UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Ambiente

Paulo Filipe de Mello

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Diamantina
2018

Paulo Filipe de Mello

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Aline de Andrade
Coorientadora: Profa. Dra. Ana Catarina Perez Dias

Diamantina
2018

Ficha Catalográfica
Preparada pelo Serviço de Biblioteca/UFVJM
Bibliotecário responsável: Gilson Rodrigues Horta – CRB6 nº 3104

M527a
2018

Mello, Paulo Filipe de.
Avaliação da satisfação dos profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. / Paulo Filipe de Mello. Diamantina, 2018.
90 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Ambiente, 2018.

Orientador: Profª. Drª. Renata Aline de Andrade.
Coorientador: Profª. Drª. Ana Catarina Perez Dias.

1. Atenção primária à saúde. 2. Programa Mais Médicos. 3. Representação Social. 4. Satisfação no emprego. I. Título.

CDD: 610

Avaliação da Satisfação dos Profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Dissertação apresentada ao MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE, nivel de MESTRADO, como parte dos requisitos para obtenção do título de MAGISTER SCIENTIAE EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE.

Orientador (a): Profa. Dra. Renata Aline de Andrade
Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Catarina Perez Dias

Data da aprovação 20/09/2018

Prof.ª Dr.ª Renata Aline de Andrade (UFVJM)

Prof.ª Dr.ª Ana Catarina Perez Dias (UFVJM)

Prof.ª. Dr.ª Rosana Passos Cambraia (UFVJM)

Prof.ª Dr.ª Rúbia Lúcia Oliveira (UFVJM)

Prof. Dr. Álvaro Dutra de Carvalho Júnior

Diamantina

AGRADECIMENTOS

Sempre pensei que essa seria a parte mais desafiadora para se escrever de uma dissertação, pois tudo que sou e serei, só é possível pelos diversos anjos em forma de pessoas que sempre estiveram presentes nos momentos mais diversos ao longo de minha vida.

Agradeço a Força Maior que coordena tudo no universo, por possibilitar minha caminhada na jornada da vida e propiciar tranquilidade para seguir em frente com os meus sonhos e não desanimar com os obstáculos presentes na vida.

Minha mãe, Marli Aparecida de Mello, por estar presente em todos os momentos da minha vida. A quem eu devo e agradeço o dom da vida. Muito obrigado por ajudar a tornar meus sonhos realidade, pelas palavras de motivação e esforço pessoal para me ajudar.

Aos meus irmãos Jeferson, Guttardo e Gabriel por estarem presentes em minha vida e contribuírem para o meu amadurecimento.

A minha avó Maria Lúcia Neves de Mello, que desde a minha mais tenra idade me ajudou de formas possíveis, visíveis e invisíveis a ser uma pessoa melhor.

Aos meus tios Paulo Moises de Melo e Andreza Melo, por sempre estarem presentes em minha vida. Obrigado por me acolherem como um filho. Serei sempre agradecido a vocês pelos ensinamentos, incentivos e exemplo de luta, que sem os quais sei que não seria possível estar vivenciando esse e outros momentos de minha vida. Aos meus primos Bia, Paulinho e Maria Paula, por alegrarem mais os meus dias.

Aos meus tios Carlos Alberto de Melo e Delziete Campelo Melo, obrigado pelo carinho e amor que sempre tiveram por mim. Faltam adjetivos que eu possa usar para falar do meu amor por vocês. Obrigado por me darem as mãos nos momentos difíceis e ajudar a tornar mais fácil a travessia pelas águas conturbadas da vida. Guardo com muito amor cada palavra dita, sorriso dado e esperança implantada no fundo de minha alma. Agradeço ainda minhas primas Carol e Mara por alegrarem mais os meus dias e proporcionarem reflexões tão necessárias para a vida.

A minha Orientadora e Amiga Professora Dra. Renata Aline de Andrade, por todo o aprendizado teórico e pessoal proporcionado ao longo dessa jornada. Você representa para mim muito mais que uma orientadora ou professora, é antes de tudo também uma companheira, amiga, mãe e um anjo materializado. Como amiga, sempre estiveste presente e disponível para ouvir minhas dúvidas, dando-me a liberdade para falar sobre meus anseios e medos. Você me acolheu de forma maternal, sendo solidária a problemas que ultrapassavam o universo estudantil. Como orientadora e professora, é meu exemplo profissional a ser seguido ao longo de minha carreira e uma das minhas motivações para seguir carreira na docência. Com carinho, me fez enxergar a vida por outras perspectivas e a não ter medo de sonhar e ser feliz! Muito obrigado pela oportunidade de ter sido seu orientando.

A minha Coorientadora Professora Ana Catarina Perez Dias, que aceitou de bom grado a tarefa de ser minha coorientadora. Admiro profundamente a sua luta em prol dos direitos humanos e a forma com a qual é capaz de sensibilizar os que estão a sua volta.

Ao estimado Amigo Elizeu de Castro Pires, que ao longo dessa jornada me ajudou de forma singular a tornar o sonho de realizar o mestrado em uma realidade. Admiro muito todo seu esforço, luta e zelo profissional.

As Professoras Nadja Murta e Rosana Cambraia, pelos ensinamentos proporcionados ao longo do curso e as reflexões transformadoras que ultrapassam o ambiente acadêmico.

As minhas amigas Josiane Nascimento e Jessica Aline, por sonharem comigo até nos momentos mais difíceis. Por mostrar que família está para além dos laços sanguíneos e que a distância não separa a verdadeira amizade.

As minhas amigas Ana Elisa e Amanda Murta, muito obrigado pela caminhada juntos nessa empreitada e toda a força dada. A minha amiga Juliana Nobre obrigado pelo companheirismo de sempre, por mostrar que a vida pode ser vivida de forma mais leve, tenho grande admiração por você.

A minha amiga e terapeuta Maria Bernadete, muito obrigado por acreditar no meu potencial, dar colo quando necessário, chamar para a realidade quando preciso e por lançar luz nas noites escuras que não me permitiam vislumbrar que um dia o sol nasce...

Aos meus eternos mestres e amigos Marcio Cardoso e Aparecida Veloso, que mostram que o verdadeiro ensinamento da vida está para além das páginas dos livros. Obrigado por acreditarem nos meus sonhos antes mesmo que eu conseguisse sonhar.

A banca examinadora, formada pelos professores Álvaro Dutra de Carvalho Junior, Rosana Passos Cambraia e Rúbia Lúcia Oliveira, que prontamente aceitaram o convite para compor a banca de defesa, fico feliz por terem aceitado participar e contribuírem para o meu processo de formação.

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Ambiente sob a atual Coordenação dos professores Dr. Herton Helder Rocha Pires e Rosane Luiza de Souza Morais. Tenho profunda admiração pelo trabalho que exercem com zelo e carinho. Agradeço ainda pela aquisição do DSCsoft® versão2.0, que possibilitou a construção e análise dos dados desta pesquisa, por meio da taxa de bancada da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), gerido pela Fundaepe/UFVJM.

Agradeço ainda de forma especial ao Presidente Lula e a Presidenta Dilma, por possibilitarem que meus sonhos se tornassem realidade. Por ajudar a minimizar as desigualdades históricas do Brasil e pelo olhar carinhoso e de investimento para com as universidades públicas do nosso país. Sei o quanto a "casa grande" se incomoda ao ver a quebra das correntes invisíveis e mascaradas na meritocracia, que antes acorrentavam e limitavam o povo de uma nação inteira de sonhar, ser feliz e ter as mesmas oportunidades.

A Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) pela gestão dos cursos de Pós-Graduação na UFVJM.

Aos médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil, que participaram da pesquisa e possibilitaram as discussões no campo da satisfação e insatisfação no trabalho na Atenção Primária à Saúde.

E por fim agradeço a todas aquelas pessoas que de uma forma direta ou indireta estiveram ou estão presentes em minha vida e possibilitaram a realização desse sonho!

RESUMO

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi implementado pelo Governo Federal no Brasil, nas regiões do Vales do Jequitinhonha e Mucuri a partir de 2013. O processo de satisfação dos profissionais médicos na prestação de serviço é influenciado por diversos fatores. O conhecimento desses fatores merece destaque, pois relaciona com o melhor desempenho profissional, com a permanência desses profissionais nas Unidades Básicas de Saúde, e direcionamento dos processos que devem ser melhorados nas Estratégias de Saúde da Família e no próprio Programa Mais Médicos para o Brasil. O objetivo da presente pesquisa foi avaliar a satisfação dos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Trata-se de um estudo baseado na investigação do tipo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa de opinião, com a utilização de questionário semiestruturado sobre as representações sociais nos discursos de médicos participantes do programa. O estudo utiliza dados secundários gerados da dissertação de mestrado defendida em 2017 no Programa de Pós-Graduação Profissional Interdisciplinar Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. No que se refere ao perfil sociodemográfico dos médicos atuantes no PMMB nas regiões dos Vales do Jequitinhonha e Vale do Mucuri, foram verificados um predomínio de profissionais do gênero feminino (69%), em sua maioria casados (46,6%), que possuem 1 a 3 filhos (72,2%), atuantes na zona rural (73,3%), que cursaram medicina em instituições públicas (93,3%), de nacionalidade cubana (85,5%), que se formaram de 5 a 24 anos (70%) e que possuem especialização como nível de formação (91,1%). Os discursos do sujeito coletivo elaborados com as representações sociais dos participantes apontam fatores associados como a satisfação no trabalho, o reconhecimento da população, realização do trabalho para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, estrutura adequada da Atenção Primária à Saúde, aporte suficiente de insumos para realização do trabalho e a própria satisfação na realização do trabalho com o qual se identificam. Quanto aos fatores associados com a insatisfação no trabalho, os discursos apontam para falhas organizacionais do serviço, falta de harmonia no trabalho em equipe, estrutura inadequada para o atendimento, falta de insumos para o trabalho, dificuldade de encaminhamento dos pacientes na Rede de Atenção Saúde e recebimento de uma contrarreferência dos encaminhamentos, além de limitação pessoal como a barreira do idioma. Os resultados alcançados nessa pesquisa permitem a visualização de questões importantes relacionadas com a satisfação e insatisfação dos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil e, desta forma, subsidiam ações mais efetivas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Programa Mais Médicos; Representação Social; Satisfação no Emprego

