JOURNAL HEALTH NPEPS

http://dx.doi.org/10.30681/2526101014561 ARTIGO ORIGINAL

Condições e relações de trabalho de profissionais da rede de atenção à saúde em município do Centro-Oeste

Working conditions and relationships of healthcare professionals in a municipality in the Midwest region

Condiciones laborales y relaciones de los profesionales sanitarios en un municipio de la región del Medio Oeste

Heliete Feitosa de Matos[1], Nur Mohamad Ali El Akra[2], Guilherme Oliveira de Arruda[3], Naiara Gajo Silva[4], Ana Patrícia Araújo Torquato Lopes[5], Verusca Soares de Souza[6]

RESUMO

Objetivo: descrever a percepção dos trabalhadores da rede de atenção à saúde quanto às suas condições e relações de trabalho. **Método:** estudo transversal, com 215 trabalhadores da Saúde de um município do **Centro-Oeste** do Brasil. A coleta foi realizada em 2022, de forma eletrônica, e os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva e aos testes do qui-quadrado e exato de Fisher. **Resultados:** os três níveis apresentaram percepções positivas relacionadas ao tamanho da equipe (p=0,044) e valorização do trabalho (p=0,007). As acomodações e mobiliário tiveram piores avaliações na Atenção Primária e na Atenção Secundária (p=0,011). Os serviços de Atenção Secundária e Terciária apresentaram maior prevalência de avaliações positivas quanto à segurança para a execução do

[1]Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-1644-467X

[2]Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-7265-7736

[3]Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-1690-4808

[4]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR). Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-6927-2069

[5]Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Coxim, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-6915-2470

[6]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR). Programas de Pós-Graduação em Enfermagem em Atenção Primaria em Saúde (UENP/UNICENTRO/UNESPAR) e Enfermagem (UFMS). Paranavaí, Paraná, Brasil. E-mail: verusca.soares@gmail.com ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-3305-6812 **Autor para Correspondência** - Endereço: Avenida Gabriel Esperidião, s/n, Jardim Morumbi, Paranavaí/PR – CEP 87703-000.

Como citar este artigo: Matos HF, Ali El Akra NM, Arruda GO, Silva NG, Lopes APAT, Souza VS. Condições e relações de trabalho de profissionais da rede de atenção à saúde em município do Centro-Oeste. J Health NPEPS. 2026; 11(1):e14561.

EDITOR CHEFE: Vagner Ferreira do Nascimento

Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada.

trabalho (p=0,012) e à higiene do ambiente (p<0,001), em comparação com os serviços de Atenção Primária. Identificaram-se associações significativas entre o nível de atenção e a participação em reuniões (p=0,002), bem como entre o nível de atenção e a recomendação do local de trabalho a terceiros (p=0,046). **Conclusão:** a percepção dos trabalhadores diferiu entre os níveis de atenção quanto à segurança para a execução do trabalho, às condições das acomodações e do mobiliário, à higiene do ambiente, à valorização positiva do trabalho e à motivação no trabalho.
Descritores: Enfermagem; Condições de Trabalho; Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Vigilância em Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT
Objective: *to describe healthcare worke'rs' perceptions of their working conditions and employment relationships across the healthcare network.* ***Method:*** *a cross-sectional study involving 215 healthcare workers from a municipality in the Midwest region of Brazil. Data were collected electronically in 2022 and analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, and Fisher's exact test.* ***Results:*** *across all three levels of care, positive perceptions were reported regarding team size (p=0.044) and recognition of work (p=0.007). Facilities and furniture received lower ratings in Primary and Secondary Care (p=0.011). Secondary and Tertiary Care services showed a higher prevalence of positive assessments regarding workplace safety (p=0.012) and environmental hygiene (p<0.001) compared with Primary Care services. Significant associations were identified between level of care and participation in meetings (p=0.002), as well as between level of care and willingness to recommend the workplace to others (p=0.046).* ***Conclusion:*** *workers' perceptions differed across levels of care regarding workplace safety, the conditions of facilities and furniture, environmental hygiene, positive recognition of work, and work motivation.*
Descriptors: *Nursing; Working Conditions; Healthcare; Health Management; Occupational Health Surveillance.*

RESUMEN
Objetivo: *describir la percepción de los trabajadores de la red de atención de salud sobre sus condiciones y relaciones laborales.* ***Método:*** *estudio transversal realizado con 215 trabajadores de la salud de un municipio de la región Centro-Oeste de Brasil. La recolección de datos se llevó a cabo de forma electrónica en 2022. Los datos obtenidos se sometieron a análisis estadístico descriptivo y a las pruebas de chi-cuadrado y exacta de Fisher.* ***Resultados:*** *los tres niveles de atención presentaron percepciones positivas en relación con el tamaño del equipo (p=0,044) y el reconocimiento del trabajo (p=0,007). Las instalaciones y el mobiliario recibieron evaluaciones menos favorables en la Atención Primaria y Secundaria (p=0,011). Los servicios de Atención Secundaria y Terciaria presentaron una mayor prevalencia de evaluaciones positivas en cuanto a la seguridad para realizar el trabajo (p = 0,012) y la higiene del ambiente (p<0,001), en comparación con los servicios de Atención Primaria. Se identificaron asociaciones significativas entre el nivel de atención y la participación en reuniones (p=0,002), así como entre el nivel de atención y la recomendación del lugar de trabajo a otras personas (p = 0,046).* ***Conclusión:*** *la percepción de los trabajadores difirió entre los niveles de atención en cuanto a la seguridad para realizar el trabajo, las condiciones de*

las instalaciones y del mobiliario, la higiene del ambiente, el reconocimiento positivo del trabajo y la motivación laboral.
Descriptores: *Enfermería; Condiciones de Trabajo; Atención a la Salud; Gestión en Salud; Vigilancia de la Salud del Trabajador.*

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas por profissionais com o objetivo de promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde de indivíduos e comunidades. Esse campo abrange ações que vão desde a prevenção de doenças e o tratamento até a implementação de políticas públicas de saúde. A prática do trabalho em saúde é complexa, integrando conhecimentos científicos, habilidades técnicas e capacidades interpessoais[1].

