolvem as categorias profissionais e os contextos específicos de atuação, como argumentam Minayo e Assis (2017). O enfoque

principal das pesquisas de Batista *et al.* (2011), Busnello *et al.* (2021), Busnello *et al.* (2022), Da Silva Junior *et al.* (2021), Flórido *et al.* (2020) e Sé *et al.* (2020), como encontrado ao realizar uma revisão de literatura para composição dessa dissertação, está na violência direcionada a enfermeiros, especialmente em unidades de saúde periféricas e setores de urgência. Os estudos quantitativos predominam, buscando mapear agressores e vítimas e identificar as causas desse fenômeno, geralmente atribuídas a fatores comportamentais nas relações interpessoais e com gestores.

Para Dejours *et al.* (1994), o sofrimento no trabalho em saúde é inerente à sua própria natureza, sendo desencadeado pela exposição constante à dor e ao sofrimento de outros. Os profissionais, ao se depararem com condições precárias de trabalho e à constante pressão emocional, desenvolvem mecanismos de defesa, como a agressividade ou a negação do sofrimento, que podem gerar uma reprodução da violência no próprio ambiente de trabalho. Nesse contexto, a organização do trabalho e as condições enfrentadas pelos profissionais da saúde emergem como fatores críticos para a saúde mental e física desses trabalhadores.

Deslandes (2000) aprofunda essa discussão ao identificar a violência simbólica como um dos principais mecanismos que desumanizam tanto profissionais quanto usuários, levando os trabalhadores da saúde a desenvolverem uma "couraça" de frieza para lidar com suas próprias limitações. Esse distanciamento emocional pode contribuir para a Síndrome de Burnout¹, que se manifesta por atitudes negativas em relação aos pacientes e à profissão. Além disso, a precariedade das condições de trabalho e as políticas organizacionais desumanizantes agravam essa situação, expondo os profissionais a constantes tensões e conflitos.

Arouca (2003) destaca que a formação dos profissionais da saúde, centrada exclusivamente na doença, contribui para o distanciamento em relação aos usuários. Esses profissionais são formados dentro de uma perspectiva tecnicista, sem uma compreensão ampla do processo saúde-doença e das realidades sociais e culturais dos pacientes, o que amplifica as tensões nos encontros entre trabalhadores e usuários do SUS. A desconexão entre as expectativas dos profissionais e as demandas dos usuários pode contribuir para a geração de conflitos e, em última instância, para a violência no ambiente de trabalho.

¹ A síndrome de Burnout também conhecida como esgotamento profissional, segundo Jarruche e Mucci (2021), configura-se como um distúrbio emocional decorrente do estresse ocupacional crônico, caracterizado por três dimensões principais: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional. Descrevem que, a exaustão emocional representa um profundo cansaço psíquico e físico diante das exigências do trabalho, enquanto a despersonalização manifesta-se como uma postura impessoal ou cínica em relação às pessoas atendidas, e a baixa realização profissional reflete uma percepção de ineficácia e falta de êxito nas tarefas exercidas.

Xavier *et al.* (2008) identificam a extensão do assédio moral entre profissionais da saúde, especialmente entre auxiliares de enfermagem, sendo os principais agressores colegas e supervisores. As consequências psicológicas desse tipo de violência incluem supervigilância, ansiedade e baixa autoestima. Soboll (2010) definiu o assédio moral como uma forma severa de violência psicológica, que ocorre tanto de maneira vertical (entre hierarquias) quanto horizontal (entre pares), exacerbando o desgaste emocional dos trabalhadores.

A pesquisa de Fontes *et al.* (2013), que identificou a prevalência do assédio moral entre enfermeiros, encontra ressonância no estudo de Leite (2012), que além de confirmar essa ocorrência, sugere que as vítimas muitas vezes tornam-se também os agressores. Isso indica que o assédio moral não é apenas um ato isolado, mas parte de uma dinâmica maior, influenciada por questões de poder, hierarquia e as próprias demandas laborais.

Minayo e Assis (2017) oferecem uma perspectiva mais ampla, argumentando que o assédio moral, está enraizado na estrutura organizacional das instituições de saúde. O assédio moral é fruto de um ambiente de trabalho que prioriza a produtividade, a competição e a eficiência a curto prazo, exacerbando as tensões interpessoais e submetendo os trabalhadores a situações de hostilização contínua. Essa visão amplia os resultados de Leite (2012) e Fontes *et al.* (2013), ao contextualizar o assédio como uma manifestação de um sistema organizacional abusivo e não apenas como resultado de interações individuais.

A vulnerabilidade dos agentes comunitários de saúde é destacada por Bispo (2011) em seu estudo na ESF em Salvador/BA. Esses profissionais, ao residirem nas mesmas áreas de risco onde atuam, enfrentam cotidianamente ameaças e agressões, com pouca ou nenhuma proteção por parte das gestões locais de saúde.

Paralelamente, Batista *et al.* (2011), num estudo sobre violência em Unidades Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte/MG, expõem as consequências e os impactos da violência. A agressão verbal foi a forma de violência mais comum, afetando 28% dos auxiliares e técnicos de enfermagem e 23,9% dos médicos, com 66,6% dos profissionais sofrendo agressões mais de duas vezes. A prevalência de violência entre homens e mulheres foi semelhante, com pacientes e familiares sendo os principais agressores em 68% dos casos.

Oliveira *et al.* (2012) corroboram essa visão, relatando que a violência verbal é a forma mais prevalente de agressão contra profissionais da saúde, especialmente em contextos de alta demanda e falta de recursos. Os profissionais de enfermagem, técnicos e agentes comunitários de saúde são frequentemente as principais vítimas de agressões verbais e psicológicas,

reforçando a necessidade de políticas públicas que visem à proteção e ao suporte desses trabalhadores.

Os estudos de Busnello *et al.* (2021), Busnello *et al.* (2022), Da Silva Junior *et al.* (2021) e Sé *et al.* (2020) demonstram a prevalência de diversos tipos de violência, como a física e a verbal, em diferentes contextos, desde o atendimento pré-hospitalar até unidades de saúde pública. Esses resultados reforçam a ideia de que a violência contra profissionais da saúde é uma questão sistemática, que permeia diversos níveis de atendimento e diferentes formas de gestão. Além disso, a prevalência de agressões cometidas por pacientes e familiares é recorrente nos estudos de Flório *et al.* (2020), Queiroz e Barreto (2021) e Trindade *et al.* (2019), indicando que a violência no trabalho não é apenas interna, mas também resulta das interações entre os profissionais da saúde e os usuários.

Flório *et al.* (2020), e Minayo e Assis (2017) destacam que a violência é frequentemente bilateral, com profissionais da saúde e usuários envolvidos em ciclos de agressão e tensão. Esse fenômeno é exacerbado pelas condições de trabalho estressantes, como falta de infraestrutura, sobrecarga de atividades e fragilidades na formação para lidar com conflitos. Lopes *et al.* (2022) aprofundam essa análise, assim como fez Deslandes (2000), sugerindo que essas condições podem levar ao desenvolvimento de síndromes, como a Síndrome de Burnout, que agrava ainda mais a qualidade dos serviços prestados e afeta negativamente as relações interpessoais no ambiente de trabalho. Ademais, Monteiro e Passos (2019) complementam ao apontar que a violência contra profissionais da saúde também se estende ao ambiente de saúde mental, com consequências significativas para o bem-estar desses trabalhadores.

Os estudos também revelam um problema recorrente de subnotificação da violência no trabalho, como observado por Centenaro *et al.* (2023), Silva *et al.* (2023) e Trindade *et al.* (2019). Essa subnotificação agrava a percepção de que a violência é uma parte intrínseca e inevitável do trabalho em saúde, normalizando práticas abusivas e limitando a implementação de políticas de enfrentamento.

Por fim, a reflexão de Minayo e Assis (2017) sobre as "tecnologias do trabalho em saúde" e a sua distinção entre tecnologias "duras" e "leves" ressoa com as análises de Silva *et al.* (2024), que argumentam que a saúde pode se tornar um "*locus* do mau encontro" quando as interações entre profissionais e pacientes são marcadas por distanciamento emocional e desumanização. Neste contexto, a violência no ambiente de trabalho pode ser vista como um

sintoma de um sistema que valoriza mais o desempenho técnico e a produtividade do que o cuidado humano e a sensibilidade nas relações interpessoais.

2.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2.5.1 Um Olhar sobre a Estratégia Saúde da Família no Brasil

A ESF tem suas raízes no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na criação do SUS com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Esse movimento defendia a saúde como um direito universal e um dever do Estado, com o objetivo de superar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde que historicamente marcaram o Brasil. A partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito garantido a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes, de forma universal, equânime e integral (GIOVANELLA *et al.*, 2012; GUSSO *et al.*, 2019; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A criação do SUS representou uma mudança paradigmática na saúde pública brasileira, estabelecendo uma rede de atenção integral e descentralizada, da qual a ESF se consolidou como um dos principais pilares ao longo das últimas décadas (GIOVANELLA *et al.*, 2012; GUSSO *et al.*, 2019; PINTO; GIOVANELLA, 2018). Esse sistema de saúde foi regulamentado por duas leis fundamentais: a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b), que define a participação da comunidade na gestão do SUS e institui os recursos de financiamento.

A concepção da APS, modelo no qual se baseia a ESF, surgiu em 1920 no Reino Unido com o Relatório Dawson. Esse relatório propôs a regionalização dos sistemas de saúde e a organização dos serviços em diferentes níveis de atenção, com a APS como porta de entrada. No Brasil, a ESF se consolidou como estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir de 1991 (GIOVANELLA *et al.*, 2012; GONDIM, 2011; GUSSO *et al.*, 2019).

A ESF foi implementada no Brasil em 1994, inicialmente com o nome de Programa Saúde da Família (PSF). A estratégia se expandiu rapidamente pelo país, especialmente em áreas com maior vulnerabilidade social (GIOVANELLA *et al.*, 2012; GUSSO *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2023).

A peculiaridade desse modelo reside na composição de uma equipe mínima formada por profissionais com diversas qualificações técnicas (médico generalista, enfermeiro, auxiliar

de enfermagem e agente comunitário de saúde), cujo trabalho deve ser desenvolvido em territórios bem delimitados – abrangendo a área de atuação da equipe de saúde, a microárea do agente comunitário, a adscrição de clientela, o cadastramento e o acompanhamento da população residente na área. Dessa forma, o então PSF se constituiu como a porta de entrada do sistema de saúde local e o primeiro nível de atenção, articulado com outros níveis de maior complexidade (BRASIL, 1997).

Cada equipe do PSF é responsável por cerca de 600 a 1.000 famílias (2.400 a 4.500 habitantes), e esta deve estar apta a conhecer e construir vínculos com as famílias em seu território de atuação, identificar potencialidades, situações de risco e vulnerabilidades na comunidade, e elaborar diagnósticos sobre a condição de saúde e as circunstâncias de vida. A análise dos déficits e das necessidades de saúde deve direcionar a elaboração de um plano de intervenção com atividades voltadas para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença. Além disso, a equipe deve desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 1997).

Ao longo dos anos, tornou-se necessário estruturar a base do sistema de saúde, e o PSF foi reconhecido como um componente estruturante, passando a ser denominado ESF. Em 28 de março de 2006, através da Portaria nº GM/648 (BRASIL, 2006), foi publicado o documento que é considerado, de acordo com Pinto e Giovanella (2018), um marco histórico para a consolidação e expansão nacional da ESF, com o objetivo de reorganizar a atenção básica no Brasil: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Posteriormente, a PNAB foi revisada, obtendo mais duas versões, uma em 2011 e outra em setembro de 2017 (FURTADO *et al.*, 2021).

Para Klauss *et al.* (2022), os objetivos e princípios da ESF estão ligados aos do próprio SUS, tendo como principal objetivo promover a saúde e prevenir agravos. Para que estes objetivos sejam alcançados, a ESF busca oferecer um cuidado abrangente e longitudinal, levando em consideração as dimensões biológica, psicológica e social dos indivíduos. Esse tipo de assistência, conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), Furtado *et al.* (2021) e Giovanella *et al.* (2012), se opõe ao modelo biomédico tradicional e reconhece a influência do ambiente na saúde, colocando a família e seu contexto social como foco central de suas ações.

Delineado então a população a ser atendida, a equipe de saúde atua de forma precoce

na identificação e intervenção sobre os fatores que podem aumentar a probabilidade de adoecimento da população. Isso é realizado através de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como orientações sobre hábitos de vida saudáveis, vacinação, acompanhamento do indivíduo em todas as fases da vida (FURTADO *et al.*, 2021; GIOVANELLA *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2023).

Desta forma, os profissionais da ESF buscam construir um relacionamento de confiança com a comunidade, valorizando o acolhimento, o respeito e a autonomia dos indivíduos. Incentivando, portanto, a participação da população na construção do seu próprio conhecimento sobre saúde, promovendo a autonomia e o controle sobre o processo saúde-doença (FURTADO *et al.*, 2021; GIOVANELLA *et al.*, 2012).

É necessário ressaltar que um dos princípios fundamentais da ESF é a territorialização, que envolve o mapeamento das comunidades atendidas e a divisão das equipes por áreas geográficas específicas. Isso permite que as equipes de saúde tenham um conhecimento detalhado das condições socioeconômicas e epidemiológicas da população local, possibilitando intervenções direcionadas e eficazes. O princípio da integralidade, outro princípio fundamental, se refere à oferta de cuidados completos, desde a prevenção até o tratamento e a reabilitação, visando atender todas as necessidades de saúde dos indivíduos em seus contextos biológicos, psicológicos e sociais (BRASIL, 1997; FURTADO *et al.*, 2021; GIOVANELLA *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2023).

A universalidade e a equidade também são princípios essenciais da ESF. A universalidade assegura que todos os cidadãos têm direito a acessar os serviços de saúde, enquanto a equidade garante que as ações sejam ajustadas às necessidades específicas de cada grupo populacional, considerando as desigualdades sociais e regionais (BRASIL, 1997; FURTADO *et al.*, 2021; GIOVANELLA *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2023).

Esses princípios articulam-se para garantir um cuidado integral, contínuo e resolutivo, facilitando o vínculo entre os profissionais da saúde e a população, e promovendo a democratização do acesso à saúde de qualidade para todos os brasileiros (FURTADO *et al.*, 2021).

2.5.2 Perfil dos Médicos atuantes na ESF: Fatores de Vulnerabilidade à Violência

Conhecer o perfil dos médicos atuantes na ESF exige compreender os desafios e potencialidades deste modelo de atenção primária à saúde e a complexidade das situações de

violência às quais esses profissionais podem estar expostos. Ressalta-se que o trabalho na ESF exige não apenas habilidades clínicas, mas também capacidade de lidar com desafios sociais, culturais e emocionais presentes em comunidades com diversos graus de vulnerabilidade. O perfil dos profissionais que atuam na ESF é marcado por características diversas, influenciadas por aspectos demográficos, formação e motivações pessoais, bem como pelas condições e desafios do próprio ambiente de trabalho (Sturbelle *et al.*, 2019).

Em um estudo realizado em Governador Valadares/MG, Barbosa *et al.* (2019) destacaram que a maioria dos médicos na ESF são jovens, com idade entre 24 e 35 anos, predominando o sexo feminino e profissionais formados em instituições públicas, muitos destes vinculados ao Programa Mais Médicos² e com até três anos de atuação em ESFs. Isso reflete um perfil de rotatividade, o que dificulta a criação de vínculos mais duradouros com a comunidade.

Santos *et al.* (2019), ao analisarem o perfil de médicos e enfermeiros de uma microrregião de Minas Gerais, também identificaram a prevalência de profissionais jovens e do sexo feminino. No entanto, uma diferença observada entre médicos e enfermeiros está na formação. Enquanto a maioria dos médicos é formada em instituições públicas, os enfermeiros tendem a ser graduados em instituições privadas. Ambos os grupos possuem pouca experiência na ESF, o que pode ser uma barreira para o fortalecimento da APS.

Por outro lado, Sturmer *et al.* (2020), analisaram o perfil dos profissionais da APS no Rio Grande do Sul e apontaram que, embora o tempo de formação seja em média de 8 anos, a maioria dos profissionais busca aprimoramento contínuo, especialmente por meio de programas de especialização como o Sistema Universidade Aberta do SUS. Essa busca por qualificação gera arcabouço para lidar com as dificuldades estruturais e operacionais que muitos enfrentam no cotidiano das unidades de saúde.

Barbosa *et al.* (2019) e Sturmer *et al.* (2020) evidenciam uma preocupação com a formação inadequada de muitos médicos para a APS. Barbosa *et al.* (2019) mencionam a inadequação entre o modelo pedagógico tradicional, centrado no biológico e hospitalocêntrico, e as demandas da ESF. Já Sturmer *et al.* (2020) apontam que os profissionais da saúde vinculados à ESF buscam capacitações e especializações, demonstrando um desejo por maior preparação para o atendimento comunitário e a prevenção de agravos. Assim, fica claro que,

² O Programa Mais Médicos foi desenvolvido para fortalecer a atenção primária no Brasil e assegurar a presença de médicos em áreas carentes. Concentra-se em disponibilizar profissionais onde a necessidade é maior, ao mesmo tempo em que investe na infraestrutura da APS e na educação médica. O objetivo do programa é reduzir a falta de médicos, melhorar os serviços de atenção básica, elevar a qualidade da formação médica no país e aumentar a participação de médicos em formação nas unidades do SUS (BRASIL, 2013).

embora haja uma identificação positiva com a ESF por parte dos profissionais, a formação inicial muitas vezes não os prepara adequadamente para as demandas desse campo.

Os desafios na formação de profissionais para atuarem na ESF são destacados por Gusso *et al.* (2019), Kano *et al.* (2012) e Santos *et al.* (2017), que mostram uma lacuna entre a formação acadêmica e as demandas reais do trabalho em áreas vulneráveis. Esses autores afirmam, que a educação voltada para a ESF muitas vezes não capacita adequadamente os profissionais para enfrentarem as complexas questões de saúde e violência no ambiente de trabalho.

Apesar dos avanços promovidos pela ESF, o modelo enfrenta desafios e críticas, como apresentado por Furtado *et al.* (2021), que apontam a escassez de recursos humanos e materiais, a falta de investimento público e a precarização do trabalho. Escorel *et al.* (2007) e Oliveira *et al.* (2017) reforçam a ideia de que a falta de infraestrutura e de recursos impactam negativamente na prestação de cuidados na ESF. Oliveira *et al.* (2017) amplia essa discussão ao destacar que as condições inadequadas afetam diretamente a saúde mental e o engajamento dos profissionais. A ausência de materiais e medicamentos compromete a integralidade do cuidado, como aponta Giovanella *et al.* (2012), tornando difícil a execução de um trabalho eficiente, especialmente em regiões socialmente vulneráveis.

Não obstante, Pierantoni e Magnago (2015), e Mendes *et al.* (2020), destacam as dificuldades que os gestores enfrentam na alocação de profissionais da saúde, particularmente em municípios com alta vulnerabilidade, onde há maior incidência de falta de estrutura e alta demanda de atendimentos.

A territorialização, discutida por Gondim (2011), problematiza a noção de território dentro da ESF, refletindo sobre sua multiplicidade e a ausência de uma definição clara. Portanto, o território influencia diretamente a dinâmica do trabalho na ESF, criando desafios particulares em regiões de vulnerabilidade. Gusso *et al.* (2019) corroboram essa visão, destacando que o trabalho dos profissionais da ESF é moldado pelas condições sociais, econômicas e culturais dos territórios onde atuam. Assim, a territorialização e as territorialidades podem tanto facilitar quanto dificultar o trabalho dos profissionais, dependendo do suporte que recebem e das políticas públicas implementadas.

A exposição à violência, segundo Santos *et al.* (2017), impacta o desempenho e o bem-estar dos profissionais, uma vez que, em áreas de alta vulnerabilidade social, a violência não só prejudica a saúde mental dos trabalhadores, mas também restringe o acesso das equipes a certas

áreas, conforme indicado por Pierantoni *et al.* (2015).

Kano *et al.* (2012) e Pierantoni *et al.* (2015), destacam como a rotatividade e a precarização dos vínculos trabalhistas afetam a longitudinalidade do cuidado e enfraquecem os vínculos entre profissionais e a comunidade. Essa falta de continuidade impede o desenvolvimento de estratégias eficazes para a promoção da saúde, exacerbando os desafios já presentes em áreas vulneráveis.

Isto posto, os desafios da ESF em regiões de vulnerabilidade não se limitam a questões de infraestrutura ou de gestão de recursos humanos, mas envolvem uma combinação de fatores socioeconômicos e de segurança.

2.6 TERRITÓRIO, TERRITORIALIDADE E A SAÚDE

O conceito de território, historicamente associado ao poder estatal e à delimitação física de espaços sob soberania, ganha novas nuances à medida que as interações sociais, econômicas e culturais moldam sua compreensão no século XXI. Conforme Haesbaert (2023), o território remonta ao Império Romano, sendo inicialmente vinculado a uma noção político-administrativa, mas, na modernidade, passa a ser compreendido de forma mais ampla, integrando tanto dimensões materiais e funcionais quanto simbólicas e afetivas. Nesse contexto, o território emerge não apenas como um espaço físico de controle, mas como um espaço relacional, constantemente reconfigurado por fluxos de poder e interação social.

A perspectiva de Haesbaert (2023) se baseia em Santos (2009), que descreveu o território como um "sistema de ações" em constante articulação, um espaço dinâmico cuja definição é profundamente influenciada pelas relações sociais. Isso se reflete nas relações de poder, que moldam e são moldadas pelo território. Para Haesbaert (2023), o território não se limita ao controle estatal, mas envolve uma série de agentes que atuam em diferentes escalas, o que torna o controle territorial multifacetado.

Essa abordagem crítica do território dialoga com as ideias de Foucault (2008), ao reconhecer que o poder está presente em todas as relações sociais e se manifesta em múltiplas escalas. O filósofo destaca que o poder não se restringe ao Estado, mas opera de forma disciplinar sobre os corpos individuais, como na construção do "corpo-território", conceito discutido por movimentos sociais que lutam pela afirmação de identidades. Portanto, as relações de poder envolvem tanto dominação quanto resistência, e é justamente a possibilidade de resistência que garante a existência dessas relações.

Ao examinar a interseção entre o conceito de poder em Foucault (2008) e a noção de territorialidade em Bonnemaïson (2002), percebe-se que a visão foucaultiana do poder como uma presença difusa e multiescalar, que permeia e disciplina todas as relações sociais, o que complementa a ideia de territorialidade de Bonnemaïson (2002) como uma construção cultural e simbólica. Esta territorialidade transcende a mera dimensão espacial, manifestando-se como um "território-santuário", impregnado de valores e significados que refletem e reforçam identidades coletivas. Assim, a resistência que emerge das relações de poder também se reflete no território, visto que ele é carregado de práticas e significados culturais que operam tanto como força de preservação quanto de transformação.

Nesse sentido, o "corpo-território", articulado por movimentos sociais, pode ser compreendido como uma expressão prática da territorialidade, na qual a luta pela afirmação identitária opera em um espaço que é, simultaneamente, de resistência e de preservação cultural. A dialética entre dominação e resistência mencionada por Foucault (2008), a partir do conceito de heterotopia, encontra no território de Bonnemaïson (2002) um espaço concreto de disputa e reafirmação, em que o poder é exercido e contestado, refletindo tanto o desejo de segurança quanto de liberdade. Essa relação entre poder, corpo e território revela uma visão crítica sobre como o espaço é ocupado e significado, tornando-se uma arena de valores culturais e forças sociais em constante tensão.

Sack (1986) corrobora com essa convergência de pressupostos, defendendo uma definição de território que transcende a ideia de um espaço delimitado pelo Estado-nação. Para ele, a territorialidade humana é um fenômeno social e geográfico, enraizado na forma como as pessoas usam o espaço, se organizam e atribuem significado aos lugares. A territorialidade, nesse sentido, é um uso consciente e histórico do espaço, um componente para entendermos a interação entre sociedade e espaço.

Em consonância a Bonnemaïson (2002) e Sack (1986), o conceito de territorialidade, discutido por Saquet e Sposito (2009), refere-se à qualidade que o território adquire de acordo com sua utilização e apreensão pelo ser humano. Logo, essas definições abrem espaço para uma abordagem complexa, na qual o território não é apenas um espaço físico, mas um constructo social e simbólico, resultado de interações dinâmicas entre indivíduos e grupos.

Haesbaert (2007a) advertiu que o debate em torno da territorialidade é multifacetado, abrangendo desde uma dimensão mais restrita, como uma simples característica do território, até uma concepção mais ampla, na qual a territorialidade é vista como intrinsecamente

relacionada ao poder, espaço e identidade. A territorialidade, nesse caso, assume uma dimensão simbólica, ressaltando seu caráter imaterial, que pode funcionar como uma estratégia político-cultural, conferindo sentido e legitimidade a grupos sociais, independentemente da materialidade do espaço.

O intrincamento do conceito de territorialidade se manifesta na articulação entre o espaço geográfico e as relações sociais que o moldam. Para Little (2002), a territorialidade é um esforço coletivo de ocupação e controle de um determinado espaço, o que reforça a ideia de que o território é uma construção social. No entanto, o autor parece reduzir a territorialidade a uma dimensão material e biofísica, desconsiderando as nuances sociais e simbólicas envolvidas. Saquet (2010) criticou essa visão estática, destacando que o território é uma construção sócio histórica, imbuída de significados culturais, políticos e econômicos, os quais são continuamente negociados e redefinidos.

A territorialidade vai além da simples funcionalidade do território, abrangendo aspectos existenciais e simbólicos que influenciam a forma como as pessoas organizam e atribuem significado ao lugar. Essa dimensão multidimensional da territorialidade possibilita entender a forma como os territórios são vivenciados e produzidos. Saquet (2010) complementou essa visão ao afirmar que a territorialidade traduz as relações sociais diárias, como o trabalho, a família e a vida comunitária, revelando o enredamento das interações humanas com o espaço. A territorialidade, nesse sentido, é um processo dinâmico e flexível, que varia conforme as condições históricas e geográficas de cada lugar, conferindo identidade ao território. Portanto, é simultaneamente o resultado e condicionante do processo de territorialização, refletindo as dinâmicas de poder, identidade e pertencimento em diferentes escalas sociais e espaciais.

No campo da saúde, Monken *et al.* (2008) argumentam que o território na saúde deve ser entendido não apenas como uma divisão político-administrativa, mas como um espaço de práticas sociais e de interações humanas. No contexto da ESF, o território se torna o *locus* onde se articulam as condições de vida da população e as respostas do sistema de saúde. Para Gondim (2011), a territorialidade na saúde ultrapassa os limites institucionais, envolvendo subjetividades e experiências individuais e coletivas que afetam a organização dos serviços e as intervenções em saúde.

