



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)  
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

**LARISSA CAMPOS LEANDRO**

**MOTIVAÇÃO NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA DE CIDADES POLO REGIONAIS CATARINENSES**

Criciúma  
2025

LARISSA CAMPOS LEANDRO

**MOTIVAÇÃO NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA DE CIDADES POLO REGIONAIS CATARINENSES**

Projeto de dissertação submetido para aprovação no exame de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Orientador: Prof. Dr. Jacks Soratto.

Criciúma

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

L437m Leandro, Larissa Campos.

Motivação no trabalho dos profissionais da estratégia saúde da família de cidades polo regionais catarinenses / Larissa Campos Leandro. - 2025.

94 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2025.

Orientação: Jacks Soratto.

1. Pessoal da saúde - Motivação no trabalho. 2. Engajamento no Trabalho. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família (Brasil).

I. Título.

CDD 23. ed. 362.1

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC


**LARISSA CAMPOS LEANDRO**

**MOTIVAÇÃO NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE CIDADES POLO REGIONAIS CATARINENSES**


Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 08 de dezembro de 2025.


**BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **JACKS SORATTO**  
Data: 08/12/2025 18:15:11-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Prof. Jacks Soratto**  
Doutor – Orientador  
Presidente

Documento assinado digitalmente  
 **ARIETE INES MINETTO**  
Data: 09/12/2025 13:26:17-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Profa. Ariete Inês Minetto**  
Doutora – UNESC  
Membro externo

Documento assinado digitalmente  
 **WILLIANS CASSIANO LONGEN**  
Data: 09/12/2025 11:13:48-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Prof. Willians Cassiano Longen**  
Doutor – UNESC/PPGSCol  
Membro interno

Dedico este trabalho a Deus, que me fortaleceu em cada etapa, à minha família, pelo amor e incentivo, e a todos os profissionais de saúde que sustentam com dedicação o cuidado no SUS.

## RESUMO

**Introdução:** A motivação no trabalho em saúde constitui um elemento fundamental para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, principal modelo da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. As condições laborais, o reconhecimento e as relações interpessoais influenciam diretamente a satisfação, o engajamento e a permanência dos profissionais nas equipes. Assim, compreender os fatores que sustentam a motivação é essencial para qualificar a gestão, reduzir a rotatividade profissional e fortalecer o cuidado integral à saúde. **Objetivo:** Analisar os sentidos e fatores que influenciam a motivação dos profissionais da ESF em cidades polo regionais catarinenses. **Métodos:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família nos municípios de Criciúma, Joinville, Blumenau, Lages e Chapecó, com 38 profissionais de diferentes categorias. A coleta de dados ocorreu entre março e dezembro de 2020, por meio de entrevistas semiestruturadas e observação indireta. As informações foram submetidas à Análise de Conteúdo Temática de Laurence Bardin, com apoio do software ATLAS.ti 23. A análise dos dados foi orientada por referenciais teóricos clássicos e contemporâneos da motivação no trabalho, que articulam fatores intrínsecos e extrínsecos, dimensões subjetivas do engajamento profissional e condições objetivas do trabalho. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob parecer nº 3.675.401/2019. **Resultados:** Emergiram três categorias temáticas: (1) Motivação intrínseca e sentido do trabalho, que abrange as subcategorias *realização pessoal* e *compromisso social*, expressando dimensões afetivas, éticas e simbólicas da motivação, nas quais o prazer em cuidar, o amor pela profissão e a identificação com o papel social da ESF fortalecem o vínculo e o sentimento de pertencimento ao SUS; (2) Vínculo e variedade da prática, que evidencia o valor das relações interpessoais e da diversidade das atividades na ESF como fontes de satisfação e reconhecimento, demonstrando que a motivação se constrói na interação com a comunidade e na amplitude do cuidado prestado; e (3) Motivação extrínseca e condições objetivas, que integra as subcategorias *estabilidade profissional* e *qualidade de vida*, relacionadas à segurança financeira, à infraestrutura adequada e à previsibilidade da jornada laboral, fatores que garantem bem-estar e sustentam a permanência no serviço. A análise revela que a motivação resulta da interação entre dimensões subjetivas e objetivas do trabalho, em uma dinâmica que articula prazer, reconhecimento e condições materiais. **Conclusão:** A motivação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família decorre da integração entre fatores intrínsecos, como a realização, o vínculo e o compromisso social, e fatores extrínsecos, como a estabilidade, a infraestrutura e a qualidade de vida. Sugere-se o investimento em condições de trabalho dignas, reconhecimento simbólico e políticas de valorização profissional para fortalecimento a motivação no âmbito da Atenção Primária à Saúde

**Palavras-chave:** Motivação no trabalho; Satisfação profissional; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Trabalhadores da saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Work motivation in healthcare constitutes a fundamental element for strengthening the Family Health Strategy, the main model of Primary Health Care (PHC) in Brazil. Working conditions, recognition, and interpersonal relationships directly influence satisfaction, engagement, and the permanence of professionals within teams. Thus, understanding the factors that sustain motivation is essential to qualify management, reduce professional turnover, and strengthen comprehensive health care. **Objective:** To analyze the meanings and factors that influence the motivation of Family Health Strategy professionals in regional hub cities in the state of Santa Catarina. **Methods:** This is a qualitative, descriptive, and exploratory study conducted in Primary Health Care Units with Family Health teams in the municipalities of Criciúma, Joinville, Blumenau, Lages, and Chapecó, involving 38 professionals from different occupational categories. Data collection occurred between March and December 2020 through semi-structured interviews and indirect observation. The information was subjected to Thematic Content Analysis by Laurence Bardin, with the support of ATLAS.ti 23 software. Data analysis was guided by classical and contemporary theoretical frameworks of work motivation, which articulate intrinsic and extrinsic factors, subjective dimensions of professional engagement, and objective working conditions. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), under opinion No. 3.675.401/2019. **Results:** Three thematic categories emerged: (1) Intrinsic motivation and meaning of work, which encompasses the subcategories personal fulfillment and social commitment, expressing affective, ethical, and symbolic dimensions of motivation, in which pleasure in caring, love for the profession, and identification with the social role of the Family Health Strategy strengthen bonding and the sense of belonging to the Unified Health System (SUS); (2) Bonding and variety of practice, which highlights the value of interpersonal relationships and the diversity of activities in the Family Health Strategy as sources of satisfaction and recognition, demonstrating that motivation is constructed through interaction with the community and the breadth of care provided; and (3) Extrinsic motivation and objective working conditions, which integrates the subcategories professional stability and quality of life, related to financial security, adequate infrastructure, and predictability of the work schedule—factors that ensure well-being and support permanence in the service. The analysis reveals that motivation results from the interaction between subjective and objective dimensions of work, in a dynamic that articulates pleasure, recognition, and material conditions. **Conclusion:** The motivation of Family Health Strategy professionals derives from the integration of intrinsic factors, such as fulfillment, bonding, and social commitment, and extrinsic factors, such as stability, infrastructure, and quality of life. Investment in decent working conditions, symbolic recognition, and professional valorization policies is suggested to strengthen motivation within the scope of Primary Health Care.

**Keywords:** Work motivation; Job satisfaction; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health workers.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Categoria, grupos temáticos, subcategorias e códigos relacionados à motivação dos profissionais das equipes de Saúde da Família .....	56
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cobertura da Atenção Primária à Saúde e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal médio por região no Brasil .....	25
Quadro 2 - Comparação das principais teorias da motivação .....	45
Quadro 3 - Características demográficas das cidades que participaram do estudo .....	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo ..... 50

Tabela 2 - Frequência das subcategorias de motivação identificadas nas entrevistas  
..... 55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CCM – Modelo de Cuidado Colaborativo

CCP – Cuidado Centrado no Paciente

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

eAP – Equipes de Atenção Primária

ESF – Estratégia Saúde da Família

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INAMPS – Assistência Médica da Previdência Social

NACH – Necessidade de Realização

NAFF – Necessidade de Afiliação

NPOW – Necessidade de Poder

NASF – Núcleos Ampliados de Saúde da Família

PCATool – Primary Care Assessment Tool

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNH – Política Nacional de Humanização

PNI – Programa Nacional de Imunização

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

UnoChapecó – Universidade Comunitária da Região de Chapecó

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
1.1. JUSTIFICATIVA	10
1.2. PERGUNTA DE PESQUISA	11
1.3. OBJETIVOS	11
<b>1.3.1. Objetivo Geral</b>	<b>11</b>
<b>1.3.2. Objetivos Específicos</b>	<b>11</b>
1.4. PRESSUPOSTOS	12
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>13</b>
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	13
2.2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
2.3 MOTIVAÇÃO E PRAZER NO TRABALHO EM SAÚDE	19
<b>2.3.1 Determinantes da Motivação e do Prazer no Trabalho no Contexto da Atenção Primária à Saúde</b>	<b>19</b>
<b>2.3.2 Modelos de cuidado e impacto na motivação</b>	<b>21</b>
<b>2.3.3 Barreiras Institucionais e Desafios Contextuais: Impactos sobre o Trabalho e a Motivação na Atenção Primária à Saúde Brasileira</b>	<b>23</b>
<b>2.3.4 Reconhecimento financeiro, estabilidade e motivação</b>	<b>24</b>
<b>2.3.5 Desigualdades Regionais e Territoriais como Determinantes da Motivação e do Prazer no Trabalho na Atenção Primária à Saúde</b>	<b>26</b>
<b>2.3.6 Sofrimento ético e moral e estratégias de mitigação</b>	<b>27</b>
<b>2.3.7 Impacto de Emergências Sanitárias na Motivação</b>	<b>30</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>32</b>
3.1 TEORIAS CLÁSSICAS DA MOTIVAÇÃO	32
<b>3.1.1 Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas</b>	<b>32</b>
<b>3.1.2 Teoria X e Y</b>	<b>34</b>
<b>3.1.3 Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas</b>	<b>37</b>
<b>3.1.4 Teoria dos Dois Fatores</b>	<b>39</b>
<b>3.1.5 Teoria das Expectativas</b>	<b>41</b>
3.2 ABORDAGEM COMPLEMENTAR	44
<b>3.2.1 Psicodinâmica do Trabalho</b>	<b>44</b>
<b>4. MÉTODOS</b>	<b>47</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO	47
4.2 LOCAL DO ESTUDO	48
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	50
4.4 COLETA DE DADOS	52
4.5 ANÁLISE DE DADOS	53
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	55
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>56</b>
5.1 MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA E SENTIDO DO TRABALHO	57
<b>5.1.1 Realização pessoal</b>	<b>57</b>

<b>4.1.2 Compromisso social</b>	<b>59</b>
<b>5.2 VÍNCULO E VARIEDADE DA PRÁTICA</b>	<b>61</b>
<b>5.2.1 Contato Interpessoal</b>	<b>62</b>
<b>5.2.2 Variedade do trabalho</b>	<b>65</b>
<b>5.3 MOTIVAÇÃO EXTRÍNSECA E CONDIÇÕES OBJETIVAS</b>	<b>67</b>
<b>5.3.1 Estabilidade profissional</b>	<b>67</b>
<b>5.3.2 Qualidade de vida</b>	<b>69</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	<b>92</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos marcos mais significativos da redemocratização brasileira, tendo sido instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Essas normativas estabeleceram a saúde como um direito universal e um dever do Estado, rompendo com modelos excludentes anteriores e inaugurando uma nova lógica de organização e concepção do cuidado em saúde no país (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

O SUS foi concebido com base em um conjunto de princípios e diretrizes que orientam sua estrutura e funcionamento. Entre os princípios doutrinários, destacam-se a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade na distribuição dos recursos. Sendo assim, o objetivo central do SUS é garantir ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde de forma contínua e articulada entre os diferentes níveis de gestão (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

Em termos de estrutura funcional, o SUS organiza-se em níveis de atenção com complexidade crescente, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como seu nível base (Brasil, 1990a). Reconhecida como a principal porta de entrada do sistema, a APS tem como modelo prioritário de organização a Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca garantir o cuidado integral à população adscrita por meio da atuação territorializada de equipes multiprofissionais (Brasil, 2017).

A ESF completou 30 anos em 2024, contando com cerca de 52 mil equipes em todo o país, com cobertura estimada de aproximadamente 70% da população brasileira, consolidando-se como o principal modelo de organização da APS. No estado de Santa Catarina (SC), dados de 2024 indicam cobertura estimada da APS superior a 100%, alcançando aproximadamente 111%. Esse percentual reflete a elevada capacidade instalada da rede, resultante da ampliação do número de equipes, da intensificação dos processos de cadastramento e de critérios metodológicos de estimativa populacional, não significando duplicidade real de atendimento, mas expressando a forte presença territorial da APS no estado (Brasil 2024a; Brasil 2024b).

O trabalho desenvolvido pelos profissionais na ESF caracteriza-se por elevada complexidade, envolvendo não apenas competências técnicas, mas também habilidades interpessoais, capacidade de atuação em equipe

multiprofissional e articulação contínua com o território (Nunes et al., 2020). A prática na ESF pressupõe contato direto com as realidades sociais, culturais e econômicas das comunidades, favorecendo o estabelecimento de vínculos duradouros e a ampliação da responsabilização pelo cuidado ao longo do tempo.

A literatura aponta, entretanto, que esse modo de organização do trabalho coexiste com desafios estruturais e institucionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde, como limitações de infraestrutura, sobrecarga de demandas e fragilidades nos processos de reconhecimento e valorização profissional. Tais condições têm sido associadas, em diferentes estudos, a impactos sobre a satisfação, o engajamento e a permanência dos profissionais nos serviços, indicando a necessidade de aprofundar a compreensão sobre os fatores que sustentam o trabalho e a motivação na ESF (Ferreira et al., 2021; Nunes et al., 2020; Soratto et al., 2020a).

Nesse contexto, torna-se essencial refletir sobre os aspectos que sustentam a permanência dos profissionais da ESF em seus territórios. Para isso, faz-se necessário um olhar ampliado, que vá além das condições objetivas do exercício profissional, incorporando dimensões subjetivas como o reconhecimento, o pertencimento e o sentido atribuído ao trabalho (Ferreira et al., 2021; Liu et al., 2023). Além disso, a literatura nacional e internacional aponta que trabalhadores motivados tendem a apresentar maior comprometimento, qualidade na assistência e menor intenção de evasão dos serviços, os quais se configuram como elementos-chave para o fortalecimento da APS (Jia et al., 2022; Neufeld et al., 2023).

A motivação no trabalho em saúde tem sido compreendida, na literatura, como um fenômeno complexo e multidimensional, que envolve a interação entre condições objetivas de trabalho e dimensões subjetivas relacionadas ao sentido, ao reconhecimento e ao pertencimento. Diferentes abordagens teóricas apontam que fatores estruturais, organizacionais, relacionais e simbólicos influenciam o engajamento dos trabalhadores, especialmente em contextos de elevada complexidade e demanda social, como a APS (Herzberg, 1971; Dejours, 1994; Deci; Ryan, 1985).

No campo da saúde coletiva, tais contribuições permitem compreender que a motivação não se restringe a incentivos materiais ou à estabilidade institucional, mas se constrói no cotidiano do trabalho, na qualidade das relações estabelecidas, no reconhecimento do fazer profissional e na possibilidade de atribuir sentido às

práticas desenvolvidas nos territórios. Essas perspectivas oferecem base conceitual para a análise dos fatores que sustentam ou fragilizam a motivação dos profissionais da ESF sem desconsiderar as singularidades do contexto do SUS (Morin, 2001).

No entanto, apesar do reconhecimento da importância do trabalho desenvolvido na ESF, inúmeros desafios persistem. Entre os fatores estruturais, destacam-se a precarização das relações de trabalho, a escassez de recursos materiais e humanos e a ausência de reconhecimento institucional. Nos assistenciais, sobressaem a sobrecarga de atendimentos, a necessidade de atenção contínua a agravos crônicos e as respostas rápidas a situações emergenciais (França; Mota, 2021; Soratto et al., 2020a).

Já no campo social e intersetorial, figuram a gestão do cuidado de populações em extrema vulnerabilidade e a articulação com outros setores para enfrentar determinantes sociais da saúde. Esses fatores configuram tensões e demandas complexas capazes de fragilizar o engajamento e gerar sentimentos de desgaste, frustração e desmotivação, sendo ainda mais críticos em contextos territoriais vulnerabilizados (Florez; Villar-Hoz, 2024).

Diante desse panorama, o presente estudo tem como objetivo compreender os sentidos e os fatores que influenciam a motivação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em cidades polo regionais do estado de Santa Catarina. Ao investigar essa temática, pretende-se contribuir para o aprimoramento das práticas de gestão do trabalho em saúde, na perspectiva de valorização dos trabalhadores e qualificação do cuidado no âmbito do SUS.

## 1.1. JUSTIFICATIVA

Apesar da existência de estudos que abordam a satisfação e a organização do trabalho na APS, ainda são relativamente limitadas as investigações de abordagem qualitativa voltadas à compreensão dos sentidos subjetivos atribuídos ao trabalho pelos profissionais da ESF. Essa lacuna é ainda mais evidente em contextos municipais específicos, como nas cidades polo regionais do estado de Santa Catarina, o que reforça a necessidade de aprofundamento sobre os fatores que sustentam ou fragilizam a motivação dos trabalhadores do SUS.

A compreensão da motivação no trabalho em saúde constitui elemento central para o fortalecimento da gestão pública e da organização dos serviços, uma vez que

se relaciona diretamente ao engajamento profissional, à permanência das equipes nos territórios e à qualidade da atenção prestada. Conhecer os fatores que influenciam a motivação dos trabalhadores da ESF permite subsidiar processos de gestão mais sensíveis às condições reais do trabalho, favorecer práticas de valorização profissional e fortalecer ambientes institucionais que promovam o bem-estar, o reconhecimento e a corresponsabilidade no cuidado.

Nesse sentido, esta pesquisa justifica-se por seu potencial de contribuição para o debate sobre a valorização e o reconhecimento dos profissionais da saúde, ao oferecer subsídios teóricos e empíricos para o aprimoramento das políticas públicas no âmbito da APS. Além disso, o estudo contribui para a qualificação do cuidado ofertado à população, ao considerar a motivação dos trabalhadores como dimensão estratégica para a consolidação do SUS enquanto sistema público, universal e equitativo.

## 1.2. PERGUNTA DE PESQUISA

Quais são os fatores que influenciam a motivação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família nas cidades polo regionais do estado de Santa Catarina?

## 1.3. OBJETIVOS

### 1.3.1. Objetivo Geral

Compreender os sentidos e os fatores que influenciam a motivação dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família em cidades polo regionais do estado de Santa Catarina.

### 1.3.2. Objetivos Específicos

- a) Descrever o contexto de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família nos municípios investigados;
- b) Identificar os fatores percebidos como motivadores e desmotivadores no cotidiano de trabalho;

- c) Analisar como os sentidos atribuídos à motivação no trabalho se expressam à luz de referenciais teóricos do campo da motivação e da Saúde Coletiva.

#### 1.4. PRESSUPOSTOS

Consideram-se os seguintes pressupostos que orientam esta pesquisa:

- a) Parte-se do pressuposto de que a motivação no trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família pode ser influenciada por fatores estruturais, organizacionais e relacionais, em consonância com abordagens teóricas que distinguem entre condições externas de trabalho e fatores internos de engajamento profissional (Herzberg, 1971).
- b) Assume-se que contextos caracterizados por elevada rotatividade, sobrecarga de demandas e escassez de recursos tendem a tensionar os processos de motivação no trabalho, especialmente quando associados à limitação da criatividade profissional e à fragilidade do reconhecimento no fazer cotidiano (Dejours, 1994).
- c) Considera-se como hipótese analítica que a comunicação fragilizada entre equipes e gestão possa comprometer sentimentos de pertencimento, autonomia e competência, elementos associados à motivação intrínseca no trabalho (Deci; Ryan, 1985).
- d) Supõe-se que os vínculos estabelecidos com o território, com a equipe e com os usuários contribuam para a construção de sentido no trabalho e para a permanência dos profissionais na ESF, bem como para o reconhecimento simbólico de seu papel social (Morin, 2001; Dejours, 2007).

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil representa o desdobramento de um processo histórico e político profundamente marcado por disputas em torno de diferentes projetos societários no campo da saúde. Sua instituição, consagrada na Constituição Federal de 1988, não se restringiu a uma reorganização administrativa do setor, mas representou uma inflexão paradigmática ao reposicionar a saúde como um direito de cidadania e um dever indelegável do Estado (Brasil, 1988).

