v7.n9.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

VIOLÊNCIA LABORAL CONTRA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MARABÁ (PA): ESTUDO DESCRITIVO DE ABORDAGEM MISTA

WORKPLACE VIOLENCE AGAINST FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS IN MARABÁ (PA): A DESCRIPTIVE MIXED-METHODS STUDY

VIOLENCIA LABORAL CONTRA PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA EN MARABÁ (PA): ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ENFOQUE MIXTO

Evelly David Gonçalves[1], Játila Gomes Cavalcante[1], Caroline Mendes Santos[2], Daniela Soares Leite[3]

e799044
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i9.9044

PUBLICADO: 09/2026

RESUMO

A violência laboral abrange comportamentos agressivos contra profissionais no exercício de sua função, podendo causar danos físicos ou psicológicos. Objetivo: O objetivo foi investigar a violência perpetrada contra profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) atuantes em Marabá (PA). Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quali-quantitativa, de amostragem não probabilística e de conveniência com profissionais das eSF que atuam na cidade de Marabá, no sudeste do Pará, em 2025. Foram aplicados questionários para a caracterização pessoal e profissional e caracterização dos casos de violência sofrida pelos profissionais. Os dados foram apresentados em frequências absolutas e relativas e foi realizada a análise de conteúdo de Bardin. Resultados: O perfil predominante foi composto por participantes do sexo feminino, com idade entre 45 e 54 anos, atuando como agentes comunitários de saúde e com mais de 10 anos de atuação. Dos 46 participantes, 35 (76,09%) relataram ter sofrido violência laboral, entre estes, 32 (91,43%) relataram violência verbal. Os episódios ocorreram principalmente durante visitas domiciliares, no período da manhã e em atendimentos individuais, sendo os pacientes os autores mais frequentemente relatados. Estresse e raiva foram as principais consequências, e 88,57% dos agressores não tiveram consequências. Acerca das sugestões de medidas, predominaram as medidas de segurança. Conclusão: A violência laboral mostrou-se frequente entre os profissionais participantes, predominantemente mulheres e agentes comunitários de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família. Violência no Trabalho. Profissionais de Saúde. Saúde do Trabalhador. Região Norte.

ABSTRACT

Workplace violence encompasses aggressive behavior against professionals in the exercise of their duties, which can cause physical or psychological harm. Objective: The objective was to investigate violence perpetrated against Family Health Team (FHT) professionals working in Marabá, Pará. Methods: This is a descriptive, qualitative-quantitative study using non-probabilistic convenience sampling with FHT professionals working in the city of Marabá, in southeastern Pará, in 2025.

[1] Graduandas de Biomedicina. Universidade do Estado do Pará (UEPA).
[2] Mestre. Professora Substituta. Universidade do Estado do Pará (UEPA).
[3] Doutora. Professora Adjunta. Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

Questionnaires were administered to characterize the personal and professional characteristics of these professionals, as well as to identify cases of violence suffered by them. Data were presented in absolute and relative frequencies, and Bardin's content analysis was performed. Results: The predominant profile consisted of female participants, aged between 45 and 54 years, working as community health agents with more than 10 years of experience. Of the 46 participants, 35 (76.09%) reported experiencing workplace violence; among these, 32 (91.43%) reported verbal violence. The incidents occurred primarily during home visits, in the morning, and during individual consultations, with patients being the most frequently reported perpetrators. Stress and anger were the main consequences, and 88.57% of the aggressors suffered no consequences. Regarding suggested measures, safety measures predominated. Conclusion: Workplace violence was found to be frequent among the participating professionals, predominantly women and community health agents.

KEYWORDS: *Family Health Strategy. Workplace Violence. Healthcare Professionals. Occupational Health. North Region.*

RESUMEN
La violencia laboral engloba las conductas agresivas contra los profesionales en el ejercicio de sus funciones, pudiendo ocasionar daños físicos o psicológicos. Objetivo: El objetivo fue investigar la violencia perpetrada contra profesionales del Equipo de Salud Familiar (ESF) que trabajan en Marabá, Pará. Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo-cuantitativo, mediante muestreo por conveniencia no probabilístico, con profesionales del ESF que trabajan en la ciudad de Marabá, sureste de Pará, en 2025. Se aplicaron cuestionarios para caracterizar las características personales y profesionales de estos profesionales y los casos de violencia que sufrieron. Los datos se presentaron en frecuencias absolutas y relativas, y se realizó un análisis de contenido de Bardin. Resultados: El perfil predominante estuvo compuesto por participantes de sexo femenino, con edades comprendidas entre 45 y 54 años, que trabajan como agentes comunitarios de salud con más de 10 años de experiencia. De los 46 participantes, 35 (76,09 %) informaron haber sufrido violencia laboral; entre ellos, 32 (91,43 %) reportaron violencia verbal. Los episodios ocurrieron principalmente durante visitas domiciliarias, en horario matutino y en atenciones individuales, siendo los pacientes los autores señalados con mayor frecuencia. El estrés y la ira fueron las principales consecuencias, y el 88,57 % de los agresores no sufrieron consecuencias. En cuanto a las medidas sugeridas, predominaron las de seguridad. Conclusión: La violencia laboral resultó frecuente entre los profesionales participantes, predominantemente mujeres y agentes comunitarios de salud.

PALABRAS CLAVE*: Estrategia de Salud Familiar. Violencia Laboral. Profesionales de la Salud. Salud Laboral. Región Norte.*

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, violência é o uso da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si, outra pessoa ou grupo, resultando em sofrimento, morte ou dano físico, psicológico ou social[1,2].

A violência laboral abrange comportamentos agressivos contra profissionais no exercício de sua função, podendo causar danos físicos ou psicológicos. Inclui desde agressões verbais até agressões físicas. Cerca de 25% dos profissionais de saúde estão expostos a esse tipo de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

violência, sendo uma das categorias profissionais mais afetadas[3]. Essa realidade impacta negativamente a vida dos trabalhadores e a qualidade da assistência prestada[3].