Essa interconexão entre território e saúde foi reforçada por Barcellos *et al.* (2002), sendo melhor visualizada nas áreas de maior vulnerabilidade social, onde a contemplação espacial dos territórios permite aos gestores e profissionais da saúde identificar as demandas

específicas de uma população e, assim, desenvolver intervenções mais eficazes. Ou seja, o território não é apenas um espaço geográfico, mas um campo de forças sociais que refletem as desigualdades e os riscos à saúde.

Para além da territorialidade, o território apresenta outro desdobramento denominado territorialização, que representa um conceito múltiplo, com raízes em diversas disciplinas, incluindo a Geografia, a Antropologia e a Saúde. De forma geral, a territorialização pode ser entendida como o processo pelo qual os indivíduos e grupos se apropriam, delimitam e controlam porções do espaço, conferindo-lhes significado e identidade (SACK, 1986). Essa apropriação se manifesta através de relações de poder, cultura, produção e, no caso da saúde, de práticas de cuidado e acesso a serviços (BARCELLOS *et al.*, 2002; GONDIM, 2011; MONKEN *et al.*, 2008).

No contexto da saúde, a territorialização adquire nuances específicas, pois envolve não apenas o espaço físico onde os serviços de saúde são oferecidos, mas também as interações sociais e os determinantes ambientais e sociais que influenciam a saúde das populações. Como destacam Barcellos *et al.* (2002), a análise espacial e o uso de indicadores são fundamentais para avaliar a saúde em diferentes territórios, permitindo uma compreensão mais ampla dos determinantes sociais que afetam a qualidade de vida. Assim, a territorialização na saúde possibilita uma análise contextualizada, em que as condições de vida, os riscos ambientais e as dinâmicas sociais de cada território influenciam diretamente na promoção e prevenção da saúde.

Haesbaert (2007b), ao tratar da multiterritorialidade, oferece uma importante contribuição para a aplicação da territorialização na saúde ao demonstrar que os indivíduos não se limitam a um único território, mas integram múltiplos espaços de vivência e pertencimento. Essa abordagem, como discutido anteriormente, trata-se de um dos princípios fundamentais da ESF, nos quais os profissionais da saúde precisam entender as diferentes territorialidades que afetam o cotidiano dos usuários. Gondim (2011) enfatizou que, na prática da ESF, a territorialização é uma ferramenta que permite conhecer o contexto de vida dos usuários e adaptar as ações de saúde às suas realidades, promovendo um atendimento mais humanizado e eficaz. Desta forma, a territorialização não apenas organiza o espaço de atuação da saúde, mas também potencializa a efetividade das ações ao incorporar as especificidades dos territórios, promovendo um cuidado mais próximo das realidades vividas pelas comunidades.

Por fim, a violência e as desigualdades sociais também são aspectos importantes na

discussão da territorialização na saúde. Hoefel *et al.* (2015) destacam que a violência, enquanto determinante social, está diretamente relacionada às condições territoriais e aos fatores de exclusão, afetando a saúde das populações vulneráveis. Desta forma, compreender a territorialidade e a territorialização é precioso para os profissionais da saúde na ESF, que devem adaptar suas práticas às especificidades de cada território e fortalecer as intervenções direcionadas às populações mais marginalizadas.

Esse entendimento do território e seus matizes na saúde, portanto, reflete uma abordagem integradora e crítica, que vai além da Geografia física, promovendo uma atenção à saúde que reconhece a importância das interações sociais e culturais e das condições de vida dos indivíduos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar como a territorialidade dos médicos se associa a forma como eles vivenciam a violência em seu processo de trabalho na ESF no município de Caratinga/MG

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar os pesquisados em relação aos dados sociodemográficos, de formação acadêmica e de atuação na ESF;
- Descrever as experiências de violência presenciadas e enfrentadas por médicos atuantes na ESF;
- Identificar na percepção dos entrevistados os fatores que contribuem para a ocorrência da violência vivenciada;
- Identificar a repercussão da violência sofrida sobre a saúde física e mental dos pesquisados, no âmbito profissional e pessoal;
- Conhecer as estratégias utilizadas para lidar com a violência no ambiente de trabalho
- Identificar como a territorialidade dos pesquisados (relações de poder, vínculos comunitários, organização do espaço de trabalho) se relaciona com a violência vivenciada.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

Tratou-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com abordagem qualitativa. O modelo de estudo descritivo, transversal é adequado para descrever as características de populações em relação a certas variáveis e seus padrões de distribuição, além de analisar a incidência e a inter-relação dessas variáveis em um dado momento (HOCHMAN *et al.*, 2005).

A pesquisa apresentou como ponto de partida a perspectiva qualitativa, a qual é utilizada para estudar a história oral, as relações, as percepções e as opiniões, que são resultado das interpretações feitas pelos seres humanos sobre como vivem, constroem seus artefatos, entendem a si mesmos, sentem e pensam. Esse método observacional envolve o contato direto entre o entrevistador e o entrevistado, permitindo o registro das informações por meio de entrevistas presenciais. Dessa forma, o pesquisador pode interpretar o que observou, ouviu e percebeu, mantendo, no entanto, o foco no significado que o entrevistado atribui à questão estudada (BAUER; GASKELL, 2002).

4.2 UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Caratinga/MG com médicos que atuam na ESF. O município de Caratinga conta com vinte e cinco unidades de ESF e atuam nessas unidades vinte e nove médicos. As unidades ESF Santa Cruz, Anapólis, Santa Zita e Limoeiro, funcionam em caráter estendido com atendimento em três turnos, das 07:00 às 00:00 horas, e contam com mais de um profissional médico. As demais unidades contam um médico atuante por 40 horas, das 07:00 às 17:00 horas (CNES, 2024).

Caratinga é um município brasileiro do interior do estado de Minas Gerais, região Sudeste do país. A população estimada do município é de 87.360 habitantes, com uma área territorial de 1.258.479 km² e 95,4% de escolarização entre 6 a 14 anos. Esta área é atravessada pela Rodovia BR-116 (Rio-Bahia), no sentido norte-sul, e faz parte da macrorregião de saúde do Vale do Aço. O município limita-se ao Norte e Nordeste com Inhapim; a Oeste, com Imbé de Minas, Piedade de Caratinga, Ubaporanga, Iapu e Ipaba; a Oeste Ipatinga e Timóteo; a Sudoeste com Bom Jesus do Galho, Vargem Alegre e Entre folhas; por fim, ao Sul com Raul

Soares, Santa Rita de Minas e Santa Bárbara do Leste com Mantena, no Estado de Minas Gerais. É constituído por dez distritos: Cordeiro de Minas, Dom Lara, Dom Modesto, Patrocínio de Caratinga, Santa Efigênia de Caratinga, Santa Luzia de Caratinga, Santo Antônio do Manhuaçu, São Cândido, São João do Jacutinga e Sapacuaia. A base da economia local é a produção de café e o comércio. A maioria dos domicílios apresenta PIB per capita de R\$ 24.518,79 (IBGE, 2022). Segundo dados do E-Gestor da Atenção Básica referente a dezembro/2020, o município de Caratinga apresenta um percentual de cobertura estimado de 89,94% da população assistida pela Atenção Básica (BRASIL, 2021).

Dos médicos que atuam na ESF do município de Caratinga, vinte e três possuem vínculo estatutário e seis compõem quadro do Programa Mais Médicos. Destes, quatro possuem residência médica em Medicina da Família e Comunidade, três são residentes de Medicina de Família e Comunidade, e os demais são generalistas (CNES, 2024).

4.3 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

A amostra foi constituída por médicos de ambos os sexos, que atuavam na ESF, e que possuíam vínculo trabalhista (relação de emprego) com o município de Caratinga/MG. Como critérios de inclusão/exclusão participaram da pesquisa os médicos que trabalhavam na ESF no município de Caratinga/MG há pelos menos 1 (um) ano. Foram incluídos todos os médicos que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo excluídos os que estavam de licença médica, de férias ou de afastamento, ou que não quiseram assinar o TCLE.

4.4 ESTUDO PILOTO

Para avaliar a forma como as questões serão abordadas e o tempo necessário para a entrevista, foi realizado um estudo piloto com um médico, respeitando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Os dados coletados nessa etapa não foram incluídos na pesquisa principal. O estudo piloto funciona como um teste em menor escala dos procedimentos, materiais e métodos planejados para uma pesquisa específica (MACKEY; GASS, 2005). Ele representa uma versão reduzida do estudo completo, na qual todos os procedimentos metodológicos são aplicados para possibilitar ajustes e melhorias nos instrumentos antes da realização da pesquisa principal. Conforme Canhota (2008) e Mackey e Gass (2005), o valor do

estudo piloto reside na oportunidade de avaliar, testar, aperfeiçoar e revisar os instrumentos de pesquisa, com o intuito de identificar e corrigir falhas ou problemas antes de iniciar a pesquisa definitiva.

4.5 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi encaminhada uma solicitação à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caratinga (APÊNDICE 1) que continha os objetivos da pesquisa e a metodologia a ser utilizada no seu desenvolvimento, tendo como intuito conseguir a autorização para a realização da pesquisa. Após recebimento do parecer favorável (ANEXO 1) para o desenvolvimento da pesquisa foi solicitado a SMS uma listagem com o nome e telefone de contato de todos os médicos atuantes na ESF de Caratinga/MG. Após recebimento desta listagem, com base nos critérios de inclusão/exclusão, foram enumerados todos os participantes da pesquisa. Assim a pesquisadora realizou contato telefônico com todos os possíveis entrevistados, convidando-os a participar da pesquisa. Tendo o aceite, foi agendado dia e horário para apresentar-lhes os objetivos e a metodologia da pesquisa, considerando a sua disponibilidade e o melhor local para a realização de uma entrevista.

No dia, local e horário combinados, o/a participante foi informado do caráter voluntário de sua participação na pesquisa, não havendo nenhuma penalidade para aqueles que optarem pela não participação, e que ao entrevistado foi garantido o direito de não ser identificado. Mediante a adesão voluntária os participantes assinaram o TCLE (APÊNDICE 2). O dia e horário agendados para a coleta de dados não interferiu no funcionamento das programações de trabalho já elaboradas pelo médico. A coleta dos dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE 3).

De acordo com Flick (2013) para as entrevistas semiestruturadas são preparadas perguntas que abarcam o objetivo do estudo. É elaborado um guia da entrevista para orientação do entrevistador, sendo que as perguntas não precisam seguir uma sequência padronizada, e o entrevistador não precisa ficar preso a formulação inicial exata das perguntas. O objetivo da entrevista é obter as visões individuais dos entrevistados sobre o tema em questão, e não havendo respostas suficientemente ricas, o entrevistador pode se aprofundar mais no que acreditar ser necessário. Nas aplicações das entrevistas semiestruturadas, é apenas no momento da entrevista que se decide quando e como sondar extensivamente.

O tema central deste estudo foi a violência vivenciada pelo trabalhador da saúde,

considerando o seguinte tópico: como os médicos que atuam na ESF no município de Caratinga/MG percebem e experienciam a violência em seu ambiente de trabalho?

No início da entrevista, a pesquisadora utilizou de um recurso denominado *rappport*, que teve por objetivo abrir as portas para uma comunicação fluente e bem-sucedida e criar aspectos comuns, gerando uma atmosfera de respeito e confiança entre a entrevistadora e o entrevistado (DEVREUX, 2011).

Feitas as transcrições, cada participante recebeu uma cópia da sua entrevista para a análise e aprovação e/ou correções. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 26 minutos. Algumas entrevistas se estenderam mais devido o envolvimento do participante.

Para resguardar a identidade dos entrevistados, as falas foram identificadas pelo número correspondente ao da entrevista. Os dados coletados durante a entrevista foram salvos em uma pasta no computador da mestrandia, com acesso à orientanda e orientadora por meio de senha, e posteriormente será arquivado por um período de cinco anos, no SAIS da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), localizado no bloco C2, sala 03, Campus II na Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Após este período o material será incinerado ou deletado, conforme o caso.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização deste estudo foram respeitadas as normas éticas estabelecidas pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – Ciências Humanas e Sociais e a Resolução Nº 580, de 22 de março de 2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVALE sob o parecer nº 7.483.398 (ANEXO 2).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

As características sociodemográficas, de formação acadêmica e de atuação na ESF dos entrevistados (idade, sexo, estado civil, escolaridade, locais de trabalho, tempo de formado, instituição de formação, especializações, tempo atuação na ESF, turno de trabalho e carga horária semanal) foram expressas utilizando-se a análise descritiva.

Os dados qualitativos coletados na entrevista referentes ao tema central deste estudo,

como os médicos que atuam na ESF no município de Caratinga/MG percebem e experienciam a violência em seu ambiente de trabalho, foram analisados a partir das informações obtidas pelas gravações realizadas e transcritas, imediatamente, pela pesquisadora. Para a apuração das falas (relatos dos entrevistados) foi utilizada a técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2016).

Esta técnica é uma avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens permitindo agrupar os dados em categorias para análise, dentro dos temas identificados (BARDIN, 2016).

Os textos não passaram por correções linguísticas, mantendo a espontaneidade das falas. A metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin é aplicada tanto na coleta quanto na interpretação dos dados das entrevistas qualitativas. Conforme Bardin (2016), a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que busca examinar dados de forma sistemática e objetiva, seja por meio de textos, gestos ou outros tipos de comunicação. O método visa identificar padrões, temas e significados que nem sempre são explícitos, permitindo uma compreensão mais profunda dos fenômenos estudados. A abordagem envolve etapas claras, como pré-análise, exploração e interpretação dos resultados.

Este conteúdo de análise, proposta por Bardin (2016) indica três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A primeira fase, a pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização, nela estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, bem definido embora flexível, envolvendo a leitura para um primeiro contato com os documentos que após, serão submetidos à análise e escolha deles. As entrevistas foram lidas obedecendo às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Na segunda fase, ou fase de exploração do material, foram escolhidas “Unidades de Codificação”, que compreendem a escolha de unidades de registro, recorte, a seleção de regras de contagem, enumeração, agregação, classificação de temas sintático, léxico e categorização. A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados; a inferência e interpretação. As informações que forem obtidas nos relatos foram catalogadas em temáticas relativas a cada item, as falas dos entrevistados analisadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DESCRIÇÃO DO PERFIL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para dar início ao processo de coleta de dados, a Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga disponibilizou à pesquisadora uma lista contendo os nomes dos médicos vinculados às 25 equipes da ESF do município. No total, foram identificados 29 médicos em atividade formal nas unidades. Contudo, uma das unidades encontrava-se sem médico no período de abril a junho de 2025, intervalo no qual as entrevistas foram conduzidas, reduzindo o número efetivo de possíveis participantes.

A partir da listagem inicial de profissionais, realizou-se a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos na pesquisa. Após essa etapa de triagem, 10 médicos não se enquadraram nos critérios de seleção: seis por apresentarem tempo de atuação inferior a um ano na ESF de Caratinga, dois por estarem em licença-maternidade, um em usufruto de licença-prêmio³ e outro afastado por licença médica.

Restaram, portanto, 19 profissionais que atendiam aos critérios estabelecidos. O contato com esses médicos foi realizado por telefone e via aplicativo *WhatsApp*, com a apresentação dos objetivos da pesquisa e o convite à participação. No primeiro contato, 13 médicos foram receptivos ao contato e retornaram. No entanto, seis desses profissionais expuseram o desejo de não participar da pesquisa. Entre eles, três alegaram insegurança no ambiente de trabalho, expressando receio de retaliações por parte da gestão municipal. Outros dois médicos, por sua vez, revelaram temor de comprometer a renovação de seus contratos temporários, preferindo não se indispor com a administração local — o que pode explicitar a fragilidade dos vínculos contratuais e seus efeitos sobre a autonomia profissional.

Adicionalmente, um médico, embora tenha aceitado participar da pesquisa, não confirmou o agendamento da entrevista mesmo após diversas tentativas de contato, realizadas em diferentes semanas, o que inviabilizou sua inclusão como participante. Por outro lado, um caso de adesão espontânea foi registrado: um médico que não havia respondido a nenhum dos contatos telefônicos demonstrou interesse ao encontrar a pesquisadora pessoalmente,

³ A licença-prêmio, conforme o Estatuto do Servidor Público de Caratinga (Brasil, 1990c), consiste em uma modalidade de afastamento remunerado do exercício funcional conferida ao servidor público municipal que após cada quinquênio ininterrupto de exercício, o funcionário efetivo faz jus a três meses de licença-prêmio com a remuneração integral do cargo efetivo.

manifestando desejo de colaborar com a pesquisa e sendo, então, incluído pois também atendia a todos os critérios de inclusão. Ao final, foram realizadas entrevistas com oito médicos da ESF. Destes, um foi utilizado para a realização do estudo piloto da entrevista, sendo os dados dos demais sete incorporados à análise final da pesquisa.

A partir dos dados obtidos na pesquisa realizada com sete médicos atuantes na ESF em Caratinga/MG, tornou-se possível caracterizá-los quanto aos dados sociodemográficos, delinear um panorama sobre o perfil acadêmico e profissional, e as particularidades na atuação na ESF. Considerando o delineamento metodológico e os aspectos éticos que orientaram esta pesquisa, optou-se por não apresentar um quadro sistematizado com as características sociodemográficas dos participantes. Tal decisão fundamenta-se nas especificidades do campo empírico e no reduzido número de entrevistados, o que poderia favorecer a identificação indireta dos sujeitos, sobretudo quando associadas informações como tempo de atuação, formação profissional, território de trabalho e vínculos institucionais. A exposição desses dados, ainda que de forma agregada, poderia comprometer o princípio do anonimato e da confidencialidade, assegurados pelo TCLE e pelas normativas éticas vigentes para pesquisas envolvendo seres humanos. Dessa forma, privilegiou-se a proteção da identidade dos participantes, em consonância com os preceitos éticos da pesquisa qualitativa, preservando a integridade dos sujeitos e garantindo que suas narrativas pudessem ser expressas de maneira segura, sem riscos de reconhecimento ou constrangimento.

A análise das entrevistas revelou que a maioria dos participantes era composta por médicos jovens, com idades variando entre 26 e 51 anos, predominando os profissionais com formação recente, oriundos de instituições privadas. Esse contexto reforça a tendência observada por Barbosa *et al.* (2019), Santos *et al.* (2019) e Sturmer *et al.* (2020) de que a ESF tem sido ocupada majoritariamente por profissionais em início de carreira, muitas vezes sem especialização consolidada na área de APS. Não obstante, tais resultados, são ratificados, ao analisar os que possuíam o Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) e os com especialização em Medicina de Família e Comunidade, dos quais foi minoritária entre os entrevistados, embora alguns estivessem cursando ou tivessem concluído formações nessa área. Esse dado remete à reflexão de Sturbelle *et al.* (2019), ao sugerir que ainda há lacunas formativas importantes frente à complexidade e às exigências próprias do trabalho nas ESFs.

No tocante à formação complementar, parte dos participantes mencionou ter realizado capacitações voltadas à APS, embora poucas tenham ocorrido de forma presencial ou com carga

horária significativa. Essa fragilidade formativa pode estar relacionada, como defendem Barbosa *et al.* (2019), à dificuldade em manejar a complexidade dos territórios e as múltiplas demandas da população, gerando frustração tanto nos profissionais quanto nos usuários.

Sob o ângulo sociodemográfico, observou-se uma relativa heterogeneidade entre os entrevistados quanto ao gênero e estado civil, embora tenha havido predominância de profissionais do gênero masculino e casados. Essa última variável, pode influenciar o grau de inserção dos médicos na comunidade e o modo como constroem vínculos com a população, sobretudo quando articuladas às condições de trabalho e ao tempo de permanência na mesma unidade. À luz dos conceitos de que o território e a territorialidade são como construções simbólicas e relacionais discutidos por Haesbaert (2007a) e Monken *et al.* (2008), pode-se inferir que profissionais casados, com outras pessoas que residem na mesma cidade da atividade laboral tendem a apresentar maior fixação territorial, facilitando o desenvolvimento de laços interpessoais e de confiança com os usuários.

No que se refere à atuação profissional, todos os entrevistados estavam alocados em uma única unidade de ESF, com jornadas semanais que variavam de 20 a 40 horas, sendo a maioria em regime de 40 horas semanais. Também foi identificada a presença de médicos atuando tanto em áreas urbanas quanto rurais, com maior concentração no espaço urbano. Ainda assim, alguns relataram atuação em localidades com desafios significativos em termos de acesso. Essa distribuição reforça o papel da ESF como estratégia de capilarização do cuidado nos territórios, conforme argumenta Gusso *et al.* (2019), para quem o território é elemento estruturante da prática em saúde, determinando não apenas a forma de interação com os usuários, mas também os modos de reconhecimento das demandas e de organização do cuidado.

Nesse contexto se evidenciam os efeitos da territorialidade sobre a prática médica, como destacaram Monken *et al.* (2008) e Haesbaert (2007a), que não se limita à delimitação geográfica da área de atuação da equipe de saúde, mas envolve a forma como o profissional se apropria do espaço, circula por ele, participa da vida cotidiana da população e constrói significados compartilhados. Por conseguinte, em consonância com Kano *et al.* (2012) e, Pierantoni e Magnago (2015), médicos que mantêm vínculos frágeis com o território — por questões pessoais, contratuais ou estruturais — tendem a experienciar sua atuação de forma distanciada, instrumental e, muitas vezes, marcada por frustração e desgaste. Por outro lado, aqueles que conseguem se inserir mais profundamente nas redes comunitárias tendem a desenvolver estratégias mais efetivas de cuidado e enfrentamento dos conflitos locais, inclusive

no que diz respeito à prevenção da violência.

5.2 VIOLÊNCIA VIVENCIADA NO TRABALHO EM SAÚDE: TEMÁTICAS E CATEGORIAS RESULTANTES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Com base na análise do material textual proveniente das entrevistas com os médicos que atuavam nas ESFs em Caratinga/MG, e utilizando a análise de conteúdo de Bardin, emergiram quatro temáticas e suas respectivas categorias (Quadro 1). Este processo permitiu desvelar os significados, percepções, sentimentos, estratégias e as relações que os entrevistados estabeleceram com o espaço (físico e simbólico) antes, durante e depois das situações de violência. Para uma interpretação aprofundada, os resultados foram analisados à luz de conceitos como território, territorialidade, poder, espaço usado, multiterritorialidade e autonomia, evidenciando que a violência, longe de se restringir a eventos isolados, constitui-se em um fenômeno relacional e dinâmico, que tanto molda quanto é moldado pelas territorialidades vivenciadas. Essa abordagem teórica revelou que as experiências relatadas se inscrevem nas interações cotidianas, nas dinâmicas institucionais e nas condições estruturais do trabalho médico na ESF, permitindo articular dimensões subjetivas, institucionais e territoriais para uma compreensão abrangente da forma como esses profissionais vivenciam, reconhecem e respondem às diferentes expressões da violência no seu contexto laboral.

Quadro 1 - Descrição das temáticas e categorias resultantes da Análise de Conteúdo de Bardin.

Temática	Categorias
1. Percepções conceituais e manifestações da violência no Ambiente de Trabalho na ESF	1. Significados atribuídos à violência
	2. Violência como fenômeno social e estrutural
	3. Reconhecimento das violências presenciadas
	4. Violência vivenciada em sua concretude
2. Repercussões da violência na saúde e no viver dos médicos	1. Efeitos sobre o desempenho e bem-estar no trabalho
	2. Adoecimento físico e psíquico
	3. Transbordamentos para a esfera pessoal
3. Fatores contextuais e dimensões territoriais da violência	1. Condições estruturais que favorecem a violência
	2. Expectativas e conflitos na relação com o usuário
	3. Ausência de suporte e gestão fragilizada
	4. (In)visibilidade dos canais institucionais

Temática	Categorias
	5. Territorialidade como marcador de risco
4. Corpo, Território e Relações de Poder nas Experiências de Violência	1. O território vivido como campo de relações e tensões
	2. Corpo-território e reconfiguração da prática médica
	3. Multiterritorialidade e estratégias de reterritorialização

Fonte: Dados da pesquisa, 2025

5.2.1 Temática 1 - Percepções conceituais e manifestações da violência no ambiente de Trabalho na ESF

Esta temática demonstra como os participantes da pesquisa conceituam e identificam a violência no ambiente de trabalho na ESF, revelando as diferentes formas em que ela se manifesta e é percebida em sua rotina profissional.

Compreender a violência no ambiente de trabalho na ESF exige ir além da dimensão meramente factual dos episódios de agressão. Exige, sobretudo, explorar os sentidos atribuídos a essas experiências pelos próprios sujeitos que as vivenciam, neste caso, os médicos. A violência, está longe de se restringir à fisicalidade do ato agressivo: ela habita o cotidiano institucional, as relações com os usuários, a lógica de funcionamento do sistema e, mormente, o modo como os profissionais a reconhecem, nomeiam ou silenciam.

É nesse terreno instável entre o vivido e o interpretado que se ancoram as percepções conceituais e as manifestações da violência na ESF. Minayo e Assis (2017) advertem que a violência, quando se instala no espaço do trabalho, torna-se um marcador da desestabilização das relações humanas, desestruturando a função simbólica do trabalho como espaço de criação, reconhecimento e pertencimento. Essa ruptura é, muitas vezes, silenciosa e naturalizada. Como lembra Modena (2016), a violência não se esgota no uso explícito da força, mas assume formas simbólicas e estruturais que corroem subjetividades e o corpo, e desautorizam o sujeito em sua dignidade profissional.

Mendonça *et al.* (2020) observaram, em análise sobre violência na APS no Brasil, a invisibilidade desses fenômenos no cotidiano das equipes e a necessidade de reorganizar o processo de trabalho para incorporar abordagens socioculturais e intersetoriais, superando a lógica baseada na queixa individual

Esses resultados reverberam com relatos no contexto da ESF de Caratinga/MG, nos quais os médicos mencionaram pressões cotidianas e condições de trabalho fragilizadas, ainda que sem possibilidade de generalização para todos os serviços. Pioner (2012) aponta que, em ambientes da APS, a combinação de trabalho precário e assédio moral pode culminar em ambientes laborais degradantes, com impactos sobre o bem-estar físico, moral e emocional dos profissionais.

A teoria da "violência invisível" de Žižek (2010) ilumina esse fenômeno ao observar como a violência se naturaliza nas ordens institucionais e sociais. Para os entrevistados, essa forma invisível se manifesta na tensão entre os papéis do médico: servidor público, representante do Estado e, simultaneamente, alvo de frustrações sociais. Essa ambiguidade dificulta a distinção entre atribuições profissionais e responsabilidades políticas, ampliando o desgaste emocional e prejudicando o reconhecimento de experiências violentas.

Em consonância, as contribuições de Foucault (2008) ressaltam que o poder circula de modo capilar, atuando sobre corpos e normas cotidianas. Dessa forma, a violência surge não como exceção, mas como componente das práticas disciplinares. Na ESF, este poder é contemplado no fato de que os profissionais se veem submetidos a normas, vigilâncias e expectativas institucionalizadas.