ABSTRACT

More Doctors Program for Brazil was implemented by the Federal Government in the regions of the Jequitinhonha and Mucuri Valleys from 2013. The process of satisfaction of medical professionals in the provision of service is influenced by several factors. The knowledge of these factors deserves to be highlighted, as it relates to the better professional performance, the permanence of these professionals in the Basic Health Units, and the direction of the processes that must be improved in the Family Health Strategies and in the More Doctors Program for Brazil. The objective of the present research was to evaluate the satisfaction of physicians of the Program More Doctors for Brazil in the Jequitinhonha and Mucuri Valleys. It is a study based on the exploratory, descriptive, qualitative and quantitative opinion-based research, with the use of a semi-structured questionnaire on social representations in the speeches of physicians participating in the program. The study uses secondary data generated from the master's dissertation defended in 2017 in the Programa de Pós-Graduação Profissional Interdisciplinar Saúde, Sociedade e Ambiente of the Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Concerning the sociodemographic profile of physicians working in the More Doctors Program for Brazil in the regions of the Jequitinhonha and Vale do Mucuri Valleys, a predominance of female professionals (69%), mostly married (46.6%), working in a rural area (73.3%), who studied medicine in a public institution (93.3%), Cuban nationals (85.5%), who graduated from 5 to 24 years (70%) and who have specialization as a training level (91.1%). The Discourse of the Collective Subject elaborated with the social representations of the participants point to associated factors such as job satisfaction such as recognition of the population, accomplishment of work for the improvement of life and health of the population, adequate structure of the Primary Health Care, sufficient input of work inputs and satisfaction in carrying out the work with which they identify. As for the factors associated with job dissatisfaction, the discourses point to organizational failures of the service, lack of teamwork, inadequate structure for care, lack of inputs to work, difficulty in referring patients to the Primary Health Network and receiving a counter referrals and personal limitation as the language barrier. The results obtained in this research allow us to visualize important questions related to the satisfaction and dissatisfaction of the doctors of the More Doctors Program for Brazil and, in this way, to subsidize effective actions in the scope of Primary Health Care.

Key words: Job Satisfaction; More Doctors Program; Primary Health Care; Social Representation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Municípios que compõem o Vale do Jequitinhonha – área/população, 2018.....27
Quadro 2 – Municípios que compõem o Vale do Mucuri – área/população, 2018.....29
Quadro 3 – Distribuição das categorias apresentadas na pergunta 1, Diamantina (MG), (n=80), 2018.....48
Figura 1 – Distribuição das categorias/representações de respostas pela frequência de ideias à pergunta número 1 (n = 80), Diamantina, 2018.....48
Quadro 4 – Distribuição das categorias apresentadas na pergunta 2, Diamantina (MG), (n=80), 2018.....54
Figura 2 – Distribuição das categorias/representações de respostas pela frequência de ideias à pergunta número 2 (n = 80), Diamantina, 2018.....55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos médicos do PMMB nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (n=90), 2018.....46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CISAJE – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ECH – Expressão Chave

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IC – Ideia Central

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IES – Instituição de Ensino Superior

MG – Minas Gerais

MP – Medida Provisória

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan–Americana de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização de Saneamento

PISUS – Programa de Interiorização do Trabalho no Sistema Único de Saúde

PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil

PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RHWA – *Rural Health Workforce Australia*

RS – Representação Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TCU – Tribunal de Contas da União

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19

2 REVISÃO DA LITERATURA.....23
2.1 Programa Mais Médicos para o Brasil 23
2.2 Vale do Jequitinhonha.....23
2.3 Vale do Mucuri.....26
2.4 Satisfação no trabalho.....28
2.5 Representação Social e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).....32

3 OBJETIVOS.....37
3.1 Objetivo geral.....37
3.2 Objetivos específicos.....37

4 METODOLOGIA.....39
4.1 Tipo de estudo.....39
4.2 Local do Estudo.....39
4.3 Identificação dos municípios contemplados com o PMMB.....39
4.4 População de Estudo.....40
4.5 Critérios de inclusão.....41
4.6 Critérios de exclusão.....41
4.7 Procedimentos teóricos/metodológicos.....41
4.8 Estratégias para análise qualitativa e quantitativa dos discursos.....42

5 RESULTADOS.....45
5.1 Caracterização da Amostra.....45
5.2 Representações Sociais a partir dos Discursos dos Sujeitos Coletivos.....47

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....63

REFERÊNCIAS.....65

ANEXOS.....75

Anexo A.....75

Anexo B.....77

Anexo C.....78

Anexo D.....79

1 INTRODUÇÃO

Observa-se, que a maioria dos países apresentam escassez de médicos e um cenário de desigualdade no que se refere à fixação e distribuição de profissionais médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) (WHO, 2010). Vivemos situação similar no Brasil, onde os estudos evidenciam a falta de profissionais médicos e a existência cenários completamente desassistidos pelos serviços de saúde (CAMPOS, MACHADO, GIRARDI, 2009; EPSM, 2014; FGV, 2008; GIRARDI *et al*., 2011; MOOSA *et al.*, 2014).

De uma maneira geral, os médicos tendem a se concentrar nos grandes centros, devido a preferência em fixar-se em cidades de grande porte e em centros economicamente desenvolvidos, uma vez que há maior número de ofertas, oportunidades profissionais, educacionais, acesso às questões relacionadas ao lazer para o profissional e seus dependentes (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; GIRARDI *et al*., 2011).

Entretanto a população das pequenas cidades, áreas rurais e as comunidades carentes tendem a ficar desassistidas. Governos de vários países têm desenvolvido políticas e estratégias para procurar minimizar esse problema, contudo o mesmo ainda persiste em várias regiões (CAMPOS, MACHADO, GIRARDI, 2009; MOOSA *et al.*, 2014).

No Canadá o programa *Underserviced Area Program,* apresenta grande importância no processo de alocação de profissionais e direcionamento de recursos financeiros, destinados para auxílio de comunidades carentes com a oferta de assistência de profissionais da área de saúde, em especial o profissional médico (GAO, 2006).

Similarmente, a Austrália também lida com a escassez de profissional médico em áreas rurais e remotas. Segundo o *Rural Health Workforce Australia* (RHWA), em 2015, foram recrutados 549 profissionais de saúde para trabalhar em localidades rurais e nos serviços médicos aborígines (RHW, 2016).

No Brasil, ocorre uma discrepância da relação de médicos/mil habitantes entre os estados e grandes centros. Ressalta-se ainda a carência na oferta de médicos, principalmente nas áreas consideradas remotas e vulneráveis, situações essas que podem dificultar o trabalho e a universalização da saúde de maneira integral. No ano de 2010, os dados revelavam a taxa de 1,91 médicos por cada mil habitantes, valor esse inferior ao de outros países como Espanha (3,8) e Estado Unidos da América (2,5) (CREMESP, 2015).

Distintas iniciativas já tiveram o propósito de fixar e atrair profissionais da área da saúde em regiões afastadas dos grandes centros populacionais. No Brasil, no ano de 1976 foi proposto o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1993 o

Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e em 2001 o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (CARVALHO; SOUSA, 2013).

Por meio o PITS o governo federal ofereceu incentivo de bolsas paras profissionais e formação profissional, como a tutoria e supervisão continuada e semipresencial contratadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Foram ofertados ainda cursos autoinstrucionais, curso introdutório do Programa de Saúde da Família (PSF), curso de especialização em saúde da família, seguro de vida e acidentes pessoais, moradia, alimentação, transporte e certificação, como formas de incentivo para a atrair e fixar esses profissionais (CARVALHO; SOUSA, 2013).

No ano de 2011 teve início o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Entre 2011 e 2013 houve um aumento importante na contratação dos médicos que passou a não ser feita mais pelo município, passando a ser de responsabilidade do Governo Federal. Mesmo assim, a participação dos profissionais médicos no PROVAB ainda estava muito longe das necessidades locais ou regionais (CARVALHO; SOUSA, 2013; OLIVEIRA *et al*., 2014).

Já em outubro de 2013, por iniciativa do Governo Federal foi criado o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com a finalidade de acrescentar o quantitativo de profissionais médicos, em especial nas localidades de acesso dificultado e de maior carência, para assim ser possível modificar positivamente a oferta de serviços médicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) destas regiões (BRASIL, 2015a).

Com a criação do PMMB foi possível a contratação de 14.462 médicos, brasileiros e estrangeiros, para 3.785 municípios em julho de 2014. Com essa medida o número de municípios com a carência de profissionais de médicos diminuiu, caindo de 1.200, em março de 2013, para 558 em setembro de 2014, processo esse que significa uma redução de 53,5% (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Apesar do Programa ainda se encontrar em implantação/desenvolvimento, o relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) divulgado em 2014 indicava que o PMMB fez aumentar em 33% o atendimento médico, para 32% o acompanhamento e visitas às famílias e aumentou os serviços de saúde ofertados na APS (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Ao analisar todas as medidas desenvolvidas para a solução da escassez de médicos no APS, o PMMB foi a política de Estado que possibilitou a contratação de um maior número de médicos para as regiões antes necessitadas e com carência da atuação de tal profissional (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; GIRARDI *et al.*, 2011).

Desta forma as pesquisas que possam destacar a relevância do desenvolvimento do Programa tornam-se importantes para um maior entendimento do mesmo no cenário da saúde pública brasileira. Avaliar o desempenho dos sistemas de saúde e dos profissionais que nele trabalham é de grande importância, pois permite monitorar o processo de implantação de políticas e a visibilidade de pontos frágeis e pontos que devem ser multiplicados e reforçados dentro do processo de implantação (HURST, 2002).

A satisfação dos médicos no PMMB em seu ambiente de trabalho é ainda mais importante que o quantitativo presente. Nesse sentido, diversos são os fatores que podem interferir no grau de satisfação e fixação destes profissionais nos serviços da APS (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; MOOSA *et al.*, 2014).

Na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde encontra-se como pressuposto "respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais". Destacando dessa forma a necessidade de pesquisar o processo de implementação e desenvolvimento de políticas sociais em áreas prioritárias do Brasil, como o PMMB nas regiões do Vale do Jequitinhonha e Mucuri (BRASIL, 2015b).