Os trabalhadores da saúde compreendem uma diversidade de profissionais, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros[2,3]. Cada grupo desempenha um papel específico no atendimento às necessidades de saúde da população. Esses profissionais atuam em diferentes níveis de atenção à saúde: Primária, Secundária e Terciária, organizadas, no Brasil, em redes de atenção à saúde (RAS)[4].

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a ordenadora do cuidado, caracterizando-se pelo primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e das comunidades com o sistema de saúde, focando em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de condições que exigem baixa densidade tecnológica. A Atenção Secundária inclui serviços de atendimento que requerem a atuação de especialistas, como clínicas especializadas. A Atenção Terciária caracteriza-se pelo atendimento de alta densidade tecnológica, como cirurgias avançadas e tratamentos intensivos, realizados em hospitais de médio e grande porte[4]. Cumpre destacar que a divisão de atribuições aos diferentes níveis de RAS tem relação com a densidade de tecnologia disponível, e não com a complexidade da assistência prestada.

Essa estrutura de atenção à saúde é fundamental para garantir que os indivíduos recebam cuidados de qualidade e adequados às suas necessidades específicas[4]. Por sua

vez, o cuidado pode ser facilitado ou dificultado pelas condições de trabalho em saúde. Entre os facilitadores, destacam-se ambientes de trabalho adequados e bem equipados; o treinamento contínuo, que mantém os profissionais atualizados com novas tecnologias e práticas; e o apoio institucional[1]. Em contrapartida, os dificultadores incluem a sobrecarga de trabalho, decorrente de alta demanda de pacientes e insuficiência de profissionais; a falta de recursos, que se manifesta na escassez de materiais e equipamentos; e os ambientes estressantes, onde a exposição constante a situações de alta pressão e risco leva ao desgaste físico e emocional dos profissionais[1,5].

Esses fatores dificultadores do processo de trabalho em saúde podem influenciar significativamente a qualidade do trabalho e a satisfação dos profissionais, tornando essencial a implementação de políticas que priorizem a melhoria das condições de trabalho e a proteção da saúde dos profissionais[1]. As condições de trabalho têm um impacto direto na saúde dos trabalhadores e na qualidade do cuidado[1]. Condições desfavoráveis podem resultar em esgotamento físico e emocional, e redução da qualidade do atendimento[1,6]. Por outro lado, boas condições de trabalho promovem a satisfação profissional, melhoram a eficiência e a qualidade do cuidado, além de favorecerem um ambiente mais seguro tanto para os trabalhadores quanto para os pacientes[1,7]. Tais situações elencadas estão frequentemente presentes em municípios de pequeno porte.

Compreender as condições e relações de trabalho dos profissionais de saúde é crucial para a implementação de políticas eficazes que garantam a qualidade dos serviços prestados e a saúde[4]. A gestão de recursos humanos, a alocação de recursos e a implementação de políticas que priorizem a saúde e a segurança dos profissionais garantem a qualidade dos serviços prestados[1,4,8]. Nesse sentido, questiona-se como os trabalhadores de RAS de um município de pequeno porte percebem suas condições e relações de trabalho? Assim, teve-se como objetivo descrever a percepção dos trabalhadores da rede de atenção à saúde quanto às suas condições e relações de trabalho.

MÉTODO

Estudo transversal e quantitativo que utilizou os critérios do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para a sua construção. A pesquisa foi realizada em município de pequeno porte com população estimada de 33.547 habitantes, polo de assistência à saúde para uma microrregião que abrange cinco municípios (onde residem um total de 82.916 habitantes) no norte do estado de Mato Grosso do Sul.

Participaram do estudo trabalhadores da área da saúde pública do município dos três níveis de atenção à saúde (Primária, Secundária e Terciária) e diferentes estabelecimentos, como Unidades de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial, Serviços de Assistência Especializada, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Hospital, entre outros. Não houve restrições relacionadas à cargos (formação específica na área da saúde ou não) ou tempo de atuação. Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores vinculados exclusivamente aos serviços privados de saúde, os profissionais autônomos e aqueles não estavam em exercício durante o período de coleta de dados, ou seja, em férias, afastamento ou licença.

Na ocasião da coleta de dados, o município contava com 826 trabalhadores na área da saúde, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Desse total, 706 (85,47%) atuavam em serviços ou estabelecimentos de saúde que prestam assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foram excluídos 145 trabalhadores que estavam registrados como vinculados a serviços privados (hospital, clínicas e laboratórios), profissionais autônomos ou ligados a serviços como Corpo de Bombeiros Militar e Núcleo Hemoterápico. Além disso, identificou-se que 22 trabalhadores apareciam de forma duplicada no registro do CNES. Após essas exclusões, a população elegível foi constituída por 539 trabalhadores da saúde.