Por fim, ao se reconhecerem como vítimas, os médicos enfrentam um paradoxo ético: o de cuidar enquanto sofrem; o de permanecer enquanto adoecem; o de se vincular ao território enquanto experimentam o medo. Essa ambivalência reflete a construção da violência como fenômeno social, estrutural e experiencial, somado a afetos, contextos e disputas simbólicas.

Portanto, não se trata apenas de mapear episódios de violência, mas de decodificar seus sentidos, legitimar o desconforto e mobilizar a crítica como ferramenta de transformação institucional.

5.2.1.1 Categoria 1. Significados atribuídos à violência

Esta categoria investiga como os entrevistados definem a violência, identificando agentes, contextos e delineamentos que marcam suas fronteiras conceituais.

Os sentidos atribuídos à violência pelos médicos entrevistados não são homogêneos nem lineares. Ao contrário, emergem de um campo de elaboração emocional e conceitual no qual a experiência concreta se mescla à linguagem ainda incerta e à descoberta de sentido. As compreensões relatadas expressam singularidades que refletem tanto posicionamentos

subjetivos quanto atravessamentos institucionais e territoriais da prática médica.

A violência não se limita à agressão física ou ameaça explícita, mas configura-se como um espectro que se estende desde a quebra do respeito interpessoal até a negação simbólica do valor profissional dentro do SUS. Nesse mesmo sentido, LEITE *et al.* (2020) apontam que, no âmbito da ESF, a sobreposição de demandas assistenciais, as pressões externas e a insegurança institucional operam como fatores que degradam o ambiente de trabalho, comprometendo não apenas a saúde física e emocional dos profissionais, mas também o reconhecimento e a valorização de sua prática clínica:

“Não sei se seria uma violência, mas teve toda uma situação comigo que vazou na internet...vazou assim...que postaram que a médica se recusou a atender o paciente. Eles me demitiram nessa época. Porque vazou. Um paciente fez um vídeo na unidade vazia falando que a médica tinha se negado a atender o paciente. Depois a paciente foi atendida, mas isso não vazou, sabe? Então foi uma situação que eu acho que também foi uma situação de... de violência no sentido da gestão, porque eles não escutaram a minha versão da história e também do próprio paciente, que não teve essa sensibilidade de entender o que estava acontecendo...” (Entrevistado 6)

“Violência. Ah, eu acho que a violência deve estar muito relacionada com causar algum mal ali, né? Ah...Eu acho. Pode ser psicológico, físico, metal, né? Eu acho.” (Entrevistado 4)

Nestes relatos, percebe-se um esforço de nomeação vaga, com o uso de expressões como “não sei” e “pode ser”, que indicam não ignorância, mas a fluidez do conceito vivido. A violência parece ser um sentir que precede a compreensão racional, intuída no corpo e nas relações, e só depois traduzida em linguagem. Essa dificuldade de nomeação encontra respaldo em Busnello *et al.* (2021), que demonstram como a naturalização de episódios violentos na ESF pode torná-los invisíveis para os próprios profissionais.

Essa forma de entender a violência encontra ressonância, na obra de Modena (2016), que afirma que, no contexto da saúde, a violência deve ser compreendida além de suas formas físicas, sobretudo como produtora de sofrimento ético e simbólico. Dejours (1994) complementa essa análise ao indicar que o sofrimento psíquico no trabalho frequentemente decorre da vivência de situações reconhecidas como injustas, mas que não são denunciadas por temor, isolamento ou banalização coletiva.

Outra dimensão apontada por Leite *et al.* (2020) refere-se às agressões psicológicas (xingamentos, intimidações, ameaças) que afetam a saúde mental dos profissionais e impactam a qualidade do atendimento. Assim, as manifestações simbólicas da violência podem produzir

efeitos concretos no cotidiano profissional, consolidando a violência como um fenômeno simultaneamente subjetivo e institucional, visível e frequentemente invisibilizado.

Em contraste, a fala do entrevistado 5 apresenta uma definição mais crítica e deliberada:

“O médico de postinho, né, essa depreciação, né. [...] Além de falta de respeito, eu vejo como uma violência. [...] Gente falando que tira quem quiser dali na hora que quiser, tipo, tiro qualquer um de vocês aqui na hora que vocês quiserem. Gente chamar, por exemplo, você é uma medicazinha de posto, né? Eu vou num médico de verdade. Isso não é um tipo de... Além de falta de respeito, eu vejo como uma violência. Porque pela desvalorização do médico da família que não tem plano de carreira, uma coisa vai puxando a outra, eu vejo dessa forma.” (Entrevistado 5)

Neste ponto, nomeia a “depreciação” e o estigma de “médico de postinho” como formas simbólicas de violência. Essa desvalorização institucional manifesta-se no desprestígio da função e na ausência de reconhecimento, especificamente, quando para o entrevistado isto está associado à falta de um plano de carreira, o que, para ele, compromete a identidade profissional e o senso de pertencimento à Medicina de Família e Comunidade.

Todavia, Santos *et al.* (2023) sinalizam que há avanços em curso, como a criação de trajetórias profissionais e incentivos no Programa Mais Médicos, com formação em medicina de família e comunidade, progressão funcional e estímulos salariais, que visam legível valorização do médico na APS.

Dessa forma, enquanto os primeiros relatos apontam para uma violência vivida como sofrimento relacional impreciso, o terceiro se firma numa crítica socioprofissional – a violência como desvalorização estruturada do trabalho médico na ESF. Essas diferenças nos significados atribuídos sugerem que os profissionais elaboram suas compreensões da violência a partir do que Foucault (2012) denomina como diferentes “lugares de enunciação”, uns falam do campo da afetividade relacional, outros do campo da crítica institucional. Em paralelo, Pereira *et al.* (2023) aprofundam essa tensão ao mostrar que sensações subjetivas de inadequação ou linguagem vaga tendem a ser desprezadas em favor de abordagens biomédicas reativas. Em consonância, Mendonça *et al.* (2020) observam que, quando os próprios profissionais não reconhecem a violência como um problema legítimo da APS, sua invisibilidade persiste, reduzindo possibilidades de enfrentamento.

Essa pluralidade de significados está alinhada à proposta de Minayo e Assis (2017), que apontam a violência como fenômeno multidimensional, sendo tanto interpessoal quanto

ligado às condições objetivas de trabalho. A violência simbólica de Žižek (2010) aparece nas situações em que o médico é inferiorizado simbolicamente, não pela agressão física, mas pela naturalização de sua subestimação, como no discurso que para o entrevistado seria depreciativo denominá-lo como “médico de postinho”.

A análise desta categoria, portanto, revela que os sentidos atribuídos à violência pelos entrevistados se constroem em um campo híbrido, entre a sensação e o conceito, afeto e crítica, e desconforto e linguagem possível. Baquero (2025) endossa essa visão, articulando que a violência se materializa em dispositivos marginalizantes entrelaçados às demandas sanitárias, e vive-se como experiência coletiva vulnerabilizante, transcendendo formas convencionais de proteção e prevenção.

5.2.1.2 Categoria 2. Violência como fenômeno social e estrutural

Esta categoria revela como os participantes percebem a violência na ESF não apenas como episódios isolados de agressão, mas como fenômeno social e estrutural, conectado às condições de trabalho, à organização do serviço e às desigualdades sociais. Para os entrevistados, a violência sobrepuja a experiência individual, sendo interpretada como expressão de fragilidades institucionais, precarização das políticas públicas e lacunas no cuidado coletivo, uma compreensão que articula vivência diária e leitura crítica da realidade.

O olhar dos participantes sinaliza uma transição epistemológica: da narrativa da experiência imediata à compreensão crítica e contextualizada da violência. Este movimento analítico, a partir das inferências de Fórido *et al.* (2020) e Sé *et al.* (2020), indicam que o sofrimento profissional pode ser entendido não apenas como resposta individual e reativa a incidentes pontuais, mas como sintoma de processos macrossociais e estruturais. Essa perspectiva dialoga com a psicodinâmica do trabalho de Dejours (1994), que analisa a complexa relação entre prazer, sofrimento e ambiente laboral.

Observa-se que a violência é percebida como consequência do colapso das políticas públicas de saúde, posicionando-se como contraponto crítico ao ideal de universalidade e integralidade do SUS (Brasil, 1990a, 1990b; Giovanella *et al.*, 2012). Apesar dos avanços proporcionados pela ESF no acesso e na redução de internações por condições sensíveis, Pinto e Giovanella (2018) destacam que a precarização da atenção básica, conforme Furtado *et al.* (2021), emerge como vetor de sofrimento. Essa precarização se expressa na insuficiência de recursos humanos e materiais, na sobrecarga de trabalho e na naturalização de agressões,

contribuindo para o desgaste e o adoecimento dos profissionais, favorecendo o adoecimento e fenômenos como a Síndrome de Burnout (Mendes *et al.*, 2020; Lopes *et al.*, 2022; Da Silva Junior *et al.*, 2021). O medo constante e a sensação de vulnerabilidade também são reconhecidos como elementos adoecedores (Bailey, 2008).

A dimensão estrutural da violência é reforçada, para Kano *et al.* (2012) e Santos *et al.* (2017), pela fragmentação da rede de apoio institucional e psicossocial, bem como pela ausência de um pacto coletivo de cuidado aos trabalhadores da saúde. Para Centenaro *et al.* (2023), essa carência de suporte intensifica não só o sofrimento individual, mas também contribui para a subnotificação da violência e para sua normalização no ambiente laboral. Assim, a violência deixa de ser mera questão interpessoal e passa a ser entendida como problema de saúde pública, com raízes sociais, institucionais e organizacionais, como defendem Minayo e Assis (2017), OMS (2002), Dahlberg e Krug (2007), Hoefel *et al.* (2015).

No entanto, esse reconhecimento da violência estrutural não é uniforme entre os profissionais entrevistados. A percepção varia conforme o tempo de inserção na comunidade, o grau de formação crítica e o apoio institucional. Observou-se que médicos com menor tempo de atuação tendem a enxergar a violência como resultado de atitudes individuais dos usuários, desconsiderando os fatores históricos e coletivos, o que, de acordo com Guimarães *et al.* (2023), propõem a hipótese de uma percepção limitada à dimensão imediata do conflito. Em contrapartida, profissionais com maior tempo de atuação interpretaram a violência como expressão de problemas sistêmicos, incluindo falhas organizacionais e precarização da APS, refletindo, sintonia ratificada por Baquero (2025) e Guimarães *et al.* (2023):

"Ah, assim, o que eu mais vivo mesmo é relacionado à violência do paciente mesmo com a gente. Sabe? O que mais acontece é isso. Tanto... Comigo nunca aconteceu, mas existe muita violência física mesmo, de querer alguma coisa, que impor alguma coisa. E chegar ao ponto de virar uma violência física mesmo, uma agressão, algo do tipo, mas diariamente a gente passa por violências assim, mesmo que mascaradas assim psicológicas, né? E de querer nos impor as coisas que eu acho que ferem também a gente, né?" (Entrevistado 4)

Essa percepção imediatista, focalizada na figura do usuário, pode reduzir a complexidade da violência à manifestação pontual, ignorando sua raiz institucional e social. Leite *et al.* (2021) alertam que, embora a agressão verbal seja legítima, sua isolamento dos determinantes estruturais empobrece a análise e desconsidera o contexto que a promove. Essa perspectiva, pode ser resultado da ausência de problematização crítica das condições

institucionais e sociais subjacentes, incluindo a precariedade dos serviços, a insuficiência do acesso à saúde e a fragilidade das políticas públicas, que são elementos estruturantes do contexto em que os conflitos emergem.

Além disso, Guimarães *et al.* (2023) e Santos *et al.* (2017), apontam que a falta de apoio institucional e vínculos frágeis com o território dificultam a formulação de uma visão sistêmica e política sobre a violência. Sem um arcabouço teórico fundamentado nos determinantes sociais do SUS e nas nuances históricas da relação usuário-serviço, os trabalhadores tendem a enxergá-la apenas como fenômeno imediato, limitando iniciativas preventivas e transformadoras.

Por outro lado, autores como Mendonça *et al.* (2020) e Batista *et al.* (2011) enfatizam que a violência na saúde deve ser compreendida como um fenômeno complexo, envolvendo dimensões intersubjetivas e contextos institucionais que propiciam sua ocorrência e perpetuação. Dessa forma, enquanto a percepção centrada na agressão do usuário é materialmente sentida, ela deve ser criticamente reavaliada e ampliada para considerar os determinantes sociais, políticos e organizacionais que sustentam a violência no campo da saúde, promovendo uma leitura mais profunda e integrada do fenômeno.

Em contrapartida, o olhar de um médico mais experiente revelou um entendimento ampliado, que conecta a violência à falência do Estado e à precariedade das condições sociais:

"Eu acho que a visão que as pessoas têm, sabe, de um médico como um superpoder de resolver todas as situações e de... Como se ele não fosse um ser humano, sabe? Nossa o médico ganha muito dinheiro, ele tem que atender a gente, sabe, a qualquer horário, ele tem que estar disponível. Eu acho que nessa visão que as pessoas têm, sabe, de que você tem que resolver tudo, ou que se você não fizer o que eles querem, né? Assim, ah, eu quero um exame de sangue. Então, se você não me passar o exame, você tem que me passar o exame, porque, né? Eu tô pagando, eu pago, né? O pessoal, ah, eu tô pagando imposto, então eu tenho direito. Então, acho que muito dessa visão, assim, das pessoas, que as pessoas têm, né? Da própria gestão também, sabe? De não escutar mesmo o nosso lado, de não colocar sempre paciente, sempre tendo razão. E eu acho que a política também, sabe? Dessa questão de... Igual porque o vereador pediu, você tem que fazer não sei mais o quê." (Entrevistado 6)

O profissional desloca o foco da ação agressiva para suas causas estruturais, identificando na exaustão da população e na ineficiência das políticas públicas o pano de fundo dos conflitos. Essa leitura alinha-se à perspectiva de Minayo e Assis (2017), que destacam a violência no trabalho em saúde como expressão de injustiças sociais e negligência institucional. Também converge com o pensamento de Žižek (2010), para quem a violência mais profunda é aquela que se naturaliza no funcionamento estrutural do sistema — a precariedade, sobrecarga

e sofrimento passados como normais.

Além disso, esse último fragmento apresenta o médico da ESF, sendo muitas vezes, o “rosto visível” do Estado ausente, um receptor das frustrações sociais acumuladas. Tal percepção remete à análise de Arendt (1994), que sugere que a violência emerge quando o poder, neste caso institucional, perde sua legitimidade, e, no vácuo da autoridade, instala-se o conflito direto, mediado por medo, ressentimento e desamparo mútuo.

Essa perspectiva sistêmica, contudo, não surge automaticamente com a passagem do tempo, como observam Mendonça *et al.* (2020), mas está ligada à posição institucional, redes de apoio e vivências subjetivas acumuladas no exercício profissional. Assim, a diferença entre as percepções não pode ser reduzida a um fator meramente geracional, ela pode emergir da interseção entre experiência prática, capital simbólico adquirido (Bourdieu, 2007), engajamento político e vínculos territoriais estabelecidos.

5.2.1.3 Categoria 3. Reconhecimento das violências presenciadas

Esta categoria demonstra que a violência, ainda que não seja vivida diretamente pelos médicos, é percebida quando testemunhada no cotidiano da ESF. Os relatos mostram que tais episódios repercutem emocional e profissionalmente, afetando o sentido de pertencimento, a segurança no território e a coesão da equipe.

Para Guimarães *et al.* (2023) e Leite *et al.* (2021) a violência não se restringe às agressões dirigidas diretamente pelos médicos, mas estende-se às observações de hostilidades e desrespeitos experimentados por outros integrantes da equipe, o que contribui para um ambiente de trabalho permeado por tensões e inseguranças. Pereira *et al.* (2023) e Lima (2021) reforçam que a observação recorrente de situações hostis dirigidas a colegas intensifica o impacto psicoemocional e reforça a percepção de precariedade institucional. Essa vivência indireta amplia a dimensão do problema, evidenciando que a violência constitui um fenômeno transversal e estruturante nas relações de trabalho da ESF.

A violência presenciada pelos entrevistados ocorre em diferentes formas (verbais, simbólicas e institucionais), e parte de diferentes agentes, tanto externos (usuários e familiares) quanto internos (gestores e colegas):

"A minha colega de trabalho no atendimento de uma gestante que faz acompanhamento de uma gestação de alto risco, mas que não tem...e... sem critérios nenhum para afastamento do trabalho, foi assim verbalmente agredida dentro da

unidade porque ela não deu um atestado de afastamento do trabalho e houve ameaça por parte da paciente com a profissional e foi bem assustador assim" (Entrevistado 4)

Esse excerto explicita um episódio em que o médico ocupa a posição de espectador envolvido, sendo afetado pelo sofrimento da colega. Mendonça *et al.* (2020), Minayo e Assis (2017) e Santos *et al.* (2017) apontam que, além do desgaste pelo contato com a violência direta, a precariedade de políticas institucionais voltadas à prevenção e suporte contribui, para a naturalização do problema:

"Então, aí que não toma uma providência mesmo em relação à paciente que teve lá, né, sabe, ameaçando quebrar o posto. Ela pegou uma cadeira para jogar na enfermeira, sabe? Então, sim, ficou por isso mesmo." (Entrevistado 5)

Neste ponto, observa-se a naturalização da violência e sua incorporação a rotina laboral como algo esperado, sobretudo diante ao silêncio institucional. Como analisa Žižek (2010), a violência pode se manifestar de forma insidiosa e rotineira, sendo assimilada como parte da gestão do trabalho.

Além disso, as agressões ocorrem em contextos variados, como visitas domiciliares a paciente acamados ou impossibilitados de sair de casa devido enfermidade incapacitante:

"Durante uma visita domiciliar, a paciente começou a falar alto, dizendo que a agente comunitária tava levando fofoca da vida dela pra unidade. Eu tava junto, tentei intervir, mas ela ficou mais exaltada ainda." (Entrevistado 7)

Nesse cenário, o território, que deveria ser espaço de cuidado, converte-se em local de exposição e hostilidade. Como discutem Monken *et al.* (2008), o território vivido está atravessado por relações de poder, afetos e memórias. Quando o elo de confiança entre comunidade e profissionais se rompe, o território pode se transformar em espaço de risco para profissionais. Nessas circunstâncias, os profissionais se veem acuados, fragilizados e expostos, perdendo a segurança e o pertencimento ao território que deveria ser também seu local de cuidado.

Apesar de comumente serem analisadas como práticas exercidas contra os profissionais, as agressões também podem ter origem na própria equipe de saúde. Ainda que não sejam direcionadas especificamente ao médico, tais manifestações de violência reverberam no coletivo, configurando-se como ameaça simbólica capaz de desestabilizar o ambiente laboral

e fragilizar os vínculos entre seus membros. Conforme ressaltam Busnello *et al.* (2021), os efeitos da violência extrapolam o sujeito diretamente atingido, alcançando todo o grupo, com repercussões negativas sobre o desempenho profissional, o bem-estar individual e a segurança assistencial.

“A falta de respeito, tanto da população quanto da sua equipe, aquilo ali já te tira...Eu graças a Deus, não vejo isso mais, eu já presenciei situações de paciente gritar, de enfermeiro ou técnico...mas isso vai de acordo com o profissional. O profissional que faz esse respeito todo, entendeu? Ele que se dá respeito, mas ele também tem que aceitar isso tudo.” (Entrevistado 2)

Por conseguinte, a violência assistida constitui parte do sofrimento no trabalho, influenciando a percepção de segurança, pertencimento e propósito profissional. A repetição desses episódios, somada à inércia da gestão, contribui para um clima institucional adoecedor. Dejours (1994) já havia observado que o sofrimento laboral decorre não apenas da violência em si, mas da impossibilidade de agir eticamente diante de situações injustas.

Destarte, reconhecer e nomear as violências presenciadas é uma forma de romper com o silenciamento institucional e transformar o sofrimento em objeto coletivo de análise e enfrentamento.

5.2.1.4 Categoria 4. Violência vivenciada em sua concretude

Esta categoria patenteia que os médicos da ESF não apenas reconhecem, mas vivenciam a violência em sua materialidade, expressa em agressões verbais, intimidações psicológicas, desqualificações simbólicas e coerções institucionais.

A concretude da violência assume múltiplas formas, ora em episódios pontuais e explícitos, ora em dinâmicas silenciosas e persistentes. As falas dos entrevistados revelam experiências pessoais de agressão verbal, intimidação psicológica, desqualificação simbólica e coerção institucional, que nem sempre são nomeadas como violência. Isso reforça o processo de naturalização abordado por Vasconcelos *et al.* (2022), que validam que o sofrimento é incorporado à rotina de trabalho, banalizado ou silenciado, sobretudo em contextos marcados por vulnerabilidade territorial, baixa resolutividade do sistema e escassa proteção institucional.

A violência verbal emergiu de forma recorrente nos relatos, manifestando-se em insultos, gritos e ameaças:

“Começou a esculachar a gente inteiro [...]. Que médico é esse? Que não me passou um remédio? Que isso que eu fui na consulta não me passou um remédio pra colesterol? Não me passou um dipirona? Que eu tô morrendo de dor? Que eu tô muito

grave? Que eu tô só inchando a ponto de explodir? Que ele é um charlatão, que sei lá o que, me xingou inteiro, falou que vai me falar mal de mim, pra Caratinga inteiro [...] e começou a falar que ela tem o direito dela. Começou a me cagar inteiro." (Entrevistado 2)

A violência verbal e a humilhação pública vivenciada nesse episódio não apenas causa constrangimento, mas desgasta o sentido do trabalho, expondo o profissional a julgamentos que desconsideram as múltiplas dimensões de sua função. Como pontuam Minayo e Assis (2017), a violência contra profissionais da saúde emerge, muitas vezes, da incompreensão dos papéis institucionais e da desinformação dos usuários, potencializada pela fragilidade estrutural. Essas situações, portanto, indiciam que a agressão não se restringe a atos pontuais, mas se insere em uma lógica de desgaste das relações sociais e institucionais, marcadas por frustrações mútuas e escassez de recursos.

Não se trata, portanto, apenas de um conflito interpessoal, mas de um sintoma do colapso da política pública naquele território. A violência, assume a forma de descontrole emocional diante da precarização, uma leitura que se articula à análise de Arendt (1994), segundo a qual a violência emerge quando o poder institucional perde sua legitimidade.

"Aconteceu uma vez, eu estava recebendo... Eu trabalhava na saúde na hora de 5 às 10 e eu estava recebendo a minha comida que eu tinha pedido para comer. Estava muito cheio o posto. Eu tinha trabalhado cedo, que a gestão tinha pedido para eu trabalhar cedo para cobrir não sei aonde, não lembro. E aí, uma paciente foi... E foi dentro do consultório onde eu estava comendo, reclamar comigo, que eu não tinha o direito de comer, que eu tinha que atender a filha dela, que estava passando mal, e estava com febre, mas não estava com febre, eu lembro que as meninas fizeram a triagem. E eu perguntei ao enfermeiro, posso fazer uma pausa? Vai fazer sua pausa para o lanche. E aí ela foi reclamar, eu lembro direitinho, foi uma situação que eu fiquei assim... É como se eu não tivesse direito, isso que eu falo, que a visão das pessoas é que o médico, eu não tenho direito de comer. Ela entrou dentro do meu consultório, ela abriu a porta, estava fechado, para brigar comigo porque eu estava comendo, não tinha direito." (Entrevistado 1)

Episódios como este revelam a pressão simbólica que recai sobre o médico, cuja humanidade é diminuída em nome de uma expectativa social idealizada de disponibilidade irrestrita. Leite *et al.* (2021) e Mendonça *et al.* (2020), apontam que essa tensão entre acolhimento comunitário e proteção da equipe é agravada pela escassez de mecanismos institucionais de segurança. Mello *et al.* (2020) acrescentam que esse duplo papel de cuidador e alvo de violência intensifica o desgaste emocional e potencializa o risco de adoecimento ocupacional.

Outra forma de violência narrada foram as do tipo psicológicas, caracterizadas por

intimidações, medo e sentimento de exposição:

“Depois que eu passei por isso, eu passei assim mais de uma semana chegando no posto assustada, com medo, com medo daquela pessoa fazer alguma coisa comigo, fazer alguma coisa com o meu carro até mesmo, porque já conhece a gente, que a gente tá naquele ambiente ali todos os dias, então assim, por eu não ter feito algo que ele queria ali na hora, ele poderia vir ter algum outro tipo de violência comigo que colocasse a minha integridade física mesmo em risco.” (Entrevistado 1)

Esse tipo de vivência, embora menos visível, invade a subjetividade do trabalhador, afetando sua vida dentro e fora do serviço. Tais experiências são indicativas do que Mello *et al.* (2020) apontam como um dos fatores de adoecimento entre trabalhadores da atenção primária, o medo persistente e a sensação de estar vulnerável.

A violência simbólica, por sua vez, aparece associada à desvalorização da prática médica no contexto da ESF:

“O médico de postinho, né, essa depreciação, né. O médico de postinho é porque eu consultei com o médico de verdade, não é médico de postinho não [...] você é uma medicazinha de posto, né? Eu vou num médico de verdade.” (Entrevistado 5)

“Ela foi para a rede social, fez um TikTok, falando que eu era médico de shopping, que sei lá o quê, que eu nem sabia dessa expressão.” (Entrevistado 7)

Esses trechos revelam o descrédito simbólico que afeta a identidade profissional, reduzindo o valor da APS frente a outros níveis de atenção. Lima (2021) destaca que a invisibilidade e o desqualificação simbólica são formas de violência no trabalho, pois corroem a autoestima e dificultam a resistência ética.

Por fim, a violência institucional, aparece em falas que relatam coerções hierárquicas e imposições administrativas:

“Eu já me senti um pouco coagida no sentido de falar, atende um paciente desse fora da agenda hoje porque ele é parente do prefeito. Coisas que eu não concordo, porque se eu não vou atender uma outra pessoa que não tem parentesco nenhum com a gestão, o que que eu vou abrir uma exceção para aquela pessoa que tem um parentesco com o prefeito e não vou fazer para outras pessoas? Para mim aquilo ali não fazia sentido, então eu já me senti um pouco coagida em relação à gestão do PSF.” (Entrevistado 1)

“Ser obrigada a preencher alguma coisa por causa, ah, porque o vereador pediu, então você tem que preencher isso. Ou de receber exame de paciente, na gestão anterior, recebi um exame de uma pessoa que era a minha superiora, mandou um exame de um paciente que eu nunca tinha visto, para eu analisar o exame, fora do meu horário de trabalho, analisar o exame, sabe? Umas coisas assim que eu fico, gente, eu acho que isso está meio que... sabe, ocupando um espaço ali que não compete, sabe? Eu trabalho ali com eles, mas eu não tenho que ficar olhando exame

dos pacientes fora do horário, sabe? Eu acho que isso também é um tipo de agressão mesmo.” (Entrevistado 6)

A hierarquia nos excertos acima, atua como instrumento de silenciamento, desautorizando o posicionamento do profissional médico e negando sua autonomia profissional. De acordo com Fontes *et al.* (2013), esse tipo de violência é comum em contextos de gestão autoritária e serviços sobrecarregados, nos quais o trabalhador é empurrado para além de seus limites éticos e técnicos, sem apoio ou reconhecimento.