O PMMB tem possibilitado de forma particular a ajudar a viabilizar o direito à saúde e à redução dos processos excludentes em saúde. Caracterizando-se como um Programa que possui uma potencialidade de modificar positivamente a forma de oferta da assistência médica em regiões necessitadas do Brasil (LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015; STRALEN *et al.*, 2017).

Porém, para que o Programa tenha sucesso e alcance os seus objetivos propostos, é necessário avaliá-lo de maneira constante, de forma que possa ser identificado os pontos frágeis que devem ser trabalhados e as potencialidades que podem ser maximizadas. Dessa forma, a presente pesquisa buscou investigar a satisfação no trabalho dos médicos do PMMB

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Programa Mais Médicos Para o Brasil

O Programa Mais Médicos foi criado pela Medida Provisória (MP) nº 621, de 08 de julho de 2013 e também pela Portaria Interministerial - Saúde e Educação, publicada na mesma data e a MP foi convertida na lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a). O Programa Mais Médicos (PMM) tem os seguintes objetivos:

> I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
> II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
> III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
> IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
> V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
> VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
> VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
> VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. (BRASIL, 2013, p. 1).

O PMM é dividido em três grandes eixos: Provimento Emergencial, Infraestrutura e Formação Médica. O Provimento Emergencial, chamado de Projeto Mais Médicos para o Brasil, é o eixo que apresenta uma maior visibilidade, devido as repercussões políticas que foram geradas. No eixo Infraestrutura, são apresentadas ações para o repasse de recurso para reforma e construção de Unidades Básicas de Saúde. Já no eixo Formação Médica, versa no processo de Reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, com a regulamentação para a criação de novos cursos de medicina e a interiorização do ensino (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

O eixo educacional do PMM, visa ampliar a oferta das vagas para a entrada em cursos de medicina e na especialidade na modalidade residência médica, através da implementação das novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina, que propõe parâmetros novos para o processo de formação médica e de especialista para atender as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015a; LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016).

O eixo emergencial de provimento de médicos, tem por finalidade o prover profissionais médicos para trabalharem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou em outros

locais previstos pela APS, para reduzir a escassez de médicos e facilitar o acesso à saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

O processo de recrutamento dos médicos se dá através de editais nacionais específicos, nos quais são disponibilizadas vagas ociosas nas ESF para médicos formados no Brasil incialmente e posteriormente para os formados no exterior. Caso não ocorra o preenchimento das vagas, posteriormente as vagas tornam-se disponíveis para médicos cubanos por meio de cooperação internacional com Cuba através da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (BRASIL, 2015a).

Após a contratação, o médico admitido pelo PMMB, além de desenvolver as atividades da APS, irá realizar um curso de especialização em Saúde da Família vinculado a uma Instituição de Ensino Superior (IES) brasileira legalmente credenciada para a oferta. O prazo de contratação e permanência em território nacional é de três anos, que poderá ser prorrogável por igual período. Ao longo da vigência do contrato, o médico recebe visitas de supervisão, que em associação com a IES, são responsáveis por acompanhar as atividades e fornecer auxílio nas necessidades presentes para o desenvolvimento das atividades profissionais (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a; LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016).

Tal iniciativa do governo federal vai ao encontro das necessidades apresentadas pelos municípios situados em regiões carentes da assistência profissional médica, com destaque para os municípios distantes dos grandes centros e áreas com grande vulnerabilidade econômica (ALKMIN *et al*., 2014; CARVALHO; MARQUES; SILVA, 2016).

A falta do profissional médico no cenário da APS é uma situação que veio se agravando nas últimas décadas no Brasil e no mundo de uma forma geral, com um vazio assistencial ainda maior em áreas remotas e pouco desenvolvidas economicamente (BRASIL, 2015a; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; WHO, 2010; MOOSA *et al.*, 2014).

Em consideração à escassez do profissional médico em áreas rurais e carentes ao redor do mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou uma relação de abordagens para fomentar a atração, recrutamento e retenção de profissionais da área de saúde. No relatório Increasing *access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*, são listadas estratégias para melhorar o cenário de insuficiência dos diversos profissionais da área de saúde, com destaque para a escassez de médicos (WHO, 2010).

Diversos são os fatores que contribuem para o processo de rotatividade do profissional médico no cenário da ESF. Oliveira e colaboradores (2015) reforçam essa carência profissional especifica na ESF e destacam a campanha “Cadê o médico?”, realizada pela Frente

Nacional de Prefeitos, em Brasília em janeiro de 2013, como uma forma de reinvindicação a falta do profissional nos serviços de saúde da APS.

No ano de criação do PMMB, o Brasil apresentava uma proporção de distribuição de médicos por habitante inferior às necessidades do SUS e da população brasileira. A distribuição espacial dos médicos existentes era desigual pelo território nacional, de forma a criar cenários com populações desassistidas. Havia localidades que não contavam com a presença do médico na APS e populações no vazio assistencial do profissional médico (BRASIL, 2015a; EPSM, 2014; GIRARDI *et al.*, 2011; MOOSA *et al.*, 2014).

As discrepâncias na distribuição de médico para cada mil habitantes eram ainda maiores em zonas rurais, locais de difícil acesso, baixo desenvolvimento econômico, locais afastados de grandes centros. Localidades essas que apresentavam ainda mais necessidade para o atendimento médico e dificuldades de atrair e fixar esse profissional em sua prática de trabalho (GIRRADI *et al*., 2011; MOOSA *et al.*, 2014; SILVA *et al*., 2016a)

Para Gusso (2014) o PMM possui a finalidade de minimizar dentro do contexto nacional o problema de saúde pública mundial, que é a carência de profissionais médicos generalistas em locais afastados dos grandes centros, regiões rurais ou com baixo desenvolvimento econômico. Ainda nesse sentido Campos e Pereira Júnior (2016) destacam o papel do programa para a ampliação do acesso a cobertura assistencial e aos serviços de saúde em regiões de maior vulnerabilidade social, de forma a contribuir para a consolidação da APS no território nacional.

A concepção de APS da ESF, reitera a equipe com composição multiprofissional que possui um território de sua responsabilidade, com uma população adscrita. Dos profissionais de nível superior que compõe a equipe são preconizados o enfermeiro, dentista e médico (BRASIL, 2017; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

A APS possui como enfoque a prestação de serviços de saúde às famílias, comunidades e clientes, com a potencialidade de resolução de 85% das demandas de saúde da população, além de ser o eixo estruturador da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2011; CAMPOS *et al.*, 2014).

Com a implementação da estratégia de governo através do PMMB, ocorre um investimento na APS, que é o elo da principal das RAS e considerada porta de entrada do indivíduo dentro do SUS. Dessa forma, como entendido por Girard e colaboradores (2016a) “O programa contribuiu também na redução da intensidade da escassez: aqueles municípios que apresentavam os piores níveis e situações limítrofes à privação essencial diminuíram quase que pela metade.”.

2.2 Vale do Jequitinhonha

A região do Vale do Jequitinhonha corresponde a uma das doze mesorregiões do estado de Minas Gerais, constituída pelo conjunto de cinquenta e quatro municípios que equivalem a uma área de 50.143,249 Km², com uma população de 982.121 habitantes (IBGE, 2018). Os municípios compreendidos nessa região em sua grande maioria apresentam um desenvolvimento social baixo. Em sua maioria os municípios são de pequeno porte, com média de 13.714 habitantes, os 10 maiores municípios da região concentram 45,7% da população da mesorregião, sendo Almenara e Diamantina as cidades que possuem mais que 40 mil habitantes.

O Vale do Jequitinhonha encontra-se localizado na região nordeste do Estado de Minas Gerais, sendo banhado pelo rio Jequitinhonha e seus afluentes. O mesmo pode ser dividido em três regiões: o Alto Jequitinhonha, próxima à nascente do Rio Jequitinhonha e à Diamantina; o Médio Jequitinhonha, região central do Vale e próximo a Araçuaí; e Baixo Jequitinhonha, região próxima à foz, à Almenara e ao sul da Bahia (MINAS GERAIS, 2014; SOUSA, 1997).

Analisando os avanços decorrentes do crescimento populacional dos municípios que integram o Vale do Jequitinhonha, torna-se necessário a formulação de metas de políticas públicas que acompanhem o crescimento populacional. Sendo assim, faz-se necessárias transformações que consigam atender os anseios e necessidades da sociedade no que tange infraestruturas, questões sociais e de área da saúde (MINAS GERAIS, 2014).

O art. 10 da Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990, prevê que os municípios constituam os consórcios com a finalidade de gerir melhor as demandas no âmbito da saúde para a população dos municípios envolvidos; já o art. 18 da mesma lei outorga à direção municipal do SUS a formação de consórcios intermunicipais (BRASIL, 1990; MAIA, 2011).

No Vale do Jequitinhonha estabeleceu-se o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE) que é composto por 22 municípios e possui sua sede no município de Diamantina, e visa garantir o atendimento da população da região do Vale do Jequitinhonha em nível secundário de saúde. Com a atuação do CISAJE o número de necessidade de encaminhamentos para a capital Belo Horizonte ou o deslocamento por longas distâncias diminuiu.

O Vale do Jequitinhonha vivencia dualidade de realidade, na qual de um lado apresenta a carência social e por outro lado a riqueza cultural, situações divergentes que falam

sobre características marcantes do Vale: simplicidade e fama, riqueza e pobreza, passado e presente, enchentes e secas, fartura e restrição, aspectos esses que juntos ajudam a compor o retrato da região (MINAS GERAIS, 2014; NASCIMENTO, 2009; SANTOS, 2012).

Historicamente, o Vale do Jequitinhonha tem sido assolado pela pobreza econômica, o grande êxodo rural, atividades econômicas direcionadas para o setor primário, mais os difíceis problemas sociais, altos índices de analfabetismo, baixa escolaridade e renda *per capita* (MINAS GERAIS, 2014; NASCIMENTO, 2009). Tais características constituintes do Vale do Jequitinhonha refletem sobre as condições e modos de vida de sua população (MINAS GERAIS, 2014).