Para o cálculo de tamanho de amostra, realizado por meio do programa G-Power 3.1.9.7, adotou-se a fórmula direcionada para o teste do qui-quadrado a partir de tabelas de contingência. Para tanto, foram considerados os seguintes valores:

tamanho de efeito igual a 0,25 (classificado entre pequeno e médio), o qual indica as possíveis diferenças de proporções entre grupos comparados na análise; erro α igual a 0,05 (5%); poder do teste igual a 0,80 (80%); e cinco graus de liberdade. A amostra mínima calculada foi de 205 participantes. Contudo, este estudo teve 215 participantes, ultrapassando a amostra mínima.

Na coleta de dados foi utilizado dois instrumentos. O primeiro, elaborado pelos próprios pesquisadores, era destinado à caracterização sociodemográfica, ocupacional e sobre o estabelecimento de saúde. O segundo, era o questionário das condições de relação de trabalho, extraído do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS (2004/2005)[9], instrumento construído e utilizado nacionalmente. O questionário continha questões sobre o vínculo de trabalho, sentimento de motivação e uso do estabelecimento de saúde que trabalha. Solicitava também que o trabalhador julgasse situações como a distribuição de tarefas, relacionamento com a chefia, valorização de seu trabalho, entre outros, em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos que variava de muito bom a muito ruim. O instrumento não apontava ponto de corte. Nesse sentido, para esta investigação, as respostas positivas (muito bom e bom) e as respostas negativas (muito ruim e ruim) foram agrupadas e analisadas por nível de atenção.

Os instrumentos foram inseridos no *Google Forms* e a coleta de dados ocorreu entre junho e julho de 2022. Para disseminação, foi solicitado às Chefias dos setores/serviços os contatos de endereço eletrônico institucional de todos os trabalhadores, aos quais, foi encaminhado o link de coleta junto a uma carta convite. Para aqueles profissionais que não tinham *e-mail* institucional, foi solicitado às chefias de setores/serviço o encaminhamento dos convites em grupos de mensagem via celular.

O controle da coleta de dados foi realizado por três pesquisadores que acompanhavam semanalmente o retorno de respostas, de forma a manter o controle amostral e de proporcionalidade. Para isso, buscou-se controlar a inclusão de participantes na pesquisa, conforme as proporções de trabalhadores da saúde por estabelecimentos a fim de

se obter subamostras compatíveis com a população de estudo. Nesse sentido, a partir do total de profissionais indicados por estabelecimento de saúde no cadastro do CNES, buscou-se assegurar haver representantes de todos os níveis de atenção e serviços de saúde.

Ao longo da coleta de dados por meio eletrônico, foram realizados contatos com a Secretaria Municipal de Saúde Pública e com as chefias dos estabelecimentos a fim de incentivar a participação dos trabalhadores, conforme a necessidade de se alcançar proporcionalidade na composição da amostra, em relação à população de cada estabelecimento. A delimitação do tempo para coleta de dados em um mês pôde garantir maior coerência dos dados em relação ao contexto assistencial vivenciado pelos trabalhadores.

Na análise dos dados, para o julgamento referente a aspectos inerentes às condições e relações de trabalho, foram analisadas as seguintes variáveis: “Tamanho da equipe”, “Distribuição de tarefas”, “Segurança para a execução do trabalho”, “Acomodações e mobiliário”, “Higiene do ambiente”, “Salário”, “Medicina do trabalho”, “Relacionamento com a chefia imediata”, “Estímulo ao estabelecimento do trabalho” e “Valorização do trabalho”. Para essa análise, as respostas foram dicotomizadas em “Positivo” (“Muito bom” e “bom”) e “Negativo” (“Regular”, “ruim” e “muito ruim”). Na análise da variável “Carga horária de trabalho”, foi excluído o único caso que respondeu “Baixa” para a questão correspondente, de modo a balancear a análise de associação e a evitar o impacto de caselas zeradas sobre os resultados. Foram utilizadas frequências absolutas e relativas para a análise descritiva, bem como o teste do qui-quadrado para tendência linear e o Teste Exato de Fisher (contagens esperadas menores do que 5). Foram calculadas razões de prevalências brutas com respectivos intervalos de confiança de 95%, por meio da ferramenta online OpenEpi (https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm).

Todos os preceitos éticos que fundamentam estudos com seres humanos foram respeitados e o presente estudo integra o projeto global intitulado “Desenvolvimento e implementação de estratégias de educação permanente com

trabalhadores da rede de atenção à saúde", aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Parecer n.º 5.472.063 de 2022, e registrado sob o CAAE n.º 57836522.9.0000.0021.

RESULTADOS

Participaram do estudo 215 trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde, 47,4% atuavam na Atenção Primária à Saúde, 27,9% na Atenção Terciária e 24,7% na Atenção Secundária. A média de tempo de atuação em anos era de 10,07 anos (DP 7,95). A maioria era do sexo feminino (74,4%), pardo (55,8%) e casado/união estável (61,9%).