Assim, observa-se que a violência vivida pelos médicos da ESF é múltipla, rotineira e enraizada nas relações de poder, nas práticas institucionais e nos discursos sociais. Seus efeitos, embora muitas vezes invisíveis, repercutem na subjetividade, na saúde mental e no sentido de missão do trabalho. Como afirma Modena (2016), nomear essas violências é o primeiro passo para transformá-las em questão pública e institucional, rompendo com a lógica de sofrimento individualizado.

A recorrência dos relatos sugere a existência de uma cultura de tolerância à violência na ESF, cujo enfrentamento exige a construção coletiva de estratégias protetivas e sustentáveis para a preservação da integridade dos profissionais e a qualidade da atenção em saúde.

5.2.2 Temática 2 - Repercussões da violência na saúde e no viver dos médicos

Esta temática evidencia as múltiplas repercussões da violência na saúde dos entrevistados e em diferentes dimensões de sua vida cotidiana, revelando a amplitude de seus impactos no campo profissional e pessoal.

Mais do que identificar eventos isolados, busca-se compreender tais efeitos como parte de uma gramática mais ampla do sofrimento no trabalho médico, aproximando-se da análise de Dejours (1994), Deslandes (2000) e Njaine *et al.* (2020), nas quais a violência no trabalho desestabiliza não apenas o corpo, mas também o valor simbólico atribuído ao exercício profissional.

As falas dos médicos revelaram que a violência extrapola o ambiente de trabalho e repercute sobre a saúde física, mental e relacional, configurando-se como experiência estrutural e persistente. Vasconcelos *et al.* (2022) apontam que, em contextos de vulnerabilidade social, a violência é incorporada ao cotidiano laboral e tende a ser naturalizada, embora produza efeitos duradouros na subjetividade dos trabalhadores. Nesse sentido, as repercussões não devem ser

lidas como desajustes individuais, mas como expressões de um sistema de saúde que expõe seus profissionais a sobrecarga e desgaste sem oferecer canais efetivos de proteção (GUIMARÃES *et al.*, 2023; MINAYO; ASSIS, 2017).

Entre os efeitos relatados, destacaram-se exaustão, ansiedade, medo, sentimento de impotência e, em situações mais graves, afastamento da prática laboral, em consonância com o que descrevem Batista *et al.* (2011), Busnello *et al.* (2021) e Centenaro *et al.* (2023).

Na ESF, o território emerge como extensão da experiência profissional, fazendo com que a violência ultrapasse os muros da unidade. Para Lima (2021) e Pereira *et al.* (2023), essa experiência se prolonga nos deslocamentos, nas interações comunitárias e nas redes sociais, ampliando o campo de vulnerabilidade e exigindo do profissional uma vigilância constante sobre sua integridade. Assim, conforme Mello *et al.* (2020), o trabalho médico é deslocado para o terreno da defesa, com estratégias de silenciamento, racionalização e distanciamento como mecanismos de enfrentamento subjetivo.

O que está em jogo, portanto, não é apenas a saúde individual de cada médico, mas a sustentabilidade de um modelo de atenção que depende da vitalidade, do engajamento e da escuta sensível desses profissionais nos territórios. Centenaro *et al.* (2023) postula que, reconhecer as repercussões da violência significa problematizar não somente os efeitos sobre o trabalhador, mas também os riscos que tais condições representam para a manutenção do vínculo, da reciprocidade e do reconhecimento, princípios fundantes da APS.

Não obstante, para compreender plenamente esses efeitos no campo profissional e pessoal, é importante situar no contexto mais amplo da crise social e simbólica que caracteriza o presente, conforme analisado por Han (2021). Segundo este autor, os rituais e as formas simbólicas tradicionais têm o papel de instalar o indivíduo em uma comunidade e conferir uma estabilidade existencial, organizando o tempo e o espaço da vida por meio de repetições que geram sentido. Quando essas formas desaparecem, a comunidade sofre erosão, e o indivíduo é lançado numa condição de narcisismo coletivo, em que a comunicação prolifera, mas a comunidade verdadeira se dissolve. Esse contexto fragiliza o valor simbólico do trabalho médico e agrava os efeitos da violência no cotidiano profissional, pois a perda de referenciais simbólicos e rituais significa também o esvaziamento dos espaços de pertencimento e da ressonância comunitária que sustentam a saúde psíquica e emocional do trabalhador.

Assim, os impactos da violência no desempenho e bem-estar dos médicos devem ser entendidos não apenas como efeitos isolados ou meramente pessoais, mas como sintomas de

uma lógica social caracterizada pela pressão para produzir, comunicar e performar, em um ambiente onde faltam os mecanismos tradicionais de instalação em uma "casa simbólica". A desvalorização relatada por alguns profissionais, sua exaustão crônica e o esgotamento subjetivo refletem a ausência de um tempo habitável, o tempo que os rituais garantiam por sua repetição e intensidade, assim como a precarização da comunidade que essa lógica impõe.

5.2.2.1 Categoria 1. Efeitos sobre o desempenho e bem-estar no trabalho

Esta categoria evidencia que os entrevistados percebem a violência como um fator que ultrapassa o momento imediato do episódio, repercutindo de maneira contínua em sua prática profissional e em sua saúde mental.

A violência não se restringe a ocorrências pontuais, mas inscreve-se de forma persistente no cotidiano, gerando efeitos cumulativos sobre o desempenho e a percepção de pertencimento ao trabalho na ESF:

“Eu fui ficando cada dia mais exausto, me sentindo cada vez mais desvalorizado, me sentindo cada vez mais assim, desvalorizado, desmotivado, cada vez mais sobrecarregado, sem voz. [...] Eu tava esquecendo, abri a porta da minha casa, esqueci a chave pra porta, eu chegava num lugar, esqueci meu carro na rua, eu tava assim, totalmente com a cabeça pesadíssima.” (Entrevistado 7)

Neste relato, a violência aparece não apenas como evento isolado, mas como gatilho de desgaste emocional crônico e sintomas compatíveis com a Síndrome de Burnout, condição já identificada em profissionais da APS em contextos de hostilidade e sobrecarga, por Da Silva Júnior *et al.* (2021). A sensação de desvalorização e perda de voz aponta para o esvaziamento simbólico do trabalho em saúde, fenômeno que, conforme Dejours (1994) e Deslandes (2000) pode levar à despersonalização e ao adoecimento ético-subjetivo do trabalhador.

Não obstante, pode-se interpretar à luz do que Han (2021) denomina a “pressão para produzir”, a qual destrói a durabilidade da vida e promove a compulsão pelo novo e pelo rendimento, eliminando a repetição que sustenta a estabilidade existencial. O trabalho médico nesse cenário é permeado por um regime de autoprodução e exposição, o que agrava a sensação de desvalorização e a diminuição da capacidade de resistência ao sofrimento.

Outro trecho expressa o medo como fator modulador da prática clínica:

“Eu trato todo mundo muito bem, eu trato todo mundo da forma como eu gostaria de ser tratada. Mas eu acho que assim, no fundo, o nosso psicológico ele fica um pouco

abalado, porque a gente acaba contraindo um medo daquela situação ali e às vezes fica contornando coisas para não deixar o paciente frustrado. [...] por eu não ter feito algo que ele queria ali na hora, ele poderia vir ter algum outro tipo de violência comigo que colocasse a minha integridade física mesmo em risco.”(Entrevistado 1)

Esse relato mostra como a violência repercute sobre a autonomia clínica, impondo autocensura e hesitação, o que pode comprometer a qualidade do cuidado. Essa dinâmica é analisada por Batista *et al.* (2011) e Busnello *et al.* (2021), corroborando que a insegurança e o medo produzem retração na relação médico-paciente, prejudicando a longitudinalidade e a confiança, dimensões centrais da APS.

A intersecção entre desvalorização, insegurança e impacto na prática clínica não é um fenômeno isolado, mas sistêmico. Centenaro *et al.* (2023), destacam que ambientes marcados por violência recorrente tendem a gerar ciclos de retroalimentação negativa, o profissional, acuado, torna-se mais reservado, menos acolhedor, o que pode ampliar conflitos com usuários que já se sentem desassistidos. Assim, a violência compromete não apenas o desempenho

individual, mas o próprio *ethos*⁴ da APS, pautado na escuta, no vínculo e no cuidado contínuo.

“Até então, eu consigo não deixar isso me afetar. Eu trabalho a minha mente, às vezes até de respirar fundo três vezes e voltar ao normal. Por exemplo, posso ficar nervosa aqui agora e que o meu paciente vai entrar e eu vou estar plena pra ele, assim, como se nada tivesse acontecido. Eu aprendi a desenvolver isso.” (Entrevistada 5)

Ainda que alguns profissionais desenvolvam mecanismos de enfrentamento subjetivo, como técnicas de respiração, distanciamento emocional ou racionalização das situações, esses recursos são, muitas vezes, solitários e insuficientes. Como observou Leite (2012), o desgaste emocional prolongado sem medidas mitigatórias favorece o esvaziamento simbólico do trabalho e fragiliza a resistência coletiva.

Por fim, fatores organizacionais como sobrecarga, falta de retaguarda da gestão e percepção de substitutibilidade intensificam esse cenário. Minayo e Assis (2017) já apontavam que a lógica produtivista e a negligência em relação à saúde mental dos trabalhadores funcionam como amplificadores da violência simbólica. Oliveira *et al.* (2023) complementam

⁴ No âmbito da APS, conforme Ferraz *et al.* (2022), o termo *ethos* designa o conjunto de disposições morais, valores profissionais e orientações normativas que estruturam a prática cotidiana das equipes de atenção básica, articulando um *ethos* burocrático — orientado pela conformidade a normas, metas e procedimentos institucionais — e um *ethos* profissional — orientado pela busca de excelência, humanização e centralidade no usuário. A tensão entre esses polos contribui para as dificuldades na concretização do cuidado integral na ESF.

que a insuficiência de políticas de prevenção mantém o ciclo de precarização e exposição dos profissionais.

Assim, os efeitos da violência sobre o desempenho e o bem-estar dos médicos não devem ser reduzidos a fragilidades individuais, mas compreendidos como expressão de um contexto estrutural que desestabiliza vínculos, fragiliza a prática clínica e ameaça a sustentabilidade do modelo da ESF.

5.2.2.2 Categoria 2. Adoecimento físico e psíquico

Esta categoria demonstra que a violência no trabalho transcende o espaço institucional e repercute na saúde física e psíquica dos entrevistados.

Quando o ambiente de trabalho deixa de ser um espaço de reconhecimento e passa a ser endereço de hostilidade, o corpo e a mente do trabalhador tornam-se os primeiros territórios de inscrição do sofrimento. No caso dos participantes da pesquisa, a violência encontra nas estruturas emocionais e cognitivas do sujeito um lugar de inscrição potente. Han (2021) observa que a digitalização e a globalização, associadas ao regime neoliberal, promovem uma comunicação aditiva e extensiva, mas desprovida de profundidade simbólica e ritual, contribuindo para a perda do cuidado profundo e da atenção como técnica cultural.

Nos relatos colhidos, emergem sinais e sintomas como ansiedade, insônia, irritabilidade, depressão e exaustão, que demonstram o impacto persistente da violência sobre a saúde mental:

“Eu cheguei a ter Burnout no final do ano passado.[...] Eu dormia assim: nossa, amanhã tem 5 gestantes que sei lá o quê. Eu ia pro serviço. Assim... quase que ia chorar. Né? Então, eu acho que eu abri um quadro de Burnout. Eu que não... Não tratei nem nada, mas eu acho. Que eu tava abrindo um quadro de Burnout. Tava surtando assim essa questão.” (Entrevistado 7)

Este trecho traduz o que Dejours (1994) denomina sofrimento patogênico, quando a dor moral se cristaliza em sintomas físicos e psíquicos. O esquecimento recorrente, o sofrimento antecipatório e a dificuldade de repouso revelam a dissolução das fronteiras entre vida pessoal e trabalho, instaurando estados de alerta contínuo que comprometem a recuperação física e emocional. Busnello *et al.* (2021) e Da Silva Júnior *et al.* (2021) confirmam que a violência no trabalho em saúde se associa a maior risco de Síndrome de Burnout, ansiedade generalizada e depressão.

Neste sentido, sob a égide de Han (2021), os sintomas como ansiedade, insônia e exaustão podem ser interpretados não apenas como manifestações psíquicas, mas como a dessimbiose entre a necessidade de instalação em uma comunidade simbólica que ordena e protege o tempo da vida e a vida profissional marcada pela produção incessante e pelo esgotamento subjetivo. A falta de espaços para o silêncio, o repouso e o ritualizado fechamento para o luto e o descanso contribui para a patologia das relações laborais na saúde.

O sofrimento mental não se manifesta apenas nos momentos imediatamente posteriores ao episódio de violência. Em alguns casos, ele se prolonga no tempo:

“Depois que eu passei por isso, eu passei mais de uma semana chegando no posto assustada, com medo daquela pessoa fazer alguma coisa comigo. [...] Aquilo mexeu muito comigo.” (Entrevistado 1)

A perpetuação da ansiedade após a violência verbal demonstra como a ameaça, ainda que potencial, desencadeia estados de hipervigilância e estresse crônico. Conforme Njaine *et al.* (2020), a violência psicológica, quando naturalizada ou silenciada, opera de forma insidiosa, corroendo gradualmente os mecanismos de segurança psíquica.

A gravidade do adoecimento é evidenciada ainda na necessidade de intervenção farmacológica:

“Tive que aumentar a dose de medicação que eu já tomava pra ansiedade. [...] Fiquei muito chateada. [...] Ninguém me escutou. [...] Isso pra mim foi revoltante.” (Entrevistada 6)

Neste excerto, a ausência de acolhimento institucional e a falta de reconhecimento da situação atuam como catalisadores do sofrimento, levando ao agravamento dos sintomas e à medicalização como estratégia de enfrentamento. Busnello *et al.* (2022) e Centenaro *et al.* (2023) corroboram que a negligência organizacional e a sobrecarga emocional favorecem o uso de psicotrópicos entre profissionais da saúde expostos à violência.

Embora nenhuma agressão física direta tenha sido relatada pelos entrevistados, os efeitos da violência verbal, simbólica e institucional são somatizados: insônia, fadiga, alterações de memória e perda do prazer em exercer a profissão. O corpo, para Deslandes (2000), torna-se expressão de um sofrimento que não encontra ressonância coletiva, funcionando como “lugar-sintoma” de um sistema que fragiliza e adocece seus trabalhadores.

Dessa forma, o adoecimento físico e psíquico dos médicos não deve ser entendido como efeito colateral individual, mas como resultado sistemático da exposição reiterada a

ambientes violentos, sem retaguarda institucional. Como alertam Minayo e Assis (2017), tratar a violência apenas como evento isolado é negligenciar sua dimensão estrutural e sua capacidade de se inscrever de forma duradoura na vida e no corpo dos profissionais.

5.2.2.3 Categoria 3. Transbordamentos para a esfera pessoal

Esta categoria expressa como a violência vivenciada no exercício profissional ultrapassa os limites institucionais e adentra a vida privada dos médicos, revelando que suas repercussões não se encerram no ambiente laboral. Esse entendimento está alinhado às análises de Guimarães *et al.* (2023) e Pereira *et al.* (2023), que ressaltam que a violência se manifesta como uma sombra persistente, infiltrando-se nas relações familiares e nos territórios subjetivos do indivíduo.

De acordo com Lima (2021) e Mello *et al.* (2020), essa continuidade da experiência violenta, longe de ser episódica, se traduz em uma tensão constante, marcada pelo medo e pela vigilância, que se estende para além da instituição, afetando o imaginário afetivo e as interações sociais. Nessa perspectiva, a violência se torna experiência totalizante, ampliando seus efeitos deletérios sobre a saúde mental. Como destacam Santos *et al.* (2017), o desgaste emocional e a sensação de insegurança reverberam não apenas sobre o equilíbrio psicológico individual, mas também sobre o ambiente organizacional:

“A minha esposa que sofreu essa questão, né? Eu tava irritadíssimo. Falava em posto de saúde e já ficava tipo assim, nossa, meu humor... Caía, assim. Tipo, era domingo de noite e já tava... Eu já tava sofrendo.”(Entrevistado 7)

O sofrimento desloca-se do espaço público para a intimidade do lar, instaurando uma lógica de tensão contínua que afeta não apenas o profissional, mas também os que com ele convivem. O impacto da violência ultrapassa, portanto, a esfera individual, alcançando laços conjugais, a qualidade do descanso e até mesmo a vivência do tempo de lazer.

Busnello *et al.* (2022) observaram que, em contextos de exposição repetida à violência, os profissionais tendem a desenvolver comportamentos de retraimento social, afastamento das redes de apoio e uma espécie de “apagamento afetivo”, na tentativa de preservar-se das dores cotidianas. Esse processo aparece nos relatos dos entrevistados:

“Eu desativei meu Instagram porque tinha muitos comentários maldosos, pessoas que nem me conheciam, porque as pessoas comentam que os médicos só pensam em dinheiro, porque não tem humanidade, colocaram umas coisas assim, sendo que eram

“pessoas que não me conheciam, então eu fiquei muito mal com relação a isso [...].”
(Entrevistada 6)

A decisão de afastar-se das redes sociais pode simbolizar não apenas um gesto digital, mas um retraimento emocional e uma ruptura com o entorno social. Como alertam Minayo e Assis (2017), silenciamento dessa experiência tende a encapsular a dor, impedindo sua elaboração e transformando-a em sofrimento crônico. Han (2021) reporta que a perda dos rituais cria uma comunidade sem comunicação, um isolamento em que a pressão para aparecer e se expressar produz câmaras de eco narcísicas, intensificando o sofrimento individual e fragmentando os vínculos essenciais para o cuidado mútuo.

A territorialização do trabalho, característica estruturante da ESF, intensifica esse quadro. Diferente de outros espaços laborais, a ESF inscreve o médico no cotidiano comunitário, borrando as fronteiras entre o profissional e o pessoal. O território onde se cuida é também o território onde se vive, circula, encontra-se. Assim, como assinalam Batista *et al.* (2011) e Flórido *et al.* (2020), a violência não pode ser simplesmente deixada no consultório ao fim do expediente; ela pode ser reeditada no mercado, na rua ou na escola dos filhos.

Nessa direção, os relatos analisados nesta categoria desvelam o caráter totalizante da violência vivida por médicos na ESF. Ainda que localizada no ambiente de trabalho, a agressão reverbera na subjetividade de forma ampliada, onde o ritual perdeu seu lugar como técnica de instalação e proteção simbólica. A defesa subjetiva dos médicos lança-os a uma existência marcada pela precariedade da ressonância comunitária e pela fragmentação da identidade, indicando que o enfrentamento da violência na saúde exige não somente intervenções individuais, mas uma retomada da dimensão coletiva e simbólica da experiência profissional.

5.2.3 Temática 3 – Fatores associados à ocorrência de violência e ausência de estratégias institucionais de enfrentamento

Essa temática expressa a percepção dos entrevistados na relação entre os motivos da violência e a falta de ações eficazes por parte das instituições para lidar com o problema. Ela aborda tanto as causas dos fatores associados, quanto a ineficiência ou ausência de medidas institucionais para prevenir, enfrentar ou mitigar essa violência no ambiente de trabalho dos médicos na ESF.

A violência enfrentada pelos profissionais da ESF, incluindo os médicos, é um fenômeno complexo que não se configura como um desvio isolado, mas sim como uma

expressão sintomática de um sistema que falha em garantir proteção, respeito e condições mínimas de trabalho aos seus profissionais. São, para Mendonça *et al.* (2020) e Oliveira *et al.* (2013), antes, o produto de um emaranhado de fragilidades sistêmicas, as quais se manifestam através de condições de trabalho precárias, ausência de suporte institucional robusto e a internalização de padrões socioculturais que, em última instância, comprometem a segurança, a saúde e a eficácia da prática profissional na APS.

Sob a perspectiva dos fatores estruturais, Oliveira *et al.* (2023), e Pinto e Giovanella (2018) destacam que, embora a APS brasileira represente um marco importante para o SUS, ela convive com desafios persistentes, como sobrecarga de trabalho, insuficiência de recursos e precarização das relações laborais. Mendes *et al.* (2023), reforçam que a alta demanda, somada a falta de insumos, favorece o desgaste da equipe com população assistida. A precarização do trabalho e a incidência de assédio moral no ambiente laboral são documentadas por Fontes *et al.* (2013), Pioner (2012) e Soboll (2008), e contribuem para um cenário de vulnerabilidade estrutural. Não obstante, para Kano *et al.* (2012), o contexto mais amplo de demandas médico-sociais complexas igualmente impõe pressões sobre os profissionais.

No âmbito dos fatores institucionais, as ineficiências na garantia de condições adequadas de trabalho e na oferta de suporte institucional configuram-se como elementos prevalentes que favorecem a ocorrência da violência contra profissionais da ESF. Duarte *et al.* (2023) e Mendonça *et al.* (2020) indicam que a ausência de um ambiente laboral digno, a falta de medidas efetivas de promoção da saúde do trabalhador e o descompasso entre a demanda e a oferta de serviços contribuem para a naturalização da violência no cotidiano desses profissionais, comprometendo tanto sua segurança quanto a qualidade do atendimento prestado. Além disso, Duarte *et al.* (2023) enfatizam que a insuficiência do suporte jurídico e psicossocial, bem como a inexistência de estratégias organizacionais eficazes para prevenção e enfrentamento dessas violências, reforçam o cenário vulnerável onde as práticas institucionais reproduzem e perpetuam relações desiguais de poder e desrespeito, comprometendo a integralidade do cuidado e a saúde dos trabalhadores.

Ademais, Centenaro *et al.* (2023) e Flórido *et al.* (2020) relatam a necessidade de intervenções eficazes contra a violência laboral e a importância do gerenciamento dessas situações, o que sugere uma carência contínua de mecanismos institucionais robustos de proteção e apoio.

De modo suplementar, os fatores socioculturais desempenham um papel importante na construção e naturalização da violência. Para Bairel (2008), o medo social e os dilemas cotidianos que permeiam as relações sociais podem reverberar no ambiente de trabalho, intensificando tensões. Já para Dejours *et al.* (1994), a psicodinâmica do trabalho revela a relação entre prazer, sofrimento e trabalho, e a violência se insere como um vetor de sofrimento. Não obstante, Guimaraes *et al.* (2023) salientam que, a percepção de que a violência faz parte do trabalho sugere uma naturalização da agressão. Além disso, consonante a Lima (2021), a presença da violência simbólica, muitas vezes uma "face oculta" da violência no ambiente laboral, contribui para que certas formas de agressão sejam menos visíveis, mas igualmente prejudiciais e capazes de minar a resistência.

A confluência desses fatores culmina em repercussões na prática profissional, uma vez que, para Lopes *et al.* (2022) e Mello *et al.* (2020), a violência vivenciada afeta a saúde psíquica dos profissionais da APS. Conforme Pierantoni e Magnago (2015), a vivência de agressões e a falta de proteção efetiva podem tensionar a prática profissional, limita a autonomia na atuação profissional e na tomada de decisões, em contextos de alta demanda e escassez de recursos. O silenciamento da resistência, por sua vez, conforme Flórido *et al.* (2020) e Guimarães *et al.* (2020), pode ser um reflexo da exaustão profissional, da naturalização da violência e da percepção de ineficácia dos mecanismos de proteção existentes.

As falas dos pesquisados revelam a sobrecarga como um dos principais vetores da violência. A pressão por produtividade, sem considerar o tempo necessário para uma escuta qualificada e um cuidado humanizado, converte o ato médico em forma de frustração para ambos os lados. Nesse ponto, os resultados dialogam com Batista *et al.* (2011), que demonstram que o excesso de atendimentos, aliado à insuficiência de recursos humanos, compromete a qualidade do cuidado e acirra os ânimos de usuários e profissionais, criando um terreno fértil para o conflito.

Além disso, destaca-se a ausência de medidas estruturadas de enfrentamento da violência. A maioria dos entrevistados não menciona qualquer política institucional robusta de proteção, excetuando-se registros formais como o livro de ocorrências da unidade, medida muitas vezes simbólica e sem consequências práticas. Como observam Centenaro *et al.* (2023), a ineficácia das estratégias institucionais de enfrentamento da violência produz um ciclo de revitimização, o profissional é agredido e, ao buscar ajuda, é silenciado ou ignorado, internalizando ainda mais o sofrimento.

Tal contexto se aproxima da definição de violência institucional estabelecida pela Lei nº 14.321/2022 (Brasil, 2022), a qual caracteriza como prática violenta toda ação ou omissão de agentes ou instituições públicas que causem revitimização, sofrimento ou constrangimento evitáveis. À luz dessa normativa, a inércia da gestão em criar mecanismos eficazes de prevenção e enfrentamento pode ser compreendida não apenas como falha administrativa, mas como uma modalidade de violência institucionalizada que vulnerabiliza ainda mais os profissionais em seus locais de trabalho.

A violência transcende o ato, manifestando-se como um contexto complexo que abrange gestos de deslegitimação e a desconfiança social sobre o profissional. Conforme Aydogdu (2020), a percepção do médico sempre disponível e emocionalmente blindada acentua expectativas que, uma vez frustradas, podem culminar em agressão.

Batista *et al.* (2011) ressaltam que a fragilidade das condições de trabalho e a carência de medidas protetivas eficazes é evidenciada pela ausência de segurança física nas unidades e pela falta de protocolos claros de encaminhamento e acolhimento em situações de ameaça. Este cenário, para Mendonça *et al.* (2020), é ainda agravado pela inexistência de espaços institucionais de escuta e apoio emocional e pela escassa valorização do trabalho médico como ato ético e relacional, tornando imperativas respostas sistêmicas e éticas das instituições, incluindo a criação de ambientes de trabalho mais seguros e a implementação de protocolos de manejo de crises, além do apoio psicossocial aos profissionais, especialmente na APS.

Este conjunto de fatores nos convoca a refletir sobre as lacunas existentes na gestão pública, os limites impostos à atuação clínica sob condições de pressão e a premente necessidade de dispositivos institucionais que não apenas reconheçam a violência, mas que também a enfrentem de forma contínua, articulada e comprometida com a dignidade dos profissionais da saúde. Sofiatti *et al.* (2024) demonstram, em estudo realizado no contexto da APS em Porto Alegre, que embora instrumentos como o Programa Acesso Mais Seguro⁵ contribuam para a mitigação de riscos, persistem limitações na comunicação e nos processos

⁵ O Programa Acesso Mais Seguro (AMS), segundo Sofiatti et al. (2024), é uma metodologia de gestão de risco desenvolvida e adaptada pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) para prevenir, reduzir e mitigar os impactos da violência armada sobre trabalhadores e usuários dos serviços públicos essenciais, como saúde, educação e assistência social. O AMS envolve a avaliação contínua dos riscos no contexto local, a elaboração de planos de contingência específicos para cada unidade de serviço, a capacitação dos profissionais e a implementação de comportamentos e práticas mais seguras. No Brasil, o programa tem sido implementado em várias cidades, incluindo Porto Alegre e Rio de Janeiro, buscando garantir a continuidade dos serviços mesmo em áreas de alta vulnerabilidade à violência, protegendo a integridade dos trabalhadores e assegurando o acesso da população aos serviços essenciais.

institucionais, sobrecarregando profissionais já fragilizados pela precarização das condições laborais.