No Brasil, a violência no setor saúde tornou-se banalizada, o que dificulta sua notificação e compreensão[4]. Pompeia *et al.* (2013)[5] destacaram que os profissionais responsáveis pela primeira comunicação direta com pacientes e familiares são os mais atingidos. Na Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família é constituída por equipes multiprofissionais com médicos, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários, além de recepcionistas e seguranças – todos suscetíveis à violência, já que estão na linha de frente do primeiro contato com os pacientes e familiares[6].

Busnello *et al.* (2021)[7] identificaram elevada incidência (83,4%) de violência contra trabalhadores da eSF, especialmente médicos e enfermeiros, sendo os usuários os principais agressores. O desrespeito profissional está associado à insatisfação e à incompreensão dos usuários quanto ao funcionamento da APS[7].

Apesar de a violência no ambiente de trabalho ser uma questão crescente de saúde pública, especialmente no setor de saúde, o tema é pouco explorado regionalmente, havendo escassez de dados referentes à Região Norte.

Assim, este estudo buscou investigar e classificar a violência sofrida por profissionais da eSF em Marabá (PA), identificando origens, formas de manifestação e estratégias de prevenção/intervenção. Compreender tais aspectos pode reduzir impactos na saúde dos trabalhadores e contribuir para uma assistência com melhor qualidade na APS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quali-quantitativa, com amostragem não probabilística e por conveniência, realizado com profissionais das Equipes de Saúde da Família (eSF) do município de Marabá (PA), localizado na região sudeste do estado e dividido em cinco núcleos urbanos. A pesquisa foi conduzida em uma UBS de cada núcleo do município: UBS Demósthenes Ayres Azevedo (núcleo Velha Marabá), UBS Hiroshi Matsuda (Nova Marabá), UBS Amadeu Vivacqua (São Félix), UBS Carlos Barreto (Morada Nova) e USF Pedro Cavalcante (Cidade Nova).

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2025, nas UBS, por meio de um questionário presencial com perguntas objetivas e subjetivas. Foram abordados aspectos sociodemográficos e profissionais (sexo, idade, formação, unidade de atuação e tempo de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

serviço), bem como experiências com violência ocupacional (tipos, contexto, local, frequência, gravidade, consequências físicas e psicológicas e suporte institucional).

A participação foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com esclarecimento prévio sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa.

Os dados coletados foram organizados por UBS e armazenados em banco digital de uso restrito aos pesquisadores. As informações quantitativas foram organizadas no Microsoft Excel 2019 e apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Para a análise qualitativa, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, em suas etapas de pré-análise, exploração do material (codificação e categorização), tratamento dos resultados e interpretação, a fim de identificar medidas sugeridas pelos profissionais de saúde para reduzir a violência no ambiente de trabalho, bem como sua viabilidade e aplicação nas eSF.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Campus VIII (Parecer nº 7.504.729).

RESULTADOS

Dos 110 profissionais das Equipes de Saúde da Família (eSF) das unidades básicas selecionadas, 46 aceitaram participar da coleta de dados. A maior representatividade foi da UBS Hiroshi Matsuda (30,43%), seguida pelas UBS Pedro Cavalcante (23,91%), Carlos Barreto (21,74%), Amadeu Vivacqua (13,04%) e Demósthenes Ayres Azevedo (10,87%) (Tabela 1).

A maioria dos participantes era do sexo feminino (82,61%), com idade entre 45 e 54 anos (36,96%). Predominaram agentes comunitários de saúde (73,91%), com tempo de atuação superior a 10 anos (67,39%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

Variáveis	**Frequências**	
Núcleo Urbano - UBS	**n***	**%****
Velha Marabá - UBS Demósthenes Ayres Azevedo	5	10,87
Nova Marabá – UBS Hiroshi Matsuda	14	30,43
Morada Nova – UBS Carlos Barreto	10	21,74
São Félix – UBS Amadeu Vivacqua	6	13,04
Cidade Nova – USF Pedro Cavalcante	11	23,91
Total	**46**	**100**
Sexo	**n***	**%****
Feminino	38	82,61
Masculino	8	17,39

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Prefiro não responder	0	0
Faixa Etária	**n**	**%**
Menos de 25 anos	1	2,17
25 a 34 anos	4	8,70
35 a 44 anos	16	34,78
45 a 54 anos	17	36,96
55 anos ou mais	8	17,39
Profissão/Função	**n**	**%**
Médico(a)	1	2,17
Enfermeiro(a)	5	10,87
Técnico(a) de Enfermagem	6	13,04
ACS	34	73,91
Outro	0	0
Principal local de atendimento* **	**n**	**%**
UBS	20	43,48
Domicílios	34	73,91
Comunidade	8	17,39
Outro	4	8,70
Tempo de atuação na eSF	**n**	**%**
Menos de 1 ano	1	2,17
1 a 3 anos	4	8,70
4 a 7 anos	7	15,22
8 a 10 anos	3	6,52
Mais de 10 anos	31	67,39
Total	**46**	**100**

Tabela 2. Caracterização dos episódios de violência laboral e suas consequências

Tipos de violência sofrida**	**n***	**%****
Verbal	32	91,43
Física	3	8,57
Psicológica	18	51,43
Sexual	7	20,00
Outra	0	0
Onde o episódio de violência ocorreu**	**n**	**%**
Dentro da UBS	13	37,14
Durante as visitas domiciliares	23	65,71
Em atividade comunitária	6	17,14
Outro	4	11,43
Período do dia em que ocorreu o episódio de violência**	**n**	**%**
Manhã	29	82,86