O SUS emergiu como expressão concreta do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, cujas formulações teóricas e práticas foram sustentadas pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, orientadas pela crítica à medicalização, à mercantilização da saúde e à fragmentação dos cuidados. Nesse sentido, sua gênese articula-se à tradição da Medicina Social latino-americana e ao campo da Saúde Coletiva, assumindo uma concepção ampliada de saúde e uma aposta política na participação popular e no controle social como pilares estruturantes do sistema (Paim et al., 2019).

Até meados dos anos 1980, o modelo de atenção à saúde no Brasil estava centrado na lógica previdenciária, com forte segmentação do acesso aos serviços. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) concentrava os atendimentos à população formalmente empregada, enquanto a maioria dos brasileiros (trabalhadores informais, desempregados e populações rurais) permaneciam desassistidos ou dependentes de instituições filantrópicas e ações pontuais do Estado (Coube et al., 2023; Paim et al., 2011; Viegas et al., 2021).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu um marco histórico desse processo. Com ampla participação popular, o evento formulou as bases para um sistema público universal, igualitário e descentralizado. As deliberações da conferência foram incorporadas à Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 passou a reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que reduzam os riscos de doenças e promovam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1988; Viegas et al., 2021).

O novo paradigma institucionalizado pela Constituição de 1988 foi regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que constituem os principais marcos legais de estruturação do SUS. A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, estabelecendo princípios e diretrizes que orientam o sistema, como a universalidade, integralidade, equidade, descentralização político-administrativa, regionalização, hierarquização, resolubilidade, participação social e intersetorialidade (Brasil, 1990a).

A lei supracitada, também define os campos de atuação do SUS, compreendendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de regulamentar a articulação entre os entes federativos no processo de gestão compartilhada. Portanto, a criação de uma rede regionalizada e hierarquizada visa garantir o acesso universal e igualitário da população aos serviços, assegurando continuidade e integralidade do cuidado (Brasil, 1990a).

Complementarmente, a Lei nº 8.142/1990 estabelece os mecanismos de participação da sociedade civil na formulação, acompanhamento e controle das políticas públicas de saúde. Por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde realizadas periodicamente em todas as esferas de governo, a norma institui o controle social como princípio estruturante do SUS. Além disso, a lei define os critérios para o financiamento tripartite entre União, estados e municípios, consolidando o pacto federativo como elemento essencial para a viabilização do sistema (Brasil, 1990b).

Desde sua institucionalização, o SUS tem passado por um processo contínuo de consolidação e transformação, no qual diversas políticas públicas foram formuladas com o objetivo de ampliar a capilaridade da rede, qualificar os serviços prestados e fortalecer os princípios da integralidade, universalidade e equidade. Essas políticas contribuíram para a expansão do acesso aos cuidados em saúde e consolidaram o SUS como uma política pública estruturante na promoção da cidadania e na redução das desigualdades sociais (Coube et al., 2023; Morosini et al., 2018).

Entre os principais marcos que consolidaram os princípios do SUS ao longo de sua trajetória, destacam-se diversas políticas públicas estratégicas, como o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que ampliou de forma significativa o acesso a vacinas e contribuiu para a redução da incidência de doenças imunopreveníveis e a erradicação de agravos como poliomielite e sarampo (Brasil,

2023a). Outro destaque é o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que fortaleceu a regulação de produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde, qualificando a proteção sanitária da população (Brasil, 2023b).

No campo da saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desempenharam papel central na reconfiguração do modelo de atenção, substituindo a lógica manicomial por uma abordagem territorializada, centrada na reinserção social e na desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento psíquico (Brasil, 2023c). Paralelamente, a Política Nacional de Humanização (PNH) introduziu diretrizes que valorizam a escuta qualificada, o acolhimento e a corresponsabilização no cuidado, promovendo mudanças nas relações entre trabalhadores, usuários e gestores (Brasil, 2023d).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por sua vez, estruturou a atenção primária como a principal porta de entrada do sistema, com foco na territorialização, na longitudinalidade do cuidado e na responsabilização das equipes multiprofissionais. Essas iniciativas contribuíram para fortalecer os fundamentos do SUS e geraram impactos concretos, como a redução da mortalidade infantil, a expansão da cobertura vacinal, a ampliação da atenção básica (AB) e a interiorização dos serviços de saúde (Brasil, 2017).

Complementando esse processo de consolidação do SUS como política pública comprometida com a equidade, diversas estratégias intersetoriais foram desenvolvidas para enfrentar os determinantes sociais da saúde. Entre elas, destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída em 2006, que orienta ações voltadas à adoção de modos de vida saudáveis, à criação de ambientes favoráveis à saúde e à articulação entre diferentes setores (BRASIL, 2006).

Também merece destaque a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), voltada à promoção da segurança alimentar e nutricional da população, com ênfase na prevenção de agravos crônicos e na redução das desigualdades nutricionais (BRASIL, 2012). Essas políticas, entre outras iniciativas implementadas no âmbito do SUS, evidenciam o compromisso com uma concepção ampliada de saúde, que ultrapassa o modelo biomédico e reconhece as múltiplas dimensões que condicionam o bem-estar da população (Campos, 2022).

A percepção dos usuários sobre o SUS, conforme analisado por Viegas et al. (2021), revela o sistema não apenas como um direito conquistado, mas também

como espaço de acolhimento simbólico, cidadania e pertencimento social. Essa visão reforça a importância de garantir o acesso equitativo aos serviços e de manter o compromisso público com sua defesa e constante aprimoramento.

Apesar das conquistas institucionais, o SUS enfrenta desafios persistentes, como o subfinanciamento crônico e os efeitos restritivos da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os investimentos sociais por 20 anos (Coube et al., 2023). Além disso, a coexistência de subsídios ao setor privado e a expansão dos planos de saúde patrocinados pelo Estado fragilizam a efetivação da universalização prevista na Constituição (Tesser; Serapioni, 2021).

Em contextos rurais, a atuação da APS adquire contornos ainda mais desafiadores, sendo marcada por escassez de recursos, dificuldades de acesso geográfico e relações mais estreitas com os usuários. A valorização dos profissionais, a garantia de infraestrutura adequada e o investimento em estratégias específicas para populações vulnerabilizadas são determinantes para a consolidação de um SUS verdadeiramente equitativo (Oliveira, 2022).

Em síntese, a trajetória do SUS expressa a luta histórica por um projeto de saúde universal, equitativo e participativo. Compreender essa trajetória é essencial para defender sua base pública, fortalecer sua governança e valorizar os profissionais que sustentam o cuidado no cotidiano dos serviços. A consolidação do SUS exige não apenas compromisso político com o direito à saúde, mas também o fortalecimento da participação social, o aumento do financiamento público e a valorização permanente do trabalho em saúde (Alves et al., 2023).

Nesse sentido, a efetivação dos princípios do SUS depende, de forma indissociável, do trabalho desenvolvido na APS e na ESF, onde os profissionais assumem papel central na organização do cuidado nos territórios e transformam os princípios normativos do SUS em práticas concretas de cuidado, assumindo papel central na garantia do acesso, da integralidade e da equidade. As condições em que esse trabalho se realiza influenciam diretamente a motivação, o engajamento e a permanência desses trabalhadores, tornando relevante aprofundar a análise sobre os sentidos e fatores que atravessam a motivação profissional no contexto da ESF.

## 2.2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS constitui o núcleo estruturante dos sistemas universais de saúde, sendo internacionalmente reconhecida como a instância responsável por garantir o acesso inicial dos usuários, coordenar o cuidado ao longo do tempo e integrar os diferentes níveis assistenciais (WHO, 2020). No Brasil, a APS foi concebida como eixo central do SUS, assumindo um papel estratégico na promoção da equidade, na ampliação do acesso e na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Sua principal forma de implementação é por meio da ESF, modelo consolidado a partir da década de 1990 e normatizado pelas diretrizes da PNAB, especialmente em suas edições de 2006 e 2017 (Brasil, 2006; Brasil, 2017).

A PNAB de 2006 reforçou os princípios da universalidade, equidade e integralidade como fundamentos orientadores da AB no SUS, conferindo centralidade à atuação territorializada das equipes da ESF. Essas equipes são compostas, no mínimo, por médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser ampliadas com profissionais de saúde bucal e com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF). Os NASF desempenham um papel estratégico ao potencializar a resolutividade da APS, promovendo práticas interprofissionais e ações integradas no território (BRASIL, 2006).

Já a revisão da PNAB em 2017, embora tenha mantido a ESF como modelo prioritário, introduziu maior flexibilização nas diretrizes, autorizando a constituição de equipes de atenção primária (eAP) desvinculadas da lógica de adscrição da população e do território. Tal mudança foi alvo de críticas por parte de estudiosos e entidades da saúde coletiva, que apontam o risco de fragmentação do cuidado, enfraquecimento do vínculo comunitário e descaracterização da APS enquanto política pública estratégica (Morosini et al., 2018). Ainda assim, a ESF permanece como arranjo central para a promoção do cuidado integral, da longitudinalidade e da responsabilização sanitária (Pagnan, 2022; Soratto et al., 2020a).

A territorialização e a adscrição de famílias possibilitam que os profissionais da ESF desenvolvam um conhecimento ampliado sobre as condições sociais, econômicas, culturais e ambientais da população, favorecendo a vigilância em saúde e a construção de projetos terapêuticos singulares. Em áreas rurais, esse vínculo torna-se ainda mais determinante, uma vez que a escassez de recursos exige criatividade, articulação comunitária e maior capacidade de resposta das equipes para garantir o cuidado (Oliveira et al., 2022)

Em estados como Santa Catarina, que destaca-se entre os de maior cobertura da ESF no país, a consolidação da APS tem se refletido em indicadores positivos, como a redução de internações por condições sensíveis à atenção primária, a queda da mortalidade infantil e o enfrentamento das desigualdades em saúde. Tais resultados evidenciam a potência da ESF na promoção do acolhimento contínuo e na construção de vínculos de confiança entre profissionais e usuários, pilares essenciais para a efetividade do cuidado (Soratto et al., 2020a).

Contudo, apesar dos avanços, a consolidação da APS como eixo estruturante do SUS ainda enfrenta desafios históricos e estruturais, como por exemplo: a rotatividade dos profissionais, a ausência de planos de carreira, a sobrecarga das equipes, a fragilidade dos espaços de escuta coletiva e a insuficiência de recursos financeiros (Pagnan, 2022).

A Portaria nº 4.279/2010 reafirma a APS como ordenadora das redes e coordenadora do cuidado, mas esse papel ainda é fragilizado por barreiras operacionais, segmentação dos serviços e ausência de protocolos integradores. A fragmentação entre os níveis de atenção dificulta a continuidade do cuidado, especialmente nos casos mais complexos (Brasil, 2010).

A desigualdade regional também se reflete nos investimentos per capita em APS. Regiões Norte e Centro-Oeste enfrentam maiores desafios logísticos, menor densidade profissional e precariedade na infraestrutura das UBS, demandando políticas públicas específicas para garantia da equidade (Conass, 2022).

A atuação na APS exige competências que vão além do domínio técnico, incluindo habilidades relacionais e éticas, como a empatia, a capacidade de mediação de conflitos, a sensibilidade ética e o enfrentamento das vulnerabilidades sociais. Além disso, o cotidiano do trabalho na ESF é atravessado por tensões institucionais, limitações logísticas e disputas de projeto, o que conseqüentemente pode ocasionar desgaste emocional e sensação de impotência frente aos limites institucionais (Viegas et al., 2021).

Experiências exitosas em municípios como Florianópolis, Sobral e Aracaju demonstram que, mesmo em contextos adversos, é possível implementar uma atenção primária resolutiva, humanizada e integrada às redes de atenção. Tais resultados estão associados a práticas de gestão democrática, qualificação profissional contínua, uso de tecnologias leves e sistemas de informação eficazes (Soratto et al., 2020a).

Durante a pandemia da COVID-19, a APS demonstrou tanto fragilidades quanto resiliência. Em muitos territórios, houve desmobilização das ações coletivas e interrupção de rotinas assistenciais, mas também protagonismo na vigilância, vacinação, escuta ativa e enfrentamento comunitário à crise sanitária (Centenaro et al., 2023; Mometti-Braz; Onocko-Campos, 2023).

Nesse contexto, a análise da APS deve ultrapassar os indicadores quantitativos e abarcar dimensões qualitativas, como os vínculos estabelecidos, a autonomia das equipes, a resolubilidade das ações e a articulação intersetorial. Sendo assim, uma APS forte depende não apenas de infraestrutura, mas também de governança participativa, financiamento adequado e valorização do trabalho em saúde (Allen et al., 2023).

Diante desse cenário, a organização da APs não pode ser analisada apenas a partir de seus arranjos normativos e estruturais, mas também a partir das condições concretas em que o trabalho se realiza nos territórios. Assim, compreender a organização da APS implica reconhecer que seus impactos extrapolam a dimensão assistencial, influenciando de forma decisiva a motivação e os sentidos atribuídos ao trabalho em saúde e os processos de motivação profissional, especialmente em contextos de maior complexidade assistencial, como os municípios polo regionais.

## 2.3 MOTIVAÇÃO E PRAZER NO TRABALHO EM SAÚDE

### **2.3.1 Determinantes da Motivação e do Prazer no Trabalho no Contexto da Atenção Primária à Saúde**

No contexto da APS, e em especial na ESF, a motivação e o prazer no trabalho constituem dimensões centrais para a efetividade das práticas, pois o cuidado se desenvolve em meio à complexidade dos territórios e à continuidade das relações comunitárias. Compreender como os profissionais vivenciam o cotidiano, o que os mobiliza e o que os fragiliza, é essencial não apenas para assegurar a qualidade da assistência, mas também para sustentar o compromisso ético-político que orienta o SUS (Peduzzi et al., 2021).

No campo teórico, destaca-se a contribuição da Teoria da Autodeterminação, que ajuda a compreender a complexidade da motivação na APS. Essa abordagem

evidencia que a motivação autônoma, é aquela que é sustentada por senso de propósito, competência e pertencimento e está associada ao bem-estar e à satisfação no trabalho. Em contrapartida, formas de motivação controlada, são aquelas baseadas em pressões externas, as quais, tendem a se associar ao sofrimento psíquico e ao esgotamento emocional, evidenciando a importância de ambientes de trabalho que promovam autonomia e reconhecimento subjetivo (Neufeld et al., 2023).

Por isso, essas dimensões subjetivas e relacionais precisam estar articuladas a condições objetivas de trabalho, como contratos estáveis, infraestrutura adequada e apoio institucional, para que se concretizem no cotidiano. A ausência desses elementos fragiliza o sentido do trabalho e limita o alcance da motivação autônoma, alimentando sentimentos de impotência e desânimo frente às dificuldades do cotidiano (Peduzzi et al., 2021; Soratto et al., 2020a).

Entre os fatores que influenciam a motivação no trabalho na ESF, a literatura aponta o reconhecimento (institucional, social ou simbólico) como elemento central para a valorização profissional. Ser reconhecido por gestores, colegas e pela comunidade fortalece o vínculo com o trabalho e amplia a disposição para enfrentar os desafios do cotidiano, contribuindo para a permanência no serviço (Halcomb et al., 2021; Hyppolito et al., 2021). Em contraste, a invisibilização dos esforços profissionais compromete o sentimento de pertencimento e favorece processos de desmotivação e rotatividade, especialmente em contextos de elevada demanda assistencial (Pagnan, 2022).

A autonomia, por sua vez, configura-se como um componente diretamente associado à motivação intrínseca, uma vez que profissionais que participam do planejamento e da execução das ações tendem a perceber maior controle e sentido sobre seu trabalho. Entretanto, essa autonomia não se constrói de forma isolada, dependendo de condições organizacionais que incluam apoio institucional, supervisão técnica e espaços coletivos de deliberação e escuta, sob pena de se transformar em responsabilização excessiva (Hyppolito et al., 2021; Soratto et al., 2020a).

As relações interpessoais e o clima organizacional atuam de forma decisiva tanto na motivação quanto na satisfação no trabalho, ao interferirem no bem-estar subjetivo e na vivência cotidiana do cuidado. Ambientes colaborativos, marcados por comunicação fluida e respeito mútuo, favorecem a coesão das equipes e funcionam

como fatores de proteção frente ao sofrimento psíquico. Em contrapartida, contextos atravessados por conflitos, isolamento profissional e ausência de escuta institucional elevam o desgaste emocional e comprometem a satisfação laboral, ainda que outros fatores motivacionais estejam presentes (Mendes et al., 2020; Liu et al., 2025).

Além disso, estruturas hierárquicas rígidas e episódios de discriminação e bullying fragilizam o pertencimento e intensificam o desejo de abandono da profissão (Bahlman-van Ooijen et al., 2023). Relações de qualidade no cuidado cotidiano também repercutem positivamente na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços, reforçando o impacto do engajamento no contexto institucional e antecipando o papel fundamental dos modelos assistenciais na sustentação da motivação e do prazer no trabalho (Li et al., 2021).

Assim, os conceitos e dimensões da motivação na APS revelam a necessidade de práticas institucionais e modelos assistenciais que integrem essas múltiplas facetas no cotidiano das equipes.

### **2.3.2 Modelos de cuidado e impacto na motivação**

Os modelos assistenciais adotados na APS exercem influência decisiva sobre a motivação, o engajamento e o prazer no trabalho dos profissionais. Entre eles, destaca-se o Cuidado Centrado no Paciente (CCP), que redefine o foco das práticas ao priorizar as necessidades, valores e expectativas das pessoas usuárias, assegurando-lhes participação ativa nas decisões relacionadas à própria saúde (Ferla et al., 2022).

Ao romper com abordagens centradas na doença e na hierarquia técnica, o CCP amplia o protagonismo dos usuários e, simultaneamente, ressignifica o sentido do trabalho para os profissionais, reforçando o compromisso ético e político com o território e com o projeto coletivo do SUS (Ferla et al., 2022).

Além de qualificar os desfechos clínicos, o CCP configura-se como um elemento protetor frente ao sofrimento e à desmotivação no trabalho em saúde. Está associado ao fortalecimento das relações interpessoais, à melhoria da comunicação, à valorização do cuidado integral e ao estímulo às práticas horizontais e colaborativas (Ferla et al., 2022).

Esses fatores contribuem para reduzir a sobrecarga percebida, atenuar o risco de burnout e diminuir a intenção de abandono, ao criar um ambiente de trabalho mais

humanizado e acolhedor. Sua efetiva implementação, no entanto, requer investimentos em políticas de educação permanente, com foco em comunicação empática, manejo de condições complexas e qualificação do cuidado (Ferla et al., 2022).

No campo da saúde mental, o Modelo de Cuidado Colaborativo (CCM) na APS representa outra estratégia relevante para a promoção do prazer e da motivação no trabalho. Por meio da construção de equipes multiprofissionais que compartilham responsabilidades e decisões, o CCM reduz o sentimento de solidão no manejo de casos complexos, fortalece o suporte técnico e emocional e promove maior senso de autoeficácia entre os trabalhadores. Tais condições estão diretamente associadas ao aumento do engajamento e à sustentabilidade das equipes (Foster et al., 2023).

Complementarmente, o modelo de integração do cuidado, ao estruturar a articulação entre os profissionais e os diversos níveis de atenção, impacta de forma significativa o engajamento e o prazer no trabalho. As integrações horizontais, ancoradas na cooperação multiprofissional e na articulação intersetorial, favorecem a construção de ambientes colaborativos, fortalecem o sentimento de pertencimento e ampliam o sentido das práticas. Por outro lado, integrações verticais mal planejadas, desprovidas de suporte institucional e de fluxos bem definidos, podem gerar sobrecarga, intensificar o estresse ocupacional e contribuir para o esgotamento e a desmotivação (Liu et al., 2023).

É imprescindível reconhecer que a efetividade de modelos como o CCP, o CCM e as estratégias de integração dependem da superação de barreiras institucionais, da presença de lideranças comprometidas e da adaptação das práticas às especificidades dos territórios. A consolidação dessas propostas exige planejamento estratégico, investimentos em infraestrutura, tempo protegido para atividades integradas e políticas de valorização profissional. Somente assim será possível transformar modelos inovadores em motores de engajamento, motivação e bem-estar, em consonância com os princípios éticos, políticos e organizacionais que sustentam o SUS. Entretanto, a efetivação dessas propostas esbarra em diversas barreiras institucionais e desafios do contexto brasileiro, que comprometem sua implementação e sustentabilidade (Foster et al., 2023; Mullan et al., 2023).

### **2.3.3 Barreiras Institucionais e Desafios Contextuais: Impactos sobre o Trabalho e a Motivação na Atenção Primária à Saúde Brasileira**

A consolidação de modelos colaborativos e estruturados na APS esbarra em barreiras complexas, que se entrelaçam nas dimensões organizacional, política e material. A precariedade da infraestrutura, a escassez de insumos e equipamentos, a alta rotatividade de profissionais, os vínculos empregatícios frágeis, a sobrecarga administrativa e a carência de planejamento estratégico formam um conjunto de obstáculos que não comprometem apenas a efetividade das práticas assistenciais, mas também minam a motivação, o engajamento e o sentido do trabalho, alimentando sentimentos de frustração, desamparo e desmotivação nas equipes (Foster et al., 2023; Halcomb et al., 2021; Mullan et al., 2023).