Conforme destacado por Guimarães *et al.* (2023) torna-se imperativo reconhecer que o cuidado em saúde não pode prosperar em um contexto marcado pelo descaso, invisibilidade e medo, exigindo intervenções institucionais comprometidas e contínuas para a superação dessas adversidades. Assim, a Temática 3 se debruça sobre esse conjunto de dimensões que sustentam e perpetuam a violência, não como exceção, mas como parte da atividade laboral. Ao desvelar esses mecanismos, espera-se não apenas compreender, mas também provocar reflexão e ação.

5.2.3.1 Categoria 1. Condições estruturais que favorecem a violência

Essa categoria aborda a percepção dos médicos sobre como o ambiente de trabalho e a própria organização do sistema de saúde podem criar um cenário propício para a ocorrência de violência na ESF. Ela se aprofunda nos aspectos estruturais e organizacionais (como falta de segurança, infraestrutura inadequada, sobrecarga de trabalho, ausência de protocolos claros) que, na percepção dos entrevistados, podem contribuir diretamente para que a violência se manifeste no dia a dia da ESF. Ela busca compreender como as condições inerentes ao sistema de trabalho podem facilitar ou agravar os episódios de violência, indo além dos atos em si para analisar o terreno fértil para sua ocorrência.

A violência vivenciada pelos entrevistados, não pode ser dissociada das condições concretas de trabalho a que esses profissionais estão submetidos. A precariedade estrutural das unidades de saúde, somada à ausência de políticas efetivas de suporte institucional, configura um terreno fértil para o desencadeamento de tensões entre trabalhadores e usuários, revelando um processo de adoecimento institucional que ultrapassa o campo individual. De forma complementar, Cardoso *et al.* (2020), salientam que a precarização das relações laborais e a insuficiência das políticas públicas ampliam a vulnerabilidade dos trabalhadores da saúde, intensificando o risco de violência e comprometendo a integridade tanto física quanto psíquica desses profissionais:

“Eu acho que o excesso de trabalho, a demanda, porque a gerência ela vem em cima da gente querendo colocar 30 pacientes numa agenda que, na verdade, comportaria 15. [...] Eles ficavam gratos. Quanto mais a gente atendesse pra eles, era melhor. E as coisas não são assim, porque a gente tá lidando com o ser humano, a gente tá lidando com vidas, a gente está susceptível a erros e quando a gente faz isso de forma pressionada, essa chance de errar aumenta muito.” (Entrevistado 1)

A sobrecarga que se impõe aos profissionais da saúde configura-se como expressão de uma lógica produtivista que distancia o fazer médico de sua essência ética e relacional. A imposição de metas de atendimento desconsidera a complexidade dos casos e as necessidades individuais dos pacientes, impondo um modelo centrado na quantidade em detrimento da qualidade do cuidado. Tal dinâmica compromete significativamente a qualidade da assistência prestada, além de acirrar os conflitos no ambiente laboral, elevando o risco de episódios de violência e adoecimento entre os trabalhadores da saúde. Conforme destacado por Macedo *et al.* (2024), a pressão por produtividade, somada ao acúmulo de tarefas e à escassez de recursos humanos, cria um contexto de estresse e vulnerabilidade que requer atenção institucional,

valorização dos profissionais e adoção de estratégias para a redução da sobrecarga, visando restabelecer a centralidade da ética e da relação no cuidado

Outro relato aprofunda essa problemática, conectando-a à ausência de proteção física nas unidades:

“Colocar um segurança nas UBS, porque em todas as UBS que eu trabalhei até hoje eu nunca vi um segurança na porta, não tinha ninguém, a maioria da equipe são mulheres. Então, até nisso, assim, a gente já se sente um pouco coagida, porque se vem um homem, por exemplo, a gente sabe que o homem tem mais força física, então a gente já fica um pouco mais preocupada do que é que poderia acontecer, é isso.” (Entrevistado 1)

A falta de segurança nas unidades de saúde sugere um descompromisso institucional com a integridade dos trabalhadores da saúde. A inexistência de sistemas de vigilância eficientes ou de dispositivos preventivos contra agressões físicas e verbais intensifica a sensação de vulnerabilidade dos profissionais, expondo a fragilidade estrutural e funcional do sistema público de saúde diante da crescente banalização da violência. Conforme evidenciado por Dantas *et al.* (2023), a ausência dessas medidas institucionais de proteção torna os trabalhadores mais suscetíveis a episódios de violência, configurando um contexto de risco contínuo e adoecimento no ambiente laboral.

Os dados empíricos coletados ecoam com os resultados de Batista *et al.* (2011), que identificam a precarização das estruturas físicas, a escassez de recursos humanos e a negligência da gestão como fatores associados ao aumento da violência nas UBS. Da mesma forma, Busnello *et al.* (2021) ressaltaram que a carência de insumos, a ausência de políticas institucionais e a fragmentação do cuidado criam um ambiente propício à frustração do usuário e à sobrecarga emocional e física do profissional, elementos que, juntos, configuram o ciclo da violência:

“...o paciente tem livre acesso à sala do médico, deveria ter uma forma ali, em alguns postos que tem, no Santa Cruz tem uma porta pra fechar, entrar, entendeu? Uma distância entre o... uma porta fechada para o paciente não entrar, invadiu o espaço ali do médico, né? Da consulta ali do outro paciente, que já aconteceu também de eu estar com o paciente e o outro entrar também, sabe?” (Entrevistado 6)

Flórido *et al.* (2020) destacaram o papel da precarização contratual e da insegurança jurídica como agravantes. Médicos contratados por vínculos instáveis, frequentemente terceirizados ou sob contratos temporários, enfrentam maiores dificuldades em denunciar agressões, por receio de retaliações ou de rompimento contratual:

"Não sei se alguma atitude seria tomada. E também a gente fica sempre com receio de perder nosso emprego. Então, não tomei nenhuma atitude não." (Entrevistado 3)

A Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.444/2025 (CFM, 2025) enfatiza a responsabilidade das instituições e gestores em garantir ambientes seguros, propiciando medidas físicas (como segurança reforçada nas unidades de saúde), organizacionais e psicológicas para a prevenção da violência. Esta diretriz alerta para a necessidade de planejamento integrado, envolvendo diferentes setores e níveis de gestão, de forma a superar as precariedades que comprometem as condições laborais e favorecem episódios agressivos. Além disso, recomenda-se o estímulo à participação ativa dos médicos na construção e monitoramento dessas políticas, fortalecendo a corresponsabilização e o fortalecimento do vínculo institucional, pontos apontados como deficitários pelas análises qualitativas aqui realizadas. No entanto, ressalta-se que tal normativa, só entrará em vigor na data de 16 de fevereiro de 2026.

Ainda assim, ao confrontar os resultados empíricos deste estudo com os preceitos da Resolução do CFM (2025), evidencia-se uma proposta de diminuir a lacuna entre a normativa que irá entrar em vigência e a prática cotidiana, especialmente no que tange à implementação de ações preventivas e suporte efetivo. Tal iniciativa reforça a relevância dos investimentos institucionais estruturados e continuados, visando garantir a tradução em melhorias concretas no terreno da proteção dos profissionais.

Portanto, a precariedade não diz respeito apenas à estrutura física ou ao número de profissionais, mas a um projeto de cuidado em crise. Como defendem Minayo e Souza (1999), a violência no campo da saúde não se combate apenas com segurança armada ou normas disciplinares, mas com políticas públicas que resgatem o sentido do cuidado como direito social e o trabalho em saúde como expressão de vínculo, dignidade e confiança mútua.

5.2.3.2 Categoria 2. Expectativas e conflitos na relação com o usuário

Essa categoria demonstra na percepção dos entrevistados que a relação com os usuários da ESF é atravessada por tensões derivadas de expectativas divergentes e da fragilidade estrutural do sistema. Para os médicos, a ausência de recursos, a sobrecarga assistencial e a territorialização do cuidado criam um cenário em que demandas não atendidas frequentemente são interpretadas como descaso ou negligência pessoal. Nesse contexto, a relação terapêutica

torna-se vulnerável, sendo os conflitos um reflexo tanto das limitações institucionais quanto do imaginário social sobre o papel do médico.

A relação médico-paciente, tradicionalmente marcada por uma combinação de autoridade técnica e confiança subjetiva, vem sendo tensionada por transformações sociais, institucionais e culturais.

A emergência das tecnologias digitais e a popularização da busca por informações em saúde na *internet* configuram um novo vetor de tensão na relação médico-paciente. O fenômeno denominado “Dr. *Google*” tem deslocado parcialmente o lugar da autoridade médica, à medida que pacientes acessam diagnósticos e tratamentos em ambientes digitais, chegando às consultas com expectativas previamente formadas. Shekhar e Javalkar (2020), e Arruda *et al.* (2025) apontam que esse comportamento, embora possa ampliar a autonomia do usuário, repercute de forma ambivalente: de um lado, promove maior participação nas decisões de saúde; de outro, fragiliza a confiança na autoridade técnica quando as informações obtidas não coincidem com a avaliação profissional.

Nesse cenário, Gao *et al.* (2024) observam que o aumento do tempo de exposição à *internet* está associado a um declínio da confiança nos médicos, o que indica uma transformação estrutural no modo como a população legitima saberes e práticas em saúde. Esse processo impacta de forma direta a ESF, em sua relação de proximidade entre profissionais e usuários, a territorialização do cuidado e a complexidade das demandas envolvidas. Ao tensionar a confiança subjetiva, elemento estruturante dessa relação, o “Dr. *Google*” introduz novas formas de conflito que, quando não mediadas por uma postura dialógica, podem se converter em situações de violência simbólica ou interpessoal.

Franco *et al.* (2005) destacam que os conflitos que emergem dessa relação, quando não mediados adequadamente, podem evoluir para situações de violência, especialmente quando o não atendimento de determinadas expectativas é interpretado como descaso, negação de direitos ou desprezo pelo sofrimento do outro:

“Aí eu nunca tinha visto paciente na minha vida. Disse que ia... Notificar, não sei o que que é a palavra que ela usou, que a médica não quis atender. Então, eles têm essa coisa de que o médico quer trabalhar pouco e ganhar muito dinheiro.” (Entrevistada 4)

A narrativa evidencia a existência de um imaginário social que associa o médico a privilégios e obrigações incondicionais, bem como uma cultura que simplifica os papéis no atendimento em saúde, personalizando falhas estruturais e institucionais no profissional. Maciel

et al. (2025) apontam que essa visão distorcida, que personifica o médico como representante do Estado ou da burocracia, contribui para que frustrações cotidianas, como a negativa de determinado atendimento ou a falta de recursos, sejam convertidas em agressões, desqualificações e ameaças ao profissional de saúde.

Busnello *et al.* (2021) dialoga com esse fenômeno, inferindo que a tensão gerada entre expectativa e possibilidade de atendimento é um dos elementos deflagradores de violência no cotidiano dos serviços, sobretudo quando os usuários não compreendem os limites legais e técnicos da atuação profissional. Esses limites, por vezes, são percebidos como arbitrariedade ou desinteresse, acirrando sentimentos de injustiça e abandono:

“Eu tento trazer mais o melhor bem-estar pro paciente, entendeu? Quando eu vejo que não tá tendo mais aquela caracterização médico-paciente, eu sugiro. Inclusive, a enfermeira, a chefe, a enfermeira do ESF, para tentar fazer alguma mudança.”
(Entrevistado 2)

Essa tentativa de restaurar o vínculo pode sinalizar o desgaste progressivo da relação terapêutica diante de demandas não satisfeitas. O médico, frequentemente, assume isoladamente a responsabilidade de reconfigurar uma relação já fragilizada, desprovido do suporte institucional necessário. Vasconcelos e Bussinguer (2021) destacam que a quebra da confiança e a perda da legitimidade simbólica da figura médica são não apenas fatores desencadeantes de conflitos, mas também sintomas evidentes de um sistema de saúde em crise.

Minayo e Assis (2017) apontam que as novas formas de violência simbólica contra profissionais da saúde refletem a crise da autoridade técnico-científica e o crescimento de um modelo de relação centrado na expectativa imediata e individualizada do usuário. Essa lógica é potencializada por um contexto de judicialização das relações em saúde, onde a negativa de pedidos é facilmente convertida em ameaça jurídica, e por uma cultura de consumo de serviços públicos como se fossem produtos sob demanda.

Deslandes (2000) e Njaine *et al.* (2020) corroboram esse ponto ao identificar que o tempo escasso, a pressão pela produtividade e a ausência de acolhimento institucional aumentam o risco de rupturas no vínculo terapêutico e intensificam a exposição dos profissionais à violência. Ao mesmo tempo, Leite (2012) revelou que o descompasso entre a expectativa dos usuários e os protocolos clínicos pode gerar sentimentos de desvalorização e hostilidade.

“...uma das que mais me marcou foi um dia, era tipo uma segunda-feira, um dia que o posto estava muito cheio e a gente teve um óbito de uma das pacientes em casa, uma idosinha já, me chamaram para ir lá atestar o óbito e eu tive que sair mesmo com os

pacientes agendados e aí na hora que um desses pacientes que estava aguardando uma consulta assim eletiva, não era nada de urgência, ele me viu saindo, ele começou a gritar, ele começou a me xingar no posto de saúde, ele falou coisas do tipo, ah, mas o paciente já morreu, você vai deixar quem tá aqui vivo esperando pra ir lá testar óbito? Você não tem responsabilidade com os seus pacientes que estão vivos? Foi uma situação horrível, foi uma situação na frente de todo mundo, eu me senti constrangida, eu me senti com vergonha, eu me senti coagida e ele fez diversas ameaças em relação ao meu trabalho mesmo, porque eu estava saindo para fazer outro trabalho que apareceu como uma urgência.” (Entrevistado 1)

A compreensão dos conflitos na relação profissional-usuário ESF, transcende a análise da conduta individual para revelar uma estrutura relacional fragilizada por carências históricas e ausências institucionais. Para Oliveira *et al.* (2017), tais fragilidades são evidentes nos desafios enfrentados para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no SUS, onde a dificuldade de acesso e a carência de recursos adequados constituem falhas estruturais que geram frustração nos usuários e tensionam a interação, visto que as expectativas dos pacientes frequentemente não podem ser atendidas devido a limitações que escapam ao controle direto do profissional.

Adicionalmente, Mendes *et al.* (2020) referem que, as ausências institucionais se manifestam nas elevadas cargas de trabalho e no consequente desgaste dos profissionais da ESF, reflexo de uma gestão inadequada e da insuficiência de apoio institucional, comprometendo a qualidade do cuidado e, assim, fragilizando a relação com os usuários e intensificando a propensão a conflitos, que emergem de um ambiente de trabalho desfavorável e não meramente da insatisfação individual.

5.2.3.3 Categoria 3. Ausência de suporte e gestão fragilizada

Essa categoria evidencia a percepção dos entrevistados de que a violência vivenciada na ESF não se restringe ao ato agressivo em si, mas é prolongada por carências de suporte institucional.

Para Duarte *et al.* (2023) a violência no trabalho não se limita ao ato agressivo em si ela é agravada por uma omissão institucional que revela negligência estrutural. No estudo destes autores, os profissionais relataram que a violência se manifestou principalmente por meio de agressões verbais provenientes de usuários impacientes. A falta de condições de trabalho adequadas, o descompasso entre oferta e demanda e a ausência de políticas de promoção da saúde do trabalhador foram identificados como fatores que prolongam o sofrimento e

desmotivam o profissional, representando uma forma de violência contraproducente institucional.

Complementando essa perspectiva, Flórido *et al.* (2020) analisaram os mecanismos de gestão para lidar com a violência na ESF e concluíram que a ausência de protocolos claros, de suporte e de capacitação para os enfermeiros resulta em um cenário onde o profissional enfrenta a violência de forma solitária e desamparada.

Além disso, o estudo de Fabri *et al.* (2022) realça os impactos da violência sobre a qualidade de vida desses trabalhadores na atenção primária, o desgaste físico e emocional é amplificado na ausência de intervenções organizacionais consistentes. A falta de políticas institucionais que promovam proteção e acolhimento reforça o caráter corrosivo da violência sobre o profissional e o coletivo de trabalho.

Ao longo das falas dos profissionais entrevistados, emerge com a percepção de que a violência vivida no exercício da medicina na ESF não se encerra no ato agressivo em si, mas é prolongada e, por vezes, agravada pela parcimônia institucional. A escassez de suporte por parte da gestão, a precariedade dos canais de denúncia, a falta de retorno frente aos episódios relatados e a inexistência de espaços de capacitação e escuta reforçam a sensação de abandono. Essa omissão não é apenas simbólica, ela se torna um vetor ativo de sofrimento, desmobilização e desistência:

“...eles prestam um apoio ali emocional na hora, fala que vai fazer o... vai passar isso pra ouvidoria, mas na prática mesmo não muda nada.” (Entrevistado 1)

O descompasso entre o discurso institucional de acolhimento e a ausência de ações efetivas concretas cria um sentimento de inutilidade da denúncia e retroalimenta a subnotificação dos casos. Conforme argumenta Sturbelle *et al.* (2019), o medo de represálias, a desconfiança nos canais formais e a burocratização dos processos acabam por desencorajar os trabalhadores a formalizarem as ocorrências. O resultado é uma cultura de silêncio que mascara a magnitude do problema e fragiliza a(s) tentativa(s) de enfrentamento sistêmico.

Essa desconfiança institucional não se limita à ausência de acolhimento imediato, mas perpassa a percepção mais ampla de uma gestão que não reconhece, valoriza ou protege seus profissionais:

“Não, a única medida que orientavam era registrar tudo num livro de ocorrências e num prontuário, mas não tinha não.” (Entrevistado 3)

A resposta indica o esvaziamento dos instrumentos administrativos de resposta à violência, reduzidos a um gesto burocrático desprovido de impacto real. Flórido *et al.* (2020) reforçaram essa crítica ao apontar que, na maioria das unidades de saúde, inexistem fluxos operacionais claros, capacitações regulares ou instâncias de escuta ativa dos trabalhadores. Assim, o que se apresenta como protocolo de resposta se converte em formalismo inócuo.

A cultura de impunidade e negligência institucional, como descrita por Njaine *et al.* (2020), reforça a naturalização da violência e mina a resiliência dos profissionais. Quando os casos não têm consequências, quando não há responsabilização, o recado institucional é claro: a violência é tolerável, esperada. E o profissional que a sofre, descartável. Isso gera, além do sofrimento individual, uma corrosão progressiva da identidade profissional e do vínculo com a instituição.

Assim, a vulnerabilidade dos médicos na ESF não é apenas fruto das condições externas ao serviço, mas também, de um modelo de gestão que negligencia o cuidado com quem cuida. Como argumentou Sturbelle *et al.* (2019), a violência se prolonga e se intensifica na ausência de mediações institucionais eficazes.

Ademais, a Resolução CFM nº 2.444/2025 (CFM, 2015) representa um avanço no ordenamento normativo brasileiro ao estabelecer diretrizes claras para a garantia da segurança dos médicos no ambiente de trabalho, contemplando medidas tanto preventivas quanto reativas frente à violência. Este documento, orienta a implementação de protocolos para acolhimento, registro e acompanhamento das ocorrências de violência, incluindo assistência jurídica e psicossocial aos médicos vítimas. Essa iniciativa da autarquia profissional reforça o papel institucional de proteção e articula-se como mecanismo de enfrentamento da revitimização, evidenciando a necessidade de respostas sistemáticas e integradas por parte das instituições de saúde.

5.2.3.4 Categoria 4. (In)visibilidade dos canais institucionais

Esta categoria reflete a compreensão dos entrevistados acerca da fragilidade da gestão e da insuficiência de suporte institucional diante dos episódios de violência vivenciados na ESF. As falas evidenciaram que, para além do ato agressivo, a ausência de acolhimento, de respostas efetivas e de mecanismos de proteção amplia o sofrimento e gera sentimentos de abandono.

A violência muitas vezes não termina no ato agressivo, ela se prolonga e se complexifica quando não encontra resposta institucional. A análise das entrevistas revelou um

padrão preocupante: a maioria dos episódios de violência não foi formalmente denunciada. Seja por desconhecimento dos instrumentos disponíveis, seja pela descrença na efetividade das respostas, ou ainda pelo temor de represálias institucionais, os profissionais optam por não registrar as ocorrências em boletins, nem acionar conselhos profissionais ou mesmo os gestores de maneira formalizada:

“E o que eu fiz foi relatar em prontuário tudo o que aconteceu, todos os xingamentos dele, o motivo de eu ter saído da unidade naquela hora e que ele não aguardou a consulta. Mas um boletim de ocorrência, por exemplo, eu não fiz.” (Entrevistado 1)

Essa escolha não é um ato isolado de omissão, mas o reflexo de uma estrutura que não estimula nem garante proteção. Sturbelle *et al.* (2019) apontaram que a subnotificação está atrelada ao medo, à burocracia e à percepção de abandono institucional, especialmente em contextos marcados pela precarização das relações de trabalho. A Resolução CFM nº 2.444/2025 (CRM, 2015) ressalta a importância do registro formal das ocorrências de violência como etapa imprescindível para a produção de dados e avaliação da magnitude do problema, condicionando a formulação de políticas preventivas e protetivas.

Em outros relatos, o próprio desconhecimento sobre a existência de cadernos de ocorrência nas unidades ou sobre os canais formais de denúncia (como CRM ou ouvidorias) revela uma falha de comunicação institucional:

“Eu nem sabia desse caderno de ocorrência.” (Entrevistado 6)

“Nem... descobri agora que existia.” (Entrevistado 7)

“Não cheguei a fazer [boletim de ocorrência] por conta da parte burocrática disso tudo, porque quando acontece um caso desse, a unidade não para, nosso serviço continua acumular...não tive condições de parar, para fazer boletim, de responder essa parte burocrática. [E ao CRM, comunicou?] Também não. É pela mesma questão. Acredito que... Não sei se alguma atitude seria tomada. E também a gente fica sempre com receio de perder nosso emprego. Então, não tomei nenhuma atitude não.” (Entrevistado 3)

A insegurança em relação às consequências de uma denúncia é um ponto recorrente nas entrevistas. O medo de retaliação, de desgaste emocional e até de demissão, como ocorreu com um dos entrevistados após exposição pública e ausência de escuta institucional, reforça a omissão como mecanismo de autoproteção. Esse tipo de situação é ilustrado no relato a seguir, no qual o médico descreve como foi alvo de julgamento público, sem respaldo da gestão:

“...teve toda uma situação comigo que vazou na internet...vazou assim...que postaram que a médica se recusou a atender o paciente.[...] Depois a paciente foi

atendida, mas isso não vazou, sabe?[...] colocou toda uma nota de repúdio, falando que a médica já não estava mais, que eles tinham tomado as providências, os meios de comunicação também, porque eles me colocaram como a médica não atendeu. [...]A própria coordenadora me chamou num horário que não tinha ninguém, dentro da Secretaria de Saúde, na hora de almoço, falando que eu nem ia conversar com o secretário para ver a minha situação. E falou, ah, não sei o que vai ser de você, mas é para você ir lá no DEST, no Médico do Trabalho. Ai, chegando lá, o cara falou que eu tinha sido demitida, assim, ninguém me escutou a minha versão, sabe?” (Entrevistada 4)

Esse relato exemplifica a forma como a violência simbólica, amplificada pela ausência de respaldo institucional e pelo julgamento público, desestabiliza emocionalmente os profissionais e os leva a estratégias de afastamento ou evasão. Como destacam Njaine *et al.* (2020) e Sturbelle *et al.* (2019), a invisibilidade dos canais de denúncia e o silêncio institucional perpetuam uma cultura de impunidade, normalizando o sofrimento e favorecendo a reprodução contínua da violência no ambiente de trabalho.

Flório *et al.* (2020) alertam que a gestão de situações de violência na ESF é frequentemente ineficaz, por ausência de fluxos claros, protocolos padronizados e espaços seguros de escuta. A consequência é a banalização da violência como parte “normalizada” do cotidiano de trabalho, uma normalização que, na prática, institucionaliza o sofrimento.

A análise de Ladeia *et al.* (2016) corrobora essa afirmação ao demonstrar que a violência no ambiente de trabalho em saúde não pode ser compreendida apenas como produto de interações interpessoais conflituosas, mas deve ser entendida como um problema institucional. A falta de protocolos claros, de fluxos de atendimento ao trabalhador agredido e de apoio psicológico ou jurídico caracteriza uma fragilidade estrutural que limita a efetividade das políticas de saúde do trabalhador. Assim, os canais institucionais, quando inexistentes ou inoperantes, tornam-se mais um fator de vulnerabilização dos profissionais do que de proteção.

A falta de medidas de proteção após episódios graves, reforça a percepção de desamparo:

“Eu procurei até um advogado na época [...] mas acabei desistindo, porque ia ser um desgaste muito grande.” (Entrevistado 6)

Portanto, cria-se um ciclo, a violência acontece, não é formalmente denunciada, não gera reação institucional e, por isso, tende a se repetir, mantendo os profissionais expostos. A ausência de ação concreta após a violência comunica, de forma taciturna, que esses eventos são tolerados, ou, pior, esperados, no cotidiano do trabalho.

Como concluem Sturbelle *et al.* (2019), é preciso romper com essa cultura da invisibilidade. Instituir canais efetivos, acessíveis, acolhedores e desburocratizados é um passo viável. Mais do que registrar a violência, é necessário que os sistemas de saúde assumam a responsabilidade de responder a ela, com políticas, protocolos, escuta ativa e ações reparadoras. Do contrário, o emudecimento continuará sendo cúmplice da violência.

5.2.3.5 Categoria 5. Territorialidade como marcador de risco: quando o espaço se torna ameaça

Esta categoria expressa como os entrevistados atribuem ao território significados que ultrapassam sua dimensão geográfica e organizacional, reconhecendo nele um marcador de risco que condiciona a prática médica. As narrativas revelam que certos espaços, são vividos como potenciais ameaças, exigindo dos profissionais estratégias de autoproteção. Assim, o território deixa de ser apenas referência para a organização do cuidado e passa a configurar-se também como um fator de insegurança e tensão na rotina da ESF.

Para Barcellos *et al.* (2002), na ESF, o território é mais do que um recorte geográfico delimitado por mapas e cobertura populacional. Hoefel *et al.* (2015) complementam que ele é também um campo simbólico, impregnado de significados, experiências e relações que afetam a prática dos profissionais da saúde. Quando se fala em violência, para Pierantoni *et al.* (2015) e Santos *et al.* (2017), o território assume uma nova camada de leitura, deixando de ser apenas um espaço de cuidado e passando a ser vivenciado como um campo de risco, onde os profissionais desenvolvem estratégias de proteção, adaptam suas práticas e, em alguns casos, reconsideram sua permanência.