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

Tarde	13	37,14
Noite	0	0
Tipo de atendimento realizado no momento da ocorrência****	**n**	**%**
Individual	19	54,29
Grupo	8	22,86
Domiciliar	14	40,00
Outro	1	2,86
Frequência dos episódios de violência	**n**	**%**
Esporádico	21	60,00
Frequente	4	11,43
Isolado	10	28,57
Gravidade dos episódios de violência – avaliada pelas vítimas****	**n**	**%**
Leve	7	20,00
Moderado	21	60,00
Grave	8	22,86
Autor da violência****	**n**	**%**
Paciente	25	71,43
Colega de trabalho	8	22,86
Superior Hierárquico	8	22,86
Familiar/acompanhante do paciente	8	22,86
Outro	4	11,43
Consequências - gerais - advindas dos episódios de violência*****	**n**	**%**
Afastamento do trabalho	3	8,57
Ansiedade	17	48,57
Baixa autoestima	7	20,00
Cansaço	2	5,71
Crises de choro	6	17,14
Decepção	14	40,00
Dificuldade para dormir	6	17,14
Medo	8	22,86
Tristeza	16	45,71
Estresse	19	54,29
Irritação	12	34,29
Raiva	19	54,29
Perda de concentração	5	14,29
Perda de satisfação com o trabalho	12	34,29
Sentimento de inferioridade	9	25,71
Lesão	0	0
Dor	0	0
Outro(s)	3	8,57
Total	**35***	**100***
Houve consequências físicas decorrentes da violência?	**n**	**%**

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Sim	2	5,71
Não	33	94,29
Impactos psicológicos enfrentados após o episódio de violência****	**n**	**%**
Aumento do estresse	28	80,00
Depressão	2	5,71
Síndrome de Burnout	2	5,71
Outro	7	20,00
O episódio de violência foi relatado?	**n**	**%**
Sim	24	68,57
Não	11	31,43
Qual foi o suporte institucional fornecido após os episódios de violência? ****	**n**	**%**
Nenhum suporte	33	94,29
Apoio psicológico	2	5,71
Reforço na segurança	0	0
Outro	1	2,86
O agressor teve consequências pelo ato de violência praticado?	**n**	**%**
Sim	1	2,86
Não	31	88,57
Não sei	3	8,57
Total	**35**	**100**

Fonte: Autoria própria, 2025.
*n: frequência absoluta.
** %: frequência relativa.
***Desses, 9 marcaram mais de um tipo de local de atendimento; assim, o somatório da frequência absoluta e relativa será maior que o valor total.
****Alguns participantes marcaram mais de um tipo de opção quanto ao tipo de violência, local de ocorrência, período do dia, tipo de atendimento, autor da violência, impactos psicológicos enfrentados, gravidade dos episódios e suporte institucional fornecido; assim, o somatório da frequência absoluta e relativa será maior que o valor total de participantes que sofreram violências e sua caracterização.
*****32 participantes marcaram mais de um tipo de opção; assim, o somatório da frequência absoluta e relativa será maior que o valor total.

Em relação à caracterização das experiências de violência, 35 (76,09%) participantes relataram ter vivenciado situações de violência no exercício de suas funções. Desses, 32 (91,43%) classificaram a violência sofrida como verbal. Quanto ao local de ocorrência, a alternativa predominante foi “Durante as visitas domiciliares”, que representou 23 (65,71%) dos casos de violência laboral. Quanto ao período do dia, 29 (82,86%) ocorreram no período da manhã. No momento dos episódios de violência, 19 (54,29%) realizavam atendimento individual. Além disso, sete participantes (20,00%) assinalaram mais de um período do dia e mais de um tipo de atendimento relacionado à ocorrência da violência. Em relação à frequência e à gravidade, 21 (60,00%) relataram que vivenciam situações de violência esporadicamente e 21 (60,00%) classificaram-nas como moderadas. Em relação ao autor da violência, 25 (71,43%) dos

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

episódios foram perpetrados por pacientes; no entanto, 14 desses marcaram mais de um autor dos episódios de violência (Tabela 2).

Caracterizando o agressor segundo os tipos de violência, tem-se que, nos episódios de violência verbal, 12 (37,50%) eram do sexo feminino, 11 (34,38%) do sexo masculino e 9 (28,13%) eram agressores de ambos os sexos. Nos episódios de violência física, 1 (33,33%) era do sexo feminino e 2 (66,67%) do sexo masculino. Nos episódios de violência psicológica, 6 (33,33%) eram do sexo feminino, 5 (27,78%) do sexo masculino e 7 (38,89%) correspondiam a episódios de agressão advindos de ambos os sexos. Por fim, nos episódios de violência sexual, todos os 7 (100%) foram cometidos por pessoas do sexo masculino.

Quanto às consequências dos episódios de violência, 19 participantes (54,29%) relataram estresse e raiva, 17 (48,57%) ansiedade, 16 (45,71%) tristeza, 14 (40,00%) decepção e 12 (34,29%) perda de satisfação com o trabalho e irritação. Vale pontuar que 32 desses participantes relataram mais de um tipo de consequência; em média, os profissionais participantes marcaram 4,5 consequências diferentes. De forma mais específica, 33 (94,29%) relataram não ter sofrido consequências físicas e, destes, 28 (80,00%) relataram aumento do estresse como impacto psicológico (Tabela 2).

Dos 35 participantes que relataram experiências de violência, 24 (68,57%) comunicaram os episódios a enfermeiros responsáveis pelas equipes, gerentes ou outros superiores hierárquicos (Tabela 2).

Ademais, 29 (63%) dos participantes da pesquisa expressaram de forma qualitativa sua opinião sobre quais medidas reduziriam a ocorrência de violência direcionada ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho; alguns participantes marcaram mais de um tipo de opção. Essas opiniões foram categorizadas por unidades de contexto (Bardin, 2016). As principais categorias foram: Segurança (S), com 17 ocorrências (38,64%); Recursos Humanos (RH), com 7 (15,91%); Gerência e Infraestrutura (GIF), com 8 (18,18%); Apoio ao Profissional (AP), com 6 (13,64%); e Punição e Cumprimento da Lei (PCL), com 6 (13,64%).