Tais desafios são particularmente agudos em territórios marcados pela vulnerabilidade social, onde a escassez de recursos materiais e humanos se associa ao subfinanciamento histórico e à descontinuidade das políticas públicas, agravada por medidas como a Emenda Constitucional nº 95/2016. Esse contexto aprofunda as dificuldades no acesso ao suporte técnico especializado, sobrecarrega as equipes e intensifica o sofrimento ético e moral, resultando em maior risco de esgotamento e intenção de abandono da profissão (Bahlman-van Ooijen et al., 2023; Oliveira, 2022; Stemmer et al., 2022).

Além das carências materiais, o êxito das inovações organizacionais e dos modelos de cuidado integrado depende do fortalecimento de lideranças capazes de articular as especificidades dos territórios às diretrizes do SUS. A ausência de fluxos de comunicação efetivos, de espaços coletivos de deliberação e de lideranças comprometidas fragiliza o potencial transformador das propostas colaborativas, enquanto modelos assistenciais rígidos e descontextualizados fracassam diante da complexidade dos cenários locais (Foster et al., 2023).

Por outro lado, experiências bem-sucedidas demonstram que práticas flexíveis, ancoradas em planejamento estratégico, lideranças alinhadas aos princípios do SUS e investimentos em educação permanente favorecem o engajamento e ampliam o sentido do trabalho. A construção de soluções coletivas, sensíveis às realidades locais, promove maior pertencimento, coesão das equipes e sustentabilidade das práticas inovadoras (Foster et al., 2023).

Diante desse panorama, o enfrentamento das barreiras institucionais e contextuais exige estratégias integradas e articuladas, que combinem investimentos em infraestrutura, fortalecimento da gestão, valorização dos profissionais e criação de ambientes de trabalho saudáveis (Halcomb et al., 2021).

Ademais, torna-se imprescindível o monitoramento contínuo dos impactos dessas limitações sobre o bem-estar das equipes, de modo a subsidiar intervenções alinhadas ao projeto ético-político do SUS e assegurar a qualidade e a sustentabilidade do cuidado nos territórios (Foster et al., 2023). Nesse sentido, a discussão sobre o reconhecimento financeiro, a estabilidade dos vínculos e sua relação com a motivação dos trabalhadores emerge como dimensão central para avançar na consolidação da APS.

#### **2.3.4 Reconhecimento financeiro, estabilidade e motivação**

O financiamento da APS no Brasil constitui um determinante estrutural da motivação, da satisfação e da permanência dos profissionais na ESF. O subfinanciamento crônico, agravado por medidas como a Emenda Constitucional nº 95/2016 e por descompassos nos modelos de alocação orçamentária, compromete diretamente as condições de trabalho, a estabilidade dos vínculos empregatícios e a capacidade do sistema de oferecer reconhecimento financeiro efetivo aos seus trabalhadores (Fontenele Júnior, 2024; Oliveira, 2022).

Essa escassez de recursos repercute na sobrecarga das equipes, na limitação da resolutividade dos serviços e na precarização das condições materiais, incluindo a falta de insumos, transporte e equipamentos, fragilizando o sentido do trabalho e intensificando o sofrimento ético e moral dos profissionais (Faria et al., 2020; Paulino, 2023).

Estudos indicam que a sustentabilidade das equipes da ESF e a qualidade do cuidado ofertado à população dependem, de forma indissociável, de um financiamento adequado e contínuo, capaz de assegurar contratos estáveis, infraestrutura mínima e remuneração condizente com a complexidade e a relevância do trabalho nos territórios (Faria et al., 2020; Valério et al., 2021).

A inexistência de políticas consistentes de remuneração justa, gratificações por desempenho e benefícios salariais, associada à persistência de vínculos precários, como contratações temporárias e terceirizações, acaba comprometendo

o engajamento das equipes, acentua a rotatividade e fragiliza o compromisso ético-político do trabalho em saúde. Além disso, restringe a capacidade da APS de cumprir seu papel ordenado no sistema, afetando diretamente a qualidade do cuidado ofertado à população (Fontenele Júnior, 2024; Moutinho et al., 2020).

Esse cenário torna-se ainda mais dramático em regiões vulneráveis, como áreas rurais e remotas onde o subfinanciamento expõe trabalhadores, especialmente os ACS, pois as condições de isolamento, ausência de transporte e descontinuidade no fornecimento de recursos materiais, acabam impactando negativamente a motivação (Moutinho et al., 2020). O apoio institucional, expressado em políticas de valorização financeira, condições materiais dignas e educação permanente, configura-se como requisito fundamental para sustentar o engajamento, prevenir o adoecimento e garantir a permanência desses profissionais no SUS (Faria et al., 2020; Fontenele Júnior, 2024).

Nesse contexto, o novo modelo de financiamento da APS, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.493/2024, surge como resposta às distorções do modelo anterior e como tentativa de fortalecer a função da APS como coordenadora do cuidado no sistema de saúde. Essa atualização normativa evidencia que o financiamento adequado e estável não é apenas uma demanda técnica ou administrativa, mas um compromisso ético-político indispensável para assegurar contratos dignos, infraestrutura mínima e valorização profissional, os quais são elementos que impactam diretamente a motivação e a permanência das equipes (Brasil, 2024c).

Portanto, o reconhecimento financeiro deve ser materializado na remuneração justa, nos incentivos salariais e nas gratificações compatíveis com a complexidade e a responsabilidade do trabalho, ele não pode ser concebido como um benefício pontual ou um favor institucional. Ao contrário, trata-se de um direito do trabalhador e de um pilar estruturante para a construção de ambientes de trabalho saudáveis, motivadores e promotores do prazer no cuidado. No entanto, para que esse reconhecimento seja efetivo em todo o território nacional, é imprescindível considerar as profundas desigualdades regionais e territoriais que marcam o Brasil.

### **2.3.5 Desigualdades Regionais e Territoriais como Determinantes da Motivação e do Prazer no Trabalho na Atenção Primária à Saúde**

No contexto da APS, além dos fatores organizacionais e das práticas assistenciais, as desigualdades regionais e territoriais também se impõem como determinantes críticos da motivação e do prazer no trabalho. A heterogeneidade do território nacional, é marcada por profundas diferenças no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), na infraestrutura de saúde, no acesso a medicamentos e no suporte institucional, o qual repercute diretamente nas condições de trabalho e no engajamento dos profissionais da ESF.

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD/IBGE/FJP, 2013) e dados do e-Gestor APS (2023), observa-se um cenário de contrastes entre as regiões em termos de desenvolvimento humano e cobertura da APS, conforme sintetizado no Quadro 1.

Quadro 1 – Cobertura da Atenção Primária à Saúde e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal médio por região no Brasil

<b>Região</b>	<b>População</b>	<b>Cobertura APS (%)</b>
Norte	18.906.962	73,16%

Nordeste	57.667.842	86,27%
Centro-Oeste	16.707.336	79,00%
Sul	30.402.587	88,11%
Sudeste	89.632.912	74,20%

Fonte: e-Gestor APS (Ministério da Saúde, 2023).

Essas disparidades se expressam no acesso desigual a recursos materiais, infraestrutura mínima, saneamento básico e equipamentos de saúde, comprometendo a qualidade do cuidado e o cotidiano das equipes. Estudos como o de Pinho et al. (2020) demonstram que as UBS do Norte e Nordeste apresentam piores indicadores de acessibilidade física e condições estruturais, como menor presença de corrimão, piso tátil e sanitários adaptados. Ademais, cerca de 10,6% das UBS funcionam em locais provisórios, com maior incidência no Nordeste (11,8%) e no Norte (11,7%), o que evidencia o impacto direto na dignidade das condições de trabalho.

No mesmo sentido, o acesso a medicamentos essenciais também é mais restrito no Norte e Nordeste, o que intensifica o sentimento de impotência e desmotivação dos profissionais diante das limitações no atendimento às demandas da população (Tonéo Júnior; Silveira Neto, 2022). Além disso, as desigualdades regionais se manifestam na infraestrutura tecnológica: Norte e Nordeste apresentam menor acesso à internet nas UBS e menor uso da telessaúde, limitando o aproveitamento das inovações e ampliando a sobrecarga e o isolamento das equipes (Taques et al. 2023).

Essas desigualdades, portanto, comprometem diretamente a motivação dos trabalhadores ao gerar ambientes de trabalho mais desafiadores e restritivos para o exercício pleno das funções, alimentando sofrimento ético e moral, rotatividade e distanciamento em relação ao compromisso ético-político do SUS.

Superá-las exige políticas públicas integradas que combinem financiamento adequado, investimentos em infraestrutura, acesso a medicamentos e tecnologias, condições de trabalho dignas e incentivos para a fixação de profissionais em áreas vulneráveis. No entanto, para que essas condições se traduzam em melhorias efetivas no cotidiano, torna-se indispensável o desenvolvimento de métricas e ferramentas capazes de monitorar de forma sensível e contínua a motivação e o prazer no trabalho.

### 2.3.6 Sofrimento ético e moral e estratégias de mitigação

O sofrimento ético e moral constitui uma dimensão central na análise da motivação e do prazer no trabalho em saúde, especialmente no âmbito da APS. Esse fenômeno está intimamente associado ao perfil dos profissionais e à forma como se engajam em modelos colaborativos. Pesquisas indicam que variáveis como idade, tempo de formação, experiência prévia em práticas multiprofissionais e disposição para a inovação exercem influência significativa sobre a adesão às propostas de cuidado integrado (Foster et al., 2023).

De modo geral, profissionais mais jovens e com menor tempo de serviço na APS tendem a demonstrar maior abertura ao trabalho colaborativo, enquanto aqueles com trajetórias mais consolidadas podem apresentar resistência inicial, sobretudo em contextos marcados por práticas hierarquizadas e fragmentadas. Essa realidade reforça a necessidade de estratégias institucionais que promovam a sensibilização e o envolvimento de todos os trabalhadores no compromisso coletivo com o fortalecimento do cuidado na APS (Foster et al., 2023).

Para além das barreiras materiais, organizacionais e relacionais, o sofrimento ético e moral emerge como expressão das tensões vivenciadas cotidianamente pelos profissionais da APS. Esse sofrimento se configura quando o trabalhador se vê impedido de agir conforme seus valores éticos em virtude de limitações institucionais, escassez de recursos, sobrecarga burocrática ou conflitos nas relações com usuários, familiares e colegas. Tais situações desestabilizam o compromisso ético do cuidado e colocam em evidência as contradições entre os princípios do SUS e a realidade prática nos territórios (Giannetta et al., 2021).

Essa condição torna-se particularmente evidente em cenários de cuidado domiciliar, no acompanhamento de pacientes em fim de vida ou diante de demandas que o sistema precarizado não consegue atender plenamente. Nessas circunstâncias, sentimentos de impotência, frustração e angústia fragilizam o sentido do trabalho, alimentam o esgotamento emocional e intensificam a intenção de abandono da profissão (Giannetta et al., 2021).

O distanciamento entre os princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e a realidade concreta do cuidado em territórios marcados pela vulnerabilidade social aprofunda o sofrimento moral na APS. Para mitigar essa realidade, a literatura aponta como fundamentais o fortalecimento da competência

ética dos profissionais, o investimento em educação permanente em bioética e a criação de espaços institucionais de escuta, deliberação e apoio no enfrentamento de dilemas morais. Essas ações são indispensáveis para prevenir o adoecimento psíquico e sustentar o compromisso ético-político das equipes com o projeto do SUS (Fontenele Júnior, 2024).

No âmbito internacional, intervenções como oficinas e academias de ética, debriefings éticos, rounds multidisciplinares, consultorias morais e bundles integrados (que combinam mindfulness, rodas de escuta e suporte psicológico) têm sido exploradas como estratégias de enfrentamento ao sofrimento moral (Morley et al., 2021). Contudo, a aplicabilidade desses modelos à APS brasileira encontra obstáculos relacionados às especificidades do SUS, à escassez de recursos e às singularidades dos territórios e das equipes multiprofissionais.

Além disso, grande parte das evidências disponíveis decorre de contextos hospitalares de países de alta renda, o que limita sua transferência direta para o cenário da atenção primária no Brasil. Daí decorre a urgência de pesquisas locais que avaliem a viabilidade, a efetividade e a sustentabilidade dessas intervenções no contexto da APS, alinhando-as às necessidades concretas dos trabalhadores e aos princípios do SUS.

Por outro lado, o prazer no trabalho se fortalece quando os profissionais percebem a utilidade social de suas ações e reconhecem o impacto positivo de suas práticas no território. O sentimento de pertencimento e o reconhecimento institucional e comunitário ampliam o compromisso ético e afetivo das equipes com o cuidado (França e Mota, 2021; Pagnan, 2022).

Investir no desenvolvimento contínuo e no reconhecimento dos profissionais é, portanto, essencial para fortalecer o sentido do trabalho e a qualidade da atenção. Além disso, ações de capacitação e fortalecimento do papel dos trabalhadores estão diretamente associadas à melhoria da experiência dos usuários e à sustentabilidade organizacional (Li et al., 2021).

Entretanto, o sofrimento se intensifica quando as exigências institucionais se mostram desproporcionais aos meios disponíveis. Metas inatingíveis, burocratização excessiva, vínculos precários e a descontinuidade das políticas públicas resultam em frustração, esgotamento emocional e desejo de abandono do trabalho, cenário agravado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os investimentos

sociais e impactou diretamente a estabilidade das equipes e a continuidade das ações em saúde (Oliveira, 2022; Tesser; Serapioni, 2021).

A literatura internacional corrobora esse quadro ao indicar que o sofrimento emocional, o estresse relacionado ao trabalho e o medo do fracasso estão entre os principais fatores associados ao desejo de abandono da profissão (Bahlman-van Ooijen et al., 2023). Além disso, o cuidado de enfermagem não finalizado figura como mediador importante na geração de sofrimento e esgotamento, sendo associado à insatisfação e à intenção de deixar o trabalho (Stemmer et al., 2022).

Diante desse panorama, torna-se inadiável que as estratégias de mitigação do sofrimento ético e moral na APS sejam construídas a partir da realidade concreta dos territórios, articulando o compromisso ético-político do SUS com o fortalecimento das condições materiais, institucionais e relacionais que sustentam o trabalho em saúde. O enfrentamento desse sofrimento deve integrar-se a políticas mais amplas de valorização profissional, para que a motivação e o prazer no cuidado se consolidem como pilares do trabalho transformador e coletivo na atenção primária.

### **2.3.7 Impacto de Emergências Sanitárias na Motivação**

A pandemia de COVID-19 constituiu um marco sem precedentes para os sistemas de saúde no Brasil e no mundo, ao tensionar os limites das práticas colaborativas, do suporte institucional e da resiliência das equipes da APS. No contexto da ESF, os profissionais enfrentam um cenário de sobrecarga intensa, sofrimento moral, estresse ocupacional e colapso de rotinas previamente consolidadas, com impactos diretos sobre a motivação, o prazer no trabalho e o compromisso ético-político que orienta o SUS (Lima et al., 2023; Fontenele Júnior, 2024).

Estudos destacam que as equipes da APS, em especial a enfermagem, estiveram na linha de frente das ações de enfrentamento da crise sanitária, desempenhando funções essenciais na triagem, monitoramento, educação em saúde e continuidade do cuidado em meio às adversidades (Sarti et al., 2020).

Entretanto, a insuficiência de recursos materiais e humanos, a escassez de equipamentos de proteção individual (EPI) e a sobreposição de funções acentuaram o desgaste físico e emocional, alimentando sentimentos de impotência, medo e

frustração diante das demandas inatingíveis e das limitações impostas pelo sistema (Lima et al., 2023; Rabelo e Silva, 2022).

Além das fragilidades estruturais, a pandemia revelou e aprofundou desigualdades já existentes na APS, expondo profissionais a condições de trabalho ainda mais precarizadas, sobretudo nas regiões de maior vulnerabilidade social. A ausência de protocolos claros no início da crise, a escassez de suporte institucional e as lacunas no treinamento para o manejo da COVID-19 contribuíram para o aumento do sofrimento ético e moral, com impactos negativos sobre o engajamento, o sentido do trabalho e a coesão das equipes (Eleutério et al., 2021).

Esse cenário impôs à APS o desafio de reorganizar fluxos, criar novas estratégias de triagem e monitoramento e garantir a continuidade da assistência em meio à escassez de recursos e ao luto coletivo, intensificando o esgotamento físico e mental e fragilizando a capacidade das equipes de sustentar o engajamento e o compromisso ético-político (Apparecido, 2023).

Por outro lado, a experiência também evidenciou a capacidade de adaptação dos profissionais e o fortalecimento de práticas inovadoras que permitiram manter o vínculo comunitário e assegurar o acesso ao cuidado em um contexto adverso. Essas lições reforçam a necessidade de políticas que assegurem condições dignas de trabalho, suporte emocional e investimentos em educação permanente como pilares para a promoção da motivação, da resiliência e do prazer no cuidado em situações de emergência sanitária.

Assim, o enfrentamento de crises como a pandemia exige que o SUS avance no fortalecimento do suporte institucional e na construção de ambientes de trabalho saudáveis, capazes de promover o engajamento, o bem-estar e a sustentabilidade das equipes da APS, assegurando a defesa do direito à saúde com qualidade e equidade.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

Este estudo sustenta-se em um referencial teórico multifacetado, articulando abordagens clássicas e contemporâneas sobre motivação no trabalho, as quais oferecem modelos explicativos estruturados e amplamente difundidos, com perspectivas críticas que dialogam com o processo laboral em saúde. O objetivo é utilizar essas teorias como lentes interpretativas para a compreensão dos fatores que sustentam ou fragilizam a motivação dos profissionais das ESF em cidades polo regionais catarinenses.

#### **3.1 TEORIAS CLÁSSICAS DA MOTIVAÇÃO**

##### **3.1.1 Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas**

A Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas, formulada por Abraham Maslow em 1943 e aprofundada em 1954, constitui uma das abordagens mais clássicas e influentes no campo da motivação no trabalho. Fundamenta-se na premissa de que os seres humanos são impulsionados por um conjunto de necessidades organizadas em uma estrutura hierárquica, composta por cinco níveis (Maslow, 1954).

Essas necessidades não atuam de forma simultânea ou indiferenciada, mas seguem uma lógica sequencial, na qual as necessidades mais básicas devem ser minimamente atendidas para que as superiores passem a exercer influência significativa sobre o comportamento (Arnt, 2010; Pontes; Medeiros, 2018; Vianna, 2022).

Nesse sentido, a motivação é compreendida como um processo progressivo, em que o indivíduo avança gradualmente na busca pela satisfação de cada nível de necessidade. Assim, uma necessidade de ordem superior só se torna efetivamente motivadora após a relativa satisfação das necessidades de níveis inferiores, configurando uma espécie de “escada motivacional” que orienta a atuação no ambiente de trabalho (Arnt, 2010; Pontes; Medeiros, 2018; Vianna, 2022).

A estrutura proposta por Maslow compreende cinco níveis principais de necessidades:

- a) **Necessidades fisiológicas:** dizem respeito às exigências básicas da sobrevivência humana, como alimentação, sono, abrigo e repouso. São as primeiras a demandarem atenção, uma vez que sua não satisfação coloca em risco a integridade física e a continuidade da vida (Arnt, 2010; Pontes e Medeiros, 2018);
- b) **Necessidades de segurança:** envolvem a busca por proteção contra ameaças físicas e emocionais, estabilidade no emprego, previsibilidade no ambiente organizacional e acesso contínuo a recursos básicos. Em contextos de instabilidade contratual e insegurança institucional, essas necessidades tornam-se dominantes (Arnt, 2010; Vianna, 2022);
- c) **Necessidades sociais (ou de afiliação):** referem-se ao pertencimento, à criação de vínculos afetivos, ao sentimento de aceitação nos grupos de trabalho e ao cultivo de amizades e redes de apoio. São especialmente relevantes em ambientes organizacionais onde a cooperação e o trabalho em equipe são essenciais, como nas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) (Pontes e Medeiros, 2018; Vianna, 2022);
- d) **Necessidades de estima:** relacionam-se ao reconhecimento, respeito, valorização profissional, prestígio e autoconfiança. A motivação nesta etapa está vinculada à capacidade do trabalhador de se sentir útil, valorizado e respeitado em seu papel (Arnt, 2010; Vianna, 2022);
- e) **Necessidade de autorrealização:** ocupa o topo da hierarquia e corresponde ao desenvolvimento pleno das potencialidades, autonomia, criatividade, crescimento pessoal e busca por sentido profundo no trabalho. Quando essa necessidade se torna dominante, o trabalhador passa a buscar desafios compatíveis com seus valores, talentos e propósitos existenciais (Pontes e Medeiros, 2018; Vianna, 2022).