A Tabela 2 apresenta as condições de regime laboral e carga horária semanal dos trabalhadores de RAS.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores de RAS. Município do Centro-Oeste, 2022. (n=215)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	160	74,4
Masculino	55	25,6
Raça/cor		
Branca	81	37,7
Pardo	120	55,8
Preto	13	6
Não declarado	1	0,5
Estado civil		
Casado/União estável	133	61,9
Solteiro	64	29,8
Divorciado	16	7,4
Viúvo	2	0,9
Nível de formação		
Ensino Fundamental	3	1,4
Ensino Médio	79	36,7
Ensino Superior	84	39,1
Pós-Graduação	49	22,8

Tabela 2 - Caracterização laboral de trabalhadores de RAS. Município do Centro-Oeste, 2022. (n=215)

Variáveis	N	%
Cargo/Função		
Técnico de enfermagem	42	19,5
Enfermeiro	30	14
Agente comunitário de saúde	29	13,5
Agente de combate a endemias	14	6,5
Auxiliar de consultório dentário	10	4,7
Farmacêutico	9	4,2
Recepcionista	9	4,2
Médico	7	3,3
Gerente	7	3,3
Auxiliar de Serviços gerais	7	3,3
Assistente Administrativo	6	2,8
Outros	45	20,9
Turno de trabalho		
Diurno	182	84,7
Noturno	22	10,2
Não especificado	11	5,1
Carga horária de trabalho		
≤ 30 horas	13	6
36	5	2,3
40	158	73,5
42	13	6
≥ 44	13	6
Não especificado	26	12,1
Regime trabalhista		
Estatutário	110	51,2
Celetista/Contratado	89	41,4
Comissionado	5	2,3
Estagiário	2	0,9
Não especificado	9	4,2

Outros: copeira, auxiliar de cozinha, assistente social, psicólogo, médico veterinário, motorista, fisioterapeuta, contador, departamento de compras, terapeuta ocupacional, educador físico e nutricionista.

A maioria era profissional da enfermagem (19,5%), que trabalhava no período diurno (84,7%), com uma carga horária de 40 horas (73,5%) e no regime estatutário (51,2%) ou celetista/contratado (41,4%). Na Tabela 3, verifica-se a avaliação que os profissionais fizeram acerca dos aspectos inerentes às condições e relações de trabalho.

Tabela 3 - Distribuição das respostas sobre o julgamento dos profissionais acerca de aspectos inerentes às condições e relações de trabalho, conforme o nível de atenção à saúde. Município do Centro-Oeste, 2022. (n=215)

Condições e relações de trabalho	Total		Primária		Secundária		Terciária		p-valor
	P	N	P	N	P	N	P	N	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Tamanho da equipe	138 (64,6)	77 (35,8)	72 (70,6)	30 (29,4)	33 (62,3)	20 (37,7)	33 (55,0)	27 (45,0)	0,044*
RP (IC95%)	-		1,28 (0,98 – 1,66)		1,13 (0,83 – 1,54)		1		
Distribuição de tarefas	136 (63,3)	79 (36,7)	63 (61,8)	39 (38,2)	35 (66,0)	18 (34,0)	38 (63,3)	22 (36,7)	0,803
RP (IC95%)	-		1		1,07 (0,83 – 1,37)		1,02 (0,80 – 1,31)		
Segurança para a execução do trabalho	122 (56,7)	93 (43,3)	49 (48,0)	53 (52,0)	32 (60,4)	21 (39,6)	41 (68,3)	19 (31,7)	0,012*
RP (IC95%)	-		1		1,25 (0,93 – 1,69)		1,42 (1,09 – 1,85)		
Acomodações e mobiliário	91 (42,3)	124 (57,7)	35 (34,3)	67 (65,7)	23 (43,4)	30 (56,6)	33 (55,0)	27 (45,0)	0,011*
RP (IC95%)	-		1		1,26 (0,84 – 1,90)		1,60 (1,12 – 2,28)		
Higiene do ambiente	136 (63,3)	79 (36,7)	51 (50,0)	51 (50,0)	36 (67,9)	17 (32,1)	49 (81,7)	11 (18,3)	<0,001*
RP (IC95%)	-		1		1,36 (1,04 – 1,77)		1,63 (1,30 – 2,05)		
Salário	107 (49,8)	108 (50,2)	55 (53,9)	47 (46,1)	22 (41,5)	31 (58,5)	30 (50,0)	30 (50,0)	0,521
RP (IC95%)	-		1,30 (0,90 – 1,87)		1		1,20 (0,80 – 1,81)		
Medicina do trabalho	102 (47,4)	113 (54,6)	44 (43,1)	58 (56,9)	26 (49,1)	27 (50,9)	32 (53,3)	28 (46,7)	0,227
RP (IC95%)	-		1		1,13 (0,79 – 1,62)		1,23 (0,89 – 1,71)		
Relacionamento com a chefia imediata	174 (80,9)	41 (19,1)	79 (77,5)	23 (22,5)	47 (88,7)	6 (11,3)	48 (80,0)	12 (20,0)	0,609
RP (IC95%)	-		1		1,14 (0,99 – 1,32)		1,03 (0,87 – 1,21)		
Estimulo ao estabelecimento do trabalho	128 (59,5)	87 (40,5)	58 (56,9)	44 (43,1)	33 (62,3)	20 (37,7)	37 (61,7)	23 (38,3)	0,514
RP (IC95%)	-		1		1,09 (0,83 – 1,43)		1,08 (0,83 – 1,41)		
Valorização do trabalho	165 (76,7)	50 (23,3)	70 (68,6)	32 (31,4)	43 (81,1)	10 (18,9)	52 (86,7)	8 (13,3)	0,007*
RP (IC95%)	-		1		1,18 (0,98 – 1,42)		1,26 (1,07 – 1,49)		

Legenda: P – Positivo (Muito bom / bom); N – Negativo (Regular / ruim / muito ruim). *qui-quadrado para tendência linear; RP – Razão de Prevalência; IC95% - Intervalo de Confiança de 95%.