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram a ocorrência de violência entre profissionais do sexo feminino, que constituíram a maioria da amostra de trabalhadores das eSF do município. Esse achado é semelhante ao de estudo cujos resultados demonstraram o predomínio de mulheres em áreas como saúde, educação e serviços sociais, destacando o fenômeno da feminização de determinadas profissões[8].

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Historicamente, as funções de cuidado em nossa sociedade têm sido atribuídas às mulheres, sendo esse um reflexo das características socialmente construídas e associadas ao gênero feminino como aptidão para o cuidado, paciência, capacidade de realizar diversas atividades simultaneamente e resiliência. Um estudo global realizado pela Organização Internacional do Trabalho (2022)[9] mostrou que as mulheres apresentaram maior propensão à violência e ao assédio no trabalho, em que três em cada cinco vítimas relataram múltiplas situações de assédio e violência durante a vida profissional. Aspectos socioculturais relacionados aos estereótipos de gênero têm sido discutidos na literatura como possíveis elementos associados à maior exposição das mulheres a situações de violência e assédio no trabalho.

No tocante à faixa etária, assim como observado no estudo de Busnello *et al.* (2021)[7], o presente trabalho identificou o predomínio de profissionais com idades entre 45 e 54 anos, evidenciando equipes compostas majoritariamente por profissionais em fases intermediárias e avançadas de sua vida profissional. Pereira *et al.* (2021)[10], em estudo sobre as representações sociais do envelhecimento no trabalho para os profissionais de saúde adultos e idosos, destacam que esse perfil etário dentro das eSF está frequentemente associado a uma maior experiência, estabilidade e consolidação na carreira, características que são frequentemente valorizadas no contexto das eSF. Esse perfil etário está diretamente relacionado ao tempo de atuação predominante entre os profissionais participantes, o de mais de 10 anos. Uma possível interpretação é que o maior tempo de atuação implique maior período acumulado de exposição a situações de risco; contudo, essa associação não foi testada no presente estudo[3].

Em continuidade, verificou-se que os ACS concentraram maior número absoluto de relatos, devendo-se considerar que constituíram 73,91% da amostra, dos quais 71% relataram episódios de violência. São eles importantes membros da eSF que desempenham o papel de comunicador entre os usuários do serviço de saúde e os profissionais de saúde, ademais, são responsáveis por estabelecer vínculo com a população, e assim reconhecer e repassar aos gestores as reais demandas familiares daquela região atendida[11]. Desse modo, são expostos a alto risco de violência por estarem em contato direto com o usuário do serviço de saúde, assistência prolongada, reconhecimento do contexto em que o paciente está inserido e atuação no interior das moradias familiares[11, 12]. Maciel *et al.* (2024)[13], em sua revisão de literatura, apontaram os enfermeiros como a maioria das vítimas da violência laboral no âmbito da saúde, assim como no estudo de Pimenta *et al.* (2023)[12], corroborando a compreensão de que os profissionais de saúde que realizam a assistência direta com o usuário da saúde sofrem mais violência. Os dados coletados concordam com essa hipótese, frente aos relatos de violência com

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

ACS, mas também contra os técnicos de enfermagem e os enfermeiros, que constituíram, respectivamente, o segundo e o terceiro grupos profissionais, pois, geralmente são profissões com maiores repercussões e exposição à violência laboral por estarem presentes em diferentes atividades e instituições de saúde[12, 14]. Ademais, o foco do estudo foram os profissionais atuantes na equipe de Saúde da Família, compostos em sua maioria por ACS, o que pode explicar a maior frequência de violência cometida contra eles.

Dos 35 participantes que relataram episódios de violência laboral, 91% (=32) sofreram violência verbal, corroborando os achados na literatura que apontam a violência verbal como o principal tipo de violência sofrida pelos profissionais de saúde, como no estudo de Rufino (2023) com ACS, correspondendo a 31% dos tipos de violência[7, 15, 16]. Outro estudo, realizado no estado do Ceará, mostrou que, entre os trabalhadores dos Centros de Saúde da Família, 54,10% citaram a violência verbal, no entanto, era frequentemente acompanhada de agressão moral[2]. A violência verbal contra os profissionais apresentou percentuais próximos quanto ao sexo do autor da agressão, com 37,50% sendo do sexo feminino, 34,38% do sexo masculino e 28,13% agressores de ambos os sexos. Esses achados são concordantes com o estudo de Oliveira *et al.* (2022)[11] realizado com enfermeiros do município do interior de Goiás, o qual apresentou frequências relativas próximas com predominância da agressão verbal perpetrada pelo sexo feminino (42,9%) e pelo masculino (40%), evidenciando que esse tipo de violência pode ser efetuado por ambos os sexos, sem prevalência significativa de um deles.

Ademais, a violência psicológica foi a segunda violência mais frequente, correspondendo a 51% (=18) dos relatos. Da Silva *et al.* (2024)[17] afirmaram que os profissionais de saúde desenvolvem tolerância às violências psicológicas sofridas dentro do ambiente de trabalho, compreendida por eles como uma habilidade profissional e até mesmo essencial para o exercício da profissão, afirmação essa preocupante, já que vivenciar essas situações pode acarretar consequências negativas na vida profissional e pessoal da vítima. Considerando o sexo do agressor, a violência psicológica apresentou maior frequência de casos perpetrados por agressores de ambos os sexos, com percentual de 38,89%.

Segundo Da Silva *et al.* (2024)[17], as próprias vítimas, como profissionais de saúde, demonstram empatia com o autor da agressão por considerar o contexto em que o agressor está inserido, como, por exemplo, em instituições de urgência e emergência, locais com altos índices de violência no ambiente de trabalho. Essas atitudes “profissionais” e empáticas com o agressor podem impactar negativamente a saúde mental e física das vítimas, mas também o âmbito social das vítimas, como, por exemplo, altos índices de ansiedade e estresse, desgaste, desmotivação, sentimento de inferioridade e outros[4, 17].