Os municípios elencados na pesquisa, a área territorial, bem como a população conforme os dados do IBGE (2018) estão discriminados no Quadro 1. O município de Coluna, que é limítrofe com o município de Itamarandiba, o de Serro e Serra Azul de Minas, que também são limítrofes e Josenópolis, limítrofe com o município de Virgem da Lapa, foram inclusos na pesquisa pelos motivos citados e por pertencerem à regional de saúde de Diamantina.

Quadro 1 - Municípios que compõem o Vale do Jequitinhonha – área/população, 2018.

Número	Município	População	Área/Km^2
1	Almenara	41.794	2.294,43
2	Alvorada de Minas	3.673	374.008
3	Angelândia	8.541	185.211
4	Araçuaí	37.361	2.236,28
5	Aricanduva	5.192	243,329
6	Bandeira	4.984	483,789
7	Berilo	12.360	587,106
8	Cachoeira de Pajeu	9.479	695,672
9	Capelinha	37.867	965,377
10	Carbonita	9.544	1.456,10
11	Caraí	23.781	1.242.34
12	Chapada Do Norte	15.675	830,833
13	Coluna	9.146	218,595
14	Comercinho	7.599	654,961
15	Coronel Murta	9.411	815,413
16	Couto de Magalhães de Minas	4.444	485,654
17	Datas	5.471	310,099
18	Diamantina	48.230	3.891,66
19	Divisópolis	10.547	572,926
20	Felício dos Santos	5.012	357,622
21	Felisburgo	7.431	596,215
22	Francisco Badaró	10.557	461,481
23	Gouveia	12.064	866,601
24	Itamarandiba	34.661	2.735,57
25	Itaobim	21.559	679,024

26	Itinga	15.147	1.649,62
27	Jacinto	12.561	1.393,61
28	Jenipapo de Minas	7.672	284,453
29	Jequitinhonha	25.560	3.514,22
30	Joaíma	15.634	1.664,19
31	Jordânia	10.901	546,705
32	Jose Gonçalves de Minas	4.631	381,332
33	Josenópolis	4.877	541,393
34	Leme do Prado	4.998	280,036
35	Mata Verde	8.539	472,245
36	Medina	21.409	1.435,90
37	Minas Novas	32.009	1.812,40
38	Monte Formoso	4.936	385,553
39	Novo Cruzeiro	31.884	1.702.981
40	Padre Paraíso	20.177	544,375
41	Palmópolis	6.161	433,154
42	Pedra Azul	24.748	1.594,65
43	Ponto dos Volantes	12.138	1.212,41
44	Presidente Kubitschek	3.061	189,235
45	Rio do Prado	5.302	479,815
46	Rubim	10.377	965,174
47	Salto da Divisa	7.127	938,005
48	Santa Maria do Salto	5.381	440,605
49	Santo Antônio do Jacinto	11.977	503,706
50	São Gonçalo do Rio Preto	3.205	314,458
51	Senador Modestino Gonçalves	4.410	952,055
52	Serra Azul de Minas	4.372	218,595
53	Serro	21.435	1.217,81
54	Turmalina	19.762	1.153,11
55	Veredinha	5.798	631,691
56	Virgem da Lapa	14.043	868,914

Fonte: Dados da estimativa populacional em 2017 do IBGE, 2018.

2.3 Vale do Mucuri

O Vale do Mucuri está localizado no Nordeste de Minas Gerais. É composto ´por vinte e três municípios. A Mesorregião do Vale do Mucuri abrange uma área de 20.080,66 Km^2, o que corresponde a 3,4 % do território do estado e 0,24% do território brasileiro.

Acolhe uma população de 438 mil habitantes, dos quais a sua maioria residem em na zona urbana 66,6%, 33,4% vivem em áreas rurais. Entretanto, dos 23 municípios, 08 deles apresentam uma população rural maior que a urbana. A mesorregião do Vale do Mucuri é uma das doze mesorregiões do estado de Minas Gerais (IBGE, 2018; MINAS GERAIS, 2014).

O nome Vale do Mucuri decorre do Rio do Mucuri que percorre a região. Sua principal cidade é Teófilo Otoni e Nanuque, que possuem um forte comércio de pedras preciosas, atividade pecuária e agrícola (IBGE, 2018).

O município de Teófilo Otoni é o que apresenta maior população do Vale do Mucuri, possui cerca de 141 mil habitantes, enquanto Umburatiba apresenta o menor conjunto populacional, com cerca de 2.709 habitantes (APOLINÁRIO, 2010; IBGE, 2018).

Os municípios elencados na pesquisa, a área territorial, bem como a população, conforme os dados do IBGE (2018), estão discriminados no Quadro 2. Os municípios de Itambacuri, Pescador e Campanário, inclusos na pesquisa, são limítrofes de Teófilo Otoni e pertencem à regional de saúde do referido município.

Quadro 2 - Municípios que compõem o Vale do Mucuri – área/população, 2018.

Número	Município	População	Área/Km^2
1	Águas Formosas	19.416	820,079
2	Ataléia	13.762	1.836,93
3	Bertópolis	4.678	427,803
4	Campanário	3.757	3.564
5	Carlos Chagas	19.750	3.202,98
6	Catuji	6.612	419,38
7	Crisólita	6.631	966,202
8	Franciscópolis	5.672	717,087
9	Frei Gaspar	6.024	626,672
10	Fronteira dos Vales	4.733	320,757
11	Itaipé	12.725	480,829
12	Itambacuri	23.637	1.419,21
13	Ladainha	18.152	866,29
14	Machacalis	7.237	332,378
15	Malacacheta	19.157	727,88
16	Nanuque	41.787	1.517,94
17	Novo Oriente de Minas	10.869	755,151
18	Ouro Verde de Minas	6.110	175,482
19	Pavão	8.709	601,19
20	Pescador	4.311	317,463
21	Poté	16.641	625,111
22	Santa Helena de Minas	6.410	276,433
23	Serra dos Aimorés	8.809	213,538
24	Setubinha	12.060	534,655
25	Teófilo Otoni	141.934	3.242,27
26	Umburatiba	2.709	405,833

Fonte: Dados da estimativa populacional em 2017 do IBGE, 2018

2.4 Satisfação no trabalho

O desenvolvimento do trabalho na área da saúde pode gerar satisfação, mas pode-se relacionar também com insatisfação do trabalhador, que gera implicações diretas sobre a assistência de saúde e reflexos diretos na assistência em saúde e no processo de saúde doença do profissional. Atualmente, além das questões relacionadas com a falta de emprego ou condições inadequadas para o trabalho, destaca-se ainda o crescente sentimento de insatisfação para com o trabalho desenvolvido (DEJOURS, 2004; DEJOURS, 2012).

Para Dejouurs (2012) as relações do trabalhador para com o trabalho ultrapassam o ambiente e o horário de realização do mesmo:

> Trabalhar é, primeiro, fracassar. Mas, é, em seguida, mostrar-se capaz de suportar o fracasso, de tentar outros modos operatórios, de fracassar ainda, de voltar à obra, de não abandoná-la, de pensá-la fora do trabalho, de aceitar certa invasão pela preocupação com o real e com a sua resistência, até mesmo no espaço privado, a ponto de não dormir à noite, de sonhar com isso. Como todos os jovens psicanalistas, que falam incansavelmente e em todas as circunstâncias de psicanálise, das dificuldades práticas e do sucesso que eles encontram, o jovem engenheiro de operações ou de manutenção de uma usina nuclear deve aceitar ser habitado 24h por dia pelos problemas de seu trabalho. Trabalhar não é apenas fracassar, é também experienciar o fracasso tanto tempo quanto seja necessário para encontrar a solução que permita superar o real. (DEJOURS, 2012, p. 365).

O desenvolvimento do trabalho na área da saúde enquadra no setor de serviços, com características particulares quando comparado com demais setores da sociedade. Está relacionado com o processo de uma produção, que na maioria das vezes, não é material, que se dá a partir do seu processo de realização, o cuidado. Dessa forma o produto fonte do trabalho guarda uma relação intrínseca com o trabalhador e com o processo pelo qual se produz (PIRES, 2008).

O setor da saúde é dependente do trabalho de uma equipe multiprofissional de profissionais da área da saúde ou demais áreas, processo esse que resulta em uma variedade de relações possíveis e pode dificultar o trabalho em equipe (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Para Pires (2000), a avaliação da satisfação do trabalhador da área de saúde é uma tarefa importante para o entendimento da dinâmica do desenvolvimento do trabalho e relações guardadas com o trabalhador:

> Os trabalhadores de saúde, colocados neste cenário, tem que assumir o desafio de refletir sobre como este processo está afetando o setor saúde. E preciso analisar os impactos positivos e negativos, tomando como referência o já produzido em relação

> ao trabalho em geral e em relação ao conjunto da sociedade humana. Mas é preciso considerar as especificidades do setor saúde, o que se constitui em um profícuo campo de estudos, nas mais diversas modalidades de investigação (PIRES, 2000, p. 252).

O ambiente no qual o trabalho se desenvolve é passível a condições diversas de desenvolvimento, que podem associar com o grau de satisfação do trabalhador. Suas relações para com a organização e às prioridades motivacionais que surgem, estão associadas ao clima que se estabelece no local de trabalho, qualidade do trabalho e relação trabalho com o trabalhador (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012).

Quantificar o grau de satisfação do trabalhador para com o processo desenvolvido apresenta-se como uma tarefa complexa, visto que esta guarda relação com diversas atitudes do comportamento do trabalhador: ambiente no qual o mesmo encontra-se inserido e condições ofertadas ou não para o desenvolvimento da tarefa (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012).

Para Camargo (2012), estar satisfeito com o trabalho desenvolvido é algo que se relaciona diretamente com o processo de saúde doença do trabalhador, ao sentimento de prazer ou desprazer para com a atividade desenvolvida. A insatisfação para com o produto do trabalho ou seu processo de execução estão associados com sofrimento do trabalhador.

Alguns aspectos do processo da cadeia de trabalho não são visíveis e palpáveis aos olhos da organização de trabalho. Boa parte deles estão vinculados a diversos comportamentos, sensações, sentimentos, atividades e procedimentos que não se apresentam visíveis aos olhos do consumidor, trabalhador, colega ou responsável pela supervisão, são antes de tudo do universo da subjetividade (DEJOURS, 2004).