Embora a Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas de Maslow tenha sido alvo de críticas quanto à sua rigidez hierárquica, ela ainda oferece um modelo intuitivo e útil para pensar a motivação no trabalho, especialmente em contextos complexos como o setor público.

As necessidades humanas nem sempre seguem uma progressão linear, podendo diferentes níveis se sobrepor ou variar em importância conforme o momento de vida e o contexto sociocultural do trabalhador. Ainda assim, a proposta de Maslow permanece amplamente utilizada, sobretudo por sua capacidade de

organizar os fatores motivacionais em uma estrutura clara e aplicável à gestão de pessoas (Arnt, 2010).

No contexto da administração pública, a teoria tem se mostrado particularmente eficaz para interpretar os desafios enfrentados por servidores em diferentes esferas institucionais. Ao categorizar fatores como remuneração, estabilidade e condições de trabalho nas camadas mais básicas da pirâmide, e elementos como reconhecimento, participação e crescimento pessoal nas camadas superiores, torna-se evidente que intervenções que atuam apenas sobre as necessidades primárias dificilmente conseguem gerar engajamento duradouro. Essa compreensão reforça a importância de políticas de gestão que valorizem não só a dimensão material do trabalho, mas também suas dimensões simbólicas, afetivas e relacionais (Vianna, 2022).

No caso específico da APS, a hierarquia de necessidades proposta por Maslow auxilia na leitura dos efeitos da precarização sobre a motivação dos profissionais. Quando as necessidades básicas, como salários dignos, infraestrutura adequada e segurança no vínculo empregatício, não são atendidas, o trabalhador tende a operar em um nível de sobrevivência, o que dificulta a mobilização subjetiva para metas mais elevadas (Pontes; Medeiros, 2018).

Portanto, evidencia-se a necessidade de políticas públicas que articulem melhorias materiais a estratégias de valorização simbólica, garantindo não apenas o reconhecimento do esforço, mas também a construção de um sentido coletivo e ético para o trabalho em saúde (Pontes; Medeiros, 2018).

### **3.1.2 Teoria X e Y**

As Teorias X e Y, desenvolvidas por Douglas McGregor na década de 1960, representam uma das contribuições mais significativas para os estudos sobre motivação no trabalho e gestão de pessoas. Inseridas no escopo da Teoria Comportamental, essas formulações surgiram como uma resposta crítica à abordagem mecanicista da Administração Científica e como um aprofundamento das descobertas da Escola das Relações Humanas, que destacava a importância dos fatores emocionais, sociais e relacionais no desempenho dos trabalhadores (Dias et al., 2018).

McGregor propôs dois modelos contrastantes de gestão baseados em diferentes concepções da natureza humana, o que conseqüentemente ampliou o debate sobre os estilos de liderança e seus efeitos sobre o ambiente organizacional, oferecendo subsídios importantes para o aperfeiçoamento da administração pública e privada (Dias et al., 2018).

A Teoria X parte de uma visão negativa do trabalhador. Segundo essa concepção, o ser humano, por natureza, é avesso ao trabalho, evita responsabilidades, prioriza a segurança e necessita de constante vigilância, punição ou recompensa para desempenhar suas funções. Nesse modelo, a liderança assume um caráter autoritário, com foco no controle rígido, na padronização das tarefas e na hierarquização do poder. Os trabalhadores são vistos como peças substituíveis no processo produtivo, sendo o gestor responsável por manter a disciplina e o cumprimento das metas (Dias et al., 2018; Sol, 2017; Vianna, 2022).

Essa abordagem é ainda bastante presente em setores do serviço público com práticas burocráticas e centralizadoras, o que tende a gerar ambientes marcados por desmotivação, medo, baixa criatividade e resistência à inovação (Veiga, 2016).

Em oposição, a Teoria Y apresenta uma visão positiva e desenvolvimentista do trabalhador. Parte-se da premissa de que o trabalho pode ser tão natural quanto o lazer, e que os indivíduos, quando inseridos em contextos favoráveis, são capazes de se autodirigir, assumir responsabilidades, inovar e buscar a autorrealização. A motivação, nessa perspectiva, emerge de fatores intrínsecos: como o sentido atribuído ao trabalho, o reconhecimento e a possibilidade de participação (Dias et al., 2018; Vianna, 2022).

O papel do gestor é ressignificado: deixa de ser um mero supervisor e passa a atuar como facilitador, estimulando o desenvolvimento das capacidades individuais e coletivas. Ambientes organizacionais inspirados na Teoria Y promovem maior autonomia, comprometimento, criatividade e cooperação entre os trabalhadores, fortalecendo o vínculo entre os profissionais e os objetivos institucionais (Veiga, 2016).

A aplicação prática dessas teorias no serviço público, especialmente na área da saúde, tem impactos diretos sobre a motivação e o desempenho dos servidores. Quando os gestores operam com base na Teoria X, reproduzindo estruturas rígidas, ordens verticais e controle excessivo, tendem a comprometer o engajamento das

equipes, agravando problemas como rotatividade, absenteísmo e baixa qualidade nos serviços prestados (Vianna, 2022).

Esse modelo ignora o papel estratégico dos profissionais da saúde como agentes de cuidado e transformação social, desconsiderando sua autonomia e potencial criativo. Por outro lado, a adoção dos princípios da Teoria Y no cotidiano das instituições públicas pode transformar o clima organizacional, promovendo um ambiente de confiança, valorização e corresponsabilidade. Gestores que reconhecem o valor simbólico e subjetivo do trabalho e que favorecem a escuta e a participação ativa dos profissionais constroem relações de trabalho mais éticas, humanas e sustentáveis (Sol, 2017; Veiga, 2016).

Além disso, a cultura organizacional exerce influência decisiva sobre a predominância de uma ou outra abordagem. Ambientes conservadores, fortemente hierarquizados e orientados para o comando e controle, tendem a favorecer práticas alinhadas à Teoria X. Já organizações mais abertas, flexíveis e centradas no desenvolvimento humano tendem a adotar modelos de gestão compatíveis com a Teoria Y. No entanto, essas concepções não são excludentes (Dias et al., 2018).

Em contextos organizacionais complexos, como no serviço público, pode ser necessária a coexistência de elementos das duas abordagens, conforme a natureza das tarefas, o perfil das equipes ou os desafios específicos enfrentados por diferentes setores. Por exemplo, áreas de planejamento e controle financeiro podem demandar práticas mais estruturadas, enquanto setores de acolhimento e cuidado em saúde beneficiam-se de uma gestão mais participativa e horizontal (Veiga, 2016).

As pesquisas de campo analisadas também revelam que muitos gestores públicos, mesmo sem o declarar abertamente, ainda operam com pressupostos da Teoria X, acreditando que os servidores são naturalmente desmotivados e que apenas incentivos materiais ou sanções são eficazes para garantir resultados. Essa concepção restrita da motivação compromete a implementação de políticas públicas de valorização profissional e dificulta o fortalecimento institucional do SUS e da APS (Vianna, 2022).

Em contrapartida, experiências que incorporam os princípios da Teoria Y mostram que, quando os trabalhadores são ouvidos, valorizados e envolvidos nas decisões, tendem a responder com mais engajamento, comprometimento e iniciativa. Isso demonstra que a motivação é profundamente afetada pelas condições

objetivas de trabalho, mas também pelas expectativas simbólicas e relacionais que envolvem o reconhecimento, a autonomia e o pertencimento institucional (Sol, 2017).

Por fim, compreender e aplicar criticamente as Teorias X e Y é fundamental para aprimorar a gestão de pessoas no setor público. Mais do que rótulos, essas teorias oferecem lentes analíticas para identificar padrões de comportamento organizacional, refletir sobre estilos de liderança e propor mudanças estruturais e culturais que favoreçam a valorização do trabalho e o bem-estar dos profissionais (Sol, 2017; Veiga, 2016).

No contexto da saúde pública, onde a atuação dos servidores está diretamente ligada ao cuidado das pessoas, é essencial investir em modelos de gestão baseados no diálogo, na confiança e na valorização humana. Assim, retomar os ensinamentos de McGregor à luz das necessidades contemporâneas da administração pública pode contribuir significativamente para a construção de organizações mais democráticas, motivadoras e comprometidas com a qualidade do serviço prestado à população (Dias et al., 2018; Vianna, 2022).

### **3.1.3 Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas**

A Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas, proposta por David McClelland (1961), representa um avanço significativo no campo da psicologia motivacional ao enfatizar que as motivações humanas não derivam exclusivamente de instintos ou necessidades biológicas, mas sim, são moldadas por meio da vivência social, da educação e da experiência cultural.

Diferente das teorias hierárquicas, como a de Maslow, McClelland, parte do pressuposto de que determinados padrões motivacionais são aprendidos ao longo da vida, e que cada indivíduo pode desenvolver com mais intensidade uma ou outra necessidade, influenciando diretamente seu comportamento no trabalho. Sendo assim, a teoria organiza a motivação humana em três categorias centrais: necessidade de realização (NACH), necessidade de afiliação (NAFF) e a necessidade de poder (NPOW) (McClelland, 1989; Maslow, 1954)).

A NACH, caracteriza-se por profissionais com alta necessidade de realização, portanto, preferem tarefas de dificuldade moderada, pois o sucesso depende de seu desempenho direto, conseqüentemente, rejeitando situações de sorte ou rotinas mecânicas. Além disso, possuem o impulso por atingir objetivos desafiadores,

mensuráveis e alcançáveis com esforço pessoal e buscam constantemente a melhoria contínua, inovação e superação de padrões anteriores com o objetivo de experimentar a satisfação interna ao concluir tarefas com eficiência (Arnt, 2010).

No campo da saúde coletiva, por exemplo, os indivíduos categorizados como NACH possuem a tendência de se engajar com mais intensidade na proposição de soluções para problemas complexos, buscando o impacto social do seu trabalho e a excelência nos indicadores assistenciais (Ferreira et al., 2006).

A NAFF, por sua vez, caracteriza-se por profissionais que valorizam o trabalho em equipe, o clima organizacional amigável, o apoio dos colegas e a cooperação. Entretanto, esses indivíduos estão relacionados ao desejo de pertencimento, de manter relações interpessoais positivas e de serem aceitos em grupos sociais. Sendo assim, são sensíveis à crítica e evitam o conflito, preferindo ambientes de diálogo e respeito mútuo (Arnt, 2010). Em contextos como a ESF, a NAFF ganha destaque, pois o vínculo com o paciente e o trabalho multiprofissional são essenciais, e o êxito das ações de saúde depende diretamente da capacidade relacional e colaborativa das equipes (Morais, 2018).

Já a NPOW está relacionada à profissionais com a capacidade de influenciar pessoas ou processos. Esses indivíduos possuem a forte necessidade de adquirir poder pessoal, seja ele através do poder institucional, onde se mostram proativos, assumem responsabilidades, envolvem-se com os rumos da instituição e se engajam em atividades de gestão ou a representação, onde podem atuar como lideranças formais ou informais dentro das equipes (Arnt, 2010).

Um dos principais méritos da teoria proposta por David McClelland é permitir a identificação do perfil motivacional predominante dos trabalhadores, auxiliando na formulação de estratégias de gestão mais individualizadas e eficazes. Além disso, também contribui para compreender por que medidas uniformes de gestão de pessoas tendem a ser ineficazes (Morais, 2018).

No contexto do SUS, embora todos os servidores públicos compartilhem os mesmos desafios estruturais no trabalho, ocorre uma grande variação nos perfis motivacionais. Isso se deve ao fato, de que profissionais orientados por metas e desafios respondem melhor a incentivos baseados em desempenho, enquanto os mais sensíveis à afiliação reagem positivamente a práticas de fortalecimento do grupo e escuta institucional, já aqueles com forte necessidade de poder institucional

se engajam mais quando envolvidos em processos decisórios ou ações de liderança (Morais, 2018).

A teoria de McClelland ao apontar que necessidades subjetivas aprendidas têm impacto direto na satisfação e no desempenho profissional, permite superar abordagens motivacionais centradas apenas em recompensas materiais ou extrínsecas e amplia a compreensão sobre os fatores que sustentam o compromisso no trabalho público (Ferreira et al., 2006).

Em síntese, a Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas oferece uma lente sofisticada para analisar a motivação humana, pois reconhece a diversidade dos perfis profissionais e propõe que a gestão da força de trabalho considere as diferentes combinações de necessidades individuais, ao invés de aplicar soluções padronizadas. No contexto do SUS, isso significa formular políticas mais sensíveis às singularidades dos trabalhadores, promovendo ambientes que favoreçam a realização, o pertencimento e o protagonismo institucional, os quais são aspectos essenciais para o fortalecimento da saúde pública no Brasil (Arnt, 2010).

### **3.1.4 Teoria dos Dois Fatores**

A Teoria dos Dois Fatores, desenvolvida por Frederick Herzberg na década de 1950, representa uma das mais relevantes contribuições para o campo da motivação no trabalho, especialmente por propor que os fatores que geram satisfação não são os mesmos que evitam a insatisfação (Pontes; Medeiros, 2018)

Essa distinção rompe com visões simplistas da motivação como um contínuo linear entre satisfação e insatisfação. Ao contrário, Herzberg argumenta que a ausência de insatisfação não implica, necessariamente, em presença de motivação, e que os estímulos capazes de evitar o descontentamento são distintos daqueles que impulsionam o engajamento e a realização pessoal no trabalho (Ferreira et al., 2006).

A teoria classifica os fatores organizacionais em dois grandes grupos: os fatores higiênicos e os fatores motivacionais. Os fatores higiênicos, também chamados de extrínsecos, englobam os elementos relacionados ao contexto em que o trabalho é realizado, como remuneração, condições físicas do ambiente, estabilidade no cargo, relacionamento com colegas e supervisores, políticas institucionais e segurança no emprego. Quando esses fatores estão ausentes ou mal

geridos, geram insatisfação, desmotivação e queda no desempenho. No entanto, sua presença ou adequação não é suficiente para produzir satisfação ou engajamento duradouro (Pontes; Medeiros, 2018).

Por sua vez, os fatores motivacionais, também chamados de intrínsecos, dizem respeito ao conteúdo do trabalho em si e às experiências subjetivas vividas pelo trabalhador. Nessa categoria, destacam-se o reconhecimento pelo desempenho, a atribuição de responsabilidades, as oportunidades de crescimento profissional, a autonomia, o grau de desafio das tarefas e o significado atribuído à atividade exercida. São esses elementos que despertam o entusiasmo, a dedicação e o sentimento de propósito (Ferreira et al., 2006; Pontes; Medeiros, 2018).

A teoria de Herzberg tem sido especialmente útil na análise de contextos organizacionais complexos como o serviço público. Em instituições marcadas por estrutura rígida, burocracia, remunerações limitadas e reconhecimento simbólico escasso (como ocorre frequentemente na APS), os fatores higiênicos são muitas vezes negligenciados, ao passo que os motivacionais são raramente cultivados. Isso leva a um cenário em que a insatisfação convive com o esvaziamento do sentido do trabalho, comprometendo o engajamento profissional e a qualidade da assistência (Arnt, 2010; Pontes; Medeiros, 2018).

É importante destacar que, na lógica herzbergiana, os fatores motivacionais são os únicos capazes de gerar motivação positiva. Portanto, estratégias organizacionais que visam somente oferecer melhores salários, benefícios ou estabilidade contratual, não garantem o surgimento de vínculos afetivos ou políticos com o trabalho. Esses vínculos surgem quando o profissional se sente reconhecido por sua contribuição, desafiado intelectualmente, envolvido nas decisões e parte de um coletivo com propósito compartilhado (Arnt, 2010; Ferreira et al., 2006).

No campo da saúde, essa teoria permite entender por que equipes bem remuneradas, porém submetidas a ambientes autoritários ou com baixa valorização simbólica, apresentam níveis críticos de absenteísmo, rotatividade e adoecimento psíquico. Ao mesmo tempo, ajuda a explicar por que, mesmo em contextos de escassez material, algumas equipes demonstram elevado comprometimento e senso de missão: nesses casos, fatores motivacionais como pertencimento, autonomia e reconhecimento informal conseguem, temporariamente, compensar a precariedade das condições objetivas (Ferreira et al., 2006; Pontes; Medeiros, 2018).

Outro ponto importante é a aplicação da teoria na formulação de políticas públicas. Programas de valorização do trabalho no SUS que se concentram apenas em critérios salariais ou de bonificação perdem força quando não são acompanhados por políticas de desenvolvimento humano, escuta ativa, protagonismo profissional e cultivo do sentido ético-político do trabalho em saúde. A gestão eficaz, nesse modelo, deve ser capaz de atuar simultaneamente sobre os dois conjuntos de fatores: garantindo condições materiais mínimas para evitar a insatisfação e criando estruturas simbólicas e relacionais que favoreçam a motivação profunda (Arnt, 2018; Ferreira et al., 2006).

Em suma, a Teoria dos Dois Fatores permanece atual por sua capacidade de explicar a complexidade do comportamento humano no trabalho. Ela oferece uma lente para compreender como a motivação não se esgota na lógica da recompensa material, e como o reconhecimento, o sentido e a autonomia são elementos centrais para a construção de vínculos sólidos entre o trabalhador e sua organização, especialmente em serviços públicos como o SUS, em que o trabalho exige, além de competência técnica, um forte compromisso ético com a coletividade (Arnt, 2010; Ferreira et al., 2006; Pontes; Medeiros, 2018).

### **3.1.5 Teoria das Expectativas**

A Teoria da Expectativa, formulada por Victor Vroom em 1964, constitui uma das abordagens mais influentes no campo da motivação organizacional, especialmente por sua ênfase nos processos cognitivos que influenciam o comportamento humano no trabalho. Diferentemente das teorias de conteúdo, que buscam identificar quais necessidades impulsionam os indivíduos (como as de Maslow ou Herzberg), a teoria de Vroom está inserida nas chamadas teorias de processo, pois se preocupa em explicar como a motivação ocorre (Ferreira et al., 2006).

Segundo essa perspectiva, a motivação não é automática nem universal, mas resulta de escolhas racionais baseadas em percepções individuais acerca da relação entre esforço, desempenho e recompensa. Assim, o comportamento motivado é compreendido como uma decisão consciente dos indivíduos, que buscam maximizar os benefícios esperados e minimizar resultados indesejados (Vroom, 1964).

De acordo com Vroom, três variáveis centrais se articulam para compor o nível de motivação: expectativa, instrumentalidade e valência. Esses elementos interagem entre si e, juntos, explicam por que uma pessoa decide se engajar (ou não) em determinada tarefa. A expectativa (*expectancy*) diz respeito à crença do trabalhador de que seu esforço pessoal levará a um bom desempenho. Essa percepção está diretamente ligada à autoconfiança do indivíduo, à sua capacitação, ao acesso a recursos adequados e à clareza das metas estabelecidas. Se o trabalhador acredita que há condições reais para alcançar os resultados esperados, a motivação tende a aumentar. Caso contrário, se perceber barreiras intransponíveis, mesmo um alto esforço pode ser evitado (Vianna, 2022).

Já a instrumentalidade (*instrumentality*) refere-se à percepção de que o bom desempenho alcançado será, de fato, recompensado. Isso implica a existência de uma relação de confiança entre o trabalhador e a organização, em que se acredita que os resultados obtidos gerarão reconhecimento. Esse reconhecimento pode se manifestar de diferentes formas: promoções, bônus salariais, elogios públicos, estabilidade ou acesso a novas oportunidades profissionais. Quando o indivíduo não visualiza essa conexão entre desempenho e recompensa, a instrumentalidade é enfraquecida e, com ela, o desejo de se empenhar (Vianna, 2022).

Por fim, a valência (*valence*) representa o valor subjetivo atribuído à recompensa oferecida. Uma mesma gratificação pode ter significados muito diferentes para pessoas distintas, a depender de suas necessidades, motivações internas, momento de vida e expectativas profissionais. Por exemplo, enquanto um trabalhador pode valorizar um aumento salarial, outro pode preferir reconhecimento público ou maior autonomia no trabalho (Vianna, 2022).

A fórmula proposta por Vroom ( $\text{Motivação} = \text{Expectativa} \times \text{Instrumentalidade} \times \text{Valência}$ ), mostra que a expectativa, instrumentalidade e valência não atuam isoladamente, ou seja, se qualquer um deles for nulo ou muito baixo, o resultado será uma queda significativa na motivação do trabalhador (Vianna, 2022).