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Vale ressaltar que 18 dos participantes marcaram mais de um tipo de violência, reforçando a alta exposição dos profissionais de saúde a uma diversidade de formas de violência durante o exercício de sua profissão/função[2, 12, 13].

Quanto ao local em que ocorreu a violência, 66% (=23) ocorreram durante visitas domiciliares, sendo esse o principal local de atendimento de 74% dos participantes, podendo estar relacionado à elevada participação de ACS que exercem sua função majoritariamente no interior dos domicílios, sendo eles inseridos no contexto familiar e social da comunidade, e assim, suscetíveis a uma diversidade de tipos de violência, dificultando e atrapalhando a assistência à saúde e reconhecimento das demandas de saúde do local, mas também resultando em insatisfação quanto a não alcançar os objetivos de auxiliar no fornecimento dos serviços de saúde[15]. Ao caracterizar o tipo de atendimento, evidenciou-se que 94% dos episódios ocorreram durante os atendimentos individuais (=19) e domiciliares (=14), o que, segundo Rufino (2023)[15] se dá pela facilidade de violentar, tendo em vista que esses geralmente ocorrem em ambientes mais reservados, reduzindo a presença de testemunhas ou apoio imediato.

Além disso, 83% (=29) dos episódios de violência aconteceram no período da manhã, período em que ocorre a maioria das visitas nas moradias das famílias atendidas; os do período da tarde corresponderam a 37% (=13), o que pode ser associado às visitas domiciliares, mas também aos atendimentos dentro da UBS entrando em conformidade com o encontrado no estudo de Bravo *et al.* (2022)[18] e em divergência com o estudo de Silva, Silveira e Gedrat (2021)[19] em que os turnos da manhã e da tarde foram considerados como os menos violentos.

No que concerne à frequência em que os episódios de violência aconteceram, 60% (=21) foram classificadas como esporádicas e com gravidade moderada; ambas as variáveis podem também estar relacionadas ao não reconhecimento da situação como um episódio de violência, por serem compreendidas como comentários e atos ácidos, constrangedores ou desrespeitosos, piadas e até mesmo atos libidinosos não compreendidos como assédio ou violência sexual (olhares maliciosos, toques corporais em locais inadequados, distância física inadequada, exibição de imagens ou vídeos obscenos), reflexo da banalização da violência e dificuldade em reconhecer as violências por não serem agressões físicas, tipo esse compreendido como violência “real”[14, 20].

Quanto ao autor dos episódios de violência verificou-se que, no geral, os pacientes são os agressores mais frequentes dos episódios de violência. Dado congruente com o encontrado no estudo de Flórido *et al.* (2019)[21], que relata que, a cada dez casos de agressão, sete foram causados por usuários, mas que a verdadeira magnitude da violência é silenciada pelos baixos índices de notificações. Santos *et al.* (2021)[22] também encontraram em sua pesquisa os próprios

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

usuários dos serviços como os principais sujeitos agressores da violência e isso pode estar diretamente relacionado a aspectos físicos e psicológicos, como o fato de os pacientes poderem se encontrar em condições de dor, sofrimento, ansiedade ou desorientação, o que pode levá-los a reações agressivas. Já Da Silva *et al.* (2022)[23] defendem que essas situações, na maioria das vezes, são desencadeadas por condições externas como o ambiente estressante, longas filas ou atrasos no atendimento que geram impaciência e irritação, que podem escalar para agressões verbais ou físicas. Levando para a realidade dos ACS, que foram os mais acometidos, esses episódios podem ser advindos de expectativas irreais e falta de compreensão, em que alguns pacientes e familiares esperam que os ACS resolvam todos os problemas de saúde rapidamente, mesmo aqueles fora de sua competência e, quando isso não acontece, podem surgir insatisfação e reações agressivas[15, 21].

Quanto à violência interna, no presente estudo, foram citados os colegas de trabalho e os superiores hierárquicos como os autores das violências. Cabe pontuar que, assim como no estudo de Sé *et al.* (2020)[20], os principais tipos de violência cometidos por esses foram psicológicas e verbais. Segundo Costa *et al.* (2022)[17], o assédio moral é a principal forma de violência interna, e pode ser evidenciado por meio de uma série de comportamentos, sempre abusivos e agressivos, de forma mais ou menos explícita. Situações como essa, que não deveriam acontecer, são mais comuns do que se imagina: Uzeda *et al.* (2024)[24] expõem em seu estudo algumas vivências e consequências do assédio moral no trabalho entre os profissionais de enfermagem, e os relatos chamam a atenção, pois os participantes manifestam: “[...] meu chefe falou que o cachorro dele obedece mais a ele do que a gente.” (E01). (p. 8).

No que se refere às consequências para os profissionais de saúde após as agressões no ambiente de trabalho, as principais foram ansiedade, decepção, estresse, irritação, raiva, tristeza e perda de satisfação com o trabalho. Santos *et al.* (2021)[22] sugerem que a ansiedade pode se manifestar de várias formas, desde a preocupação excessiva até ataques de pânico, afetando tanto a vida profissional quanto a pessoal dos indivíduos que sofrem *bullying* ou violência no trabalho. No que tange ao estresse, Reinosa Valencia (2021)[25] pontua existir uma relação direta entre os fatores de risco ocupacionais e os níveis de estresse e que esse pode afetar tanto a saúde física quanto a mental dos trabalhadores, em destaque nos momentos críticos.

Flórido *et al.* (2019)[21] abordam em seu estudo como esses episódios podem influenciar a cadeia de serviços de saúde, seguindo pelo prejuízo no atendimento dos usuários, acarretando a queda da produtividade e afetando a oferta de serviços em função do baixo comprometimento do trabalhador devido a problemas de saúde bem como o sentimento de vergonha e humilhação,

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

confirmando a relação entre assédio moral e sintomas físicos e psíquicos e comprovando que essa prejudica a vida profissional e pessoal da vítima[26].