O trabalhador que se encontra satisfeito com o seu trabalho, tende à apresentar menores níveis de estresse, melhor qualidade de vida e maior produtividade para com o trabalho desenvolvido. As instituições de serviço que atentam para os fatores relacionados com a satisfação do trabalhador, aumentam de maneira geral a produtividade de serviço, a qualidade das relações entre os profissionais e a atmosfera organizacional do serviço (DEJOURS, 2012; SANT'ANNA, MORAES, KILIMNIK, 2003).

Ainda nessa mesma linha de pensamento Maximiano (2002), confirma-se que o bom clima organizacional é caracterizado pelos conceitos e sentimentos que são compartilhados entre os trabalhadores e à organização, de forma que tal aspecto pode influenciar de forma positiva ou negativa para o grau de satisfação e motivação do trabalhador para com a atividade desenvolvida. Dessa maneira, a satisfação no trabalho está relacionada com as condições ofertadas de trabalho, relações entre os trabalhadores para com o trabalho e colegas, podendo

assim tais condições do desenvolvimento do trabalho influenciarem no grau de satisfação pessoal do trabalhador.

2.5 Representação Social e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

A Teoria das Representações Sociais (RS) permite a investigação por meio de uma diferentes métodos e técnicas de pesquisa. A RS teve seu início na França através do psicólogo social Serge Moscovici que, no ano de 1961 publicou a tese *La Psychanalyse, Son Image, Son Public*, onde propôs a Teoria das Representações Sociais. Sua utilização no Brasil teve início no final dos anos de 1980, presente em revistas especializadas na área e em simpósios (REIS, BELLINI, 2011; SANTOS, 2010;).

Originalmente a RS possui seu embasamento nas Representações Coletivas de Émile Durkheim, onde era designada a especificidade do pensamento social em relação ao pensamento individual, traçado no habitual das interações sociais, sendo dessa maneira coletivo, exterior e objetivo (MOSCOVICI, 2004; REIS; BELLINE, 2011).

O termo RS, cunhado por Moscovici, é utilizado para compreender o processo pelo qual o saber torna-se representado em nossa sociedade e como o mesmo é compartilhado (HEWSTONE, 2001).

A RS pode ser caracterizada pelo processo de buscar reconstituir as representações sociais, de forma a preservar sua dimensão individual articulada com a dimensão coletiva. Pode ser entendida metodologicamente como uma síntese próxima da empiria, reconhecível, pelo senso comum e conhecimentos familiares (LEFEVRE, LEFEVRE, 2014; REIS, BELLINE, 2011).

O conceito definido por Jodelet (2001) é o mais utilizado para definir as RS: “As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001).

O processo da RS está associado a um sentido simbólico, conforme levantado por Jodelet:

> De fato, representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual um sujeito se reporta a um objeto. Esse pode ser tanto uma pessoa, quanto uma coisa, um acontecimento material, psíquico ou social, um fenômeno natural, uma idéia, uma teoria etc.; pode ser tanto real quanto imaginário ou mítico, mas é sempre necessário. Não há representação sem objeto. Quanto ao ato de pensamento pelo qual se estabelece a relação ente o sujeito e objeto, ele possui características específicas em relação a outras atividades mentais (perceptiva, conceitual, mnemônica etc.) (JODELET, 2001, p. 22 – 23).

Para Jodelet (2001), a RS aborda a produção dos saberes sociais, com ponto central a análise e transformação do conhecimento que é produzido socialmente. Nesse sentido a autora elenca quatro aspectos fundamentais no processo da RS:

> - a representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito). As características do sujeito e do objeto nela se manifestam;
> - a representação social tem com o seu objetivo uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações) [...].;
> - forma de saber: a representação será apresentada como uma modelização do objeto diretamente elegível em (ou inferida de) diversos suportes linguísticos, comportamentais ou materiais. Todo estudo de representação passará por uma análise das características ligadas ao fato de que ela é uma forma de conhecimento;
> - qualificar esse saber de prático se refere à experiência a partir da qual ele é produzido, aos contextos e condições em que ele o é e, sobre o mundo e o outro, o que desemboca em suas funções e eficácia sociais. [...] (JODELET, 2001, p. 27 - 28).

Os trabalhos que utilizam da RS têm por objetivo a compreensão dos fenômenos sociais e a forma como os mesmos são apreendidos, simbolizados, interpretados, visualizados e expostos pelo sujeito ou grupo social. Nesse sentido, o estudo através da RS permite alcançar a consciência, as ideias e pensamentos contidos nos discursos, além da compreensão das fundamentações e motivações das atitudes (JODELET, 2001; LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Na RS é preciso construir as representações, incorporando o novo, do não familiar, dos universos consensuais. Para Moscovici, o processo de elaboração da RS engloba dois procedimentos formadores: a ancoragem e a objetivação (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2004).

O mecanismo de ancoragem tenta ancorar ideias que estão estranhas ao entendimento a categorias e a imagens comuns, de forma a significá-las em um contexto familiar. Na objetificação é o momento onde ocorre a transformação do abstrato em um quase concreto, de forma a transpor o que está na mente para algo que exista no universo físico (MOSCOVICI, 2004).

A ancoragem é definida por Moscovici como:

> Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras. Nós experimentamos uma resistência, um distanciamento, quando não somos capazes de avaliar algo, de descrevê-lo a nós mesmos ou a outras pessoas [...] De fato, representação é, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes. A neutralidade é proibida, pela lógica mesma do sistema, onde cada objeto e ser devem possuir um valor positivo ou negativo e assumir um determinado lugar em uma clara escala hierárquica. (MOSCOVICI, 2004, p. 61 – 62).

A objetificação é definida por Moscovici como:

> Objetivação une a ideia de não-familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade. Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece, então, diante de nossos olhos, física e acessível. [...] Para começar, objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância. (MOSCOVICI, 2004, p. 71).

Ao final dos anos 90, foi elaborado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O que tornou possível realizar o resgate das representações sociais, sendo ainda possível ampliar em investigações empíricas que usam de opiniões ou expressões de discursos individuais, que foram levantadas através de questões abertas, possibilitando assim a compreensão do modo de pensar de um determinado grupo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

A união de vários discursos emitidos por diferentes sujeitos faz nascerem diferentes categorias de discurso do sujeito coletivo, desenvolvendo conjuntos de sujeitos com opiniões de sentido semelhante (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Sobre o DSC os autores ainda conceituam quanto ao método:

> O Discurso do Sujeito Coletivo-DSC é uma forma de metodologicamente resgatar e apresentar as RSs obtidas de pesquisas empíricas. Nessas, as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais, como normalmente se faz quando se trata de perguntas ou questões abertas. O diferencial da metodologia do DSC é que a cada categoria estão associados os conteúdos das opiniões de sentido semelhante presentes em diferentes depoimentos, de modo a formar com tais conteúdos um depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um indivíduo. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014, p. 503).

Assim ocorre a construção do depoimento síntese do DSC, o qual é elaborado através do uso de categorias semânticas, redigindo um discurso na primeira pessoa do singular. Através deste processo evidencia-se como a coletividade ou grupo pensa sobre determinado assunto. Está presente neste discurso expressões chave (EC) e ideias centrais (IC) de sujeitos que representam o comum. Nas expressões chave são construídas através de fragmentos do processo de transcrição literal do depoimento de origem, sendo a essência do conteúdo do discurso da resposta de cada sujeito. Já as ideias centrais são retiradas alicerçada nas expressões chave, que se tornam o ponto inicial para a construção do discurso (LEFEVRE; LEFEVRE; 2012; LEFEVRE, LEFEVRE, 2014).

Desta forma o DSC pode ser entendido como um procedimento metodológico que possibilita a análise qualitativa dos pesquisados, mas também quantitativa, manifestando o

campo social no qual se enquadram e os pontos de semelhança e diferença existentes em seus discursos, ou seja, o DSC. A apresentação do DSC é a parte final do processo, que tem origem nas etapas de extração das expressões chave e ideias centrais, atuando como conjunto central dos discursos, no qual pode estar presente aspectos de ancoragem (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Para Lefevre e Lefevre (2012) a intensidade/força de um DSC pode ser considerada como: "Refere ao número ou percentual de indivíduos que contribuíram com as expressões - chave relativas às Ideias Centrais ou Ancoragens semelhantes ou complementares, para a confecção de um dado Discurso do Sujeito Coletivo."

Desta forma o parâmetro de intensidade/força permite conhecer, no campo pesquisado, o quanto determinada Representação Social foi compartilhada entre a população estudada. O aspecto quantitativo do DSC é importante, uma vez que não é suficiente que o pesquisador conheça apenas o que e como pensa uma dada população estudada. Saber se determinada ideia está mais ou menos presente por um grupo também algo que deve ser considerado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Quanto ao conceito de amplitude, Lefevre e Lefevre (2012) apresentam: "Refere à medida da presença de uma ideia ou representação social considerando o campo ou universo pesquisado. Revela ao pesquisador o grau de espalhamento ou difusão de uma ideia no campo."

A utilização deste método para a análise dos discursos presentes nas entrevistas se deu porque o DSC apresenta uma potencialidade de apresentar as representações sociais compartilhadas pelos médicos do PMMB, sobre as questões relacionadas com a satisfação para com o trabalho e permitindo uma análise de sua diversidade e quantidade. Partindo do pressuposto que a opinião expressa no discurso de um dado sujeito nunca é apenas sua, mas esta representa um conjunto de sujeitos em um determinado grupo, de forma a reproduzir valores presentes dentro do aspecto macro da coletividade (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012; LEFEVRE, LEFEVRE, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a satisfação no trabalho dos profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil nos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar o perfil sociodemográfico na população estudada;
- Identificar nos discursos as categorias relacionadas com a satisfação ou insatisfação no trabalho.
- Determinar a intensidade/força e amplitude nas categorias obtidas no discurso do sujeito coletivo em relação a satisfação e insatisfação no trabalho.
- Refletir sobre o discurso sujeito coletivo a partir das representações sociais dos participantes com relação aos fatores relacionados com a satisfação e insatisfação no trabalho.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo baseado na investigação do tipo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa de opinião, com a utilização de questionário semiestruturado para investigação sobre as representações sociais nos discursos de médicos participantes do Programa Mais Médicos para Brasil nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

O estudo utiliza como fonte de dados a dissertação de mestrado "Avaliação do Programa Mais Médicos nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri" de Elizeu de Castro Pereira, defendida em 2017 pelo Programa de Pós-Graduação Profissional Interdisciplinar Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, na cidade de Diamantina (MG). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer 1.832.300.