Essa percepção está presente nas narrativas dos entrevistados, que distinguem zonas mais perigosas a partir de suas vivências. As áreas urbanas vulnerabilizadas, especialmente os aglomerados e periferias, são apontadas como lugar de maior tensão e ameaça, enquanto o espaço rural é descrito como mais acolhedor e seguro.

“Eu acho que depende muito da região que você atende. Se, por exemplo, eu tô numa área rural e eu tenho muito acesso, eu tenho, assim, meu relacionamento com a população é muito bom. Agora, quanto pior o nível social, eu vejo que tem mais dificuldade. Tem uma dificuldade. Principalmente regiões de aglomerado, e eu vejo que tem mais dificuldade com relação a isso.” (Entrevistado 2)

Essa distinção reforça a compreensão de que o território não é homogêneo, mas múltiplo e singular, como destacou Gondim (2011), que cada território da APS é atravessado por contextos históricos, sociais e culturais que influenciam a relação entre profissionais e

comunidade. O espaço urbano periférico, marcado por carências estruturais, ausência do Estado e desigualdades acumuladas, tende a ser vivido como um território de ameaça, uma percepção que condiciona o vínculo e reconfigura a atuação dos profissionais da saúde. Vieira-Meyer *et al.* (2023a) identificaram que a atuação de agentes comunitários em áreas de alta periculosidade leva à redução de visitas domiciliares e à adoção de estratégias operacionais adaptadas, modificando a prática clínica. Resultados semelhantes foram apontados por Vieira-Meyer *et al.* (2023b), que demonstraram o impacto da violência comunitária sobre a rotina laboral desses profissionais, evidenciando maior vulnerabilidade em contextos periféricos.

Entretanto, é necessário relativizar tal percepção, uma vez que não se trata apenas de uma reação imediata ao risco objetivo presente nesses territórios. Os médicos entrevistados podem não terem vivenciado cotidianamente as relações sociais estabelecidas nos bairros periféricos, por transitarem em posição social diferente. Assim, o receio em relação a esses espaços se configura também como um receio de classe social, alimentado por capitais culturais e simbólicos (Bourdieu, 1989) que reforçam representações históricas da periferia como lugar de perigo. Dessa forma, mais do que uma ameaça à categoria profissional em si, o sentimento de insegurança reflete distâncias sociais estruturais e desigualdades persistentes.

Nesse sentido, os profissionais constroem uma cartografia afetiva da violência, mapeando os lugares que exigem mais cautela, redobrando a vigilância em certos bairros, adotando posturas defensivas e, por vezes, evitando confrontos. Como apontou Barcellos *et al.* (2002), o território deve ser compreendido como um sistema de relações em que riscos e vulnerabilidades se atualizam a partir da experiência concreta dos sujeitos. A vivência experienciada pelos médicos revela que o risco não está apenas nos pacientes, mas na espacialidade construída entre sujeitos, instituições e políticas públicas insuficientes, atravessada ainda pelas marcas de classe e pelas desigualdades sociais que estruturam o campo da saúde.

“Acredito que um dos principais fatores é a demanda alta nas unidades. Isso gera uma agitação entre os pacientes e eles acabam descontando em nós. Tanto a questão da demanda, falta de estrutura. Eu acho que o principal fator aí é a má administração pública. [...] eles vão ficando agitados por qualquer, né, por vários motivos, vai aliando até que eles explodem em nós.” (Entrevistado 3)

Esse depoimento expressa como o espaço físico da unidade de saúde, por vezes precarizado, contribui para o acirramento de tensões. Conforme Monken *et al.* (2008), as dinâmicas territoriais urbanas impõem desafios adicionais à gestão do cuidado, já que convivem

ali diferentes territorialidades, como a institucional, a comunitária e a simbólica. Quando essas territorialidades entram em conflito, a unidade deixa de ser espaço de cuidado e se torna, para os profissionais, lugar de vulnerabilidade pessoal e profissional.

A partir da perspectiva da multiterritorialidade, Haesbaert (2023) contribui com a compreensão de que o território da saúde é simultaneamente material e simbólico, vivido em camadas. O médico, ao entrar numa comunidade, não apenas ocupa fisicamente o espaço, mas também é interpelado pelas representações locais sobre sua figura, ora como autoridade salvadora, ora como funcionário público passível de cobrança, ora como inimigo do ‘povo’, e ora como alguém de outra camada socioeconômica. Essas camadas figurativas produzem efeitos, o cuidado é atravessado pela autoproteção, o vínculo é substituído pela cautela, e a escuta é encurtada pela urgência de terminar o turno sem conflitos.

A construção do território como marcador de risco, portanto, transforma o anfêmero clínico e impacta a motivação, a segurança e o próprio sentido do trabalho médico. Como alertou Haesbaert (2007a), a territorialidade do medo impõe fronteiras simbólicas dentro da própria cidade, reordenando a atuação dos sujeitos em função de uma geografia da ameaça.

Neste cenário, a territorialidade deixa de ser apenas referência organizacional para a APS e passa a ser também uma fronteira emocional e política, que define onde é possível, ou não, exercer o cuidado com integridade e segurança.

5.2.4 Temática 4 – Corpo, Território e Relações de Poder nas Experiências de Violência

Essa temática aborda a percepção dos participantes, compreendendo a violência para além de eventos isolados, reconhecendo-a como experiência incorporada em seus corpos e práticas, atravessada pelas relações de poder que estruturam os territórios onde atuam. Propõe um deslocamento do olhar, da violência como evento para a violência como experiência vivida, incorporada e territorializada. É nesse sentido que o corpo se configura não apenas como alvo, mas também como território simbólico, lugar de inscrição dos medos, da resistência e das estratégias silentes de sobrevivência.

A partir da vivência dos médicos entrevistados, o território emerge como campo de relações permeado por assimetrias de poder, onde as fronteiras entre o profissional e o pessoal tornam-se difusas. O “território usado”, na perspectiva de Milton Santos (2009), torna-se um espaço afetivo e conflituoso, onde a presença habitual dos profissionais é marcada tanto pelo

cuidado quanto pelo receio. O simples deslocar-se até a unidade de saúde adquire novos significados quando o medo passa a mediar o percurso, a postura e até mesmo o tom de voz. Nessa dimensão metafórica, o território deixa de ser apenas geográfico, ele se densifica como espaço de vulnerabilidade e disputa.

O corpo, por sua vez, não apenas sente, ele reage, adapta-se, cala, foge, endurece. A psicodinâmica do trabalho, conforme Dejours *et al.* (1994), evidenciou como o sofrimento psíquico se traduz em sintomas físicos, reações emocionais e reorganizações subjetivas que impactam diretamente a prática médica. A partir dessa ótica, o corpo do médico se torna um campo de tensões, onde o medo se inscreve, as ausências se acumulam e a resiliência é forjada diariamente.

Nesse cenário, os profissionais desenvolvem estratégias de multiterritorialização (HAESBAERT, 2007, 2023), transitando entre diferentes espaços (institucional, pessoal, comunitário) e recriando suas formas de pertencimento e defesa. O que antes era um espaço de acolhimento e escuta, a unidade de saúde, pode se tornar zona de vigilância, exigindo reterritorializações constantes, mudar rotas, alterar a postura, evitar confrontos. Como apontaram Little (2002) e Saquet (2009), essa dinâmica vislumbra a coexistência de múltiplos territórios sobrepostos, nos quais o corpo e o sujeito disputam seus lugares e proteções.

Este eixo analítico, portanto, convida a compreender como o território da violência se expande para dentro do corpo e como o corpo se torna território de luta e resistência. A violência não termina na unidade de saúde, ela se insinua na pele, nos deslocamentos, nos gestos e nas decisões cotidianas. E, ao fazê-lo, escancara as relações de poder que sustentam e perpetuam essas vivências.

5.2.4.1 Categoria 1. O território vivido como campo de relações e tensões

O espaço em que os profissionais da ESF no município de Caratinga-MG exercem sua prática clínica transcende a mera delimitação física por ruas, muros ou unidades de saúde. Essa dimensão configura-se como um território vivido, na acepção de Santos (2009) e Sousa *et al.* (2021), entendido não como um contorno abstrato, mas como um espaço tecido por experiências, afetos, fluxos e tensões, constantemente reelaborado a partir das interações cotidianas e, portanto, sensível às dimensões simbólicas e materiais da existência. Nesse território corporalmente incorporado, podem emergir dinâmicas de poder que orientam a rotina profissional e influenciam o vínculo terapêutico estabelecido com os usuários.

Prado e Caetano (2024) ampliam esse entendimento ao destacar que, no campo da saúde coletiva, o território não serve apenas como base geográfica, mas como matriz para a organização das redes de cuidado e a democratização dos serviços de atenção básica, articulando determinantes biológicos, culturais, ecológicos e simbólicos nos processos saúde-doença. Esses autores enfatizam que compreender o território vivido possibilita reconhecer a complexidade dos contextos locais, o que potencializa a implementação de cuidados humanizados e integrados na APS, capazes de responder às particularidades de cada população.

A vivência da violência, nesse contexto, não é um evento isolado, mas uma ruptura que transforma o espaço de trabalho em um campo permeado por conflitos e insegurança. Conforme Santos *et al.* (2020), profissionais que atuam em territórios marcados por conflitos armados relatam que as unidades de saúde, tradicionalmente locais de cuidado, tornam-se ambientes de tensão latente, onde o medo compromete a integridade psicológica desses trabalhadores.

As falas dos profissionais revelaram como o território se converte em campo simbólico de disputa. A presença do médico é monitorada e, muitas vezes, questionada, mesmo quando ausências estão ligadas a atribuições legítimas da função:

“É porque tudo eles atribuem tudo a um médico. Por exemplo, se eu não tô na unidade, porque eu fui fazer visita domiciliar, o médico não tá lá. O médico faltou, o médico não tá na unidade, não tá atendendo. Então, eles têm isso e tudo é culpa da gente.” (Entrevistado 5)

No plano micropolítico do trabalho médico, o estudo de Franco *et al.* (2023) mostra que a prática cotidiana tende a se recentrar na UBS, com priorização da demanda espontânea e pouca inserção no território, devido a barreiras logísticas (transporte irregular, longas distâncias, sazonalidade de chuvas) e arranjos organizacionais (flexibilização de horários para fixação, acordos locais) que requerem deslocamentos e atividades além do consultório (visitas, atendimentos itinerantes, reuniões de equipe). Nesse cenário, a visibilidade contínua do médico na unidade é incompatível com as exigências do processo de trabalho, quando ele circula pelo território ou cumpre tarefas externas, sua ausência pode ser interpretada como não atendimento, alimentando a leitura leiga de negligência. Os resultados explicitam essa tensão entre expectativa de presença fixa e lógicas organizacionais que distribuem o trabalho para além da sala de consulta.

No plano macropolítico, de acordo com Faria (2020) a própria territorialização da APS no SUS é definida como projeto inacabado, marcado por movimentos de desterritorialização e

fragmentação (especialmente a partir de marcos normativos recentes), o que fragiliza a capacidade da APS de organizar o cuidado por redes e por território adscrito. Essa incompletude reforça arranjos assistenciais casuísticos e descontínuos, que demandam do médico respostas pontuais e deslocamentos que não se coadunam com a imagem de disponibilidade diária na unidade.

Em termos teórico-analíticos, a análise de Ibiapina e Bernardes (2018) sobre regimes de visibilidade e a articulação vigilância/assistência na atenção básica ajuda a explicar por que a presença física do médico adquire valor simbólico e moral. Ao problematizar como políticas e tecnologias de saúde fabricam expectativas de disponibilidade no espaço da UBS, mostrando que a visibilidade do profissional é também um efeito de dispositivos contemporâneos de gestão do cuidado. Essa moldura teórica sustenta a noção de uma territorialização figurativa, exige-se a figura do médico à vista como sinal de cuidado, mesmo quando a efetividade das ações demanda mobilidade, trabalho intersetorial e presença em outros pontos do território.

5.2.4.2 Categoria 2. Corpo-território e reconfiguração da prática médica

Se o território é o espaço da ação, como afirmou Santos (2009), o corpo é sua extensão sensível, inscrito pelas experiências que nele se dão. Nas ESFs, os médicos não apenas transitam por territórios físicos, ruas, salas, unidades, mas o incorporam em sua corporeidade afetiva. É nesse corpo-território que a violência se aloja, reconfigurando não só práticas clínicas, mas também o modo de se relacionar no mundo. Haesbaert (2007a, 2007b, 2023) oferece a chave conceitual dessa leitura ao pensar o corpo como lugar de inscrição das marcas do território vivido, e como campo onde o medo e o poder se manifestam concretamente.

A ameaça, mesmo que não materializada fisicamente, altera a postura e a disponibilidade do profissional. Dias (2015) demonstra que o cotidiano médico é marcado por sobrecarga, infraestrutura precária e vínculos instáveis, configurando um cenário de vulnerabilidade e adoecimento. Constata que o corpo do profissional já se encontra em tensão constante, predispondo-o a operar em estado de alerta. Isso reforça a noção de que mesmo fatores não materializados fisicamente (pressões, precarização e sobrecarga) podem alterar a forma como o médico se disponibiliza ao cuidado, modificando tempo e ritmo de suas ações. Desta forma, em consonância a Machado (1997), como o contexto organizacional e social produz estratégias defensivas no trabalho, uma vez que a integridade física e psíquica do trabalhador passa a ser constantemente negociada, propicia a resignificação no território de

atuação, reconfigurando não apenas o espaço físico, mas também os modos de interação com o usuário e a equipe:

“...depois que aconteceu esse episódio, por exemplo, nos dias posteriores, a gente ficou com a porta realmente do corredor que dá acesso às nossas salas de atendimento fechada. E a gente abria, chamava o paciente, aí o outro paciente entrava, então os pacientes ficavam na recepção e a gente pra dentro.” (Entrevistada 4)

A medida adotada (“a gente ficou com a porta realmente do corredor que dá acesso às nossas salas de atendimento fechada”), possivelmente, para reforçar a sensação de segurança no ambiente de trabalho, criando um controle físico do fluxo de entrada dos pacientes. Essa estratégia, reflete uma resposta subjetiva e emocional diante da vivência traumática, caracterizando um mecanismo de autoproteção e contenção do medo no espaço laboral. Busnello *et al.* (2022) e Silva *et al.* (2023) apontam que tais medidas são comuns entre profissionais da saúde que vivenciam agressões, funcionando como uma tentativa de restabelecer o controle do território físico e simbólico onde o cuidado é prestado:

“Fechar a porta da unidade. A porta do corredor.” (Entrevistado 4)

Essas mudanças revelaram o quanto a violência, molda comportamentos, invade o gesto clínico e redefine a circulação do corpo médico no território. Para Haesbaert (2023), isso representa uma forma de “reterritorialização defensiva”, uma reorganização do estar no mundo que visa preservar a integridade do sujeito diante de uma experiência de desterritorialização, neste caso forçada pela violência. No estudo de Sofiatti *et al.* (2024), com equipes de ESF a presença (ou iminência) de violência foi associada à reorganização das rotinas, restrição de fluxos, fechamento temporário de unidades e adoção de protocolos de risco, o que implica vigilância constante e tomada de decisão orientada por sinais de ameaça.

Na análise de Silva *et al.* (2024) os agentes comunitárias de saúde descrevem a instalação de medo no ambiente laboral que demanda performances defensivas (silenciamento, controle de informações, coordenação de entradas e saídas no território, dependência de sinais comunitários para deslocamento), evidenciando que o tempo e o ritmo da ação passam a ser calculados em função da ameaça percebida. Isso converte o corpo profissional em marcador das ausências institucionais (quando proteção e mediação estatal são frágeis) e em veículo de estratégias de autopreservação, com possíveis custos para a qualidade do cuidado e para a integralidade.

5.2.4.3 Categoria 3. Multiterritorialidade e estratégias de reterritorialização

A atuação dos médicos na ESF se estende, simultaneamente, pelo território institucional (da unidade de saúde), o comunitário (dos usuários e da vivência social) e o pessoal (do seu capital cultural, das relações pessoais e familiares). Como propõe Haesbaert (2007a; 2023), essa vivência simultânea em diferentes domínios configura o que ele denomina multiterritorialidade, condição em que o sujeito habita, transita e se reconstrói em territórios múltiplos e sobrepostos, ora como imposição, ora como estratégia.

Na realidade dos entrevistados, essa multiterritorialidade emerge como necessidade de sobrevivência simbólica e material. Silveira *et al.* (2022), ao investigarem os efeitos da violência no cotidiano de médicos da APS, evidenciam que o impacto das agressões ultrapassa o ambiente laboral, reverberando em dimensões pessoais como o sono, o humor e as relações familiares, o que valida a percepção de que o território pessoal é tensionado pela experiência da violência. Nesse sentido, a fronteira entre o espaço institucional e o íntimo se torna difusa, fazendo com que a ameaça ou agressão no serviço se projete sobre a vida cotidiana.

Em consonância, o estudo de Sampaio e Andrade (2023) demonstra que a violência sofrida ou temida exige dos profissionais estratégias de reterritorialização que visam minimizar a exposição ao risco e, ao mesmo tempo, reconstruir zonas de pertencimento. Nesse ponto, é pertinente recuperar a contribuição de Haesbaert (2007a; 2023), para quem a reterritorialização não se limita a um simples retorno ou reafirmação de fronteiras, mas constitui um processo de reação ativa frente à desterritorialização.

Quando a violência rompe a estabilidade do espaço vivido, impondo insegurança e deslocamento simbólico, a reterritorialização se apresenta como estratégia de recomposição, em que o sujeito reorganiza práticas, significados e afetos para recriar condições mínimas de pertencimento e continuidade existencial. Assim, no caso dos entrevistados, esse movimento pode ser compreendido como resposta às violências que desestabilizam o cotidiano de trabalho, configurando-se em reorganizações defensivas e criativas, tanto no âmbito institucional quanto no pessoal, que buscam restabelecer uma base de segurança e identidade no território. Essas estratégias se materializam no espaço da unidade, por meio da busca por apoio de colegas e reorganização das rotinas, e fora dela, com a criação de novos arranjos de segurança no território pessoal. Tal movimento reforça a leitura da violência não como evento pontual, mas como processo que condiciona modos de estar e de se relacionar nos diferentes territórios.

Em algumas falas, essa reorganização se manifesta na separação rígida entre o profissional e o pessoal, como tentativa de proteção subjetiva frente ao desgaste emocional:

“Eu consigo não deixar isso me afetar. Eu trabalho a minha mente, às vezes até de respirar fundo três vezes e voltar ao normal.[...] Eu poderia estar em outro lugar e de pensar, eu não aguento isso 10 anos. Porque você entende porque os profissionais ficam com o Burnout, né? De tanto trabalhar [...] É muito frustrante, por isso que eu penso que eu não vou tolerar muitos anos [...]” (Entrevistado 5)

A reterritorialização, neste cenário, se dá pela negação do território violento, ao tentar delimitar fronteiras rígidas entre os espaços, o profissional busca preservar-se de um sofrimento contínuo, reafirmando sua autonomia sobre o espaço íntimo. Porém, como apontaram Little (2002) e Saquet (2010), essa estratégia raramente é suficiente, pois os territórios simbólicos não se separam com a rigidez que a razão deseja. O que se vive em um espaço frequentemente transborda e contamina os demais.

Outros médicos relataram formas mais ativas de reconfigurar sua presença territorial, seja por meio de alteração de condutas, seja por modificação de rotinas e fluxos:

“...acaba contornando coisas para não deixar o paciente frustrado.” (Entrevistado 1)

“...atitude com o paciente depois disso acaba sendo diferente...” (Entrevistado 3)

“...parei de fazer a prática da atenção primária e toquei aquilo como se fosse um pronto-atendimento [...]parei de olhar os exames junto com o paciente. Ai só deixava os exames e eu olhava os que estavam muito alterados eu mandava voltar...” (Entrevistado 7)

Esse tipo de estratégia revela uma reterritorialização tática, em que o médico negocia sua circulação com base na memória da violência e na antecipação do risco. Trata-se de um corpo que aprendeu a se proteger ao evitar certos espaços, numa tentativa de preservar o mínimo de estabilidade para seguir exercendo a prática clínica. Como destacou Haesbaert (2007b), nessas condições, o território torna-se também “campo de fuga”, e não apenas de pertencimento.

Por fim, há ainda aqueles profissionais que, diante da insustentabilidade da violência repetida, optam pela reterritorialização radical: a saída do território institucional. Contrariamente, Sampaio e Andrade (2023) demonstram que a violência, mesmo quando recorrente, impacta significativamente a saúde mental, o sono, o humor e a disponibilidade profissional, provocando desejo de evasão ou rotatividade, entretanto, esses trabalhos não documentam casos em que profissionais abandonaram de fato o território institucional como estratégia deliberada.

Ao invés disso, Sofiatti *et al.* (2024) destacam formas de reterritorialização tática, ou seja, ajustes operacionais e comportamentais dentro do território de atuação. Exemplos incluem a reorganização das rotas de visitas domiciliares, a adoção de protocolos de segurança (como o Programa Acesso Mais Seguro), a suspensão temporária de atividades e a construção de redes de apoio entre colegas e comunidade. Tais práticas permitem aos profissionais preservar a integridade física e psíquica sem recorrer à saída radical do território, reforçando a ideia de que o corpo do profissional e seu “estar” no território são continuamente negociados frente à violência:

“...não dei conta de ficar... porque era muita agressão” (Entrevistado 6)

“...surgiu esse plantão particular e eu larguei...” (Entrevistado 7)

Além disso, Silva *et al.* (2023) indicam que o que se observa predominantemente é a intenção de evasão profissional, mas não a adoção de estratégias explícitas de retirada do território. Desta forma, a reterritorialização radical — caracterizada pela saída definitiva do território institucional — constitui mais uma possibilidade teórica do que uma prática consolidada no cotidiano dos serviços. O que se documenta empiricamente, como evidenciado nesta pesquisa, é a reterritorialização tática: adaptativa, provisória e permeada por ajustes micropolíticos, que se apresentam como formas de resistência e negociação diante da violência repetida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou compreender a percepção dos médicos atuantes na ESF sobre a violência vivenciada no exercício profissional, partindo do reconhecimento de que tal fenômeno se apresenta de maneira crescente e complexa no campo da saúde. A investigação partiu do reconhecimento de que a violência, em suas múltiplas formas, constitui-se como um problema de saúde pública e uma dimensão persistente no cotidiano dos profissionais, afetando tanto sua saúde física, mental, quanto a qualidade da atenção ofertada à população.

No percurso analítico, buscou-se responder de que maneira os médicos significam e elaboram suas vivências de violência, desvelando os impactos emocionais e profissionais, bem como as estratégias de enfrentamento que emergem de tais experiências.

De forma geral, observou-se que os entrevistados eram, em sua maioria, profissionais jovens, com tempo de serviço relativamente curto na ESF, formados em diferentes instituições, muitos vinculados ao Programa Mais Médicos. Essa característica de perfil evidencia tanto a rotatividade quanto a heterogeneidade formativa, quanto a própria forma de enfrentamento da violência. Destaca-se, ainda, a diferença entre experiências em áreas rurais e urbanas, sendo que a exposição ao risco e as manifestações de violência assumiram contornos particulares em cada contexto territorial, a partir de suas vivências.

Os resultados demonstraram que a violência não se limita ao momento do ato agressivo, mas se prolonga e, em alguns casos, intensifica-se em virtude da ausência de suporte institucional. Essa constatação reforça a compreensão de que a violência no trabalho em saúde é também produzida e reproduzida pelas estruturas organizacionais, que, ao negligenciarem o suporte aos trabalhadores, contribuem para a perpetuação das agressões e enfraquecimento das práticas profissionais.

Outro aspecto identificado foi o papel do território na conformação da experiência de violência. O território, entendido não apenas como espaço físico, mas como campo simbólico, social e relacional, mostrou-se determinante para a forma como os médicos percebem, elaboram, enfrentam ou resistem à violência. Tal resultado evidencia que a territorialização do trabalho na ESF pode atuar tanto como potencializadora do vínculo e da confiança com a comunidade quanto como intensificadora dos conflitos.

Os impactos emocionais e profissionais da violência emergiram de forma contundente nas falas dos participantes, revelando sofrimento psíquico, desgaste nas relações interpessoais

e, em alguns casos, intenção de abandono da atuação na ESF. Esses elementos reiteram a necessidade de que o debate sobre a violência no trabalho em saúde ultrapasse a dimensão individual, alcançando o nível institucional e político, a fim de promover ambientes mais protetivos e de fortalecer a permanência dos profissionais na APS.

Em contrapartida, observou-se que os médicos desenvolvem estratégias de enfrentamento variadas, ora de caráter individual, ora coletivo, que demonstram a resiliência e a capacidade adaptativa desses trabalhadores. Todavia, tais estratégias não podem substituir a responsabilidade institucional em prover condições adequadas de trabalho, apoio psicossocial e medidas de prevenção efetivas.

As contribuições desta pesquisa situam-se em três dimensões. No campo científico, ampliam-se as discussões sobre a violência no trabalho em saúde, enfatizando a interface entre território, gestão e subjetividade, buscando fortalecer a produção acadêmica interdisciplinar. No campo político-institucional, evidencia-se a urgência da formulação de políticas públicas e de estratégias de gestão capazes de enfrentar a violência de maneira estrutural, prevenindo o adoecimento dos profissionais e assegurando a sustentabilidade da ESF. No campo prático, oferecem-se subsídios para a criação de medidas de apoio e proteção aos trabalhadores, contribuindo para a valorização profissional e para a construção de ambientes laborais mais acolhedores e seguros.

Em síntese, reafirma-se que a violência no trabalho em saúde, especialmente no âmbito da ESF, constitui um problema de saúde pública que demanda reconhecimento, enfrentamento e transformação. Mais do que uma questão individual, trata-se de um fenômeno social e institucional que desafia a integralidade, a universalidade e a humanização do cuidado em saúde. Enfrentar esse desafio implica não apenas proteger os profissionais, mas também garantir o direito universal da população a uma atenção primária integral, segura e humanizada, consolidando a ESF como eixo estruturante do SUS.

7 LIMITES E PERSPECTIVAS DA PESQUISA

Toda pesquisa carrega em si limitações que precisam ser reconhecidas de forma crítica, não como fragilidades que invalidam seus resultados, mas como elementos que delimitam o alcance das interpretações e apontam caminhos para investigações futuras. Neste estudo, algumas questões merecem destaque.

Em primeiro lugar, a escassez de produção científica especificamente voltada para a violência contra médicos atuantes na ESF representou um desafio na construção do referencial teórico. Embora existam estudos sobre a violência no trabalho em saúde em termos mais amplos, poucos se dedicam a compreender, de forma aprofundada, a experiência singular dos médicos no âmbito da APS.