Dos 35 participantes que confirmaram ter sofrido violência laboral, 91% (=32) marcaram mais de um tipo de consequência. Em média, os participantes marcaram 4,5 diferentes consequências. Esse resultado evidencia que as consequências e os desfechos para os profissionais após a violência são diversos e acometem os diferentes âmbitos da vida das vítimas, tanto pessoal como profissional[27].

Os resultados do presente estudo mostraram ainda que 69% (=24) relataram os episódios de violência para alguém, no entanto, de forma informal, como desabafo ou comunicação aos superiores e gerência acerca dos acontecimentos durante as visitas ou consultas, mas não registrando ou denunciando para as autoridades competentes[28]. Ademais, muitos podem estar receosos em denunciar por medo de represálias, perseguição, principalmente quando o agressor foi um colega de trabalho ou superior hierárquico, medo do desemprego, banalização das violências contra os profissionais de saúde, por não acreditar que a situação será resolvida ou entender que a denúncia não vale a pena ser registrada[16, 20, 28].

O estudo de Leite *et al.* (2020)[29], realizado na cidade do Rio de Janeiro com profissionais da Estratégia de Saúde da Família, ratifica os dados expostos, pontuando ainda que a naturalização da violência cometida contra os profissionais, destacando a psicológica, resulta na notificação apenas quando o ato violento é compreendido como mais grave ou frente a ameaças contínuas. A subnotificação também pode estar associada ao desconhecimento de como proceder diante dessas agressões e após elas no ambiente de trabalho.

Esses dados são concordantes com os achados acerca da insuficiência de suporte institucional às vítimas, visto que as denúncias em sua maioria não são realizadas, dificultando o conhecimento da realidade da violência no ambiente de trabalho. Somam-se a isso a ausência de ouvidorias, de canais formais de denúncia e de suporte legal e psicológico para esses profissionais[30].

Acerca das consequências ao autor da agressão, os dados corroboram a baixa notificação e denúncia dos ocorridos, apresentando um percentual de 89% (=31) de respostas negativas quanto às ações punitivas ao agressor. Esses dados são concordantes com os achados de Olimpio (2022)[2], que apresentou um quantitativo de 68% classificado como “Nenhuma consequência” e apenas 1% e 4% se referiram a “Processo ao agressor” e “Registro na polícia”, respectivamente, retrato do conformismo e naturalização das violências contra o profissional de saúde em seu ambiente laboral. Tsukamoto *et al.* (2019)[28] apontaram ainda que mesmo frente às denúncias e ocorrências contra o agressor, o agressor, na maioria das vezes,

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

sai impune, desincentivando ainda mais as vítimas a denunciarem por saberem que os agressores não serão responsabilizados.

Segundo Boscaglia e Dias (2025)[31], para enfrentar a violência laboral no setor da saúde, é fundamental iniciar pela adoção de estratégias preventivas e corretivas que promovam a segurança e o bem-estar dos profissionais. Em consonância com esses achados, durante a coleta de dados, solicitou-se aos participantes que sugerissem medidas que, em sua perspectiva, poderiam reduzir a ocorrência de violência direcionada ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho. Essas sugestões foram categorizadas segundo a análise de conteúdo de Bardin e as categorias com as maiores frequências foram: as de Segurança (S) (38,64%), Gerência e Infraestrutura (GIF) (18,18%) e Recursos Humanos (RH) (15,91%). Dentro dessas, as principais sugestões de segurança incluem: “A equipe deveria ter acompanhamento policial em áreas de risco e nas campanhas de vacinação de casa em casa.” (ACS H11), “Deveria ter mais carros de polícia trabalhando na área que a gente atua, assim dessa forma essas pessoas teriam um pouco de temor e a gente se sentiria mais seguro” (ACS H8) e “Colocando segurança na UBS, como agente patrimonial sempre na porta da UBS para garantir que as pessoas tivessem mais respeito pelas pessoas que aqui trabalham.” (TEC D2).

Medidas semelhantes também foram indicadas por Sé *et al.* (2021)[32] e por Rufino (2023)[15] sugerindo que haja serviços de vigilância e segurança no ambiente de trabalho, podendo estas servir como elemento de intimidação contra potenciais agressores, aumentando a segurança das equipes de saúde que trabalham diretamente com a comunidade.

Além dessas, medidas como “Treinamento para as equipes.” (ACS H4), “[...] sistemas de denúncia eficazes” (ENF CB3) e “Maior capacitação dos profissionais, para lidar com esses tipos de situações.” (ACS CB2) também foram caracterizadas como medidas de segurança. Semelhantes a essas são as medidas indicadas pelos participantes do estudo de Fabri *et al.* (2022)[16], que foram enfáticos ao afirmar que os superiores juntamente com as secretarias responsáveis precisam articular um diálogo entre os envolvidos nas situações de violência, elaborar protocolos institucionais de prevenção, proteção e acompanhamento que diminuam atos de violência no ambiente de trabalho e promovam a saúde mental dos profissionais.

No que tange às medidas classificadas como de GIF, as principais sugestões foram: “[...] condições melhores de trabalho” (ACS H7), “Aumento no quantitativo de funcionários nas unidades [...]” (ACS CB2), “Melhorias no sistema” (ACS CB5) e “Acompanhamento por parte dos órgãos competentes” (ACS PC9). Essas sugestões são concordantes com as sugeridas pelos profissionais do estudo de Silva *et al.* (2022)[33] que relatam que a superlotação, demanda de trabalho elevada, pressão relacionada ao tempo de execução das atividades, exigência física e

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

menor poder de decisão, são condições consideradas importantes fontes geradoras de violência laboral, pois acabam gerando frustração para os pacientes e acompanhantes, bem como podem resultar em sobrecarga mental e laboral aos trabalhadores, destacando assim a necessidade da aplicação dessas medidas que visam não apenas a segurança, mas também o bem-estar e a valorização dos profissionais de saúde, fortalecendo o sistema como um todo[34].