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Minas Gerais, pois os mesmos se configuram como pólos regionais do PMMB e são utilizadas como base para os encontros de supervisão locorregional, que são realizados bimestralmente, dos médicos dos oitenta e dois municípios os quais fazem parte dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, no nordeste do Estado.

O município de Diamantina (MG) possui área de 3.891.659 Km^2 e, de acordo com os dados atualizados do IBGE em 2018, está localizado a 298 km da capital mineira e conta com população estimada de 48.230 habitantes e o município de Teófilo Otoni (MG) possui área de 3.242,270 Km^2, conta com população estimada de 141.934 habitantes (IBGE, 2018).

4.3 Identificação dos municípios contemplados com o PMMB

O processo de investigação, para os municípios que não estiveram presentes nas supervisões locorregionais possuíam e verificação da existência ou não do convênio com o PMMB e médicos desse programa, realizado através de contato telefônico com os responsáveis por cada secretaria de saúde desses municípios, a fim de obter as informações supramencionadas.

4.4 População do estudo

A população estudada compreendeu os médicos integrantes do PMMB, que prestam serviços aos municípios dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Foram convidados a participar os médicos que compareceram aos encontros de supervisão locorregional, nas dependências da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, nas cidades de Diamantina e Teófilo Otoni, MG. De acordo com o tutorial elaborado pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) supervisão locorregional:

> (...) entende-se o encontro presencial do Tutor e do(s) Supervisor(es) com os Médicos Participantes em um local previamente definido na região. Durante essa reunião deve ser desenvolvida atividade específica com o grupo de Médicos Participantes supervisionados, para levantamento das experiências assistenciais em saúde daquela região; podendo ocorrer ofertas pedagógicas em grupo sobre, por exemplo: discussões de caso, atualizações sobre manejos clínicos, levantamento de necessidades e dificuldades das ações em área, questões interculturais do cuidado ou outro tema percebido como relevante pelo Supervisor, Tutor ou sugerido pelos Médicos Participantes. (UNA SUS, 2018, p. 2).

Durante o processo de levantamento verificou-se uma população total de cento e onze médicos divididos em cinquenta e oito municípios. De uma população de cento e onze médicos, estabeleceu-se um nível de confiança (Z) igual a 1,96 que corresponde a 95%. Para a margem de erro considerou-se o valor de 7,5%. Dessa forma, a amostra que ideal para entrevista seria de 67,5 pessoas, correspondendo ao quantitativo de sessenta e oito médicos. Foram incluídos nesse estudo todos os médicos dos quarenta e um municípios nos (Quadros 1 e 2).

Foram retirados da pesquisa os médicos que se recusaram a responder o questionário e os que faltaram ao encontro de Supervisão Locorregeional. A amostra, portanto, foi de 67,5 pessoas (68 médicos), conforme cálculo utilizando-se a fórmula abaixo.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra

N = Tamanho do universo

Z = Desvio do valor médio que aceitamos para alcançar o nível de confiança desejado.

e = Margem de erro máximo admissível

p = Proporção estimada.

4.5 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão no estudo foram:
- Ser profissional médico atuando na UBS pelo PMMB nos municípios do Vale do Jequitinhonha e Mucuri;
- Estar presente em uma das três tentativas dos encontros de supervisão locorregionais nos municípios de Diamantina ou Teófilo Otoni, MG;

4.6 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão no estudo foram:
- Não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Não responder as perguntas do questionário da pesquisa.

4.7 Procedimentos teóricos/metodológicos

Pereira (2017) em sua pesquisa "Avaliação do Programa Mais Médicos nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri" recrutou os médicos integrantes do PMMB que trabalhassem nas UBS das regiões dos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri, que inicialmente foram convidados a participar desta pesquisa relacionada com o perfil profissional e o funcionamento do PMMB. A forma de participação destes médicos se deu por meio do autopreenchimento de um questionário, o qual foi aplicado após a assinatura do TCL (Anexo A), precedido da autorização para uso da instituição coparticipante (Anexo B) e o parecer do CEP (Anexo C).

A aplicação do questionário foi realizada nas dependências da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri nas cidades nas cidades de Diamantina e Teófilo Otoni, no momento da reunião semestral que é realizada pela coordenação do PMMB. Como forma de assegurar o sigilo quanto a identificação dos participantes, seus nomes foram substituídos por códigos, garantindo assim a privacidade e sem a identificação pessoal de cada participante (PEREIRA, 2017).

O instrumento utilizado para a pesquisa de satisfação dos profissionais da UBS foi adaptado do questionário do estudo de Campos (2005), sendo este um instrumento auto preenchível, que não exige identificação do respondente (Anexo D). Este questionário é um instrumento utilizado para avaliação da satisfação dos profissionais médicos e o perfil destes

profissionais em seu campo de atuação. O questionário é composto por 38 questões, subdivididas nas seguintes formas: 03 referentes à UBS, 18 de características profissionais, 16 fechadas que tratam dos fatores de satisfação e insatisfação no posto de trabalho, 01 questão fechada para avaliação da satisfação.

Para fins deste estudo e elaboração das Representações Sociais apresentadas pelos participantes com relação a satisfação no trabalho, foram utilizadas perguntas "6.1 O que lhe traz mais satisfação no trabalho? (Cite até três)" e "6.2 O que lhe traz insatisfação no trabalho? (Cite até três)" da sexta sessão do questionário "Satisfação no Trabalho". As perguntas 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7 e 6.8 não entraram na pesquisa por não apresentarem relação com os objetivos propostos (PEREIRA, 2017).

4.8 Estratégias para análise qualitativa e quantitativa dos discursos

As respostas dadas pelos participantes foram lidas várias vezes e em cada resposta foram identificadas as ECHs, selecionando o essencial e depurando o discurso de tudo que é irrelevante, possibilitando assim identificar em cada resposta particular as ICs.

As ICs foram analisadas para buscar agrupar as que se assemelhavam em conjuntos homogêneos ou categorias, possibilitando assim a criação de categorias que englobassem as ICs. As seguintes etapas foram adotadas: 1) Alimentação do DSCsoft® versão2.0 com as respostas presentes no questionário; 2) identificação das Expressões Chave (ECH) nas respostas dos médicos para cada pergunta, onde uma mesma resposta pode conter mais de uma ECH; 3) Identificação das Ideias Centrais (IC) a partir das ECHs e 4) Definição do DSC.

Para as análises qualitativas e quantitativas dos dados, foi utilizado o programa DSCsoft® versão2.0, que é um *software* para o desenvolvimento de pesquisas qualiquantitativas através da utilização do método do DSC. A pesquisa foi cadastrada no programa e cada participante com as suas respectivas respostas também foram inseridos.

Com a utilização desse *software* os depoimentos são rigorosamente tratados com a finalidade de obter o pensamento coletivo. Com a utilização desse programa é possível analisar o depoimento de cada médico participante do programa como matéria prima para extrair a EC e suas respectivas Ideias Centrais, para compor o DSC.

Para analisar as respostas coletadas na pesquisa, foi extraído de cada uma das respostas depoimentos, as expressões chave e suas correspondentes ideias centrais; para com essas compor um ou vários discursos síntese que são o DSC (FIGUEIREDO; CHIARI,

GOULART, 2013). Após o cadastro da pesquisa, participantes e respectivas respostas no software DSCsoft® versão2.0, as seguintes etapas foram realizadas:

1 Leitura das respostas de cada participante várias vezes e em momentos diferentes.

Durante essa etapa foram identificados participantes que deixaram perguntas em branco, sendo eliminados da pesquisa para análise do DSC. Também foram excluídos da amostra as respostas que se apresentaram vagas e que não respondiam a as questões, com a utilização de expressões amplas para responder as questões como: sim, às vezes, não, muito bom, ruim, eu acho, entre outras.

2 Em cada resposta foi identificada as EC, de forma a selecionar o essencial de cada resposta e filtrar de cada resposta tudo que fosse irrelevante.

3 Foram identificadas a Ideia Central em cada resposta.

4 Ao analisar as ICs foi possível a criação das categorias que possibilitaram agrupar as ICs semelhantes em conjuntos homogêneos ou categorias;

5 Classificação das categorias de conjuntos homogêneos;

6 Construção dos DSCs de cada categoria obtida na etapa anterior;

Para elaborar o DSC foi agrupado em um só discurso síntese por categoria, escrito na primeira pessoa do singular, as ECHs que tinham a mesma IC, orientando-se pela esquematização do tipo: começo, meio e fim, ou do mais geral para o mais particular. O processo de ligação entre as partes do discurso foi realizado por meio da introdução de conectivos como: enfim, assim, logo, então, entre outros.

Os DSCs foram desdobrados em 11 discursos distintos: DSC1 A, DSC1 B, DCS1 C, DSC1 D, DCS2 A, DSC2 B, DSC2 C, DSC2 D, DSC2 E, DSC2 F, DSC2 H.

Para a apreciação dos resultados foram utilizados os conceitos de intensidade e amplitude, que segundo Lefevre e Lefevre (2012), para avaliar os resultados obtidos.

Foram realizadas as análises qualitativas e quantitativas dos discursos, de maneira à expor as representações dos participantes quanto ao tema analisado.

Na avaliação dos resultados a frequência de ideias é uma variável que representa o percentual resultante da quantidade de vezes que uma dada categoria surgiu nas respostas dividido pelo número total de respostas que leva em consideração as respostas do mesmo sujeito que apresentaram mais de uma ideia central.