A Atenção Terciária apresentou maior prevalência de avaliações positivas relacionadas à segurança para a execução do trabalho

(p=0,012), higiene do ambiente (p<0,001) e valorização do trabalho (p=0,007), quando comparada à Atenção Primária e Secundária. Houve significância (p=0,044) em respostas positivas nos três níveis de atenção em relação ao tamanho da equipe, com média de 64,6% (Tabela 3). A carga horária de trabalho foi considerada normal pela maioria dos profissionais respondentes (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de respostas sobre condições de trabalho, conforme o nível de atenção à saúde. Município do Centro-Oeste, 2022. (n=215)

Condições de trabalho	Total	Primária	Secundária	Terciária	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Carga horária de trabalho (n=214)					
Alta	57 (26,6)	23 (22,5)	14 (26,4)	20 (33,9)	
Normal	157 (73,4)	79 (77,5)	39 (73,6)	39 (66,1)	0,143
RP (IC95%)	-	1	1,17 (0,65 – 2,08)	1,50 (0,90 – 2,49)	
Atividades de acordo com o cargo					
Sim	188 (87,4)	87 (85,3)	47 (88,7)	54 (90,0)	
Não	27 (12,6)	15 (14,7)	6 (11,3)	6 (10,0)	0,399
RP (IC95%)	-	1	1,04 (0,91 – 1,18)	1,05 (0,94 – 1,18)	
Local para acolher opiniões, reclamações e dificuldades					
Sim	132 (61,4)	62 (60,8)	36 (67,9)	34 (56,7)	
Não	83 (38,6)	40 (39,2)	17 (32,1)	26 (43,3)	0,741
RP (IC95%)	-	1,07 (0,82 – 1,40)	1,20 (0,89 – 1,60)	1	
Utilizar ou indicar o estabelecimento para amigo/parente					
Sim	206 (95,8)	94 (92,2)	53 (100,0)	59 (98,3)	
Não	9 (4,2)	8 (7,8)	-	1 (1,7)	0,046**
RP (IC95%)	-	1	1,08 (1,02 – 1,15)	1,06 (0,99 – 1,14)	
Participação em reuniões					
Sempre	167 (77,7)	91 (89,2)	34 (64,2)	42 (70,0)	
Às vezes/nunca	48 (22,3)	11 (10,8)	19 (35,8)	18 (30,0)	0,002*
RP (IC95%)	-	1,39 (1,12 – 1,72)	1	1,09 (0,84 – 1,41)	
Sentir-se motivado no serviço					
Sempre	77 (35,8)	28 (27,5)	23 (43,4)	26 (43,3)	
Às vezes/nunca	138 (64,2)	74 (72,5)	30 (56,6)	34 (56,7)	0,029*
RP (IC95%)	-	1	1,58 (1,02 – 2,45)	1,57 (1,03 – 2,42)	

Nota: *qui-quadrado de tendência linear; **Teste Exato de Fisher; RP - Razão de Prevalência; IC95% - Intervalo de Confiança de 95%.

Identificou-se associação positiva, com maior frequência de utilização e indicação do estabelecimento de saúde para amigo/parente (p=0,046) e participação em reuniões (p=0,002) em todos os níveis de atenção. Em contraponto, identificou-se a associação na baixa motivação no serviço em todos os níveis de atenção (p = 0,029) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram diferenças nas condições e relações de trabalho percebidas pelos profissionais segundo o nível de atenção à saúde. De modo geral, destacaram-se percepções positivas relacionadas ao tamanho da equipe (p=0,044) e valorização do trabalho (p=0,007) em todos os níveis de atenção. A valorização do trabalho sugere uma boa relação com os supervisores/gestores. Um bom relacionamento com a chefia pode facilitar a comunicação, promover um ambiente de trabalho mais harmonioso e aumentar o comprometimento dos trabalhadores com a instituição. Da mesma forma, a valorização do trabalho é fundamental para que os profissionais se sintam reconhecidos e apreciados, o que pode aumentar a produtividade e a qualidade do atendimento prestado[10].

Em relação ao tamanho da equipe, 64,6% dos participantes apresentaram avaliação positiva. Por outro lado, observou-se diferença entre os níveis de atenção (p=0,044), com maior frequência de respostas positivas entre os profissionais da Atenção Primária. Essa percepção mais favorável pode estar relacionada às diferenças na organização dos processos de trabalho e na composição das equipes nos diferentes pontos dessas redes. Nesse contexto, a literatura frequentemente aponta a sobrecarga de trabalho e o subdimensionamento das equipes no nível hospitalar como problemas que podem comprometer a segurança dos pacientes e a efetividade da assistência[11,12]. Entretanto, como este estudo não realizou o dimensionamento objetivo da força de trabalho, não é possível afirmar que as diferenças observadas decorram de uma maior adequação quantitativa das equipes. Os resultados representam, portanto, a percepção dos trabalhadores sobre a (in)suficiência da equipe para o

desenvolvimento das atividades laborais e a prestação da assistência à saúde.