Essa teoria, quando aplicada ao contexto da APS e da ESF, revela-se extremamente pertinente para compreender os desafios enfrentados pelos profissionais do SUS. O trabalho nesses territórios, é frequentemente marcado por vulnerabilidade social, carências estruturais e alta demanda assistencial, além disso, impõe sobrecarga física e emocional às equipes. Nesse cenário, a motivação dos

trabalhadores está diretamente condicionada à forma como percebem a relação entre esforço, desempenho e recompensa (Ferreira et al., 2006).

Se os profissionais não perceberem que seu esforço será eficaz, que haverá reconhecimento institucional e que as recompensas oferecidas correspondem às suas necessidades reais, há risco significativo de queda no engajamento, surgimento de esgotamento profissional e aumento da rotatividade. Para que a motivação se sustente nesses espaços, é fundamental que o ambiente organizacional consiga alinhar os três pilares propostos por Vroom às condições concretas de trabalho e aos valores subjetivos dos trabalhadores (Ferreira et al., 2006).

No setor público, a Teoria da Expectativa tem se mostrado uma importante ferramenta analítica para identificar fragilidades na gestão de pessoas, especialmente no que se refere à desconexão entre esforço e recompensa percebida pelos trabalhadores. Muitos servidores vivenciam situações em que seu desempenho não é acompanhado por reconhecimento proporcional, seja pela ausência de políticas institucionais de valorização simbólica ou material, seja pela opacidade nos critérios de progressão na carreira (Arnt, 2010).

Essa ruptura na confiança organizacional tende a comprometer o engajamento e a motivação dos profissionais, afetando diretamente a qualidade do serviço prestado. Na Atenção Primária à Saúde, esse impacto é ainda mais sensível, considerando que a adesão ética e política ao cuidado depende de vínculos sustentáveis entre o trabalhador, a gestão e os usuários do sistema (Arnt, 2010).

A ausência de mecanismos eficazes de reconhecimento e valorização também tem sido apontada como uma das principais causas da desmotivação entre servidores públicos, especialmente no âmbito da saúde. A percepção de que não há retorno institucional compatível com o esforço despendido, aliada à carência de sistemas de feedback, metas claras e incentivos significativos, compromete o envolvimento dos trabalhadores com os objetivos organizacionais. A motivação, nesse contexto, passa a depender não apenas de condições objetivas de trabalho, mas das interpretações subjetivas construídas pelos profissionais sobre sua atuação e seus efeitos (Vianna, 2022).

Nesse sentido, a construção de ambientes organizacionais motivadores exige mais do que a provisão de infraestrutura ou remuneração adequada: demanda sensibilidade institucional para reconhecer a diversidade de valores, desejos e necessidades que atravessam a prática profissional. A motivação não se sustenta

apenas na presença de recompensas materiais, mas na percepção de que o esforço empreendido é eficaz, socialmente reconhecido e orientado para um propósito significativo (Ferreira et al., 2006).

## 3.2 ABORDAGEM COMPLEMENTAR

### 3.2.1 Psicodinâmica do Trabalho

A Psicodinâmica do Trabalho, proposta por Christophe Dejours (1987), oferece uma contribuição essencial para compreender a motivação sob a ótica das experiências vividas pelos trabalhadores. Dejours parte da premissa de que o trabalho não é apenas fonte de renda ou obrigação, mas também espaço de construção de identidade e sentido. Para ele, a motivação está diretamente relacionada à possibilidade de o sujeito encontrar reconhecimento em sua atividade, realizar sua inteligência prática, ser reconhecido por seus pares e transformar a realidade à sua volta (Dejours, 1994; Sol, 2017; Dias et al., 2018).

O prazer e o sofrimento no trabalho são inseparáveis e coexistem como elementos dinâmicos: o sofrimento, quando acolhido e ressignificado pela via do reconhecimento coletivo, pode ser transformado em prazer. Contudo, quando não há espaço para essa elaboração, seja por ausência de escuta, por rigidez institucional ou por desvalorização simbólica, ocorre que o sofrimento se cristaliza, tornando-se patogênico e gerando quadros de desmotivação, adoecimento psíquico e esvaziamento do sentido do trabalho (Dejours, 1994; Veiga, 2016).

A contribuição de Dejours também se destaca ao reconhecer que o trabalho em saúde envolve uma carga de invisibilidade do esforço, pois os resultados nem sempre são imediatamente perceptíveis ou quantificáveis. Assim, o reconhecimento simbólico torna-se uma das únicas formas de validar o valor do que é feito. Na Estratégia Saúde da Família, marcada pela complexidade das relações e pelo enfrentamento constante de vulnerabilidades sociais, o reconhecimento institucional e o suporte coletivo mostram-se ainda mais cruciais para a manutenção do bem-estar psíquico e da motivação dos profissionais (Dias et al., 2018; Sol, 2017).

Sendo assim, ao enfatizar a centralidade da escuta clínica do sofrimento, da cooperação entre pares e do reconhecimento simbólico, Dejours propõe uma via concreta de promoção da saúde mental e da motivação, alinhada aos princípios

humanizadores da AB. Sua abordagem ressalta a importância da organização do trabalho como espaço de expressão da subjetividade, onde o reconhecimento e a mobilização coletiva são elementos estruturantes para a construção de vínculos, o fortalecimento do sentido do trabalho e o enfrentamento do sofrimento ético e moral vivenciado no cotidiano profissional (Dejours, 1994; Veiga, 2016).

<b>Teoria</b>	<b>Autor (es)</b>	<b>Foco Principal</b>	<b>Elementos-Chave</b>	<b>Aplicação no SUS/ESF</b>
<b>Hierarquia das Necessidades</b>	Abraham Maslow	Satisfação progressiva de necessidades humanas em cinco níveis.	Fisiológicas, Segurança, Sociais, Estima, Autorrealização	Profissionais desmotivados quando apenas necessidades básicas são atendidas; importância de valorização simbólica
<b>Teoria dos Dois Fatores</b>	Frederick Herzberg	Satisfação e insatisfação são geradas por fatores distintos;	Fatores higiênicos (extrínsecos) e motivacionais (intrínsecos)	Condições de trabalho precárias geram insatisfação; motivação depende de reconhecimento, desafio e autonomia
<b>Teoria X e Y</b>	Douglas McGregor	Concepções opostas sobre a natureza do trabalhador.	Teoria X: controle e punição; Teoria Y: autonomia e autorrealização	Gestão autoritária desmotiva; abordagem participativa favorece engajamento e sentido no trabalho
<b>Teoria das Necessidades Sociais</b>	David McClelland	Necessidades aprendidas ao longo da vida	Realização (nAch), Afiliação (nAff), Poder (nPow)	Permite gestão individualizada; identifica perfis motivacionais dominantes nos profissionais da saúde
<b>Teoria da Expectativa</b>	Victor Vroom	Decisão racional baseada na relação esforço-desempenho-recompensa	Expectativa, Instrumentalidade e Valência	Motivação comprometida quando não há confiança em recompensas ou clareza de metas
<b>Psicodinâmica do Trabalho</b>	Christophe Dejours	Relação entre prazer, sofrimento e sentido do trabalho	Reconhecimento simbólico, identidade, cooperação entre pares, elaboração do sofrimento	Crucial para sustentar motivação frente ao sofrimento ético e invisibilidade do esforço no trabalho em saúde

Quadro 2 - Comparação das Principais Teorias da Motivação

Fonte: Autora, 2025.

## 4. MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido por meio de abordagem qualitativa, com delineamento exploratório e descritivo, tendo como objetivo compreender os sentidos atribuídos ao trabalho e os fatores que influenciam a motivação dos profissionais inseridos na ESF.

A pesquisa qualitativa, visa, por meio de um processo interpretativo não matemático, identificar conceitos, estabelecer relações entre dados e organizá-los em um esquema explicativo (Gil, 2021). Essa abordagem foca nas qualidades dos fenômenos e nos processos que não podem ser expressos em termos de quantidade, intensidade ou frequência (Denzin; Lincoln, 2018). Ela enfatiza a natureza socialmente construída da realidade, a proximidade entre pesquisador e objeto de estudo e as limitações situacionais que influenciam a investigação.

O caráter exploratório permitiu um olhar inicial e abrangente sobre o fenômeno, possibilitando a identificação de categorias relevantes e de nuances que escapam a métodos mais rígidos. Já o aspecto descritivo buscou caracterizar, com riqueza de detalhes, o contexto e as percepções dos sujeitos, favorecendo a construção de um retrato aprofundado da realidade estudada (Gil, 2021).

A abordagem qualitativa mostrou-se sensível à complexidade das experiências humanas e valorizou a escuta das subjetividades, revelando-se especialmente adequada para investigar temas que envolvem vivências emocionais, vínculos interpessoais e construções simbólicas (Gil, 2021). Dessa forma, favoreceu a compreensão de significados profundos atribuídos ao trabalho e à motivação.

O estudo fundamentou-se em um referencial teórico abrangente, contemplando tanto teorias clássicas da motivação, como: a Hierarquia das Necessidades Humanas de Maslow, as Teorias X e Y de McGregor e a Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas de McClelland, quanto abordagens contemporâneas, como: a Teoria dos Dois Fatores de Herzberg, a Teoria da Expectativa de Vroom e a Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours. Em conjunto, essas perspectivas ofereceram um arcabouço conceitual capaz de integrar dimensões objetivas, subjetivas e relacionais da motivação no trabalho, permitindo compreender desde fatores básicos e estruturais até processos cognitivos,

simbólicos e coletivos que influenciam o engajamento profissional (Arnt, 2010; Dejours, 1994; Ferreira et al., 2006; Herzberg, 1959; Maslow, 1954; McClelland, 1989; McGregor, 1960; Vianna, 2022; Vroom, 1964).

Para a análise desenvolvida, assumiram especial relevância a Teoria dos Dois Fatores de Herzberg, que diferencia fatores higiênicos, cuja ausência gera insatisfação, e fatores motivacionais, capazes de promover engajamento e sentido no trabalho, e a Teoria da Expectativa de Vroom, que evidencia como a motivação emerge da interação entre esforço, desempenho e recompensas percebidas, resultando de escolhas racionais baseadas na expectativa de resultados valorizados (Ferreira et al., 2006; Herzberg, 1959; Vroom, 1964; Vianna, 2022).

De forma complementar, recorreu-se à Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours, cuja abordagem permitiu compreender as dimensões subjetivas e simbólicas da motivação, especialmente em ambientes marcados pela invisibilidade do esforço (Dejours, 1994; Sol, 2017; Dias et al., 2018). Ao reconhecer o papel do reconhecimento, da inteligência prática e da elaboração coletiva do sofrimento, a psicodinâmica ampliou o olhar sobre os vínculos entre trabalhador, organização e sentido atribuído à prática cotidiana.

#### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em cinco municípios representativos do estado de Santa Catarina: Criciúma, Joinville, Blumenau, Lages e Chapecó. Esses municípios foram selecionados por representarem diferentes regiões geográficas do estado, apresentando diversidade socioeconômica e distintas configurações territoriais.

Quadro 3 - Características demográficas das cidades que participaram do estudo

<b>Região</b>	<b>Cidade</b>	<b>População</b>	<b>Municípios</b>
Oeste	Chapecó	282,648	118
Sul	Criciúma	225.281	46
Norte	Joinville	664.541	26
Serrana	Lages	172.458	30
Vale do Itajaí	Blumenau	385.558	54

Fonte: IBGE, 2024.

Nota: Dados quantitativos referentes às estimativas populacionais do IBGE (2024).

Para compor os cenários da pesquisa, foram selecionadas UBS com ESF em cada um dos municípios participantes. Os critérios de inclusão contemplaram as ESF classificadas como “acima da média” ou “muito acima da média”, conforme avaliação do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado em 2019. Além disso, foi exigido que a equipe mínima estivesse completa no período de coleta de dados. Como critério de exclusão, foram desconsideradas as UBS que apresentavam configuração de equipes mistas.

Após a aplicação desses critérios, todas as ESF das cidades polo regionais selecionadas foram listadas e, posteriormente, foi realizado o sorteio de quatro unidades por município, totalizando aproximadamente 16 equipes.

Quadro 4 - Unidades de Saúde do estudo de acordo com a região de Santa Catarina e cidade.

<b>Região / Cidade</b>	<b>Nome da eSF<sup>1</sup></b>
Oeste / Chapecó	ESF Belvedere, ESF SAIC e ESF Seminário.
Sul / Criciúma	ESF Laranjinha, ESF Brasília e ESF São Defende.
Norte / Joinville	ESF Parque Douat, ESF Jardim Paraíso I e II, ESF Rio de Ferro e ESF Parque Jardim
Serrana / Lages	ESF Coral, ESF Promorar e ESF São Miguel
Vale do Itajaí / Blumenau	ESF Hasso, ESF Gustavo Tribess e ESF Martin Volles

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Nota: (1) Equipe de Saúde da Família.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes desta pesquisa foram profissionais de saúde com curso superior e vinculados às equipes sorteadas, selecionados por meio de amostragem intencional, conforme a disponibilidade no momento da coleta de dados. Foram incluídos profissionais que atuavam diretamente nas ESF, compreendendo médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Também foram considerados profissionais que integravam o apoio matricial às equipes mínimas, tais como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e profissionais de educação física.

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam afastados de suas funções, por qualquer motivo, no período previsto para a coleta de dados. Entrevistaram-se entre 5 e 10 profissionais por município, adotando-se como parâmetro o critério de saturação de dados típico da abordagem qualitativa (Fontanella, Ricas e Turato, 2008).

Quadro 5 - Número de participantes do estudo de acordo com a região de Santa Catarina e cidade.

<b>Região / Cidade</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentagem do total</b>
Oeste / Chapecó	7	18,4%
Sul / Criciúma	7	18,4%
Norte / Joinville	8	21,1%
Serrana / Lages	8	21,1%
Vale do Itajaí / Blumenau	8	21,1%

Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Participaram do estudo 38 profissionais da saúde vinculados à ESF de cinco cidades polo regionais de Santa Catarina. A maioria era do sexo feminino (81,6%), e a faixa etária predominante variou entre 30 e 44 anos (55,2%). Em relação à formação profissional, 84,2% possuíam especialização e 15,8% tinham apenas graduação. Quanto à categoria profissional, 52,6% eram enfermeiros(as), 28,9% dentistas e 18,4% médicos(as).

Sobre a jornada de trabalho na ESF, 94,7% atuavam 40 horas semanais e apenas 5,3% tinham carga horária de 20 horas. Em relação ao vínculo empregatício, a maioria (86,8%) era concursada, enquanto 13,2% atuavam por processo seletivo ou contrato temporário (ACT). Referente à dupla jornada, 65,8% dos profissionais

relataram não possuir outro emprego, e 34,2% afirmaram ter outro vínculo laboral, totalizando cargas semanais que, em alguns casos, ultrapassaram 70 horas.

Por fim, quanto ao tempo de experiência na ESF, 47,4% dos profissionais atuavam há até 4 anos, 21,1% entre 5 e 9 anos, 23,7% entre 14 e 19 anos, e 7,8% tinham 20 anos ou mais de atuação, demonstrando coexistência de profissionais experientes e recém-ingressos nas equipes.

Tabela 1- Perfil dos participantes do estudo

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	31
Masculino	7
<b>Faixa etária (anos)</b>	
20-24	1
25-29	6
30-34	10
35-39	4
40-44	7
45-49	5
50-54	2
55-60	2
<b>Escolaridade</b>	
Graduação	6
Especialização	32
<b>Jornada de trabalho na ESF</b>	
20 horas	2
40 horas	36
<b>Possui outro emprego</b>	

Sim	13
Não	25
<b>Profissão</b>	
Enfermeiro (a)	20
Médico (a)	7
Dentista	11
<b>Tempo de experiência na ESF</b>	
0 - 4 anos	18
5 - 9 anos	8
10 - 13 anos	1
14 - 19 anos	9
20 - 25 anos	2
<b>Tipo de Contrato</b>	
Concurso	33
Seletivo / ACT	5

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Os dados desta pesquisa foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas (ANEXO A), elaboradas com base no roteiro desenvolvido pela equipe coordenada por Soratto (2020a). As entrevistas abordaram temas relacionados a vínculos profissionais, relações de trabalho, desafios cotidianos e sentidos atribuídos à prática na ESF.

Para esta investigação, realizou-se um recorte analítico específico da questão referente à motivação profissional, presente na Parte II – Entrevista, item 8, formulada da seguinte forma: “Motivação para trabalhar na ESF (Por que você está trabalhando na ESF?)”

Esse recorte teve como objetivo concentrar a análise nas falas que expressam as percepções dos profissionais sobre sua motivação para atuar na ESF, buscando

compreender os fatores individuais, organizacionais e relacionais que influenciam o engajamento e a motivação no trabalho.

As autorizações para a execução da pesquisa foram concedidas pela Secretaria Municipal de Saúde. A partir disso, realizou-se articulação com os profissionais e/ou gestores das UBS para definir datas e horários que não compromettesse o funcionamento das equipes. As entrevistas foram realizadas entre março e dezembro de 2020, por dois pesquisadores capacitados, em ambientes reservados dentro das UBS, garantindo a não interferência nas rotinas assistenciais.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise qualitativa não constitui uma etapa isolada do processo de pesquisa, mas um exercício contínuo de interpretação e compreensão da realidade, sustentado por fundamentos filosóficos, epistemológicos e metodológicos. Interpretar o mundo social exige mais do que descrever: requer imersão nos contextos históricos e subjetivos dos participantes, reconhecendo as contradições e os sentidos que emergem das experiências vividas (Minayo, 2014).

Dessa forma, o processo analítico deste estudo buscou revelar não apenas os conteúdos manifestos nas falas, mas também os sentidos latentes que atravessam a experiência laboral, contribuindo para uma compreensão crítica da motivação no trabalho, articulando elementos como reconhecimento, sofrimento ético e realização subjetiva no cotidiano dos serviços de saúde.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática (Laurence Bardin, 2011). Tal método é amplamente utilizado em pesquisas qualitativas por sua flexibilidade, sistematicidade e capacidade de revelar significados subjacentes a discursos e práticas. A esse referencial, somam-se as contribuições epistemológicas, cuja perspectiva valoriza a sensibilidade interpretativa e o compromisso ético do pesquisador com os sujeitos e os contextos investigados (Minayo 2014).

A análise de conteúdo se desenvolve em três etapas fundamentais: (1) pré-análise, (2) exploração do material e (3) tratamento e interpretação dos resultados (Bardin, 2011). Tais etapas serão permeadas por uma abordagem dialógica e crítica, que ressalta a necessidade de articulação entre teoria, técnica e ética em todo o processo investigativo (Minayo, 2014).

Na pré-análise, foi realizada a organização inicial do material empírico, incluindo a definição dos documentos analisados e das hipóteses orientadoras. A leitura flutuante das transcrições permitiu o primeiro contato com os dados, guiado por impressões, intuições e referências teóricas (Bardin, 2011; Soratto et al., 2020b).

A segunda etapa, exploração do material, envolveu a codificação das entrevistas por meio da identificação de unidades de registro e categorias temáticas, representando os principais sentidos atribuídos ao trabalho e à motivação profissional (Bardin, 2011). Essa fase foi realizada com o apoio do software ATLAS.ti, que permitiu organizar e codificar os dados, facilitando a criação de redes de significados e a rastreabilidade analítica. O uso do ATLAS.ti contribuiu para a sistematização dos trechos significativos das entrevistas, a definição de códigos e a construção de mapas conceituais (Soratto et al., 2020b).

A codificação foi orientada tanto por categorias pré-estabelecidas, como os fatores motivacionais de Herzberg (1971) e os elementos da Teoria da Expectativa de Vroom (1964), quanto por categorias emergentes, identificadas a partir dos sentidos construídos pelos participantes, conforme proposto por Maslow (1987) e McClelland (1989).

Paralelamente, foram identificadas categorias emergentes, construídas a partir dos sentidos atribuídos pelos participantes às suas experiências de trabalho. Esse processo preservou o rigor técnico da análise de conteúdo e foi guiado pela atenção ao contexto sociocultural, à linguagem dos sujeitos e à lógica interna de seus discursos

Na terceira etapa, de tratamento e interpretação dos resultados, os dados codificados foram analisados à luz do referencial teórico da pesquisa, buscando interpretar não apenas o dito, mas também o não dito, como as entrelinhas, as contradições e os significados subjetivos. Essa etapa exigiu um movimento hermenêutico, que articulou dados empíricos, contexto sociocultural e análise teórica, com transparência metodológica e compromisso com a fidedignidade dos achados (Minayo, 2014).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa atendeu aos princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 e pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que

normatizam as diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos. Como os dados já foram coletados anteriormente no projeto vinculado, foi respeitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) previamente assinado pelos participantes, garantindo a confidencialidade, o anonimato e o uso responsável das informações (APÊNDICE A). O estudo foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, sob o parecer nº 3.675.401/2019 (ANEXO B).