Dentre as medidas categorizadas como de RH as principais foram: “Conscientização da comunidade e ações educativas [...]” (ACS H4), “Educação sobre violência ao trabalhador.” (ENF A5), “Ações de sensibilização para a população [...]” (ACS A8) e “[...] tratamento humanizado e formação para ambos os autores, paciente e funcionários.” (ACS D4). Todas essas medidas, assim como o discutido no estudo de Mendonça et al. (2020)[35] ressaltam a necessidade da articulação das políticas de saúde com as políticas de educação, segurança pública, assistência social, entre outras.

Já na categoria AP, as principais medidas sugeridas foram: “Melhor suporte ao trabalhador vítima de violência [...] e melhores orientações sobre os direitos dos trabalhadores.” (TEC H12) e “[...] Valorização a toda categoria da saúde e um cuidado psicológico com funcionário (AP) da atenção básica de saúde.” (ACS D4). Guimarães, Oliveira e Silva (2020)[36] em seu estudo sobre a violência relacionada ao trabalho e apropriação da saúde do trabalhador também destacam medidas semelhantes a essa, ressaltando assim a necessidade e a importância de fornecer suporte psicológico e orientação sobre os direitos dos trabalhadores, pontos essenciais para um desenvolvimento profissional eficiente e saudável.

Por fim, dentre as medidas categorizadas como de PCL, temos que as principais sugestões foram: “Aplicação prática e sem discriminações das leis atuais.” (ACS A10), “Punição para os que cometem a violência.” (ACS PC11) e “Políticas de tolerância 0” (ACS CB12). Essas sugestões assemelham-se às apresentadas no estudo de Silva, Silveira e Gedrat (2021)[19] apontando assim a necessidade de medidas punitivas consistentes e imparciais, para não apenas a promoção de um ambiente de trabalho mais seguro, mas também para reforçar a mensagem de que a violência não será tolerada em hipótese alguma.

Este estudo apresenta algumas limitações, entre elas a pequena amostra, a amostragem não probabilística por conveniência, a inclusão de apenas cinco UBS, a predominância de mulheres e ACS na amostra e o uso de autorrelatos, sujeitos a viés de memória.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência laboral mostrou-se frequente entre os profissionais participantes das equipes de Saúde da Família investigadas em Marabá. Entre os profissionais que relataram violência, predominou a violência verbal, e os pacientes foram os autores mais frequentemente mencionados. Os episódios ocorreram principalmente durante visitas domiciliares e estiveram associados a repercussões psicológicas, especialmente aumento do estresse. Essas ocorrências foram, em geral, esporádicas e perpetradas por pacientes. Os impactos foram diversos e incluíram repercussões psicológicas e emocionais, como ansiedade, aumento do estresse, decepção, irritação, raiva e sentimento de inferioridade, além de consequências para a vida profissional, como a redução da satisfação com o trabalho. A maioria dos profissionais que sofreu violência relatou não ter recebido suporte institucional, bem como a maioria dos agressores não sofreu consequências pelo ato praticado. Assim, faz-se necessária a elaboração de medidas preventivas que contemplem segurança, organização institucional, educação da população, responsabilização dos autores das agressões e suporte às vítimas após os episódios de violência. Tais medidas foram mencionadas pelos próprios participantes, evidenciando a necessidade de sua implementação no município de Marabá com vistas à redução dessas ocorrências.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. 346 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9241545615

2. Olimpio ACS. Violência no trabalho em centros de saúde da família e suas interfaces com as condições e a organização do trabalho [dissertation]. Sobral: Universidade Federal do Ceará; 2022. 140 p. Available from: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/67797/1/2022_dis_acsolimpio.pdf

3. Barros C, Sani A, Meneses R. Violência contra profissionais de saúde: dos discursos às práticas. Configurações. 2022;(30):33-46. https://doi.org/10.4000/configuracoes.15742

4. Trindade LL, Busnello GF, Schoeninger MD, Bauermann KB, Heinz MK, Silva CB. Agressão verbal contra profissionais de saúde da atenção primária e terciária: estudo de métodos mistos. Rev Enferm UFSM. 2022;12:e15. https://doi.org/10.5902/2179769266894

5. Pompeia L, Dement J, Schoenfisch A, Lavery A, Souder M, Smith C, *et al.* Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: a review of the literature and existing occupational injury data. J Safety Res. 2013;44:57-64. https://doi.org/10.1016/j.jsr.2012.09.004

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família. 2020. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia

7. Busnello GF, Trindade LL, Pai DD, Beck C, Ribeiro OMPL. Tipos de violência no trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Esc Anna Nery. 2021;25(4):e20200427. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0427

8. Oliveira JC, Ceballos AG. The feminization of the workforce in a health unit of the municipal network of Recife. Res Soc Dev. 2022;11(10):e219111032645. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32645

9. International Labour Organization. Experiences of violence and harassment at work: a global first survey. Geneva: ILO; 2022. Available from: https://doi.org/10.54394/IOAX8567

10.Pereira ELA, Santos VEP, Silva FJ, Silva FV, Silva RAR, Santos SD. Representações sociais do envelhecimento no trabalho para o profissional de enfermagem adulto e idoso. Braz J Dev. 2021;7(6):56475-96.