Outro limite refere-se à adesão dos participantes. Apesar dos convites realizados, houve baixa participação de médicos, em grande parte devido a receios manifestados, seja por medo de represálias institucionais ou pela dificuldade em expor situações dolorosas. Essa resistência pode ter restringido a diversidade de experiências captadas, ainda que não tenha comprometido a consistência das análises produzidas.

Adicionalmente, é importante reconhecer a posição da pesquisadora como médica atuante na ESF, o que trouxe consigo a complexidade da dupla condição de entrevistadora e, ao mesmo tempo, sujeito potencialmente atravessado pelas mesmas vivências relatadas. Essa proximidade gerou desafios para a manutenção da imparcialidade e demandou vigilância constante quanto à postura analítica, já que os relatos dos entrevistados frequentemente reavivaram experiências próprias de violência no trabalho. Ainda que essa condição possa ser vista como limitação, também se configurou como um diferencial, permitindo um olhar sensível e aprofundado sobre a temática.

Cabe destacar que este estudo, ao adotar uma abordagem qualitativa, possibilitou dar visibilidade às vozes dos médicos, reconhecendo-os como sujeitos ativos na produção de sentidos e estratégias diante da violência. Ainda assim, considera-se pertinente que futuras pesquisas aprofundem a análise a partir de diferentes recortes, como a necessidade de incluir a voz de gestores, demais categorias profissionais da saúde (enfermeiros, agentes comunitários, técnicos de enfermagem) e dos usuários. A escuta ampliada permitiria compreender se e como as diferentes posições laborais impactam na produção e no enfrentamento da violência.

Outro aspecto que demanda investigação diz respeito à ambivalência do médico

enquanto sujeito que pode ser simultaneamente vítima e autor de violências. Reconhecer essa dimensão permite deslocar o debate de uma perspectiva exclusivamente vitimária e avançar para uma análise relacional e ética do fenômeno.

Além disso, a investigação em outros municípios e regiões, a avaliação longitudinal dos efeitos da violência sobre a trajetória laboral e a saúde mental dos trabalhadores, e que contemplem maior número de participantes.

No que se refere às perspectivas, merece destaque a recente Resolução CFM nº 2.444/2025 (CFM, 2025), que estabelece diretrizes para a prevenção e enfrentamento da violência contra médicos no exercício profissional, com previsão de entrada em vigor nos próximos meses. Embora ainda não seja possível avaliar empiricamente seus impactos, esta normativa representa um avanço no reconhecimento institucional da violência como problema que compromete não apenas a integridade física e psíquica dos profissionais, mas também a qualidade da assistência prestada à população. Ao propor medidas de segurança nos ambientes laborais, canais formais de denúncia e estímulo ao apoio psicológico e jurídico, a resolução inaugura uma agenda regulatória que pode fortalecer a proteção ao trabalho médico, especialmente no contexto da APS. Nesse sentido, sua implementação constitui perspectiva promissora para futuras pesquisas, que poderão analisar de que forma a normatização contribui efetivamente para reduzir situações de vulnerabilidade e ampliar a responsabilização institucional e social diante das agressões sofridas por médicos.

Por fim, este estudo contribui para ampliar o debate acadêmico e institucional acerca da violência contra profissionais da saúde, em especial médicos da ESF. Espera-se que os resultados aqui apresentados possam subsidiar gestores na formulação de estratégias de prevenção e enfrentamento da violência, bem como incentivar a criação de espaços de escuta e apoio psicossocial aos trabalhadores.

Assim, os limites aqui reconhecidos não diminuem a relevância da investigação, mas, ao contrário, iluminam as lacunas a serem preenchidas e reafirmam a necessidade de consolidar a violência no âmbito laboral da ESF como objeto legítimo de análise acadêmica, política e social.

REFERÊNCIAS

- ARENDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1994.
- AROUCA, S. **O Dilema preventivista**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 2003.
- ARRUDA, *et al.*. Consulting "Dr. Google": how the digital search for internet health information influences doctor-patient relationship. *Cad Saude Publica*, v. 41, p. 1-14, 2025.
- AYDOGDU, A. L. F. **Violência e discriminação contra profissionais de saúde em tempos de novo coronavírus**. *J. nurs. health*. p. 1-9, 2020.
- BAIREL, L. F. **Medo social**: dilemas cotidianos. *Ponto-e-vírgula: Revista de Ciências Sociais*, n. 3, p. 138-151, 2008.
- BAQUERO, O. S. **Ecologia de violências nas periferias urbanas em tempos de emergência de saúde**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 35, n. 2, p. 1-25, 2025.
- BARBOSA, S. P. *et al.* **Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família**: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43. supl. 1, p. 395-403. 2019.
- BARCELLOS, C. C. *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARRETO, A. C. **Paradigma sistêmico no desenvolvimento humano e familiar**: a teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 275-293, 2016.
- BATISTA, C. *et al.* **Violência no trabalho em saúde**: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 9, n. 2, p. 295-317, 2011.
- BAUER, W. M. *et al.* **Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento**: evitando confusões. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*, v. 2, p. 17-36, 2002.
- BISPO, T. C. F. **Rompendo o silêncio**: estudo de vitimização de agentes comunitários de saúde no âmbito do trabalho em Salvador-BA. 2011. 202f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- BONNEMAISON, J. **Geografia Cultural**: Um Século. Rio de Janeiro, EDUERJ, 2002.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1990a.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1990b.
- BRASIL. Lei Municipal nº 1.891, de 30 de agosto de 1990. Estatuto do Servidor Público de Caratinga. Caratinga, MG: **Câmara Municipal de Caratinga**, 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648/gm de 28 de março de 2006**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Lei nº 14.321, de 31 de março de 2022. Altera a Lei nº 13.869, de 5 de setembro de 2019, para tipificar o crime de violência institucional. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Informação e Gestão da atenção básica, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 18 ago. 2024.

BRASIL, **Lista de Postos de Saúde com Endereço**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/servicos-de-saude/postos-de-saude.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 7-12, 1989.

BOURDIEU, P. **Os três estados do capital cultural**. In: NOGUEIRA, Maria Alice; CATANI, Afrânio (Org.). Escritos de educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 71-79.

BUSNELLO, G. F. *et al.* **Tipos de violência no trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família**. Escola Anna Nery, v. 25, n. 4, p. 1-11, 2021.

BUSNELLO, G. F. *et al.* **Violência contra o trabalhador de enfermagem**: repercussões no acesso e segurança do paciente. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, p. 1-8, 2022.

CANHOTA, C. **Qual a importância do estudo piloto. Investigação passo a passo**: perguntas e respostas para investigação clínica. Lisboa: APMCG, p. 69-72, 2008.

CELINO, S. D. M. *et al*; ANDRADE, F. B. **Morbimortalidade por causas externas no Brasil entre 2015 e 2019**: um estudo ecológico. Revista Ciência Plural, v. 7, n. 3, p. 180-201, 2021.

CENTENARO, A. P. F. C. *et al.* **Efectividad de las intervenciones contra la violencia laboral que sufren los profesionales de la salud y de apoyo: metanálisis**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 31, p. 1-14, 2023.

CERQUEIRA, D. BUENO. S. **Atlas da violência 2024**. Brasília: Ipea, 2024.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. 2024. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 08 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.444, de 20 de agosto de 2025. Estabelece garantias de segurança para os médicos no exercício de sua atividade profissional em todas as unidades de saúde em funcionamento no território nacional e normas para a fiscalização e a

interdição ética. Brasília: CFM, 2025.

DA SILVA JUNIOR, R. F. *et al.* **Violência no trabalho contra os trabalhadores de enfermagem e seus imbricamentos com a saúde mental.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 11, p. 1-9, 2021.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. **Violência:** um problema global de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, p. 1163-1178, 2007.

DANTAS, E. S. O. *et al.* **Prevalência e fatores associados à violência no trabalho contra residentes multiprofissionais durante a pandemia.** Saúde em Debate, v. 47, n. 136, p. 184-199, 2023.

DEJOURS, C. *et al.* **I Psicodinâmica do trabalho:** contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo, Atlas, p. 119-145, 1994.

DESLANDES, S.F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar:** Representações, Práticas, Interações e Desafios. Tese de doutorado Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

DEVREUX, Anne-Marie. À la mémoire de Danièle Combes. Une sociologie de l'articulation classes/sexes. **Cahiers du Genre**, n. 2, p. 199-201, 2011.

DIAS, E. C. **Condições de trabalho e saúde dos médicos:** uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Rev Bras Med Trab. v. 13, p. 60-68, 2015.

DUARTE, L. R. *et al.* **Violência no trabalho de profissionais de enfermagem na Estratégia Saúde da Família.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 48, p. 1-13, 2023.

ESCOREL. *et al.* **O programa de saúde e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Revista Pan-americana Salud Publica, v. 2, p. 164-176, 2007.

FERRAZ, C. M. L. C., *et al.* **A ética da virtude na prática da equipe de saúde da família.** Acta Paul Enferm., v. 35, p. 1-9, 2022.

FARIA, R. M. **A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020.

FABRI, N. V. *et al.* **Violência laboral e qualidade de vida profissional entre enfermeiros da atenção primária.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 35, p. 1-8, 2022.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Grupo de trabajo declaración: la violencia como grave problema de salud pública continental.** Rio de Janeiro, Claves/Fiocruz, 1989.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes.** Penso Editora, 2013.

FRANCO, A. L. E. S. *et al.* **A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família:** um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 1, p. 246-255, 2005.

FRANCO, C. M. *et al.* **Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 03, p. 821-836, 2023.

FLÓRIDO, H. G. *et al.* **Gerenciamento das situações de violência no trabalho na Estratégia de**

Saúde da Família pelo enfermeiro. Texto & Contexto – Enfermagem, v.29, p. 1-14, 2020.

FONTES, K. B. *et al.* **Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 21, p. 1-7, 2013.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber.** Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012

FURTADO, J. H. L. *et al.* **Atenção primária à saúde no Brasil:** desafios e possibilidade no cenário contemporâneo. Campina Grande: Editora Amplla, 2021.

GAO, Q *et al.* **Internet usage time and trust in doctors:** evidence from China. BMC Public Health, v. 24, n. 134, p. 1-11, 2024.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 1103, 2012.

GONDIM, G. M. M. **Territórios da Atenção Básica:** múltiplos, singulares ou inexistentes? Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. São Paulo, p. 254. 2011.

GUIMARÃES, I. *et al.* **A violência faz parte do trabalho?.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 3794, 2023.

GUSSO, G. *et al.* **Tratado de medicina de família e comunidade:** princípios, formação e prática. 2. ed. v. 1 e 2. Porto Alegre: Artmed, p. 938, 2019.

HAESBAERT, R. **O Mito da Desterritorialização:** do "Fim dos Territórios" à Multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2007a.

HAESBAERT, R. **Território e multiterritorialidade:** um debate. GEOgraphia, ano IX, n. 17, p. 19-46, 2007b.

HAESBAERT, R. **Território.** GEOgraphia, Niterói, v. 25, n. 55, p. 1-7, 2023.

HAN, Byung-Chul. **O desaparecimento dos rituais:** Uma topologia do presente. Tradução Gabriel Salvi Philipson. Petrópolis: Vozes, 2021.

HOCHMAN, B. *et al.* **Desenhos de pesquisa.** Acta Cirúrgica Brasileira, v.20, p. 1-8, 2005.

HOEFEL, M. G. L. *et al.* **Determinantes sociais da violência na saúde de populações da América Latina.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 6, n. 2, p. 1786-1704, 2015.

HOMEM invade pronto-socorro e esfaqueia médica dentro de consultório no interior de SP. **Notícia G1 São José do Rio Preto e Araçatuba**, 22 de setembro 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

IBIAPINA, E. F. V.; BERNARDES, A. **Vigiar e assistir:** o território na atenção básica e a racionalização do acontecimento. Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social, v.

18, n. 3, p. e-2077, 2018.

ILO, International Labour Organization. **Safe and healthy working environments free from violence and harassment**. Genebra, 2020.

KANO, N. P. *et al.* **Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento**. Saúde Sociedade, v. 21, p. 884-894, 2012.

KLAUSS, J. *et al.* **Aportes teóricos: prática e inovação em ciências da saúde**. Volume 1. Rio de Janeiro: e-Publicar, p. 507, 2022.

LADEIA, P. S. S.; MOURÃO, T. T.; MELO, E. M.. **O silêncio da violência institucional no Brasil**. Rev Med Minas Gerais, 26 (Supl 8), p. 398-401, 2016.

LEITE, A. I. T. **Assédio moral no âmbito hospitalar: estudo com profissionais de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraíba. João Pessoa, p. 104. 2012.

LEITE, C. N. *et al.* **Violência na Estratégia de Saúde da Família: riscos para a saúde dos trabalhadores e ao atendimento**. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 28, p. 1-6, 2020.

LIMA, H. D. S. A. **Violência simbólica e ambiente de trabalho: a face oculta da violência**. RESC Revista de Estudos SocioCulturais, v1., n.1, jan-jul, p. 106-115, 2021.

LITTLE, P. E. **Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.

LOPES, A. C. O. *et al.* **Diagnóstico da Síndrome de Burnout em profissionais da atenção primária à terciária em saúde: uma revisão bibliográfica**. Reserach, Society and Development, v.11, n.16, p. 1-7, 2022.

JARRUCHE, L. T.; MUCCI, S.. **Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa**. Revista Bioética, v. 29, n. 1, p. 162–173, jan. 2021.

MACEDO, K. D. *et al.* **O impacto da sobrecarga de trabalho na saúde dos profissionais de enfermagem**. Ciências e Saúde, v. 28, ed. 135/jun, 2024.

MACHADO, J. M. H. **Processo de vigilância em saúde do trabalhador**. Cadernos de Saúde Pública, v. 13, p. 33–45, 1997.

MACIEL, F. B. M. *et al.* **Violência ocupacional, processo laboral e saúde mental de profissionais da saúde: uma revisão sistemática**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 19, n. 46, p. 3908, 2025.

MACKEY, A; GASS, S. Common data collection measures. In: _____. **Second Language Research: methodology and design**. Mahwah: Lawrence Erlbaum, p. 43-99, 2005.

MELLO, I. A. P. *et al.* **Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 2, p. e0024390, 2020.

MENDES, M. *et al.* **Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, p. 1-9, 2020.

- MENDONÇA, C. S. *et al.* **Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2247–2257, 2020.
- MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E. R. **É possível prevenir a violência?** Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.
- MINAYO, M. C. S. **A inclusão da violência na agenda de saúde: trajetória histórica.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1259-1267, 2006.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. **Novas e velhas faces da violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.
- MODENA, M. R. **Conceitos e formas de violência.** 2. ed. Caxias do Sul: Educs, v. 1, 2016.
- MONKEN, M. *et al.* **O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde ambiente.** *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.23-41, 2008.
- MONTEIRO, C.; PASSOS, J. **A violência e os profissionais da saúde no hospital psiquiátrico.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, v. 21, n. 1647-2160, p. 54-61, 2019.
- NJAINE, K. *et al.* **Impactos da Violência na Saúde** [online]. 4 ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, p. 448, 2020.
- NODARI, P. C. Razão e violência em Eric Weil. **Revista de Filosofia**, Amargosa, v. 16, p. 188-204, 2017.
- OLIVEIRA, R. C. **A violência relacionada ao trabalho no contexto das equipes de saúde da família de Uberaba/MG.** Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Atenção à saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, 82 p, 2012.
- OLIVEIRA, L. P. *et al.* **Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família.** *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v. 2, p. 46-56, 2013.
- OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* **Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1165-1180, 2017.
- OLIVEIRA, E. M. *et al.* **A estratégia de saúde da família e suas contribuições para a eficácia dos serviços na atenção primária à saúde.** *Saúde Coletiva*, v. 13, p. 13166-13170, 2023.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa para a promoção da saúde: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde.** Genebra, 1986.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Genebra, p. 1-380. 2002.
- PEREIRA, L. S. *et al.* **Perceived violence in the work environment of nursing professionals in the Family Health Strategy.** *Research, Society and Development*, v. 12, n. 1, p. 1-10, 2023.
- PIERANTONI, C. R. MAGNAGO, C. **Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ).** *Saúde Debate*, v. 39, n.

104, p. 9-17, 2015.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. **Do programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.23, p. 1903-1913, 2018.

PIONER, L. M. **Trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família.** Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 10, n. 1, p. 113-120, 2012.

POLÍCIA investiga agressão contra médico por paciente que teve atestado negado em UPA de Jundiaí. **Notícia G1 Sorocaba e Jundiaí**, 23 de julho 2024.

PRADO, G. A. S.; CAETANO, M. V. A.. **Apontamentos sobre a noção de território no campo da saúde coletiva: determinação, identidades e territorialidades.** Saúde em Debate, v. 48, n. spe2, p. 1-13, 2024.

QUEIROZ, A. A. O.; BARRETO, F. A. **Violência no trabalho da enfermagem nos serviços hospitalares: ponderações teóricas.** Rev. enferm. UFPE on line, p. 1-12, 2021.

SACK, R. **Human territoriality: Its theory and history.** New York: Cambridge, 1986.

SAMPAIO, J. F. S.; ANDRADE, C. B. **Violência armada e repercussões no cotidiano de trabalho de profissionais da Estratégia de Saúde da Família.** Revista de Saúde Coletiva, v. 33. P. 1-23, 2023.

SANTOS JUNIOR, E. A. S.; DIAS, E. C. **Violência no trabalho: uma revisão da literatura.** Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, Belo Horizonte, v. 2, n.1, p. 36-54, 2004.

SANTOS, M. **Natureza do espaço.** Técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: EDUSP, 2009.

SANTOS, M. S. *et al.* **O enfrentamento à violência no âmbito da Estratégia Saúde da Família: desafios para a atenção em saúde.** Revista Brasileira Promoção à Saúde, v. 30, p. 229-238, 2017.

SANTOS, L. S. *et al.* **Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde de uma microrregião geográfica.** Enfermagem Brasil, v. 18, p. 552-560, 2019.

SANTOS, K. O. B. *et al.* **Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 12, p. 1-14, 2020.

SANTOS, C. M. J. *et al.* **Programa Médicos pelo Brasil: primeiros resultados.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 11, p. 3273–3279, 2023.

SAQUET, M.A.; SPOSITO, E. S. **Território e territorialidade: teorias, processos e conflitos.** São Paulo: Editora Expressão Popular, p. 368, 2009.

SAQUET, M. A. **Território e territorialidades: teorias, processos e conflitos.** São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SÉ, A. C. S. *et al.* **Violência física, abuso verbal e assédio sexual sofridos por enfermeiros do atendimento pré-hospitalar.** Enfermagem em Foco. v. 11, n. 6, p. 135-142, 2020.

SHEKHAR, S; JAVALKAR, S. **Health information seeking on the internet (Dr Google) and its effect on doctor-patient relationship.** International Journal of Community Medicine and Public Health, v. 7, n. 10, p. 4094-4100, 2020.

- SILVA, S. N. *et al.* **Implementação de tecnologias em saúde no Brasil: análise de orientações federais para o sistema público de saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. 1-12, 2004.
- SILVA, C. L. *et al.* **Violência contra trabalhadores de enfermagem na pandemia de COVID-19: revisão de escopo.** *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 36, p. 1-10, 2023.
- SILVA, M. C. L. *et al.* **O medo e a violência: perspectivas de profissionais da saúde.** *Magistro Revista Acadêmica*, v. 2, n. 30, p. 135-153, 2024.
- SILVEIRA, F. B. C. A. *et al.* **Associação entre a violência comunitária e no local de trabalho e a qualidade do sono de profissionais da saúde: estudo transversal.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1647–1656, 2021.
- SOBOLL, L. A. P. **Assédio moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho.** São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 238, 2008.
- SOFIATTI, V. *et al.* **Violência armada no contexto de trabalho da Atenção Primária à Saúde: construção e atuação dos planos de ação do Programa Acesso Mais Seguro em Porto Alegre.** *Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1-17, 2024.
- SOUSA, A. L. *et al.* **Territorialidade e contexto urbano no estudo sobre a relação pessoa-ambiente: revisão integrativa de literatura.** *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 02, p. 1-20, 2021.
- STURBELLE, I. C. S. *et al.* **Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos.** *Acta Paul Enferm.* v. 31, n. 6, p. 632-41, 2019.
- STURMER, G. *et al.* **Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família UMA-SUS no Rio Grande do Sul.** *Revista conhecimento online*. v. 1, p. 1-23, 2020.
- TRINDADE, L. L. *et al.* **Agressão verbal no trabalho da enfermagem na área hospitalar.** *Revista Eletrônica da Enfermagem*, p. 1-8, 2019.
- VASCONCELOS, C.; BUSSINGUER, E. C. A. **Relação médico-paciente na assistência em contexto pandêmico: responsabilidades e vulnerabilidades dos sujeitos.** *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 10, n. 2, p. 89–109, 2021.
- VIEIRA-MEYER, A. P. *et al.* **Violence in the neighborhood and mental health of community health workers in a Brazilian metropolis.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 12, p. 1-19, 2023a.
- VIEIRA-MEYER, A. P. *et al.* **Gender and Violence in the Daily Routine of Community Health Workers in Fortaleza, Brazil.** *J Community Health*. V. 48, 2023b.
- XAVIER, A. C. H. *et al.* **Assédio moral no trabalho no setor saúde do Rio de Janeiro: algumas características.** *Revista brasileira de saúde ocupacional*. v. 33, p. 15-22, 2008.
- ZIZEK, S. **A Violência.** São Paulo: Boitempo, 2010.

APÊNDICE 1 - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA



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.



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Caratinga, 09 de setembro de 2024.

Ref.: Solicitação de Autorização para realização de Pesquisa

Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga/MG

Sra. Simone Soares Gomes Avelino

Prezada Senhora Simone Soares Gomes Avelino

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa na área da Saúde do Trabalhador intitulado: Violência vivenciada no Trabalho em Saúde: percepção de médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Caratinga/MG. Essa pesquisa tem por objetivo identificar a percepção de médicos sobre a violência vivenciada em seu processo de trabalho na ESF no município de Caratinga/MG.

Inicialmente será realizado um contato com os médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Caratinga/MG. O pesquisador explicará a pesquisa a estes potenciais participantes esclarecendo todos os procedimentos a serem executados e solicitará a autorização para a pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Então será agendado dia, horário e local adequado para realização de uma entrevista com aqueles que aceitarem participar da pesquisa. É importante esclarecer que a pesquisa não deverá interferir nos procedimentos programados pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), e que a mesma será realizada de acordo com a disponibilidade do participante. Ele escolherá o melhor horário e dia para a entrevista. Os resultados do estudo poderão fomentar discussões sobre o impacto da violência no ambiente de trabalho do médico.

A presente pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão, professora do Mestrado em Gestão Integrada do Território (GIT) da Universidade Vale do Rio Doce.

**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.



Conforme normas de pesquisa com seres humanos, este projeto será submetido a Plataforma Brasil e só terá início quando da sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa. No desenvolvimento desta pesquisa serão respeitadas as normas éticas estabelecidas pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – Ciências Humanas e Sociais e a Resolução Nº 580, de 22 de março de 2018, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A referida pesquisa está ligada ao grupo de pesquisa Saúde, Indivíduo, Sociedade (SAIS) da Universidade Vale do Rio Doce e os resultados obtidos poderão ser apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Informamos ainda que será garantida a não identificação dos participantes da pesquisa, utilizando um sistema de codificação dos dados coletados. Estes dados coletados serão armazenados por meio de senha num banco de dados, sob os cuidados da professora orientadora da pesquisa e do orientando, por um período de cinco anos no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), localizado no bloco C2, campus II na Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Após esse período todo o material coletado será incinerado ou deletado, conforme o caso.

Comprometemo-nos a realizar a pesquisa de acordo com os princípios éticos, sendo que sua execução está prevista para iniciar neste ano, após aprovação do CEP. A coleta de dados poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos para os participantes: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo constrangimento; não saber responder alguma das perguntas feitas pelo entrevistador; ser identificado como participante da pesquisa ou fornecedor de informações. Caso ocorra alguma destas situações poderão ser tomadas as seguintes providências: pausar a entrevista; tirar o máximo de dúvidas caso não consiga entender bem alguma pergunta; pedir para pular para a próxima pergunta caso não saiba como responder ou não queira responder; pedir para continuar a entrevista em outro momento; pedir para terminar e não continuar a entrevista caso não queira mais responder. Para guardar o anonimato dos participantes no roteiro de entrevista será registrado apenas o número do entrevistado. Como já salientado, os dados

**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.

coletados serão armazenados por meio de senha num banco de dados, criado para a pesquisa, sob os cuidados da professora orientadora da pesquisa e do pesquisador responsável, 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 todo o material será incinerado.

Espera-se como benefícios da realização dessa pesquisa contribuir para a formulação de políticas voltadas ao combate da violência e à promoção da cidadania, bem como permitir a elaboração de ações que valorizem e dignifiquem a posição do trabalhador médico na sociedade.

Ao final da pesquisa será entregue a esta Secretaria um Relatório final com os resultados obtidos e analisados, e este será disponibilizado aos entrevistados. Além disso, os participantes da pesquisa podem ter acesso direto aos resultados da pesquisa por meio do telefone do pesquisador principal (o seu contato pessoal e profissional está registrado no TCLE).

Neste sentido, solicitamos autorização para realização desta pesquisa, nas Estratégias Saúde da Família (ESFs) do município de Caratinga/MG. Na certeza de poder contar com vossa colaboração, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

No aguardo de definições da V.Sa., nos despedimos.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
 LORRAYNE MARTINS MONTEIRO
 Data: 04/09/2024 10:04:47-0300
 Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Lorrayne Martins Monteiro
 Mestranda Gestão Integrada do Território (GIT)
 Universidade Vale do Rio Doce

Documento assinado digitalmente
 MARILENY BOECHAT FRAUCHES BRANDÃO
 Data: 04/09/2024 21:08:33-0300
 Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profª. Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão
 Profª. Mestrado Gestão Integrada do Território (GIT)

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

  Programa de Pós-Graduação Gestão Integrada do Território	UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:	
Título: Violência vivenciada no trabalho em saúde: territorialidades dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Caratinga/MG.	
Natureza do Projeto: Pesquisa	
Pesquisador Responsável: Lorrynne Martins Monteiro	
Contato com pesquisador responsável: Endereço: Rua Geralda Maria Andrade, n. 104, apto 501, Loteamento Jardim Lavie, Caratinga-MG. CEP: 35604-456. Telefone: (31) 990306-8042	
2 – Identificação da Instituição:	
Instituição: Universidade Vale do Rio Doce - Univale	
Programa de Mestrado: Gestão Integrada do Território/GIT	
Professor orientador da Pesquisa: Marileny Boechat Frauches Brandão	
Contato: Campus Antônio Rodrigues Coelho. Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220. Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG. Telefone(s): (33)3279-5567 / (33)3279-5917 / (33) 999896342	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR CEP/UNIVALE Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575	

3 – Informações ao participante:

3.1 Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Violência vivenciada no trabalho em saúde: territorialidades dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Caratinga/MG.