A literatura aponta o dimensionamento da força de trabalho um desafio para os sistemas de saúde. Estudos de dimensionamento da equipe de enfermagem são frequentes e apontam para o déficit de profissionais da classe em diferentes contextos. No Brasil, a discussão sobre o dimensionamento de enfermagem ainda é objeto de intensos debates, sobretudo porque não há uma lei que obrigue as instituições de saúde a seguirem as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), lacuna explicada pela hierarquia normativa vigente no ordenamento jurídico brasileiro[13]. Nesse sentido, a Resolução do COFEN n.º 743 de 12 de março de 2024 que direcionava o dimensionamento de pessoal de enfermagem foi revogada e resultou no Parecer Normativo n.º 1/2024/COFEN, no qual recomenda parâmetros para o planejamento da força de trabalho de enfermagem sob responsabilidade do enfermeiro. Entretanto, esses movimentos podem ser considerados um retrocesso na busca em assegurar condições de trabalho a categoria profissional. Mais do que interpretar essas mudanças normativas como determinantes dos resultados encontrados, é importante considerar que alterações nos referenciais para o planejamento da força de trabalho podem repercutir sobre a forma como os serviços organizam seus recursos humanos e, consequentemente, sobre a percepção dos profissionais acerca da suficiência das equipes.

Estudos nacionais[14] e internacionais[15-17] evidenciam os efeitos do dimensionamento adequado da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente, evidenciando impactos positivos quando implementados corretamente e negativos em casos de subdimensionamento. Além disso, um estudo realizado e um serviço de APS[14] de São Paulo, evidenciou que as unidades básicas de saúde (UBS) enfrentam alta pressão de trabalho e número insuficiente de profissionais de enfermagem para atender à demanda real[14]. Complementarmente, uma revisão sistemática evidenciou que o aumento da equipe de enfermagem está associado à redução da mortalidade entre pacientes hospitalizados, o que ressalta a importância estratégica do

dimensionamento seguro da força de trabalho[18-20]. Dessa forma, embora o presente estudo não permita avaliar diretamente a adequação do dimensionamento, a diferença observada na percepção sobre o tamanho das equipes reforça a importância de que a gestão da força de trabalho considere as características, demandas e processos de trabalho específicos de cada nível de atenção.

A avaliação positiva quanto à segurança para a execução do trabalho foi de 48,0% na APS, 60,4% na Atenção Secundária e 68,3% na Atenção Terciária (p=0,012). Em comparação com a APS, a prevalência de avaliações positivas foi 25% maior na Atenção Secundária (RP=1,25; IC95% 0,93–1,69) e 42% maior na Atenção Terciária (RP=1,42; IC95% 1,09–1,85). Ainda, as acomodações e mobiliário tiveram piores avaliações na Atenção Primária e na Atenção Secundária (p=0,011). Embora isso possa ser reflexo de uma melhor infraestrutura e recursos na Atenção Terciária, também aponta para a necessidade de melhorias e evidencia uma carência de investimentos nesses aspectos na APS. Condições inadequadas de trabalho podem afetar tanto a saúde física quanto a mental dos trabalhadores, além de impactar negativamente a qualidade do atendimento prestado[18-20].

A higiene do ambiente foi a dimensão que apresentou a maior diferença entre os níveis de atenção. A avaliação positiva foi registrada por 50,0% dos profissionais da APS, 67,9% da Atenção Secundária e 81,7% da Atenção Terciária (p<0,001). A prevalência de avaliações positivas foi 36% maior na Atenção Secundária (RP=1,36; IC95% 1,04–1,77) e 63% maior na Atenção Terciária (RP=1,63; IC95% 1,30–2,05) em comparação à APS. A diferença observada é relevante porque condições ambientais inadequadas podem produzir repercussões na saúde do trabalhador e na qualidade da assistência. Nesse sentido, um estudo realizado com profissionais da APS no Níger, na África, obteve relatos negativos sobre os efeitos das condições de trabalho sobre o bem-estar físico, mental, social e econômico dos profissionais de saúde. Como exemplo, os participantes apontaram a exposição a patógenos, estresse e insatisfação, que se sentiam desvalorizados e envergonhados quando o serviço

estava sujo, o que gerava confrontos verbais com pacientes e despesa do próprio bolso para compra de suprimentos básicos como sabão ou EPI[20].

No contexto brasileiro, as condições de trabalho devem ser compreendidas considerando os desafios históricos relacionados ao financiamento e manutenção da infraestrutura do SUS. O SUS é uma das maiores conquistas sociais do país; entretanto, enfrenta um processo contínuo de sucateamento, comprometendo a garantia de acesso universal, equitativo e integral à saúde. Esse processo é marcado por um subfinanciamento crônico, agravado pela Emenda Constitucional (EC) n.º 95/2016, que limitou por duas décadas os investimentos públicos, impactando diretamente a qualidade da assistência oferecida[21]. A literatura aponta que restrições no financiamento público podem repercutir sobre a capacidade de manutenção e expansão das políticas e serviços de saúde[22-23]. Nesse sentido, os resultados deste estudo reforçam a necessidade de investimentos que considerem as condições concretas de funcionamento dos serviços.