Com o intuito de assegurar a confidencialidade das informações, cada participante foi identificado por um código alfanumérico formado pela letra "P" de participante, seguida de um número sequencial e da letra correspondente à profissão: M [médico], E [enfermeiro] e D [dentista].

Os riscos envolvidos foram considerados mínimos, uma vez que não houve intervenções que alterassem propositalmente aspectos fisiológicos, psicológicos ou sociais dos participantes. Como benefício, a pesquisa buscou contribuir para o diagnóstico situacional da APS em Santa Catarina, especialmente no que tange à motivação e à insatisfação profissional dos trabalhadores da ESF.

Almeja-se que os resultados ofereçam subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à valorização do trabalho em saúde e à melhoria das condições laborais, promovendo, assim, uma atenção mais qualificada e humanizada à população.

Ressalta-se que, durante a elaboração deste trabalho, foram utilizados recursos de Inteligência Artificial (IA) apenas como ferramenta de apoio à escrita e à revisão textual, sem interferir na análise dos dados, interpretação dos resultados ou formulação das conclusões. As decisões analíticas e teóricas permaneceram sob total responsabilidade da autora. Nenhuma etapa de coleta, interpretação e discussão dos dados foi automatizada ou delegada à IA.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicaram a existência de uma grande categoria intitulada “Motivação no trabalho dos profissionais das equipes da Saúde da Família (eSF)”, composta por três grupos temáticos (subcategorias analíticas) e seis códigos principais.

Participaram da pesquisa 38 profissionais da ESF, distribuídos entre as cinco cidades polo regionais de Santa Catarina. No entanto, para esta análise, foram consideradas 37 unidades de registro, correspondentes às falas que expressavam percepções, sentimentos e significados atribuídos à motivação no trabalho.

Essas unidades foram agrupadas em três grupos temáticos centrais e a partir desses grupos emergiram seis subcategorias que representam os principais fatores motivacionais relatados pelos profissionais da ESF no contexto da APS.

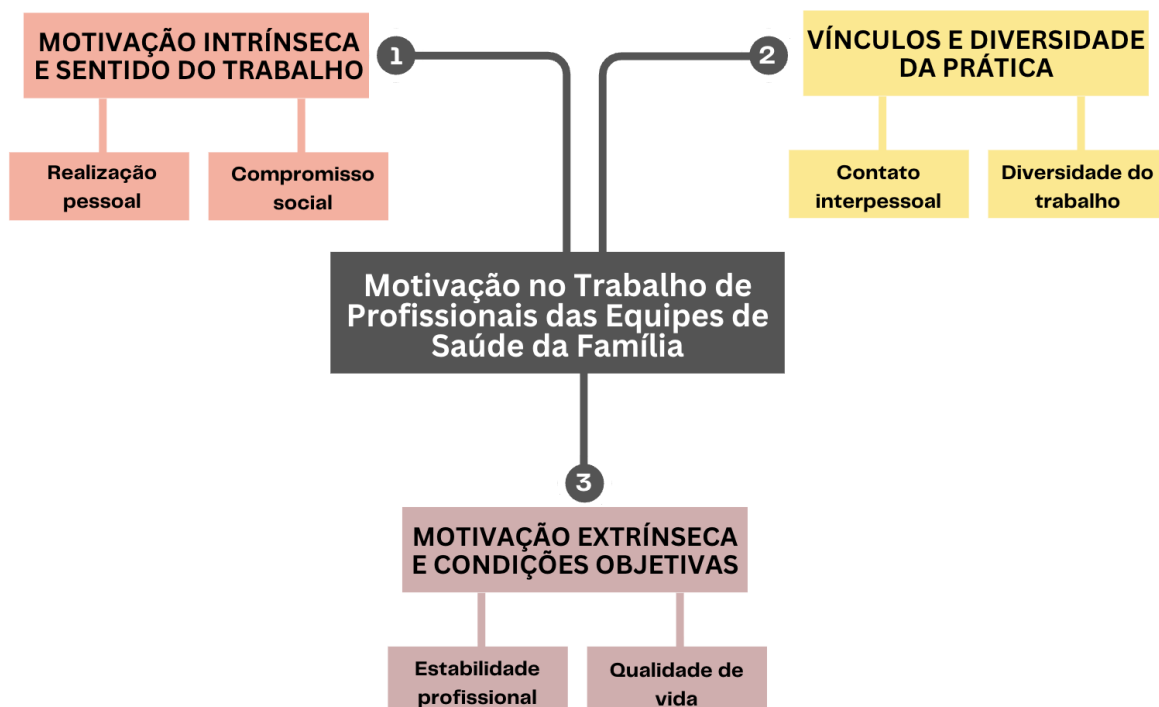
Tabela 2 - Aspectos quantitativos das subcategorias identificadas nas entrevistas

<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>
Variedade do trabalho	10
Estabilidade profissional	9
Contato interpessoal	8
Compromisso social	6
Realização pessoal	3
Qualidade de vida	3
<b>Total:</b>	<b>37</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Observa-se predominância das falas associadas à diversidade do trabalho (27%) e à estabilidade profissional (24,3%), seguidas por aspectos relacionais como contato interpessoal (21,6%) e compromisso social (16,2%). As categorias realização pessoal e qualidade de vida apresentaram menor frequência, cada uma com 8,1%, mas ainda refletem dimensões importantes da motivação intrínseca dos profissionais.

Figura 1 – Categoria, grupos temáticos, subcategorias e códigos relacionados à motivação dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família.



Fonte: dados da pesquisa, 2025.

## 5.1 MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA E SENTIDO DO TRABALHO

Essa categoria reúne duas subcategorias que evidenciam dimensões centrais da motivação intrínseca: a realização pessoal e o compromisso social. Ambas se articulam ao prazer, ao propósito e ao significado atribuídos pelos profissionais ao exercício cotidiano de suas funções na ESF.

### 5.1.1 Realização pessoal

Essa subcategoria abrange três citações (n = 3; 8,1%), relacionadas à satisfação em exercer a profissão, ao prazer de cuidar e ao sentimento de autorrealização proporcionado pelo trabalho na ESF. Os relatos revelam que a motivação está fortemente associada ao gosto pelo que se faz, traduzido em amor pela profissão e na sensação de “estar no lugar certo”.

O que me motiva, independente do local, é o porquê, o que eu faço, minha profissão. Quer dizer, eu amo o que eu faço. Então estar aqui é legal, se eu estivesse em outro local de trabalho seria a mesma coisa, porque eu gosto de ser dentista (P3D).

Assim, eu adoro, eu sou apaixonada pela enfermagem, eu gosto de cuidar das pessoas, eu sinto uma empatia, tenho amor mesmo, até a gente se emociona quando fala. Porque me faz também vir trabalhar, eu sei que eu preciso do trabalho, mas me sinto bem (P6E).

Para mim é uma realização pessoal. Eu sempre trabalhei em saúde pública, já fui técnica de enfermagem antes de ser enfermeira, e pra mim é uma satisfação. Eu gosto de trabalhar com o público, com famílias, em diferentes situações (P60E).

Esses achados podem ser interpretados à luz da Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow (1954), particularmente no nível da autorrealização, no qual o trabalho passa a representar espaço de crescimento, autonomia e expressão plena das potencialidades profissionais. A motivação, nesse patamar, transcende fatores materiais ou de segurança, e se ancora no sentido atribuído à prática em saúde, reforçando o trabalho como componente essencial da identidade do sujeito.

Em consonância, a Teoria dos Dois Fatores de Herzberg (1959) contribui para compreender como os fatores motivacionais intrínsecos, como a realização, o reconhecimento e a responsabilidade, são mais determinantes para o engajamento do que as condições externas ou higiênicas. Nesse contexto, o prazer de exercer a profissão, o reconhecimento simbólico e a percepção de utilidade social assumem papel central na permanência e dedicação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Sob outra perspectiva, a Psicodinâmica do Trabalho de Dejours (1994) amplia essa compreensão ao enfatizar a dimensão subjetiva do prazer em cuidar, capaz de ressignificar potenciais situações de sofrimento e transformá-las em experiências significativas. O vínculo estabelecido com a comunidade, a empatia no exercício do cuidado e o reconhecimento coletivo funcionam como elementos de fortalecimento da identidade profissional e da saúde psíquica.

De forma integrada, observa-se que a autorrealização, os fatores motivacionais e a dinâmica prazer-sofrimento convergem ao explicar a motivação intrínseca dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. As narrativas revelam que o sentido do trabalho não se limita às condições materiais, mas se sustenta na

possibilidade de crescimento pessoal, no reconhecimento simbólico e no prazer em cuidar (Dejours, 1994; Herzberg, 1959; Maslow, 1954).

A literatura nacional reforça esse entendimento, ao apontar que a motivação em saúde envolve dimensões simbólicas e afetivas que se materializam no amor pelo trabalho e na identificação com a missão de cuidar (Vianna, 2022), sendo a autorrealização um elemento central para a permanência dos profissionais na saúde pública, mesmo diante de condições adversas (Ferreira et al., 2006).

#### **4.1.2 Compromisso social**

Essa subcategoria abrange seis citações (n = 6; 16,2%), relacionados à identificação dos profissionais com o papel social da ESF e ao compromisso ético com a população atendida. No campo da saúde, o compromisso social assume contornos ainda mais relevantes por estar vinculado à efetivação de direitos e à redução das desigualdades sociais.

As redes de compromisso social, podem ser entendidas como formas de ação solidária e pactuada, capazes de mobilizar diferentes atores em torno de objetivos comuns, o que se articula diretamente à lógica da APS, que depende da cooperação intersetorial e comunitária (Inojosa, 1999).

Os relatos evidenciam que a motivação para atuar na ESF está fortemente associada à identificação com o SUS e ao desejo de trabalhar em contextos nos quais o cuidado representa uma resposta concreta às necessidades da população. Esse compromisso manifesta-se na escolha consciente de atuar na saúde pública, orientada por valores de equidade, justiça social e responsabilidade coletiva:

Eu sempre quis na verdade trabalhar no SUS, enfim nessa área que eu digo assim, onde as pessoas precisam mais, elas não querem, elas precisam do atendimento. Isso sempre foi uma coisa que me motivou a trabalhar aqui (P8M).

A ESF é uma área que eu gosto de atuar, uma área que faz diferença na vida da população. Não que as outras áreas não façam, mas aqui a gente consegue abranger lá na essência da família, na essência da pessoa, pra poder realmente mudar hábitos e fazer diferença na vida dela (P46E)

Esses achados dialogam com a Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas de McClelland, na medida em que a necessidade de afiliação (NAFF) se expressa no pertencimento ao coletivo e na identificação com o projeto social do SUS, enquanto a necessidade de poder (NPOW) emerge na percepção de protagonismo transformador do trabalho em saúde, evidenciada pelo desejo de “fazer diferença” e “transformar realidades familiares” (McClelland, 1961; 1989).

Sob essa perspectiva, o compromisso social configura-se como um eixo ético-político que orienta práticas profissionais voltadas à emancipação humana e à defesa de direitos, ultrapassando a motivação individual e expressando-se como engajamento coletivo. A atuação na ESF passa a ser compreendida como ação social situada, sustentada por valores de solidariedade, cidadania e corresponsabilidade pelo cuidado, conforme apontam (Miron; Guareschi, 2017).

Essa dimensão do compromisso também se expressa na valorização do impacto social concreto das ações em saúde, especialmente no cuidado às populações que não possuem acesso a serviços privados, bem como nas práticas de prevenção e promoção da saúde:

Porque é uma área que eu tenho afinidade, produtiva em prol da sociedade, gosto desse contato, acredito muito no SUS e desde que eu me formei, foi a área que mais me despertou interesse (P27D)

Minha motivação é essa, a atenção básica é onde fazemos saúde, onde a vida das pessoas acontece, onde temos a possibilidade de interferir mais na prevenção e na promoção à saúde. De uma qualidade de vida a longo prazo (P42E).

Atender bem o pessoal que não tem acesso ao particular, porque a gente vê tanta gente por aí que atende mal ou às vezes nem atende (P28D).

Sob a ótica da Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow, esse engajamento pode ser interpretado como expressão de autorrealização com dimensão coletiva, na qual o sentido do trabalho está associado à contribuição social, à vivência de valores éticos e à construção de significado para além de recompensas materiais (Maslow, 1954).

Além disso, as falas aproximam-se da Teoria da Expectativa de Vroom ao evidenciarem a crença de que o esforço despendido no trabalho resulta em ganhos socialmente relevantes, como garantir atendimento digno e produzir mudanças

concretas na vida das pessoas (Vroom, 1964). Complementarmente, a Psicodinâmica do Trabalho de Dejours contribui para compreender como o reconhecimento simbólico advindo da comunidade e os efeitos visíveis do cuidado funcionam como fontes de prazer, ressignificando as adversidades do cotidiano e fortalecendo a identidade profissional (Dejours, 1994).

De forma integrada, observa-se que o compromisso social, no âmbito da ESF, não se limita ao exercício técnico da profissão, mas traduz uma adesão ética e política ao projeto coletivo do SUS. A motivação dos profissionais emerge do sentimento de corresponsabilidade pelo cuidado das comunidades, da crença no impacto transformador das ações em saúde e do reconhecimento simbólico construído na relação com os usuários, reafirmando o caráter público, universal e socialmente orientado do trabalho em saúde (Maslow, 1954; McClelland, 1989; Dejours, 1994; Vroom, 1964).

## 5.2 VÍNCULO E VARIEDADE DA PRÁTICA

Essa categoria reúne duas subcategorias que evidenciam dimensões relacionais e organizacionais do trabalho na ESF: o contato interpessoal e a diversidade do trabalho. Ambas se articulam ao modo como os profissionais constroem vínculos com a comunidade e como reconhecem a amplitude de suas funções, que vão além do atendimento clínico e envolvem acompanhamento contínuo, visitas domiciliares, ações educativas e cuidado em todas as fases do ciclo vital.

Embora os sentidos atribuídos à motivação no trabalho apresentem elementos comuns entre os municípios investigados, observam-se diferenças relacionadas às especificidades territoriais e organizacionais. Municípios de maior porte e centralidade regional, como Joinville e Criciúma, concentram maior demanda assistencial, o que intensifica a sobrecarga e tensiona o cotidiano das equipes. Em contraste, municípios com menor densidade populacional relativa, como Lages e Chapecó, favorecem maior proximidade entre profissionais e território, fortalecendo os vínculos com a comunidade. Essas diferenças evidenciam que a motivação profissional se constrói na interação entre condicionantes individuais, organizacionais e territoriais (Soratto et al., 2020a).

### 5.2.1 Contato Interpessoal

Essa subcategoria abrange oito trechos de citações (n = 8; 21,6%), relacionados à valorização do vínculo entre profissionais e usuários da ESF. Os relatos evidenciam que a motivação para permanecer no serviço, está fortemente associada à proximidade estabelecida com os pacientes, à possibilidade de acompanhar suas trajetórias ao longo do tempo e à construção de relações de confiança que ultrapassam o cuidado técnico.

No campo da saúde, o contato interpessoal constitui um eixo estruturante do cuidado, na medida em que possibilita a construção de vínculos baseados na confiança, no acolhimento e no respeito mútuo. Mais do que um recurso comunicacional, o vínculo configura-se como uma tecnologia relacional fundamental para a efetivação da integralidade e da humanização da atenção à saúde (Silva, 2002; Formozo et al., 2012).

No contexto da ESF, essa dimensão se manifesta na continuidade do acompanhamento das famílias, no reconhecimento das trajetórias de vida e na valorização da dimensão subjetiva do cuidado. As falas dos participantes evidenciam o prazer e a satisfação associados à construção de relações duradouras com os usuários e suas famílias, reforçando o vínculo longitudinal como elemento central da APS:

Gosto do vínculo do paciente com o profissional. Eu gosto dessa interação, do núcleo familiar (P43E6).

Eu gosto dessa parte de vínculo, do paciente, e quando eu tive a oportunidade de fazer o concurso para ir para a ESF eu fiz, por causa do vínculo com o paciente (P55E2).

O vínculo longitudinal constitui-se como um dos dispositivos centrais da APS compreendido tanto na sua dimensão temporal (acompanhando os usuários ao longo de diferentes fases da vida), quanto na dimensão interpessoal, pautada na confiança, empatia e responsabilização entre profissionais e comunidade (Santos; Romano; Engstrom, 2018).

Essa vivência do vínculo dialoga com a Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow, ao revelar que, após a satisfação de necessidades básicas, emergem níveis mais elevados como pertencimento e autorrealização,

alcançados por meio da continuidade do cuidado e da relação próxima com pacientes e famílias (Maslow, 1954). De modo complementar, aproxima-se da Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas de McClelland, especialmente da necessidade de afiliação (NAFF), expressa no prazer em “estar junto”, construir confiança e compartilhar trajetórias com a comunidade (McClelland, 1989).

Esse aspecto aparece de forma recorrente nas narrativas, como evidenciam os relatos sobre acompanhar o crescimento das famílias, a evolução dos usuários ao longo do tempo e a construção de histórias compartilhadas no território:

Gosto do vínculo que criamos com os pacientes e em ter toda uma história com eles. Só aqui nesta unidade eu vi pessoas nascendo, crescendo e estou realizando o pré natal delas agora. Então eu gosto desse vínculo que a gente tem com os pacientes (P47E).

O que mais me atrai na saúde da família é conseguir acompanhar a evolução. No hospital tu atende, resolve e tchau, aqui não, aqui quando eles estão bem eles vêm, quando não estão, também vêm (P64E).

Bom, eu gosto pelo contato, o vínculo com o paciente é mais forte do que em outras áreas, mesmo em questão pública, sabe? (P61E).

Sob a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, o vínculo interpessoal funciona como espaço de ressignificação do sofrimento, transformando experiências de sobrecarga e desgaste em vivências de prazer e reconhecimento simbólico. O cuidado centrado na pessoa permite que o trabalho adquira sentido, fortalecendo a identidade profissional e a saúde psíquica dos trabalhadores (Dejours, 1994).

A relevância do vínculo torna-se ainda mais evidente quando analisada à luz da pandemia de COVID-19, período no qual a restrição de contatos sociais impactou significativamente a saúde mental da população. Estudos indicam que a ausência de vínculos intensificou sentimentos de isolamento, sofrimento e perda de sentido, ao passo que a ESF se configurou como espaço de proteção psíquica ao manter relações de proximidade e continuidade com os usuários, mesmo em contextos adversos (Garrido; Rodrigues, 2020).

Além disso, essa experiência dialoga com a Teoria da Expectativa de Vroom, à medida que os profissionais percebem que o esforço despendido no trabalho resulta em impactos concretos e reconhecidos pela comunidade. O

acompanhamento longitudinal, a confiança construída e os efeitos visíveis do cuidado reforçam a expectativa de que o trabalho realizado produzirá resultados positivos e duradouros, fortalecendo o engajamento e a dedicação profissional (Vroom, 1964).

Embora o conceito de vínculo seja amplamente utilizado no campo da Saúde Coletiva, sua definição nem sempre é operacionalizada de forma precisa (Barbosa; Bosi, 2017). Contudo, na prática da ESF, o vínculo se materializa como tecnologia relacional indispensável para sustentar a integralidade e a continuidade do cuidado, como revelam os relatos dos participantes:

Se eu tivesse outras oportunidades, não sairia da ESF pela questão do acompanhamento, da organização, do contato com a comunidade, de você conseguir acompanhar a evolução daquele paciente (P52E).

Eu gosto do vínculo, antes eu estava atendendo uma mãezinha e um bebezinho numa consulta. Eu gosto desse envolvimento, desse elo (P54E).

O contato com a pessoa que se têm no posto, é um contato diferente do que só a parte técnica de trabalhar com procedimento técnico, acaba tendo que ter esse olhar também para a pessoa em si (P1D).

De forma integrada, observa-se que o contato interpessoal, expresso no vínculo entre profissionais e usuários, constitui um fundamento relacional do cuidado na ESF. O vínculo não se configura como elemento secundário da prática, mas como pilar estruturante da motivação coletiva, ao articular comunicação, confiança, reconhecimento simbólico e corresponsabilidade no cuidado, reafirmando o caráter humano, contínuo e territorializado da APS.

Todavia, é necessário não romantizar em excesso o amor ao trabalho em saúde, especialmente quando o compromisso ético e o prazer em cuidar são utilizados, de forma implícita, como mecanismos de compensação frente à precarização das condições de trabalho. O reconhecimento simbólico, embora relevante, não pode substituir investimentos estruturais, estabilidade de vínculos e suporte institucional. Quando isso ocorre, o amor à profissão transforma-se em sobrecarga subjetiva, intensificando o sofrimento ético e moral dos trabalhadores.