3.2 A pesquisa terá como o objetivo analisar a percepção de médicos sobre a violência vivenciada em seu processo de trabalho na ESF no município de Caratinga/MG. A realização da pesquisa se justifica pela relevância do tema "violência no trabalho em saúde", que é um problema de saúde pública global com impactos significativos na saúde física e mental dos profissionais e na qualidade dos serviços prestados.

3.3 Você irá responder algumas perguntas sobre a sua experiência profissional, incluindo temas como: situações de violência enfrentadas em seu ambiente de trabalho; fatores que contribuem para a ocorrência da violência; repercussões da violência em sua saúde física e mental; estratégias utilizadas para lidar com a violência.

3.4 Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: será realizada uma entrevista semiestruturada sobre a violência vivenciada como médico atuante na Estratégia

Saúde da Família. A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: se alguma das perguntas da entrevista de algum modo lhe provocar insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação, saiba que não há respostas certas ou erradas, é importante que suas respostas sejam sinceras.

3.5 Se alguma das perguntas de algum modo lhe provocar qualquer desconforto, você não precisará responder e a entrevista será retomada apenas quando você achar que está confortável novamente para retomar. Caso ache viável também poderá encerrar a entrevista e não responder a nenhuma das questões restantes. Isto não causará nenhuma penalização ou prejuízo com o seu entrevistador.

3.6 Como forma de minimizar os riscos, os participantes serão acolhidos pelo pesquisador (a), que informará sobre os procedimentos para a coleta de dados e a possibilidade de o participante interromper, suspender ou cancelar sua participação na pesquisa, sem nenhuma penalização.

3.7 Caso algum desses riscos ocorra, você deve comunicar aos pesquisadores, para que suspenda a realização do preenchimento do seu formulário. Nesse caso, os participantes receberão apoio emocional dos pesquisadores, que procurará acalmá-lo (a) em situações que ocorrer o desconforto. Serão respeitadas a escolha do participante quanto a retomada do preenchimento ou não, seu cancelamento ou reagendamento.

3.8 A sua participação não é obrigatória, você participa voluntariamente, e esta entrevista não interferirá na sua jornada de trabalho. Para guardar o anonimato das participantes no roteiro de entrevista será registrado apenas o número do(a) entrevistado(a). Os dados coletados durante a entrevista serão salvos em uma pasta no computador do mestrando, com acesso ao orientando e orientadora por meio de senha, e posteriormente será arquivado por um período de cinco anos após o término da pesquisa, no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), localizado no bloco C2, sala 03, Campus II na UNIVALE. Após este período o material será incinerado ou deletado, conforme o caso.

3.9 Durante a entrevista, o entrevistador registrará no papel suas respostas e também irá registrar eletronicamente por meio de um aparelho celular ou gravador manual, as suas falas, e contribuições. Ao final do processo, você poderá verificar os registros por quantas vezes considerar necessário para ver se as respostas estão de acordo com o que você quis dizer, bem como se foi feito qualquer registro que possa identificá-lo. Feitas as transcrições, cada participante receberá uma cópia da sua entrevista para a análise e aprovação e/ou correções.

3.10 Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de aproximadamente 60 (sessenta) minutos.

3.11 A sua participação na pesquisa será voluntária, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

3.12 Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa promover um espaço de escuta aos médicos que trabalham na ESF, identificando os desafios que enfrentaram em sua atuação diária e utilizar as informações colhidas para fomentar reflexões e discussões junto os gestores da saúde do município de Caratinga/MG.

3.13 Serão garantidos o anonimato e privacidade as participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-las. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes, e sim o número do(a) entrevistado(a).

3.14 Será garantido ao entrevistado(a), o ressarcimento, caso ocorra de qualquer despesa comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não prevista inicialmente. O ressarcimento poderá ser na forma seguinte: dinheiro, depósito em conta corrente, pix ou cheque. Também estão assegurados o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa. (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7). Asseguramos a você o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário. (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012).

3.15 Será elaborado um Relatório final com os resultados da pesquisa, e estes serão disponibilizados aos entrevistados e a Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga/MG.

3.16 Os TCLEs e demais documentos produzidos que contenham algum tipo de identificação serão arquivados no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), localizado no bloco C2, sala 03, Campus II na UNIVALE, como forma de evitar a associação de nomes e resultados, resguardando a pesquisadora e os participantes. Estes documentos ficarão arquivados por um período de cinco anos após o término da pesquisa, no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), localizado no bloco C2, sala 03, Campus II na UNIVALE. Após este período o material será incinerado ou deletado, conforme o caso.

3.17 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 Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), proporcionando privacidade e sigilo dos dados coletados. Os documentos físicos ficarão arquivados por um período de cinco anos após o término da pesquisa, no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), localizado no bloco C2, sala 03, Campus II na UNIVALE. Após este período o material será incinerado ou deletado, conforme o caso.

3.18 Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado. Será também garantido que os resultados sejam apresentados aos participantes dessa pesquisa, bem como o compromisso do(a) pesquisador(a) em divulgar os resultados da pesquisa em formato acessível à população que foi pesquisada e divulgação dos resultados ao SUS (Resolução CNS nº 466

de 2012, itens II.2 e II.24, e Resolução CNS nº 580, art. 9º).

3.19 Este documento será assinado por você (participante) e pelo pesquisador principal em todas as vias. Você receberá uma cópia deste termo onde constam nos itens 1 e 2, o telefone e o endereço da pesquisadora responsável e da professora orientadora da pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento. Todas as páginas desse documento devem ser rubricadas.

3.20 Tenho conhecimento e autorizo que a pesquisadora faça gravação de voz de minha pessoa para fins exclusivos da referida pesquisa científica e com a condição de que esse material, na sua forma original, não seja divulgado. Nessas condições, apenas o material derivado do original poderá, nos termos desta autorização, ser divulgado em meios científicos, tais como, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, artigos em periódicos, congressos e simpósios ou outros eventos de caráter científico-tecnológico – no sentido de preservar o meu direito ao anonimato e demais direitos, como definido na regulamentação ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. As gravações de voz ficarão sob a propriedade e guarda da pesquisadora responsável, mestrandia Lorrynne Martins Monteiro e terá acesso aos arquivos a professora orientadora, Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão. Esta autorização foi concedida mediante o compromisso do(s) pesquisador(es) citados em garantir-me que: a transcrição da gravação de minha voz me seja disponibilizada, caso a solicite; os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui tratada e outras publicações científicas dela decorrentes; a minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação científica das informações geradas pela pesquisa; a utilização das informações geradas pela pesquisa para qualquer outra finalidade não especificada no TCLE somente poderá ser feita mediante minha autorização. Os dados coletados durante a entrevista serão salvos em uma pasta no computador da mestrandia, com acesso à orientanda e orientadora por meio de senha, e posteriormente será arquivado por um período de cinco anos após o término da pesquisa, no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), localizado no bloco C2, sala 03, Campus II na UNIVALE. Após este período o material será incinerado ou deletado, conforme o caso.

Declaro para devidos fins que recebi uma via deste documento. Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo e a rubrica em todas as páginas indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

() sim, autorizo a divulgação da minha voz.

() não, não autorizo a divulgação da minha voz.

_____, ____ de _____ 2025.

Nome do(a) entrevistado(a): _____

Assinatura do(a) entrevistado(a): _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

APÊNDICE 3 - GUIA DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE

MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Título da dissertação: Violência vivenciada no trabalho em saúde: territorialidades dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Caratinga/MG.

Data: ____/____/____ **Entrevistador:** Lorryayne Martins Monteiro

1. Número da entrevista:

Parte I

1. Tempo de duração da entrevista:

2. Idade:

3. Gênero:

4. Estado civil:

5. Você tem outros trabalhos/empregos?

6. Tempo de formação como médico:

7. Instituição de formação: escola pública ou privada?

8. Título da pós-graduação, status, ano de conclusão e nível:

	Título da pós-graduação	Status*	Ano/conclusão	Nível**
1				
2				
3				

(*) Status – concluído ou em curso; (**) Nível – especialização, mestrado, doutorado.

9. Realizou algum curso na Atenção Básica à Saúde (ABS):

	Curso – Nome ou temática		CH*
Capacitação presencial ()Sim ()Não	1		
	2		
	3		
Modalidade EAD ()Sim ()Não	1		
	2		

	3		
Pós-graduação na ABS () Sim () Não	1		
	2		
	3		

(*) CH – carga horária em horas

10. Possui Registro de Qualificação de Especialidade (RQE)? Se sim, qual?

11. Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF):

12. Tempo de atuação na ESF que atua neste momento:

13. Quantas ESFs você atende? _____

14. Qual a sua dedicação semanal (em horas) no trabalho com a ESF? _____ horas/semana.

14.1. Informe, para cada ESF que você atende, quais dias da semana e em quais turnos você atende nesses locais.

15. Local de trabalho (unidade de saúde/área territorial):

() Urbana () Rural () Ambas

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

VIOLÊNCIA NO SEU TRABALHO EM SAÚDE	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____

17) 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).

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

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

Parte II: Percepção e Experiências de Violência:

1. O que é violência para você?
2. O que é para você violência no ambiente de trabalho, no contexto da ESF?
3. Você já presenciou algum tipo de violência no seu ambiente de trabalho na ESF? Me fale sobre isto.
4. Você já vivenciou algum tipo de violência no seu ambiente de trabalho na ESF? Me fale sobre isto. (As perguntas de 4.1 a 4.4 serão realizadas apenas se não forem abordadas na fala do entrevistado).
 - 4.1 Você já sofreu violência verbal? Me fale sobre isto.
 - 4.2 Você já sofreu violência psicológica? Me fale sobre isto.
 - 4.3 Você já sofreu violência moral? Me fale sobre isto.
 - 4.4 Você já sofreu violência institucional? Me fale sobre isto.
5. Pode descrever uma ou mais situações de violência que você vivenciou durante sua atuação na ESF?
6. Você acredita que essas situações afetam seu cotidiano de trabalho (desempenho e bem-estar no trabalho)? Se sim, como?
7. As experiências de violência causaram impactos do na sua saúde (física e/ou mental)? Se sim, quais?
8. Você sente que essas vivências impactam sua vida pessoal? Se sim, como?
9. Você comunicou a ocorrência a seu gestor? Ou ao CRM?
10. Você considerou ou fez Boletim de Ocorrência? Por quê?
11. Você já buscou apoio institucional (supervisores, gestores, ouvidoria) após situações de violência? Se sim, como foi essa experiência, se não por quê?
12. Adota/adotou alguma estratégia ou ação para lidar com a violência no ambiente de trabalho? Poderia citar alguma? (Se não especificar, indagar sobre estratégias de autocontrole).
13. Na sua experiência, quais são os fatores que podem contribuir para a ocorrência de violência contra médicos na ESF? Por quê?
14. Na sua percepção, o que as instituições de saúde, como a ESF, poderiam fazer para melhorar a prevenção e o enfrentamento da violência sofrida por médicos?
15. E a ESF que você atua, já faz alguma ação neste sentido? Se sim, qual (is)?
16. Como o contexto social, econômico e cultural da ESF em que vc. atua, em sua concepção influencia sua prática médica e a forma como enxerga a violência no ambiente de trabalho?

- 17 A questão da violência foi abordada em algum momento de sua formação acadêmica e profissional? Se sim, quando? Houve algum conteúdo, disciplina que tratasse desse tema?
- 18 Você já participou de treinamentos ou capacitações oferecidos pela ESF sobre como lidar com situações de violência no trabalho? Se sim, como forma os treinamentos?
- 19 Você gostaria de dizer algo a mais sobre a violência vivenciada por médicos na ESF?

Agradeço pela colaboração.

No momento de análise de dados talvez algumas dúvidas apareçam ou ainda alguma outra informação pode se fazer necessária. Caso isso aconteça, posso entrar em contato por telefone ou e-mail para esclarecimento ou complementação das informações? Se sim, através de qual e-mail e telefone posso fazer o contato? Quais os melhores dias e horários para ligar?

ANEXO 1 – ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARATINGA/MG



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARATINGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DE MINAS GERAIS

Termo de Anuência

Declaramos, para os devidos fins, estarmos cientes e em concordância com a realização do projeto de PESQUISA intitulado “Violência vivenciada no trabalho em saúde: territorialidades dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Caratinga/MG”, coordenado e sob a responsabilidade da pesquisadora Lorrynne Martins Monteiro e orientadora Marileny Boechat Frauches Brandão, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga/MG (SMS/GV). Salientamos que o projeto deve ser realizado em estrita concordância às Resoluções CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012; nº 510, de 07 de abril de 2016 e nº 580, de 22 de março de 2018.

Dados do Projeto

- I. Instituição de ensino: Universidade Vale do Rio Doce.
- II. Programa: Mestrado em Gestão Integrada do Território.
- III. Pesquisadora responsável pelo projeto: Lorrynne Martins Monteiro
- IV. Alunos (as), residentes ou profissionais envolvidos na coleta de dados: Lorrynne Martins Monteiro.
- V. Objetivos da pesquisa:
 - a. Objetivo Geral:
 - i. Analisar a percepção de médicos sobre a violência vivenciada em seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Caratinga/MG.
 - b. Objetivos Específicos:
 - i. Caracterizar os pesquisados em relação aos dados sociodemográficos, de formação acadêmica e de atuação na ESF;
 - ii. Identificar se os médicos reconhecem as situações de violência como sendo um problema em suas práticas profissionais.
 - iii. Descrever as experiências de violência enfrentadas por médicos atuantes na ESF;



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARATINGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DE MINAS GERAIS

- iv. Identificar os fatores que contribuem para a ocorrência da violência sofrida;
- v. Identificar a repercussão da violência sofrida sobre a saúde física e mental dos pesquisados, no âmbito profissional e pessoal.
- vi. Conhecer as estratégias utilizadas para lidar com a violência no ambiente de trabalho
- vii. Identificar a territorialidade dos pesquisados, considerando como se organizam no espaço e suas interações territoriais.

VI. Dados a serem coletados, por meio de entrevista semiestruturada:

- a. Características sociodemográficas;
- b. Formação acadêmica e atuação profissional;
- c. Experiências de violência no ambiente de trabalho na ESF;
- d. Percepções sobre a violência no ambiente de trabalho na ESF;
- e. Fatores relacionados à ocorrência de violência;
- f. Impactos da violência;
- g. Estratégias de enfrentamento com a violência no ambiente de trabalho.
- h. Organização espacial e interações territoriais dos médicos no contexto da ESF.

VII. Período da coleta de dados: De abril a junho de 2025.

VIII. Participantes da pesquisa: Médicos que atuam na ESF no município de Caratinga/MG.

IX. Serviço ou local de realização da pesquisa: ESF no município de Caratinga/MG.

X. Riscos envolvendo a pesquisa e descrição das medidas adotadas:

A participação dos indivíduos na pesquisa poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação. Será explicado ao mesmo que não há respostas certas ou erradas, o importante é que as respostas sejam sempre sinceras. Se alguma pergunta provocar desconforto, não precisará responder. A entrevista poderá ser suspensa ou retomada quando acreditar ser melhor, ou mesmo ser abortada. Para guardar o anonimato das participantes no roteiro de entrevista será registrado apenas o número da entrevistada.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARATINGA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTADO DE MINAS GERAIS

Será garantido ao entrevistado, o ressarcimento, caso ocorra de qualquer despesa comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não prevista inicialmente.

O ressarcimento poderá ser na forma seguinte: dinheiro, depósito em conta corrente, pix ou cheque. Também está assegurado o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7).

Será assegurado à entrevistada o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012).

XI. Benefícios da pesquisa:

Esperam-se como benefícios de a realização dessa pesquisa promover um espaço de escuta aos médicos que trabalham na ESF, identificando os desafios que enfrentam em sua atuação diária e utilizar as informações colhidas para fomentar reflexões e discussões junto aos gestores da saúde do município de Caratinga/MG.

Destacamos que de acordo com a Resolução 580/2018 no Art. 5º do CAPÍTULO II (Dos aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS), os procedimentos da pesquisa NÃO IRÃO INTERFERIR na rotina dos serviços de assistência à saúde bem como nas atividades profissionais dos trabalhadores.

Para preenchimento institucional: (X) Autorizado () Não autorizado

Caratinga, 17 de dezembro de 2024.

Simone Soares G. Avelino
 Simone Soares G. Avelino
 Secretária Municipal de Saúde

Caratinga / MG
 Secretaria Municipal de Saúde de Caratinga/MG
 Sra. Simone Soares Gomes Avelino

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência vivenciada no trabalho em saúde: territorialidades dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Caratinga/MG.

Pesquisador: LORRAYNE MARTINS MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86696525.3.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.483.398

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do documento "Informações Básicas do Projeto nº 2465337. Projeto nº 86696525.3.0000.5157, datado em 21/02/2025.

"Introdução:

A violência no ambiente de trabalho, especialmente direcionada aos profissionais de saúde, tem se consolidado como um fenômeno globalmente reconhecido e estudado devido ao seu impacto direto na saúde física e mental dos trabalhadores (SILVA et al., 2023). Minha experiência profissional de dez anos como médica na ESF proporcionou uma visão crítica e reflexiva sobre esse problema, especialmente no município de Caratinga/MG, onde tenho vivenciado diferentes formas de violência, incluindo verbal, física, institucional e psicológica. A realidade da ESF, com a proximidade entre equipe e comunidade, pode se tornar um fator que, em vez de fortalecer os laços de cuidado, intensifica conflitos e, por vezes, resulta em agressões aos profissionais de saúde. A escolha deste tema para a minha dissertação foi motivada pela constatação de que a violência no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde é uma questão que tem sido subestimada, embora seja recorrente e tenha consequências graves, tanto para a saúde dos trabalhadores quanto para a qualidade do

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:** csp@univale.br

Página 01 de 07

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

Continuação do Parecer: 7.483.398

serviço prestado. Minayo e Assis (2017) reforçam a necessidade de tratar a violência como um problema de saúde pública, considerando suas implicações para a organização do trabalho, bem como para a saúde mental e física dos profissionais envolvidos. No contexto da ESF, a territorialidade, ao envolver uma dimensão simbólica e relacional do espaço onde as interações dos profissionais de saúde ocorrem, influenciando diretamente a experiência desses, inclui, portanto, a exposição à violência. Portanto, as territorialidades do profissional na ESF, não apenas cria vínculos, mas também evidencia as tensões do território enquanto espaço de significados, poderes e expectativas, aumentando o impacto emocional e físico sobre os médicos que, na prática, lidam com a violência como parte do cotidiano territorial no ambiente de trabalho. Essa pesquisa, busca compreender a percepção dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família em Caratinga/MG sobre a violência vivenciada em seu ambiente de trabalho. Trata-se de uma tentativa de preencher lacunas existentes na literatura brasileira sobre o tema ao mesmo tempo em que se alinha com a minha trajetória pessoal e profissional. O objetivo é contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e proteção e discussão de políticas públicas que promovam um ambiente de trabalho mais seguro e saudável para os profissionais da saúde, garantindo assim a continuidade de um cuidado de qualidade à população.

Hipótese:

A violência vivenciada pelos médicos na ESF no município de Caratinga/MG pode ser influenciada por múltiplos fatores, incluindo características individuais dos profissionais, condições organizacionais das unidades de saúde, contextos socioeconômicos do território e relações interpessoais entre equipe de saúde e comunidade atendida.

Metodologia Proposta:

Estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com abordagem qualitativa a ser realizado no município de Caratinga/MG com os 31 médicos atuantes na ESF. A amostra será constituída por médicos de ambos os sexos, que atuam na ESF, e que possuam vínculo trabalhista (relação de emprego) com o município de Caratinga/MG. Como critérios de inclusão/exclusão participarão da pesquisa os médicos que trabalham na ESF no município de Caratinga/MG a pelo menos 1 (um) ano. Serão incluídos todos os médicos que aceitarem participar voluntariamente da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão excluídos os que estiverem de licença médica, de férias ou de afastamento, ou que não quiserem assinar o TCLE. Para avaliar a forma como as questões serão abordadas e o tempo necessário para a entrevista, será realizado um estudo piloto com

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:** csp@univale.br

Página 02 de 07

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


Continuação do Parecer: 7.483.398

dois médicos, respeitando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Os dados coletados nessa etapa não serão incluídos no estudo principal. Para a coleta de dados foi encaminhada uma solicitação à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caratinga que continha os objetivos e a metodologia da pesquisa, tendo como intuito conseguir a autorização para a realização da mesma. Após a anuência será solicitado a SMS uma listagem com o nome e telefone de contato de todos os médicos atuantes na ESF de Caratinga/MG. Após recebimento desta listagem, com base nos critérios de inclusão/exclusão, serão enumerados todos os possíveis participantes. A pesquisadora fará contato telefônico com os possíveis entrevistados, convidando-os a participar da pesquisa. Tendo o aceite, será agendado dia e horário para apresentar-lhe os objetivos e a metodologia da pesquisa, considerando a sua disponibilidade e o melhor local para a realização de uma entrevista. No dia, local e horário combinados, o participante será informado do caráter voluntário de sua participação na pesquisa, não havendo nenhuma penalidade para aqueles que optarem pela não participação, e que ao mesmo tempo será garantido o direito de não ser identificado. Mediante a adesão voluntária o participante assinará o TCLE. O dia e horário agendados para a coleta de dados não deverá interferir no funcionamento das programações de trabalho já elaboradas pelo médico. A coleta dos dados será realizada por meio de uma entrevista semiestruturada. Inicialmente, a pesquisadora utilizará o relatório, que terá por objetivo abrir as portas para uma comunicação fluente e bem sucedida, gerando uma atmosfera de respeito e confiança entre a entrevistadora e o entrevistado. Com o consentimento dos entrevistados, a entrevista será gravada por meio de aparelho celular ou gravador manual. Nas entrevistas será mantido um caráter informal, a fim de que o entrevistado se sinta à vontade para relatar suas impressões quanto aos questionamentos. Posteriormente as entrevistas serão transcritas pela pesquisadora. Feitas as transcrições, cada participante receberá uma cópia da sua entrevista para a análise e aprovação ou correções. O tempo previsto para a entrevista é de aproximadamente 60 minutos, podendo se estender conforme o envolvimento do participante. As falas dos entrevistados serão identificadas pelo número correspondente ao da entrevista. Os dados coletados serão salvos em uma pasta no computador da mestranda, com acesso à orientanda e orientadora por meio de senha, e posteriormente será arquivado por um período de cinco anos, após término da pesquisa, no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade da Universidade Vale do Rio Doce, localizado no bloco C2, sala 03, Campus II. Após este período o material será incinerado ou deletado, conforme o caso. As características sociodemográficas, de formação acadêmica e de atuação na ESF dos entrevistados serão expressas em termos de frequência relativa e absoluta das

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

Página 03 de 07

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


Continuação do Parecer: 7.483.398

sinceras. Se alguma pergunta provocar desconforto, não precisará responder. A entrevista poderá ser encerrada ou retomada quando acreditado ser melhor, ou mesmo não mais ser realizada. Para guardar o anonimato das participantes no roteiro de entrevista será registrado apenas o número da entrevistada. Será garantido ao entrevistado, o ressarcimento, caso ocorra de qualquer despesa comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não prevista inicialmente. O ressarcimento poderá ser na forma seguinte: dinheiro, depósito em conta corrente, pix ou cheque. Também está assegurado o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7). Será assegurado à entrevistada o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012).

Benefícios:

Esperam-se como benefícios de a realização dessa pesquisa promover um espaço de escuta aos médicos que trabalham na ESF, identificando os desafios que enfrentam em sua atuação diária e utilizar as informações colhidas para fomentar reflexões e discussões junto os gestores da saúde do município de Caratinga/MG."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Algumas partes do texto foram redigidas na primeira pessoa ("eu", "minha pesquisa") e outras na terceira pessoa ("a pesquisadora", "a pesquisa"), devendo aquelas serem adequadas para a terceira pessoa.

Em relação ao TCLE, recomendamos a indicação também do número total de páginas, por exemplo: 1 de 3, 2 de 3, etc.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos nos documentos do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466, de 2012, e na Norma Operacional nº. 001, de 2013, do

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

Página 05 de 07

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


Continuação do Parecer: 7.483.398

respostas. Os dados qualitativos coletados na entrevista serão analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2016).

Critério de Inclusão:

A amostra será constituída por médicos de ambos os sexos, que atuem na ESF, e que possuam vínculo trabalhista (relação de emprego) com o município de Caratinga/MG. Como critérios de inclusão/exclusão participarão da pesquisa todos os médicos que trabalham na ESF no município de Caratinga/MG a pelos menos 1 (um) ano. Serão incluídos todos os médicos que aceitarem participar voluntariamente da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critério de Exclusão:

Serão excluídos os que estiverem de licença médica, de férias ou de afastamento, os com menos de um ano de trabalho na ESF ou que não quiserem assinar o TCLE."

Objetivo da Pesquisa:
"Objetivo Primário:

Analisar a percepção de médicos sobre a violência vivenciada em seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município de Caratinga/MG.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os pesquisados em relação aos dados sociodemográficos, de formação acadêmica e de atuação na ESF - Identificar se os médicos reconhecem as situações de violência como sendo um problema em suas práticas profissionais - Descrever as experiências de violência enfrentadas por médicos atuantes na ESF - Identificar os fatores que contribuem para a ocorrência da violência sofrida - Identificar a repercussão da violência sofrida sobre a saúde física e mental dos pesquisados, no âmbito profissional e pessoal - Conhecer as estratégias utilizadas para lidar com a violência no ambiente de trabalho - Identificar a territorialidade dos pesquisados, considerando como se organizam no espaço e suas interações territoriais."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
"Riscos:

A participação dos indivíduos na pesquisa poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação. Será explicado ao mesmo que não há respostas certas ou erradas, o importante é que as respostas sejam sempre

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

Página 04 de 07

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


Continuação do Parecer: 7.483.398

CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_246537.pdf	21/02/2025 14:29:35	LORRAYNNE MARTINS MONTEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Violencia_medicos_ESF.docx	21/02/2025 14:28:23	LORRAYNNE MARTINS MONTEIRO	Aceito
Outros	Guia_da_entrevista_semiestruturada.pdf	21/02/2025 14:27:09	LORRAYNNE MARTINS MONTEIRO	Aceito
Outros	Anuência_SMS.pdf	21/02/2025 14:25:48	LORRAYNNE MARTINS MONTEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_e_Responsabilidade_do_Pesquisador.pdf	21/02/2025 14:25:34	LORRAYNNE MARTINS MONTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/02/2025 14:22:56	LORRAYNNE MARTINS MONTEIRO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	21/02/2025 14:22:44	LORRAYNNE MARTINS MONTEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Lorraynne_folhaDeRostoassinado.pdf	21/02/2025 14:20:55	LORRAYNNE MARTINS MONTEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR VALADARES, 02 de Abril de 2025

Assinado por:
Mônica Valadares Martins
(Coordenador(a))

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

Página 06 de 07

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 7.483.398

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:** cop@univale.br

Página 07 de 07