Já a frequência de entrevistados é o percentual resultante da quantidade de vezes que uma dada categoria apareceu nas respostas dividido pelo número total de entrevistados. O seu valor pode ser superior 100%, devido a quantidade total de entrevistado pode ser menor que quantidade de respostas, pois em uma mesma resposta pode emergir mais de uma ideia central.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da amostra

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos médicos participantes da pesquisa. É possível verificar que a maioria dos médicos vinculados ao PMMB nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri são do gênero feminino (68,89%, n = 62). Resultado semelhante foi descrito por Nogueira *et al*. (2016), que aponta a maioria dos médicos atuantes no PMMB distribuídos na região do Nordeste eram do gênero feminino. Semelhante ao estudo de Girardi e colaboradores (2016b), realizado com 1.241 médicos do PMMB, em que 52,3 % dos profissionais eram gênero feminino.

Ainda nesse sentido, Scheffer e Cassenote (2013) chamam atenção para o processo de feminização pelo qual a medicina está passando, com destaque que a presença das mulheres tem sido maior que a dos homens no número de novos registros profissionais da medicina, desde o ano de 2009.

Quanto a idade dos participantes do PMMB, a maior parte deles encontravam-se distribuídos na faixa etária de 30 a 49 anos (70%). Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Girardi *et al.* (2016b), onde 73% dos profissionais médicos do PMMB encontravam-se com idade de até 49 anos.

Ao analisar a nacionalidade, verifica-se que 85,56 % (n=77) dos médicos eram cubanos. Cattoni e Lima (2014) salientam nesse sentido que os médicos cubanos que se apresentaram para atuar no Brasil, tiveram como um dos motivos a possibilidade de melhoria no currículo profissional e continuidade do processo de especialização.

Foi observado que 46,67% (n=42) eram casados e 72,22% (n=65) deles possuíam de um a três filhos e familiares que foram deixados no país de origem. No estudo de Stralen e colaboradores (2017) foram encontrados resultados semelhantes quanto a variável faixa etária até 40 anos e ser casado.

Em análise da Tabela 1 foi possível verificar que a maioria dos médicos do PMMB nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (73,3%,) atuam em zonas rurais. Tal dado vai de encontro ao priorizado pela lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que apresenta que um dos objetivos do Programa seria a diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

Sobre ao processo de formação acadêmica dos médicos do estudo, a pesquisa apontou que aproximadamente (91%) possuem especialização, (21%) mestrado e (19%)

residência médica. 52% deles formaram em medicina há mais de quinze anos. No estudo de Girardi e colaboradores (2016b), resultados semelhantes foram encontrados onde 86,6% dos entrevistados possuíam título de especialista e 60.8% relataram possuir mais de 15 anos de tempo de formados em medicina.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos médios do PMMB nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (n=90), 2018.

Gênero	feminino	68,89%
	masculino	31,11%
Idade	de 21 a 29 anos	14,44%
	de 30 a 39 anos	31,11%
	de 40 a 49 anos	38,89%
	de 50 a 59 anos	15,56%
	mais de 60	0,00%
Estado Civil	solteiro	35,56%
	casado	46,67%
	viúvo	0,00%
	divorciado	14,44%
	união consensual	12,22%
	não respondeu	1,11%
Número de Filhos	nenhum	25,56%
	1 a 3	72,22%
	4 ou mais	0,00%
	não respondeu	2,22%
Local de Atuação	zona rural	73,33%
	zona urbana	21,11%
	não respondeu	5,56%
Tipo de Escolas	pública	93,33%
	privada	3,33%
	não respondeu	3,33%
Local de Nascimento	município no Brasil	3,33%
	interior do estado de Minas Gerais	3,33%
	outros estados	1,11%
	outros países - Cuba	85,56%
	outros países - Argentina	1,11%
	não respondeu	4,44%
Termino da Graduação	até 4 anos	11,11%
	de 5 a 14 anos	34,44%

	de 15 a 24 anos	35,56%
	de 25 a 34 anos	16,67%
	mais de 35 anos	0,00%
	não respondeu	1,11%
Nível de Formação	especialização	91,11%
	mestrado	21,11%
	doutorado	0,00%
	residência	18,89%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

5.2 Representações Sociais a partir dos Discursos dos Sujeitos Coletivos

Encontram-se abaixo os resultados correspondentes a cada pergunta, apresentando as categorias encontradas nos discursos, representadas pelas ideias centrais (IC) presentes nos quadros.

Nos Gráficos 1 e 2 é possível visualizar os percentuais por cada categoria, com a intensidade/força e a amplitude que cada representação apresenta, com os DSC correspondentes abaixo, em itálico, compondo a síntese da fala dos participantes.

Com relação a pergunta número 1 “O que lhe traz mais satisfação no trabalho? (Cite até três)”, foram considerados o total de 80 participantes. Surgiram 4 categorias das respostas analisadas (A – Reconhecimento da população; B – Trabalho para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população; C – Condições objetivas do trabalho e D – Satisfação pessoal).

Ao analisarmos os discursos concebidos da pergunta 1, conforme apresentado no quadro 3 considerando as 127 respostas apresentadas em seus discursos. A frequência de entrevistados que apresentou maior percentual foi a categoria B – Trabalho para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, com 60 % das respostas. Seguidos das categorias A - Reconhecimento da população e C – Condições objetivas do trabalho, que apresentaram 35% das respostas. Já categoria D – Satisfação pessoal esteve presente em 28,75% das respostas.

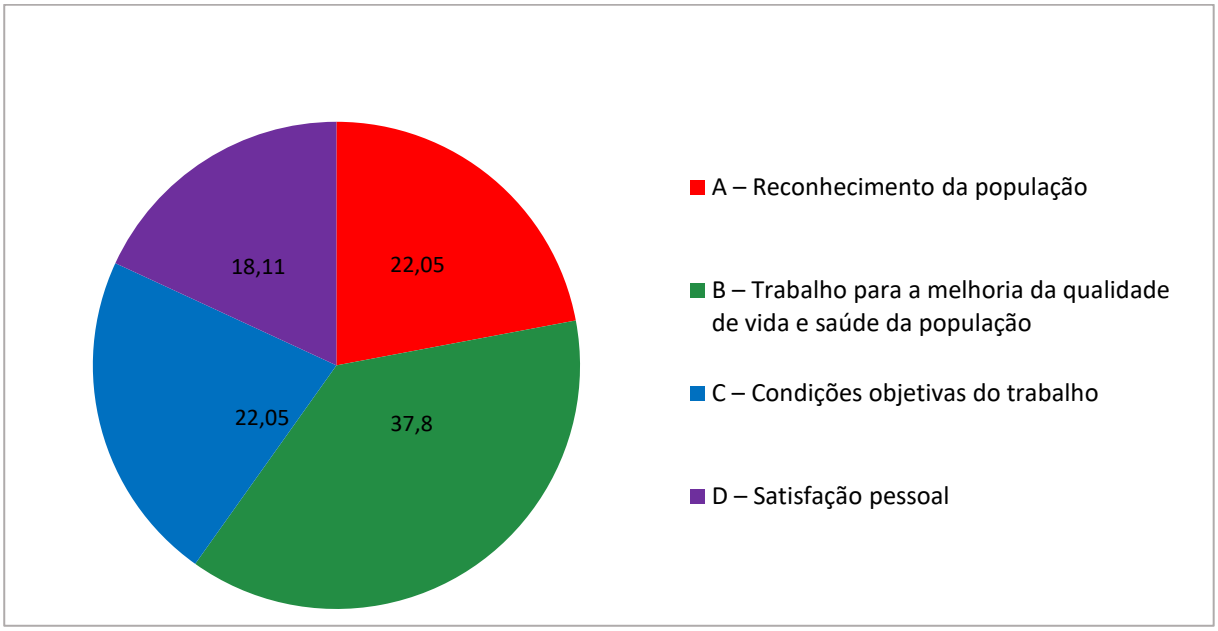
Quadro 3. Distribuição das categorias apresentadas na pergunta 1, Diamantina (MG), (n=80), 2018.

Pergunta	Categorias	N	Frequência de entrevistados %
O que lhe traz mais satisfação no trabalho? (Cite até três)	**A** – Reconhecimento da população	28	35,00
	B – Trabalho para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população	48	60,00
	C – Condições objetivas do trabalho	28	35,00
	D – Satisfação pessoal	23	28,75

Elaborado pelo autor, 2018.

A figura 1 apresenta a distribuição das categorias pela frequência de ideias apresentadas. A categoria B - Trabalho para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, apresenta 37,8% da frequência de ideias considerada uma categoria de moderada intensidade/força e alta amplitude. Seguidos das categorias A - Reconhecimento da população e C – Condições objetivas do trabalho, que apresentaram 22,05% da frequência de ideias, sendo consideradas categorias de moderada intensidade e alta amplitude. Já a categoria D – Satisfação pessoal esteve presente em 18,11% da frequência de ideias, foi considerada com baixa intensidade e alta amplitude.

Figura 1 – Distribuição das categorias/representações de respostas pela frequência de ideias à pergunta número 1 (n = 80), Diamantina, MG, 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

A seguir serão apresentados e discutidos os discursos referentes a cada categoria encontrada na pergunta 1.

Discursos referentes a cada categoria

DSC1 A - Reconhecimento da população.

A boa avaliação do paciente, seu acolhimento, sua aceitação, atenção e à adaptação ao Programa Mais Médicos deixam-me satisfeito. Ver o nível de satisfação da população, o bom relacionamento, a aceitação e o reconhecimento do meu trabalho pela comunidade é gratificante. Sinto-me valorizada pela comunidade, eles gostam de mim pessoalmente. Gosto que o paciente fique satisfeito com à atenção oferecida. O meu trabalho é valorizado pela equipe e pela comunidade, os pacientes são muito agradecidos pelo meu serviço.

A pesquisa aponta que quando avaliados os fatores que geram satisfação no profissional do PMMB, o reconhecimento da população atendida é considerado um importante fator para à satisfação no trabalho.

Gan e colaboradores (2018) corroboram com esses achados, uma vez que apontam que a satisfação do paciente que recebe atendimento é um fator importante para satisfação do profissional médico que atende. Em seu estudo foi possível verificar uma associação positiva com a insatisfação do paciente com um menor grau de satisfação profissional e maiores índices de rotatividade no trabalho.