Também foram identificadas associações significativas entre o nível de atenção e a participação em reuniões (p=0,002), bem como entre o nível de atenção e a recomendação do local de trabalho a terceiros (p=0,046). A participação em reuniões "sempre" foi relatada por 89,2% dos profissionais da APS, 64,2% da Atenção Secundária e 70,0% da Atenção Terciária. A participação em reuniões pode indicar que os profissionais consideraram que há um local para expressar opiniões, reclamações e dificuldades. A comunicação entre profissionais e a chefia é fator primordial para a construção de um ambiente de trabalho colaborativo, que garanta a qualidade da assistência prestada. Estudos destacam que líderes que mantêm uma comunicação clara e empática fortalecem os vínculos com a equipe, promovem a resolução de conflitos e incentivam a participação ativa dos profissionais nas decisões, o que contribui para a satisfação no trabalho e a segurança do paciente[24,25].

Uma revisão sistemática apontou o assédio moral como um dos fatores para desenvolver danos físicos, emocionais, psicológicos, medo e baixa autoestima no ambiente

de trabalho[26]. Portanto, uma liderança qualificada não apenas favorece uma comunicação mais efetiva, mas também contribui para a construção de um ambiente de trabalho positivo, o que reduz comportamentos negativos, tensões mentais e físicas relacionadas ao trabalho[27].

Outro resultado relevante foi a elevada proporção de profissionais que afirmaram utilizar ou indicar o estabelecimento de saúde para familiares ou amigos. Essa resposta foi positiva para 95,8% dos participantes, sendo de 92,2% na APS, 100,0% na Atenção Secundária e 98,3% na Atenção Terciária, com diferença estatisticamente significativa (p=0,046). Embora esse indicador apresente elevada frequência de respostas positivas nos três níveis, sua interpretação requer cautela. A disposição para indicar ou utilizar o próprio estabelecimento pode refletir uma avaliação global favorável do serviço, mas também pode ser influenciada por fatores não investigados, como vínculo profissional, confiança na equipe, disponibilidade de serviços e características da população atendida. Portanto, o resultado pode ser utilizado como indicador complementar da percepção dos trabalhadores sobre o serviço, sem ser interpretado como medida isolada da qualidade assistencial.

Em contraste com as avaliações predominantemente positivas, observadas em alguns pontos das condições e relações de trabalho, a motivação apresentou o resultado menos favorável. Apenas 35,8% dos participantes relataram sentir-se motivados “sempre” no serviço, enquanto 64,2% responderam “às vezes/nunca”. A diferença entre os níveis de atenção foi estatisticamente significativa (p=0,029): a resposta “sempre” foi observada em 27,5% dos profissionais da APS, 43,4% da Atenção Secundária e 43,3% da Atenção Terciária. Essa dissociação entre a percepção positiva da valorização do trabalho e a percepção negativa da motivação sugere que esta pode ser influenciada por um conjunto mais amplo de fatores, que não se restringem às relações imediatas de trabalho.

Um estudo realizado na Etiópia com agentes de extensão na comunidade apontou uma baixa satisfação com o trabalho, influenciada por fatores como

educação permanente limitada e poucas oportunidades de avanço na carreira[27]. Isso pode ser um indicativo de que, apesar de haver estruturas para suporte e comunicação, a motivação no trabalho é impactada por outros fatores, como a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos[1,20,28]. A literatura destaca que a motivação é um fator-chave para a produtividade e a qualidade do serviço, e que a sua falta pode levar a um aumento na rotatividade de funcionários e a uma diminuição na qualidade do atendimento[28,29]. Nesse sentido, o achado observado nos três níveis de atenção indica a necessidade de que a gestão considere estratégias de reconhecimento, desenvolvimento profissional, participação e melhoria das condições de trabalho de maneira articulada, em vez de concentrar as intervenções exclusivamente na dimensão das relações hierárquicas.

Como limitações do estudo, destaca-se o delineamento transversal e o fato de que os instrumentos não possuem ponto de corte, o que impossibilita estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Além disso, a ausência de um teste-piloto e a coleta de dados por meio de autorrelato podem estar sujeitas a vieses de percepção e desejabilidade social. Outro ponto de limitação é a complexidade de se discutir um universo que envolve os três níveis de atenção e distintos perfis de formação. Entretanto, esses aspectos não comprometem a relevância dos resultados, uma vez que o estudo oferece uma análise comparativa inédita das condições e relações de trabalho entre os diferentes níveis de atenção à saúde no contexto da Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para o avanço do conhecimento ao evidenciar desigualdades estruturais e organizacionais.

CONCLUSÃO

A percepção dos trabalhadores de saúde sobre as suas condições e relações de trabalho apresentou diferenças significativas entre os níveis de atenção na segurança para a execução do trabalho e a higiene do ambiente. Obteve-se consenso sobre o tamanho da equipe, valorização positiva do trabalho e a pouca motivação no trabalho, o que pode subsidiar estratégias de melhoria do ambiente de trabalho e assim, refletir na qualidade do cuidado.