### 5.2.2 Variedade do trabalho

Essa subcategoria abrange dez citações (n = 10; 27,0%), relacionadas à pluralidade de tarefas e atribuições desempenhadas pelos profissionais da ESF. Os relatos evidenciam que os trabalhadores percebem a Estratégia como um espaço dinâmico, que possibilita atender diferentes ciclos de vida, desenvolver ações de promoção da saúde, realizar visitas domiciliares e grupos educativos, além de articular o cuidado com equipes multiprofissionais.

As falas revelam que a amplitude do trabalho na ESF constitui importante fonte de motivação, ao permitir acompanhar usuários em distintas fases da vida e contextos sociais, promovendo um cuidado integral e contínuo:

Eu gosto de atender desde as idades iniciais até o idoso, todas as faixas etárias... e eu gosto também de fazer as visitas e conhecer onde o paciente está inserido dentro da comunidade (P7M).

O que me motivou é a saúde pública, saúde da família, lidar desde a concepção até a parte do idoso. Eu gosto muito de todas as áreas (P17E).

Então eu iniciei nesse trabalho porque eu poderia atuar em todas as áreas da medicina, isso foi o que me atraiu (P19M).

A expansão das equipes de saúde ao longo das últimas décadas ampliou as possibilidades de atuação em diferentes áreas e cenários, exigindo dos trabalhadores múltiplas competências para responder às necessidades da comunidade. Esse dinamismo da prática profissional está diretamente relacionado à constituição multiprofissional do SUS, o qual é destacado pela pluralidade como fonte de aprendizado e motivação (Machado; Ximenes Neto, 2018).

A diversidade do trabalho também se expressa na valorização de práticas integrais e na ampliação do olhar sobre o contexto de vida dos usuários, reforçando que a ESF ultrapassa a lógica biomédica ao articular cuidado clínico, promoção da saúde e ações coletivas:

Eu gosto bastante da pluralidade, eu trato criança, trato gestante, trato idosos. É uma forma de fixar tudo que vimos na faculdade (P35M)

Eu gosto, é bem amplo, eu não enjojo, porque são vários problemas de saúde, abordamos o paciente como um todo (P41M1).

É a área que eu me sinto mais confortável em trabalhar, talvez por ter mais contato com o paciente, saber onde ele mora, como é a casa dele, para quando ele vir aqui ter uma visão ampla do que eu posso oferecer (P16E).

Eu gosto de trabalhar com promoção, atendimento, fazer grupos e conversar com os pacientes (P31E4).

Esse conjunto de experiências dialoga com a Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas de McClelland, na medida em que a necessidade de realização (NACH) se expressa nos desafios variados e nas oportunidades de crescimento profissional, enquanto a necessidade de afiliação (NAFF) emerge na interação constante com equipes multiprofissionais e na construção de projetos coletivos no território (McClelland, 1989).

Além disso, a diversidade das atividades aproxima-se da Teoria da Expectativa de Vroom (1964), ao evidenciar a percepção de que o esforço empreendido em práticas diversas resulta em impactos concretos e socialmente relevantes, como a prevenção de doenças, a melhoria da qualidade de vida e o fortalecimento comunitário:

Eu percebi que quando eu vim para cá a minha motivação já foi justamente para ver, e não vi ninguém adoecendo, conseguimos trabalhar na promoção da saúde desse paciente, sabe? A gente consegue trabalhar com que ele não adoença (P48E).

Trabalhei seis anos na área indígena e me apaixonei. Desde lá nunca mais saí da saúde coletiva, porque acho uma coisa dinâmica, atende não só a pessoa, mas a família (P53E).

Essa questão da possibilidade de trabalhar várias categorias... contato com médico, enfermagem, técnicos e além disso contato com o nível primário e terciário (P63D).

Entretanto, a discussão sobre a variedade do trabalho na ESF não pode ser dissociada das condições estruturais de fixação profissional no SUS. A precarização dos vínculos trabalhistas, marcada por contratos temporários e elevada rotatividade, compromete a continuidade do cuidado e a consolidação de trajetórias profissionais duradouras (Santini et al., 2017). A rotatividade excessiva fragiliza a construção de

vínculos e gera descontinuidade nas práticas, afetando tanto usuários quanto trabalhadores (Silva; Costa, 2018).

Nesse contexto, a diversidade das práticas emerge como um elemento de compensação simbólica, capaz de sustentar o engajamento e o prazer em permanecer na ESF, mesmo diante de limites institucionais. A multiplicidade de funções e a amplitude do cuidado são vivenciadas como oportunidades de crescimento, aprendizagem e inovação, configurando-se como estratégia motivacional e dispositivo central de fortalecimento do SUS, ao possibilitar experiências profissionais mais completas e alinhadas às necessidades da população e ao projeto coletivo da saúde pública.

### 5.3 MOTIVAÇÃO EXTRÍNSECA E CONDIÇÕES OBJETIVAS

Essa categoria reúne duas subcategorias que expressam dimensões centrais da motivação extrínseca: a estabilidade profissional e a qualidade de vida. Ambas se relacionam às condições objetivas do trabalho na ESF, como segurança financeira, jornada regulada e infraestrutura adequada, que influenciam diretamente a permanência e o engajamento dos profissionais.

#### 5.3.1 Estabilidade profissional

Essa subcategoria reúne nove trechos de citações (n = 9; 24,3%), que evidenciam a busca por estabilidade e segurança como fatores centrais da motivação extrínseca dos profissionais da ESF. Os relatos mostram que a inserção por meio de concurso público, a garantia de estabilidade financeira e a previsibilidade em relação ao futuro são aspectos valorizados, especialmente em comparação com experiências anteriores em hospitais ou consultórios privados, marcados pela instabilidade contratual e pelo risco de desligamento.

As falas revelam que o ingresso na ESF por meio de concurso público representa uma estratégia de proteção frente às incertezas do mercado de trabalho em saúde, funcionando como elemento central na decisão de permanecer no serviço público:

Na realidade, a ESF acaba sendo onde eu consegui me inserir em concurso público. Depois de um tempo de consultório, a gente quis dar uma diminuída na carga do dia a dia e vamos tentar um concurso. Para minha área, como dentista, acaba sendo a saúde da família (P1D).

Porque eu trabalhei muitos anos em hospital e nunca tinha trabalhado em Saúde da Família. E no hospital a gente era contratado, né? Eu queria passar em um concurso para ter estabilidade no trabalho, sem ficar com medo de mandarem embora (P18E).

Quando eu fiz o concurso, foi pela estabilidade financeira, e depois eu gostei da área, tanto que me especializei (P29D).

A precarização dos vínculos trabalhistas é uma das principais causas da alta rotatividade de profissionais na APS, gerando descontinuidade do cuidado e fragilizando a consolidação do SUS como política pública. Sendo assim, a ausência de planos de carreira e a recorrência de contratos temporários produzem um cenário de incerteza, que contrasta com a busca dos trabalhadores pela segurança institucional do concurso público e pela estabilidade financeira (Alves; Nogueira, 2023).

Nesse sentido, a literatura aponta que a estabilidade profissional configura-se como um dos principais atrativos da carreira pública em saúde, funcionando como contraponto à precarização das relações de trabalho, frequentemente marcadas por vínculos frágeis e temporários (Santini et al., 2017). Essa compreensão converge com os relatos dos profissionais, que reconhecem o concurso público não apenas como garantia de renda, mas como condição de segurança e previsibilidade:

A questão do concurso público, da estabilidade financeira, salário... são fatores que me levaram a escolher trabalhar aqui (P59M).

O motivo principal é a estabilidade financeira que isso proporciona, fora o consultório particular que não me traria isso (P30D).

Aqui tem toda uma estabilidade que a gente não tem, por exemplo quem tem clínica, é mais instável, já aqui é certo né (P34D).

Já virou rotina na minha vida, e também o concurso é uma segurança (P50D).

A verdade é que minha motivação para trabalhar na ESF, é mais por uma questão de segurança financeira (P24M).

Nesse sentido, a motivação extrínseca observada pode ser compreendida à luz da Teoria dos Dois Fatores de Herzberg (1959), em que a estabilidade e o salário aparecem como fatores higiênicos: embora não gerem motivação intrínseca, reduzem a insatisfação e garantem segurança mínima para a permanência. Além disso, a relação entre esforço e recompensa aproxima-se da Teoria da Expectativa de Vroom (1964), na medida em que o concurso público é percebido como instrumento capaz de assegurar reconhecimento institucional e retorno proporcional ao investimento profissional.

De forma integrada, observa-se que a estabilidade profissional não se resume a uma condição burocrática, mas constitui um elemento estruturante que sustenta o engajamento dos profissionais com práticas de longo prazo na ESF. Ao garantir segurança financeira e previsibilidade, a estabilidade favorece a permanência no território, o fortalecimento do vínculo longitudinal e a continuidade do cuidado, contribuindo para a qualidade da atenção ofertada às comunidades e para a sustentabilidade do SUS.

### **5.3.2 Qualidade de vida**

Essa subcategoria reúne três trechos de citações (n = 3; 8,1%), que evidenciam a valorização das condições objetivas de trabalho como fatores extrínsecos de motivação. Os relatos apontam que aspectos como a infraestrutura adequada das unidades, a organização da carga horária e a ausência de plantões em finais de semana e feriados são determinantes para a percepção de qualidade de vida dos profissionais.

As condições objetivas de trabalho representam um dos principais determinantes para a motivação extrínseca dos profissionais da ESF. A alta rotatividade e a precarização dos vínculos fragilizam a continuidade da atenção, mas a presença de unidades bem estruturadas, equipadas e com ambiente adequado atua no sentido contrário, favorecendo a permanência e o sentimento de valorização no serviço (Santini et al., 2017). Esse aspecto aparece nos relatos que destacam a satisfação em trabalhar em espaços bem construídos, capazes de oferecer suporte material para o exercício cotidiano das funções:

Eu acho aqui uma prefeitura boa de trabalhar... uma unidade nova, bem construída, arejada, para o tipo de demanda de serviço que eu tenho é bem equipada (P2D).

Outro aspecto central refere-se à organização da jornada laboral. A previsibilidade dos horários, com expediente regular de segunda a sexta-feira e sem a exigência de plantões noturnos ou em finais de semana, é percebida como um elemento de proteção frente ao desgaste. Esse arranjo contribui para o equilíbrio entre vida pessoal e profissional e reduz a sobrecarga que frequentemente afeta os trabalhadores da saúde (Silva; Costa, 2018; Alves; Nogueira, 2023):

A questão do meu horário é a minha motivação. Eu não trabalho aos finais de semana e nem feriados, antes eu trabalhava no hospital (P48E).

Foi exclusiva pela carga horária, porque no hospital você trabalha sábado, domingo e feriado. Na ESF é de segunda a sexta. Foi a minha motivação inicial (P62E).

Esses achados dialogam com a Teoria dos Dois Fatores de Herzberg, segundo a qual condições externas como jornada de trabalho, infraestrutura física e ambiente organizacional configuram-se como fatores higiênicos. Embora não produzam motivação intrínseca, esses fatores reduzem a insatisfação e criam condições mínimas para a permanência e o engajamento no trabalho (Herzberg, 1959). De forma complementar, a Teoria da Expectativa de Vroom contribui para compreender que a percepção de equilíbrio entre esforço e recompensa se fortalece quando os profissionais reconhecem que a previsibilidade institucional e a organização da carga horária favorecem o bem-estar e a conciliação entre vida pessoal e profissional (Vroom, 1964).

De forma integrada, observa-se que a qualidade de vida no trabalho, sustentada por condições objetivas estáveis e rotinas previsíveis, constitui um elemento estruturante da motivação extrínseca dos profissionais da ESF. Ao reduzir tensões, prevenir o adoecimento e favorecer o equilíbrio entre diferentes esferas da vida, essas condições contribuem para a permanência no serviço, a continuidade do cuidado e a qualidade da atenção ofertada às comunidades (Silva; Costa, 2018; Alves; Nogueira, 2023).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidencia que a motivação dos profissionais da ESF em municípios polo de Santa Catarina é resultado da interação entre dimensões subjetivas e condições objetivas de trabalho. A análise demonstrou que a permanência e o engajamento das equipes não se explicam por fatores isolados, mas pela articulação entre prazer, reconhecimento simbólico, estabilidade institucional e infraestrutura adequada.

No campo da motivação intrínseca, destacam-se a realização pessoal e o compromisso social, expressos no amor pela profissão, no prazer em cuidar e na identificação com o papel ético-político do SUS. Esses aspectos são fortalecidos pelo vínculo interpessoal estabelecido com a comunidade e pela diversidade das práticas desenvolvidas na ESF, que ampliam o sentido do trabalho e favorecem a autorrealização. Observa-se que o engajamento profissional encontra-se fortemente sustentado pela dimensão subjetiva, na qual empatia, confiança e reconhecimento simbólico funcionam como fontes de satisfação e de ressignificação frente às adversidades do cotidiano.

Entretanto, os resultados também evidenciam que a motivação profissional depende de condições extrínsecas capazes de garantir suporte, proteção e previsibilidade. A estabilidade profissional, alcançada por meio do concurso público, revela-se como fator central para reduzir a insegurança contratual e a rotatividade, enquanto a qualidade de vida no trabalho associa-se à infraestrutura adequada das unidades, ao ambiente físico e à organização da jornada laboral. Nesse sentido, as condições objetivas de trabalho não se configuram como elementos secundários, mas como base necessária para sustentar, de forma contínua, a motivação intrínseca dos profissionais da ESF.

Os resultados corroboram os pressupostos das principais teorias da motivação mobilizadas neste estudo ao evidenciar que o engajamento e a satisfação dos profissionais da ESF emergem da articulação entre fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho. A motivação não se restringe a recompensas externas, mas constrói-se na interação entre autorrealização, pertencimento, reconhecimento simbólico e condições objetivas adequadas para o exercício profissional.

Como implicações práticas, o estudo aponta a necessidade de estratégias de gestão que reconheçam a motivação profissional como um fenômeno

multidimensional. Investir em condições dignas de trabalho, fortalecer espaços coletivos de escuta, oferecer estabilidade de vínculos e garantir oportunidades de educação permanente são ações fundamentais para a fixação dos profissionais e para a sustentabilidade da ESF. Tais medidas não apenas qualificam o cuidado, mas fortalecem o compromisso ético-político do SUS nos territórios.

Nesse sentido, a pesquisa apresenta potencial de impacto em diferentes dimensões. No âmbito social e sanitário, contribui para o fortalecimento da APS e para a valorização dos profissionais da ESF, com reflexos diretos na qualidade do cuidado ofertado à população. No campo institucional e tecnológico, subsidia a formulação de estratégias inovadoras de gestão e valorização profissional passíveis de adaptação a outros contextos municipais. Do ponto de vista econômico, o estudo sinaliza que o fortalecimento da motivação pode favorecer a redução da rotatividade e a utilização mais eficiente dos recursos públicos, ao ampliar a satisfação e o engajamento das equipes.

As limitações deste estudo relacionam-se ao recorte temporal e metodológico da pesquisa. A coleta de dados ocorreu durante o período de reorganização dos serviços de saúde no pós-pandemia da Covid-19, contexto que pode ter influenciado as percepções dos profissionais quanto à motivação, às condições de trabalho e às relações interpessoais nas equipes da ESF. Ademais, por tratar-se de um estudo qualitativo, realizado com número delimitado de participantes em cinco municípios, os resultados não possuem pretensão de generalização, mas de compreensão aprofundada do fenômeno investigado.

Por fim, destaca-se que a motivação na ESF não constitui um atributo estritamente individual, mas um fenômeno coletivo e organizacional, que se consolida na interação entre profissionais, comunidade e gestão. Investir nesse campo significa não apenas reduzir a rotatividade e aumentar a satisfação laboral, mas fortalecer a APS como eixo estruturante do SUS, assegurando maior resolutividade, continuidade do cuidado e justiça social.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, J. S. Inequity in social exchange. *Advances in Experimental Social Psychology*, v. 2, p. 267–299, 1965.

ALLEN, L. N. et al. The role of Primary Health Care, primary care and hospitals in advancing Universal Health Coverage. *BMJ Global Health*, v. 8, n. 12, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014442>. Acesso em: 16 maio 2025.

ALVES, R. F. S.; BOCCOLINI, C. S.; BARONI, L. R.; BOCCOLINI, P. de M. M. Primary health care coverage in Brazil: a dataset from 1998 to 2020. *BMC Research Notes*, v. 16, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13104-023-06323-0>. Acesso em: 1 maio 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>. Acesso em: 19 abr. 2025. (2023b)

ALVES, G. G.; NOGUEIRA, V. M. R. Estabilidade no serviço público e vínculos precários na Atenção Primária à Saúde: desafios para a fixação de profissionais. *Revista Humanidades e Inovação*, v. 10, n. 5, p. 51-65, 2023. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497969745004/>. Acesso em: 17 set. 2025.

APPARECIDO, M. F. O trabalho na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia de COVID-19: desafios e aprendizagens. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 1, p. 123-136, 2023. Disponível em: <https://www.revbrasco.org.br/journal/article/view/12345>. Acesso em: 24 jun. 2025.

ARNT, Sônia Maria. *Motivação e trabalho: uma abordagem teórica*. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul – UCS, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ucs.br/xmlui/handle/11338/214>. Acesso em: 24 jun. 2025.

ASHFORTH, B. E.; MAEL, F. Social identity theory and the organization. *Academy of Management Review*, v. 14, n. 1, p. 20–39, 1989.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fundação João Pinheiro (FJP). *Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013*. Brasília: PNUD, IPEA, FJP, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 24 jun. 2025.

BAHLMAN-VAN OOIJEN, W. et al. Nurses' motivations to leave the nursing profession: a qualitative meta-aggregation. *Journal of Advanced Nursing*, v. 79, n. 12, p. 4455–4471, 2023. DOI: 10.1111/jan.15696. Acesso em 25 jun. 2025.

BARBOSA, Maria Inês Battistella; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400009>.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. *Clínica e política: subjetividade e violência*. São Paulo: Hucitec, 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1979.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conheça conquistas da Estratégia Saúde da Família, que completa 30 anos. Brasília: Agência Gov, 2024. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202502/conheca-conquistas-da-estrategia-saude-da-familia-que-completa-30-anos>. Acesso em: 19 abr. 2025. (2024a)

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. (1990a)

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990. (1990b)

BRASIL. Ministério da Saúde. *e-Gestor Atenção Básica: cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>. Acesso em: 24 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 29 maio 2025. (2023c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>. Acesso em: 10 abr. 2025. (2023a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 164, p. 46, 24 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br>. Acesso em: 9 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *e-Gestor APS: informação e gestão da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>. Acesso em: 9 maio 2025. (2024b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 19 maio 2025. (2023d)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 11 de abril de 2024. Estabelece novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 71, p. 115-116, 12 abr. 2024. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html). Acesso em: 24 jun. 2025. (2024c)

CAMPOS, G. W. de S. Healthcare reform and the Unified Health System (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 7, p. 2517, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232027277.07692022>. Acesso em: 10 jun. 2025.

CENTENARO, A. P. F. C. et al. Pleasure and suffering of nursing in COVID-19 hospital units: between disenchantment and formation of meanings. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0356>. Acesso em: maio 2025.

CSIKSZENTMIHALYI, M. *Flow: the psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row, 1990.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária à saúde no SUS: avanços, desafios e propostas de fortalecimento*. Brasília: CONASS, 2022.

COUBE, M. et al. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998–2019). *International Journal for Equity in Health*, v. 22, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01828-3>. Acesso em: 29 maio 2025.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum, 1985.

DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

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

DEJOURS, Christophe. *Subjetividade, trabalho e ação*. Revista Produção, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 27–34, 1994.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

DIAS, Luiz Gomes; QUEIROZ, André Felipe; LOPES, Michelle Rosa. *Teoria comportamental: o impacto da teoria X e Y na gestão das organizações*. Revista Empreenda UNITOLEDO, Campo Grande, v. 2, n. 1, p. 63-80, fev./jun. 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/352461093>. Acesso em: 3 jul. 2025.

ELEUTÉRIO, T. de A.; SILVA, D. L. F. da .; BRANDÃO, P. S. .; DEPRET, D. G. The impact of the pandemic covid-19 on smoking control in a primary health care unit / O impacto da pandemia de COVID-19 no controle do tabagismo em uma unidade básica de saúde. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro, Brasil, v. 17, p. e–13486, 2025. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13486. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/13486>. Acesso em: 25 jun. 2025.