11.Oliveira S, Castro ACO, Botelho CAO, Junior CAOB, Santos SO, Rocha BAM. Violência ocupacional no âmbito da equipe de enfermagem no município de Ceres - GO. Vita Sanitas. 2022;16(1). Available from: https://unigoyazes.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/300

12.Pimenta ACP, Lima LP, Lemes MA, Silva PS, Lima IAB. Violência ocupacional contra profissionais de saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Braz J Dev. 2023;9(5):17926-44. https://doi.org/10.34117/bjdv9n5-229

13.Maciel FBM, Cordeiro MGL, Gonzaga LL, Laguna GGC, Santos HLPC, Evangelista LHP, *et al.* Violência ocupacional, processo laboral e saúde mental de profissionais da saúde: uma revisão sistemática. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3908. https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3908

14.Duarte LR, Camargo LC, Soares NT. Violência no trabalho de profissionais de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Saúde Ocup. 2023;48:e13. https://doi.org/10.1590/2317-6369/25221pt2023v48e13

15.Rufino RS. A violência vivenciada pelos agentes comunitários de saúde: repercussão no processo de trabalho no território [dissertation]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2023. Available from: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/29969/1/R%c3%babiaDeSouzaRufino_Dissert.pdf

16.Fabri NV, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro RP, Moreira AAO. Violência laboral e qualidade de vida profissional entre enfermeiros da atenção primária. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE0362345. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0362345

17.Silva FRB, Nascimento CF. Problemática da violência psicológica: o assédio moral no ambiente de trabalho. RECIMA21. 2024;5(1):e514769. https://doi.org/10.47820/recima21.v5i1.4769

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

18.Bravo ED, Báez AN, Cozzoli BC, Auchter MC, Meza AM. Situações de violência por parte de pacientes atendidos por pessoal de enfermagem em um hospital público Corrientes capital 2021. Notas Enferm (Córdoba). 2022;23(40):37-46.

19.Silva FB, Silveira EF, Gedrat DC. Violência sofrida no trabalho: um estudo com profissionais do setor de urgência e emergência de um hospital do norte do Brasil. Aletheia. 2021;54(2).

20.Sé ACS, Machado WCA, Silva PS, Passos JP, Araújo STC, Tonini T, *et al.* Violência física, abuso verbal e assédio sexual sofridos por enfermeiros do atendimento pré-hospitalar. Enferm Foco. 2020;11(6). Available from: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4087/1066

21.Flórido HG, Duarte SCM, Floresta WMC, Marins AMF, Broca PV, Moraes JRMM. Nurse's management of workplace violence situations in the family health strategy. Texto Contexto Enferm. 2019;29:e20180432.

22.Santos J, Meira KC, Coelho JC, Dantas ESO, Oliveira LVE, Oliveira JSA, *et al.* Violências relacionadas ao trabalho e variáveis associadas em profissionais de enfermagem que atuam em oncologia. Ciênc Saúde Coletiva. 2021;26(12):5955-66. https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14942021

23.Costa IS, Torres ACS, Bezerra MIC, Pires RR. Processo de trabalho de agentes comunitários e saúde mental: percepções de trabalhadores da saúde de um município do interior do Ceará. Res Soc Dev. 2022;11(2):e4711225520. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25520

24.Uzeda AL, Goulart MCL, Brun LS, Góes FGB, Martins SR, Oliveira YCP, *et al.* Vivências e consequências do assédio moral no trabalho entre profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2024;33:e20240155. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0155en

25.Reinosa Valencia GK. Revisión sistemática de la relación entre acoso laboral, psicología y derecho una mirada psico jurídica [thesis]. Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2021. Available from: https://bibliotecadigital.oducal.com/Record/ir-11634-33539?sid=4469

26.Coelho AC, Santos ESPS, Coelho ACM. O assédio moral nas relações de trabalho contemporâneas: causas, consequências e prevenção. In: Perspectivas contemporâneas do direito do trabalho. São Paulo: Editora Científica Digital; 2025. p. 42-68. https://doi.org/10.37885/241218499

27.Matos GS, Silva JR, Germano RF, Ferreira DS. Violência ocupacional contra profissionais de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento. Rev Educ Saúde Amb. 2023;2(13):750-60.

28.Tsukamoto SAS, Galdino MJQ, Robazzi MLCC, Ribeiro RP, Soares MH, Haddad MDCFL, *et al.* Violência ocupacional na equipe de enfermagem: prevalência e fatores associados. Acta Paul Enferm. 2019;32(4):425-32. http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900058

29.Leite CN, Oliveira EB, Lisboa MTL, Penna LHG, Oliveira SAO, Rafael RMR. Violência na Estratégia de Saúde da Família: risco para a saúde dos trabalhadores e ao atendimento. Rev Enferm UERJ. 2020;28:e45789. http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.45789

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

30.Ribeiro SG, Batista VC, Almeida MVS, Nascimento LCN, Laignier MR. A violência contra a mulher no contexto laboral. Rev Bras Pesq Saúde. 2025;27(2). Available from: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/48421

31.Boscaglia MTM, Dias FMV. Reflexões sobre a violência sofrida pelos enfermeiros no seu ambiente de trabalho. Saúde Coletiva (Edição Brasileira). 2025;15(93):14859-63. https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2025v15i93p14859-1486

32.Sé ACS, Machado WCA, Gonçalves RC. Estratégias preventivas contra a violência no trabalho sob a ótica dos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar. Rev Fun Care Online. 2021;13:1336-42. https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.10019

33.Silva BDM, Menolli GA, Lima BDS, Kerling ME, Kreling MCG, Yagi MCN. Labor violence in the emergency room in times of COVID-19: perceptions of the nursing team. Res Soc Dev. 2022;11(4):e42611427583. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27583

34.Rohwedder LS, Miranda FM, Sousa RA, Gonçalves JS, Sato TO, Mininel VA. Violência no trabalho de enfermagem hospitalar: revisão integrativa de literatura. Rev Eletrônica Enferm. 2025;27:75562. https://doi.org/10.5216/ree.v27.75562

35.Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ERL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(6):2247-57. https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018

36.Guimarães AP, Oliveira H, Silva JM. Violência relacionada ao trabalho e apropriação da saúde do trabalhador: sofrimento anunciado no Sistema Único de Assistência Social. Physis. 2020;30:e300224. Available from: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/29969

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.