Os achados evidenciam a necessidade de investimentos estruturais e organizacionais, especialmente na Atenção Primária e na Atenção Secundária, visando à promoção de ambientes de trabalho mais seguros e adequados. Os resultados podem subsidiar ações de gestão, vigilância em saúde do trabalhador e reorganização dos processos de trabalho, sendo aplicáveis a contextos semelhantes, como municípios de pequeno porte. Recomenda-se que estudos futuros adotem delineamentos longitudinais e abordagens qualitativas para aprofundar a compreensão dos fatores associados à motivação e à segurança no trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Faria H, Werneck MAF, Santos MA, Teixeira PF. Processo de trabalho em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2009.
2. Machado MH, Campos F, Haddad AE, Santos Neto PM, Machado AV, Santana VGD, et al. Transformations in the world of healthcare work: workers and future challenges. Cienc Saude Colet. 2023; 28(10):2773-84.
3. Pereira ALL, Santos JC, Moccellin AS, Siqueira RL. Interprofessional communication as an important tool of the work process in primary health care. Res Soc Dev. 2021; 10(10):e338101018942.
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Resolução Normativa nº 506, de 30 de março de 2022. Brasília: ANS; 2022.
5. Rodrigues SMSS, Monteiro PF, Araujo TS, Teles WS, Silva MC, Torres RC, et al. The quality of nursing services against the overload of work: challenges and possibilities. Braz J Health Rev. 2021; 4(6):26686-702.
6. Backes MTS, Higashi GDC, Damiani PR, Mendes JS, Sampaio LS, Soares GL. Working conditions of nursing professionals in coping with the COVID-19 pandemic. Rev Gaucha Enferm. 2021; 42(spe):e20200339.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
8. Pereira AB, Martins JT, Ribeiro RP, Galdino MJQ, Carreira L, Karino ME, et al. Work weaknesses and potentials: perception of mobile

emergency service nurses. Rev Bras Enferm. 2020; 73(5):e20180926.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) 2004-2005 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

10. Tiwari R, Gupta V, Razeen M, Aghin M, Gourisaria H, Agarwal S. Relationship between job satisfaction and work motivation in the IT industry. Int J Res Appl Sci Eng Technol. 2023; 11(1):1-7.

11. Schmutz J, Meier L, Manser T. How effective is teamwork really? Relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2019; 9:e028280.

12. Stevens E, Hulme A, Salmon P. Impact of power on healthcare team performance and patient safety: a review of the literature. Ergonomics. 2021; 64(9):1072-90.

13. Carvalho DS, Nascimento EPL, Carmona SAMLD, Barthmann VMC, Lopes MHP, Moraes JC. Planning and sizing of the health workforce in Brazil: advances and challenges. Saude Debate. 2022; 46(135):1215-37.

14. Bonfim D, Laus AM, Leal AE, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Application of the workload indicators of staffing need method to predict nursing human resources at a family health service. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016; 24:e2683.

15. Dall'Ora C, Saville C, Rubbo B, Turner L, Jones J, Griffiths P. Nurse staffing levels and patient outcomes: a systematic review of longitudinal studies. Int J Nurs Stud. 2022; 134:104311.

16. Twigg DE, Whitehead L, Doleman G, El-Zaemey S. Impact of nurse staffing methodologies on nurse and patient outcomes: a systematic review. J Adv Nurs. 2021; 77(12):4599-611.

17. Zeleníková R, Jarošová D, Polanská A, Mynaříková E. Implicit rationing of nursing care reported by nurses from different hospital units. J Clin Nurs. 2023; 32(15-16):4962-71.

18. Lin R, Lin Y, Hsia Y, Kuo C. Long working hours and burnout in healthcare workers: dose-response relationship mediated by sleep hours. J Occup Health. 2021; 63:e12228.

19. Rokach A, Patel K. Coping with burnout in the healthcare field. OBM Integr Complement Med. 2023; 8(1):1-12.

20. Anderson D, Mahamane E, Bauza V, Mahamadou K, Tantum L, Salzberg A. Effects of environmental conditions on healthcare worker wellbeing and quality of care. PLoS Glob Public Health. 2023; 3:e0001309.

21. Funcia FR. Underfunding and federal budget of SUS: preliminary references for additional resource allocation. Cienc Saude Colet. 2019; 24(12):4405-15.

22. Paim JS. Sistema Único de Saúde aos 30 anos. Cienc Saude Colet. 2018; 23(6):1723-28.

23. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. Lancet. 2019; 394(10195):345-56.

24. Mattos JCO, Balsanelli AP. Nurses' leadership in primary health care: an integrative review. Enferm Foco. 2019; 10(4):164-71.

25. Silva GK, Scherer KES, Almeida MLL. Challenges of nurse leadership in a health crisis context in an international border locality. Cogitare Enferm. 2025; 30:e95724.

26. Shorey S, Wong PZE. Nurses' experiences of workplace bullying: implications for nursing practice. J Adv Nurs. 2021; 77(11):4306-20.

27. Sasso L, Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Aleo G, Watson R, et al. Push and pull factors of nurses' intention to leave. J Nurs Manag. 2019; 27(5):946-54.

28. Fahriana C. Influence of work motivation on employee performance. Asian J Econ Bus Manage. 2022; 1(3):237-43.

29. Alanizan S. How does employee satisfaction and motivation affect productivity? Int J Bus Manag. 2023; 18(2):55-62.

Financiamento: Os autores declaram que não houve financiamento.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Participação dos autores:

- **Concepção:** Matos HF, Ali El Akra NM, Arruda GO, Silva NG, Lopes APAT, Souza VS.
- **Desenvolvimento:** Matos HF, Ali El Akra NM, Arruda GO, Silva NG, Lopes APAT, Souza VS.
- **Redação e revisão:** Matos HF, Ali El Akra NM, Arruda GO, Silva NG, Lopes APAT, Souza VS.

Submissão: 22/12/2025
Aceito: 26/05/2026