FARIA, M. G. de; LIMA, L. D.; VASCONCELOS, S. M. R. O desafio do financiamento federal da Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise do período 2003-2018. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00181219, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181219>. Acesso em: 25 jun. 2025.

FERREIRA, André; VILAS BOAS, Ana Alice; ESTEVES, Rodrigo C. P. M.; FUERTH, Leonardo R.; SILVA, Sérgio. *Teorias de motivação: uma análise da percepção das lideranças sobre suas preferências e possibilidade de complementaridade*. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO (SIMPEP), 13., 2006, Bauru. Anais [...]. Bauru: UNESP, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/237239493>. Acesso em: 24 jun. 2025.

FERREIRA, J. N. dos S. et al. Community health workers: working conditions and occupational health. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 19, n. 4, p. 437–444, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2021-622>. Acesso em: 11 maio 2025.

FERLA, J. B. S. et al. Efeito do modelo de cuidado centrado no paciente na satisfação do profissional de saúde: revisão sistemática. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 43, esp., e20210288, 2022. DOI: 10.1590/[1983-1447.2022.20210288.pt](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210288.pt). Acesso em: 25 jun. 2025.

FLOREZ, A.; VILLAR-HOZ, E. Role of motivation and wellbeing indicators in interventions to improve well-being at work among primary care physicians: a systematic review. *BMJ Open*, v. 14, e075799, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-075799>. Acesso em: 15 jun. 2025.

FRANÇA, E. dos S.; MOTA, A. H. Prazer e sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. *Negócios e Desenvolvimento Regional*, v. 1, p. 5–20, 2021.

FRAGA, L.; CARNEIRO, C. C. G. Saúde coletiva: teoria e prática. Jairnilson Silva Paim e Naomar de Almeida-Filho (orgs.). 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720 p. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 313–315, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00104>. Acesso em: 29 maio 2025.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. A amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos*

*de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 2 jun. 2025.

FONTENELE JÚNIOR, A. A. M. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do modelo vigente e suas repercussões na efetividade do cuidado. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2024. Acesso em: 25 jun. 2025.

FONTENELE JÚNIOR, A. A. M. *A gestão do trabalho na Atenção Primária à Saúde e seus desafios no contexto da pandemia de COVID-19: estudo em municípios do Nordeste brasileiro*. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2024. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/78029>. Acesso em: 24 jun. 2025.

FOSTER, A. *et al.* Collaborative care models and primary care provider wellbeing: a systematic review. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, v. 10, e26, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.26>. Acesso em: 24 jun. 2025.

FORMOZO, Gláucia Amaral; OLIVEIRA, Danielly Gontijo; VIEIRA, Neide Aparecida Titonelli Alvim. Relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 124-128, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/4006>.

GARRIDO, Renata Gonçalves; RODRIGUES, Juliana. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. *Administração Pública e Gestão Social*, v. 12, n. 3, p. 1-15, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21118/apgs.v12i3.7628>.

GIANNETTA, N. *et al.* Ethical problems and moral distress in primary care: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 14, p. 7565, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147565>. Acesso em: 24 jun. 2025.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

GOMES, J. L. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise dos atributos na percepção de profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024291.21202023. Acesso em: 25 jun. 2025.

GUSTAVSSON, K. et al. Healthcare professionals' experiences of job satisfaction when providing person-centred care: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Open*, v. 13, n. 6, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071178>. Acesso em: maio 2025.

HALCOMB, E. et al. Exploring job satisfaction and turnover intentions among general practice nurses in an Australian Primary Health Network. *Journal of Nursing Management*, v. 29, n. 5, p. 943–952, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13230>. Acesso em: maio 2025.

HEIDER, F. *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley, 1958.

HERZBERG, F. *Motivação e higiene no trabalho*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

HERZBERG, F. *The motivation to work*. 2. ed. New York: Wiley, 1968.

HYPOLITO, M. C. D. C. P.; SILVA JUNIOR, M. F.; DE SOUSA, M. da L. R. Motivação, esforço e recompensa: aspectos relacionados à equipe de trabalho em uma unidade básica de saúde tradicional. *Pensar Acadêmico*, v. 19, n. 1, p. 123, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21576/pa.2021v19i1.1784>. Acesso em: maio 2025.

INOJOSA, Rose Marie. Redes de compromisso social. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 147-158, set./out. 1999. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/7628/6155>. Acesso em: 17 set. 2025.

JIA, H. et al. Factors influencing medical personnel to work in primary health care institutions: An extended theory of planned behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 5, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052785>. Acesso em: 16 jun. 2025.

KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, v. 24, n. 2, p. 285–308, 1979.

LI, X. et al. Nursing assistants and resident satisfaction in long-term care: a systematic review. *Geriatric Nursing*, v. 42, n. 6, p. 1323–1331, 2021. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2021.08.006. Acesso em 25 jun. 2025.

LIMA, R. C. et al. Impactos da pandemia de COVID-19 na motivação e no engajamento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, supl. 1, e20220356, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0356>. Acesso em: 24 jun. 2025.

LIU, D. et al. Sociodemographic characteristics, occupational characteristics, motivational factors, and job satisfaction among primary health service practitioners. *BMC Primary Care*, v. 26, n. 1, p. 24, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02714-3>. Acesso em: 1 maio 2025.

LIU, M. et al. What is the impact of integrated care on the job satisfaction of primary healthcare providers: a systematic review. *Human Resources for Health*, v. 21, n. 86, 2023. DOI: 10.1186/s12960-023-00874-w. Acesso em: 25 jun. 2025.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1980, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>

MASLOW, A. H. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row, 1954.

MCCLELLAND, D.C. *Estudio de lamotivacion humana*. 1. ed. Madrid. Narcea, S. A. de Ediciones. 1989.688.p.

MCCLELLAND, David C. *The achieving society*. Princeton: Van Nostrand, 1961.

MCGREGOR, Douglas. *O lado humano da empresa*. 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1977.

MENDES, M. *et al.* Workloads in the Family Health Strategy: interfaces with the exhaustion of nursing professionals. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 54, p. 1–8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019005003622>. Acesso em: maio 2025.

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRON, Alessandra Xavier; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Compromisso social da Psicologia e Sistema Único de Assistência Social: possíveis articulações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 37, n. 2, p. 349-362, abr./jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000952014>.

MOMETTI-BRAZ, D.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Mental health: Health worker narratives in the context of COVID-19 in Brazil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 21, n. 3, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2023-1130>. Acesso em: maio 2025.

MORAIS, Juliermeson Oliveira et al. Motivação no serviço público: uma análise em uma Unidade Básica de Saúde – UBS com base na Teoria das Necessidades Adquiridas de McClelland. *Anais do Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, v. 15, p. 1-15, 2018. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos18/296534.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2025.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8–19, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902001000300002>. Acesso em: 29 maio 2025.

MORLEY, G.; IVES, J.; BRADBURY-JONES, C. Moral distress and moral injury in nursing: a scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, v. 120, e103948, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103948>. Acesso em: 25 jun. 2025.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 29 maio 2025.

MOUTINHO, I. L. D. S.; SANTOS, A. R. dos; SANTOS, C. M. dos. Condições de trabalho e fatores que interferem na atuação dos agentes comunitários de saúde em áreas rurais e remotas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 41, esp., e20190183, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190183>. Acesso em: 25 jun. 2025.

MULLAN, J.; O'REILLY, S.; BRAY, L.; BYE, L.; TALBOT, L. Barriers and enablers to structured care delivery in Australian rural primary care. *Australian Journal of Rural Health*, v. 31, n. 5, p. 609-617, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajr.12963>.

NEUFELD, A.; BABENKO, O.; BHELLA, V. Family Physician Motivation and Well-Being in the Digital Era. *Annals of Family Medicine*, v. 21, n. 6, p. 496–501, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.3031>. Acesso em: 9 maio 2025.

NUNES, A. C. B.; PIRES, D. E. P.; MACHADO, R. R. Satisfaction and dissatisfaction in the work of managers in the family health strategy. *Cogitare Enfermagem*, v. 25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.61440>. Acesso em: 10 maio 2025.

OLIVEIRA, M. R. *Características da gerência local que promove trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa na Atenção Primária à Saúde: estudo de caso em duas Unidades Básicas de Saúde* [Dissertação de Mestrado] – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

OLIVEIRA, A. et al. Os sentidos do trabalho para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde em áreas rurais. *Revista APS*, v. 25, n. 4, p. 919–955, 2022. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-4695-0787>. Acesso em: maio 2025.

PAGNAN, B. P. *Insatisfação no trabalho de profissionais das equipes de Saúde da Família de municípios do estado de Santa Catarina: Criciúma*. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, 2022.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 15–28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s502>. Acesso em: 29 maio 2025.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [S.l.], v. 377, n. 9779, p. 11–31, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60433-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60433-9). Acesso em: 29 maio 2025.

PAULINO, C. S. M. Financiamento e organização do cuidado na Estratégia Saúde da Família: percepção dos gestores em município do estado do Pará. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2023. Acesso em: 25 jun. 2025.

PEDUZZI, M. et al. Relações entre clima de equipe e satisfação no trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 1–10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2021055003307>. Acesso em: maio 2025.

PINHO, C. M. et al. Acessibilidade na atenção primária à saúde: desafios para pessoas com deficiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 777-786, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.15512019>.

PONTES, Maria Rizoneide Araújo; MEDEIROS, Luciano de Santana. Motivação no setor público: uma investigação na Secretaria Municipal de Assistência Social de Araruna-PB. 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/331417070\\_Motivacao\\_no\\_setor\\_publico\\_uma\\_investigacao\\_na\\_Secretaria\\_Municipal\\_de\\_Assistencia\\_Social\\_de\\_Araruna-PB](https://www.researchgate.net/publication/331417070_Motivacao_no_setor_publico_uma_investigacao_na_Secretaria_Municipal_de_Assistencia_Social_de_Araruna-PB). Acesso em: 24 jun. 2025.

RABELO, L. F. A.; SILVA, E. M. S. O sofrimento moral dos profissionais da saúde na pandemia da COVID-19: reflexões sobre o cuidado e a ética. *Revista Bioética*, v. 30, n. 2, p. 270-280, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022202>. Acesso em: 24 jun. 2025.

SANTINI, Simone de Medeiros; OLIVEIRA, Regina Helena de Freitas; SILVA, Sérgio Soares da. Dos “recursos humanos” à gestão do trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho no SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 907-919, jul./set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711220>.

SANTOS, Ana Maria de Almeida; ROMANO, Valéria Figueiredo; ENGSTROM, Ethel Leonor Noia Maciel. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 1-20, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280216>.

SARTI, T. D. et al. Organização da atenção primária à saúde para o enfrentamento da COVID-19 em uma grande capital brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 1, e00104120, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>. Acesso em: 24 jun. 2025.

SKINNER, B. F. *Science and human behavior*. New York: Macmillan, 1953.

SILVA, K. L.; COSTA, F. M. Rotatividade e vínculos precários de trabalho na Estratégia Saúde da Família: desafios para a consolidação da Atenção Básica no Brasil. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 26, e4006, p. 1-7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.4006>.

SILVA, Maria Júlia Paes da. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 2, p. 174-179, mar./abr. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672002000200011>.

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A.; WITT, R. R.; CERETTA, L. B.; FARIAS, J. M. Family health strategy professional satisfaction in Brazil: A qualitative study. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, e20180104, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0104>. Acesso em: 11 jun. 2025. (2020a)

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; FRIESE, S. Análise de conteúdo temática utilizando o software ATLAS.ti: potencialidades para pesquisas em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 3, e20190250, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250>. Acesso em: 3 jul. 2025. (2020b)

STEMMER, R. et al. A systematic review: unfinished nursing care and the impact on the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, v. 78, n. 11, p. 3372-3390, 2022. DOI: 10.1111/jan.15258. Acesso em 25 jun. 2025.

TESSER, C. D.; SERAPIONI, M. Obstacles to SUS universalization: tax expenditures, labor union demands and health insurance state subsidy. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, p. 2323–2333, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.22602019>. Acesso em: 1 maio 2025.

TAQUES, S.; GARCIA, A. C. P.; OLIVEIRA, C. M. Telessaúde e desigualdades regionais: análise da infraestrutura e do uso na Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1851-1862, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.02952023>.

TONÉO JÚNIOR, A.; SILVEIRA NETO, R. M. Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil: uma análise das desigualdades regionais. *Jornal de Análise de Políticas Públicas*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 177-195, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21119/anpp.2022.177-195>.

VALÉRIO, B. G. S. et al. O financiamento federal da Atenção Primária à Saúde no Brasil: tendências e desafios no contexto do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, e200527, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200527>. Acesso em: 25 jun. 2025.

VEIGA, Miriam Machado da. *Gestão da qualidade em serviços públicos de saúde: análise do clima organizacional numa Unidade Básica de Saúde*. 2016. 146 f. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2016. Acesso em: 3 jul. 2025.

VIANNA, Leticia Carvalho. *Motivação dos servidores públicos municipais: estudo dos fatores organizacionais*. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração Pública) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

VIEGAS, S. M. F. et al. SUS – 30 years: right and access in a day in the life of Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 74, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0656>. Acesso em: 29 maio 2025.

VROOM, V. H. *Work and motivation*. New York: Wiley, 1964.

WEINER, B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, v. 92, n. 4, p. 548–573, 1985.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report*. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040>. Acesso em: 2 maio 2025.



## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC

Bloco S - 1º Andar – Sala 25 | Fone (48) 3431 2723

**Título da Pesquisa:** Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Estado de Santa Catarina.

**Objetivo:** Analisar os aspectos geradores de satisfação e insatisfação nos profissionais que atuam na ESF no Estado de Santa Catarina.

**Período da coleta de dados:** 01/01/2020 a 30/09/2020

**Tempo estimado para cada coleta:** 30 minutos/45 dias

**Local da coleta:** Estratégia Saúde da Família do Município de Criciúma, Blumenau, Lages, Florianópolis, Chapecó e Joinville.

**Pesquisador responsável /Orientador:** JacksSoratto Fone: (48) 9 9934-7881

**Auxiliar de pesquisa:** MarieliMezariVitali

**Fone:** (48) 9 8818-9782

#### **Pesquisador/Acadêmico:**

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o (a) senhor (a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº466 de 2012 e nº 510 de 7 de abril de 2016 do CNS - Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
Entrevistas semiestruturadas: compostas por perguntas fechadas e abertas, que buscarão identificar e caracterizar os aspectos que se relacionam ao trabalho na Estratégia Saúde da Família e sua inter-relação com a satisfação e insatisfação. Observação indireta: da estrutura física e do processo de trabalho registradas em diário de campo.
RISCOS
A sua participação não envolverá riscos físicos. Pelo caráter interacional da coleta de dados poderá incorrer em possíveis desconfortos que se restringe a problemas de comunicação, entretanto, você tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.
BENEFÍCIOS
A sua participação trará benefícios para o setor saúde, de modo a permitir uma compreensão dos elementos que causam insatisfação e satisfação dos trabalhadores da ESF, com vistas a refletir em proposição de políticas públicas de saúde, melhorias para a saúde do trabalhador e/ou consequentemente uma assistência à saúde de maior qualidade.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

**Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail [cetica@unesc.net](mailto:cetica@unesc.net).**

ASSINATURAS	
<b>Voluntário/Participante</b> _____ <b>Assinatura</b> <b>Nome:</b> _____ <b>CPF:</b> _____-_____	<b>Pesquisador Responsável</b> Jacks Soratto <b>Assinatura</b> <b>Nome:</b> _____ <b>CPF: 00767472985</b>

Criciúma, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

## ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

1. Identificação/codinome: \_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Sexo: \_\_\_\_\_
4. Profissão/atuação na equipe: \_\_\_\_\_
5. Escolaridade:   ( ) Ensino Fundamental       ( ) Curso Técnico       ( ) Graduação  
                   ( ) Especialização/Residência na área de \_\_\_\_e onde \_\_\_\_   ( ) Mestrado na área de \_\_\_\_e onde \_\_\_\_  
                   ( ) Doutorado na área de \_\_\_\_e onde \_\_\_\_

6. Tempo de experiência profissional:
  - 6.1 Tempo de exp. profissional na ESF: \_\_\_\_\_

7. Tipo de contrato e Jornada de trabalho:
  - a) Tipo de contrato na ESF: \_\_\_\_\_
  - b) Jornada de trabalho na ESF: \_\_\_\_\_
  - c) Possui outro emprego (contrato de trabalho ou trabalho autônomo)? \_\_\_\_\_
  - d) Horas diárias trabalhadas no outro/os emprego/os: \_\_\_\_\_
  - e) Jornada semanal total: \_\_\_\_\_

### Parte II – ENTREVISTA

8. Motivação para trabalhar na ESF (por que você está trabalhando na ESF?).
9. Pense no seu trabalho diário. Relacione os aspectos/fatores que tem contribuído para seu trabalho na ESF ser mais **satisfatório/prazeroso**?
10. Pense no seu trabalho diário. Relacione os aspectos/fatores que têm contribuído para seu trabalho na ESF ser **mais insatisfatório**?
11. Pense no seu trabalho diário e considere os aspectos positivos e negativos que contribuem para a sua satisfação ou insatisfação no trabalho, relacionados a:
  - a. Forma que o trabalho é organizado.
  - b. Composição da equipe, divisão do trabalho na equipe e na sua categoria profissional.
  - c. Relações de trabalho, na sua categoria profissional, com os demais profissionais de saúde, com os ACS, com as chefias, direção e demais setores/serviços da instituição.
  - d. Relações com os usuários e familiares.
  - e. Condições de trabalho e direitos trabalhistas (salário, regime de trabalho, duração da jornada de trabalho, tipo de contratação, garantia no emprego).
12. O trabalho na ESF tem causado dano à sua saúde (doença, acidente, sofrimento) ou a de algum colega que você conhece? Explique essa relação e se essa situação contribui ou influencia na sua satisfação e insatisfação no trabalho.
13. Você leva trabalho para casa? Como isso interfere na sua vida.
14. Cite:
  - a) Três principais motivos de satisfação no trabalho.  
 Primeiro motivo: \_\_\_\_\_  
 Segundo motivo: \_\_\_\_\_  
 Terceiro motivo: \_\_\_\_\_
  - b) Três principais motivos de insatisfação no trabalho.  
 Primeiro motivo: \_\_\_\_\_  
 Segundo motivo: \_\_\_\_\_  
 Terceiro motivo: \_\_\_\_\_

Gostaria de expressar algo mais que possa contribuir com a pesquisa?

## ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DO EXTREMO  
SUL CATARINENSE - UNESC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

**Pesquisador:** Jacks Soratto

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 23579519.0.0000.0119

**Instituição Proponente:** Universidade do Extremo Sul Catarinense

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.675.401

**Apresentação do Projeto:**

Dentro das exigências metodológicas.

**Objetivo da Pesquisa:**

Descrito e passivo de serem atingidos pela metodologia proposta.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Descrito no projeto seguindo exigência das Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do CNS - Conselho Nacional de Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Importante para ter uma visão, dentro das maiores cidades do Estado, sobre a situação da saúde com quem trabalha na Saúde e propor políticas públicas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto apresenta todos os termos exigidos.

**Recomendações:**

Concluída a pesquisa, deve ser anexado a esta plataforma, o relatório final incluindo análise dos dados e conclusões do estudo. Para os trabalhos de conclusão de curso, pode ser anexado o trabalho final, para as demais pesquisas, está disponível um modelo de relatório na página [www.unesc.net](http://www.unesc.net).

**Endereço:** Avenida Universitária, 1.105

**Bairro:** Universitário

**CEP:** 88.806-000

**UF:** SC

**Município:** CRICIUMA

**Telefone:** (48)3431-2605

**E-mail:** [cetca@unesc.net](mailto:cetca@unesc.net)

Continuação do Parecer: 3.675.401

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1450734.pdf	10/10/2019 18:45:28		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	10/10/2019 18:44:25	Jacks Soratto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisasatisfacaoeinsatisfacaodosprofissionais.docx	09/10/2019 22:59:10	Jacks Soratto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclesatsc.docx	09/10/2019 22:57:07	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeaceitejoinville.docx	09/10/2019 20:13:06	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeaceitelages.docx	09/10/2019 20:04:45	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaaceitecricuma.pdf	09/10/2019 19:58:49	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaaceitechapeco.pdf	09/10/2019 19:57:48	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaaceitefloripa.pdf	09/10/2019 19:56:34	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaaceiteblumenau.pdf	09/10/2019 19:55:22	Jacks Soratto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO  
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 3.675.401

CRICIUMA, 31 de Outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Marco Antônio da Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Universitária, 1.105

**Bairro:** Universitário

**CEP:** 88.806-000

**UF:** SC

**Município:** CRICIUMA

**Telefone:** (48)3431-2606

**E-mail:** cetica@unesc.net