Nesse contexto, outro estudo ainda confirma que o não reconhecimento por parte dos pacientes e população atendidos está relacionado ainda com a situação de esgotamento do profissional de saúde, que gera uma relação não harmoniosa com o trabalho e um menor grau de satisfação para com a atividade desenvolvida (MAISSIAT *et al.*, 2012).

Outro aspecto abordado por Silva e colaboradores (2016b), foi o reconhecimento da população para com os profissionais do PMMB. O estudo destaca a satisfação dos usuários dos serviços de saúde da APS, que apontam o atendimento do médico do PMMB como um atendimento humanizado, respeitoso, resolutivo e que dá atenção para as demandas apresentadas.

Ainda nesse mesmo sentido, no estudo de Wasko, Jenkins e Meili (2014) o processo de reconhecimento e valorização por parte dos pacientes para com o profissional médico, foi apontado como a questão que obteve maior peso para a fixação do profissional em localidades rurais.

DSC1 B - Trabalho para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população

Melhorar a qualidade de vida dos pacientes, prevenção das doenças transmissíveis e não transmissíveis, fazer grupos operativos, preparo dos agentes de saúde, visitas domiciliares, atender aos que moram distantes da UBS e poder dar solução ao problema de saúde da comunidade, são ações que melhoram a qualidade de vida da população. Posso dar a resolutividade de mais ou menos noventa por cento dos problemas de saúde dos pacientes que vão buscar assistência. Fico feliz de ter ajudado os pacientes no controle de suas doenças crônicas não transmissíveis, melhorar o acompanhamento das grávidas, conhecer suas doenças e expectativa de vida da população. Bons resultados obtidos no trabalho no PSF são realizados em equipe e cada qual têm seu saber, atendendo a população mais carente e resolvendo seus problemas de saúde. O trabalho em equipe ajuda melhorar o estado de saúde do paciente, prevenir as doenças através de conversas, consultas e palestras. Atendimento as pessoas que precisam e o meu desejo de melhorar a saúde dos pacientes que vem no PSF, melhora a condições de vida deles. Resolver os problemas de saúde da população, promover saúde, prevenir doenças, atender o paciente e tratar doenças, ajuda a população a elevar a qualidade de vida.

O trabalho desenvolvido em equipe e sua relação com os usuários possui uma dimensão particular e sociocultural, que se relaciona com o resultado da atividade de trabalho e a satisfação do usuário e profissional. Nesse sentido quando usuário ou comunidade que recebem o trabalho do profissional não encontra-se satisfeito~~s~~, pode gerar falhas no processo terapêutico (LIMA *et al.,* 2014).

Um outro fator destacado por Ney e Rodrigues (2012) trata-se do processo de identificação do profissional médico para com a atividade desenvolvida na APS e a aceitação da população, que foram considerados fatores que estimulam o médico para o desenvolvimento do seu trabalho.

Uma outra dimensão que aparece nos discursos, trata-se do tipo de atividade desenvolvida da APS, relacionada com a promoção da saúde e prevenção de agravos. Nesse sentido a Política Nacional de Atenção Básica destaca que a APS deve desenvolver ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvam a promoção da saúde e a prevenção de agravos à saúde (BRASIL, 2017). Reforçando essa ideia, Santos, Costa e Girardi (2015) ao avaliar o processo de implantação do PMMB, destaca que a presença do profissional médico

nas ESF colaborou para o aumento de ações relacionadas com a promoção e prevenção da saúde em localidades que antes sofriam com a escassez de médico.

De uma forma geral o PMMB apresenta importante contribuição para a melhoria a APS no Brasil (GONÇALVES *et al*., 2016). Miranda e colaboradores (2017), destacam que após a implantação do programa ocorreu uma melhoria nos indicadores de saúde e diminuição de internações hospitalares por causas sensíveis à APS.

DSC1 C – Condições objetivas do trabalho

Trabalho em equipe, acolhimento em equipe, condições ótimas na UBS, são muito bons. A boa organização da equipe, secretária de saúde, equipe médica, enfermagem, agente de saúde e técnica de enfermagem, faz a união da equipe. Minha equipe de trabalho é unida com bom relacionamento, organizada e trabalha em conjunto. O bom relacionamento da equipe de trabalho, a disponibilidade de materiais para realizar meu trabalho, a união e as condições adequadas do trabalho, geram um bom relacionamento e satisfação entre os colegas.

Os achados no discurso dessa categoria vão de encontro com a literatura no que se refere ao trabalho em equipe no âmbito da APS ser uma importante característica para o desenvolvimento das ações do ESF e a garantia de uma abordagem baseada na integralidade do sujeito e dos cuidados. Falhas no processo de comunicação e o não desenvolvimento das ações em equipe estão relacionadas com uma menor satisfação do profissional de saúde com o trabalho desenvolvido, que ocasiona a redução da qualidade do trabalho (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; ARAUJO; ROCHA, 2007; TAMBASCO *et al*., 2017).

Nesse mesmo sentido, Santos e colaboradores (2016) destacam que o trabalho em equipe como essencial para o bom funcionamento da ESF e satisfação dos profissionais no desenvolvimento do trabalho. Quando a equipe se encontra integrada, o desenvolvimento de suas ações gera menos sobrecarga profissional de trabalho e como consequência uma maior satisfação pessoal (ARAUJO, ROCHA, 2007; DAUBERMANN; TONETE, 2012; LIMA *et al*., 2014).

Nessa linha de raciocínio Vasconcelos e Zaniboni (2011) apresentam em sua pesquisa que o trabalho em equipe apareceu com quase unanimidade, onde 96% dos entrevistados afirmaram que tal característica do trabalho é importante para o estabelecimento de uma relação harmoniosa entre os membros da equipe e o maior grau de satisfação no trabalho desenvolvido.

Por fim, reafirma-se que o trabalho em equipe no âmbito da APS é uma importante característica para o desenvolvimento das ações do ESF e a garantia de uma abordagem baseada na integralidade do sujeito e dos cuidados. Falhas no processo de comunicação e o não desenvolvimento das ações em equipe estão relacionadas com uma menor satisfação do profissional de saúde com o trabalho desenvolvido, que ocasiona a redução da qualidade do trabalho (ALMEIDA; MISHIMA; 2001; ARAUJO, ROCHA, 2007; TAMBASCO *et al*. 2017).

Quanto ao aspecto também apresentado no discurso sobre a disponibilidade de recursos para realizar o trabalho, Lima e colaboradores (2015), ao avaliar os elementos que influenciam o acesso à APS na perspectiva dos profissionais e usuários, encontram a falta de insumos como um fator dificultador.

DSC1 D – Satisfação pessoal

Atender o povo brasileiro é meu encanto, posso melhorar minha experiência como profissional e usar meus conhecimentos na prática. Minha maior satisfação é poder ajudar a população mais pobre na UBS, onde meu potencial e experiências são valorizados. Trabalhar como médica é o que eu mais gosto de fazer, conhecer as culturas e costumes da região e o intercâmbio de experiência com a equipe de saúde. Sentir-me útil, satisfação com o meu trabalho, aprender coisas novas todos os dias, melhorar o estado de saúde da população, fazer comunicação em português, o meu desempenho como médica e fazer o que eu gosto é muito gratificante.

O discurso apresentado na categoria assemelha-se com o processo de trabalho do homem sobre a visão da teoria marxista, na qual o trabalho do homem gera um processo de transformação que visa atender as necessidades da sociedade em que vive, que pode ser entendido como um processo criativo no qual o trabalhador se projeta no seu trabalho (MARX, 1983).

A partir desse ponto de vista o trabalhador se transforma com o desenvolvimento do seu trabalho, de forma a mobilizar suas competências profissionais e pessoais do sujeito que envolve os seus sentimentos. No presente trabalho foi relatada a satisfação do médico em realizar suas atividades laborais no cenário da APS. Portanto, gostar do que faz é um aspecto protetor na atividade do trabalho, que auxilia na realização no desenvolvimento da mesma e gera um maior grau de satisfação (MARX, 1983; DEJOUS, 2004).

Corroborando com os resultados encontrados nesse estudo, o estudo de Maissiat e colaboradores (2012) avaliou o contexto de trabalho na APS e as questões relacionadas com o

prazer e o desenvolvimento do mesmo. Os autores apontaram que sentir prazer no trabalho desenvolvido está relacionado com o processo de realização profissional e satisfação para com a atividade desenvolvida.

Em uma revisão sistemática na China, foi possível identificar que o grau de satisfação do profissional médico para com o trabalho desenvolvido é um dos fatores protetores para o não desenvolvimento da síndrome *burnout,* situação essa correlacionada com sofrimento mental profissional e insatisfação com o trabalho (LO *et al.,* 2018).

Outra dimensão que emergiu no discurso, foi a satisfação em ajudar a população mais pobre, o que reforça a presença da pobreza dos Vales na visão dos médicos. O estudo de Galvão, Bodevan e Santos (2015) chamam atenção para o Vale do Jequitinhonha que é caracterizado como uma região de vulnerabilidade devido suas condições de baixos indicadores socioeconômicos e demográficos, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) geral de 0,600, com oferta de serviços de saúde insuficientes para a população. O Vale do Mucuri é uma região que também apresenta valores de IDH menores que 0,600, associados com baixos indicadores demográficos e socioeconômicos (OLIVEIRA; FERNANDES, 2017).

A outra questão analisada nessa pesquisa, nomeada pergunta número 2 foi: "O que lhe traz mais insatisfação no trabalho? (Cite até três)". Foram considerados o total de 80 participantes. Emergiram 8 categorias das respostas analisadas: A – Processos organizacionais do serviço; B – Condições estruturais do serviço; C – Insuficiência de insumos para o serviço; D – Recursos humanos; E – Limitações do serviço; F – Deficiência no processo de referência, contra referência e consultas especializadas; G – Não apresenta insatisfação e H – Limitação pessoal. O quadro 2 apresenta as respostas obtidas.

Ao analisarmos os discursos concebidos da pergunta 2, conforme apresentado no quadro 4 as 91 respostas apresentadas em seus discursos. A frequência de entrevistados que apresentou maior percentual foi a categoria A – Processos organizacionais do serviço, com 33,33% das respostas. Seguidos das categorias E – Limitações do serviço, com 25,76% das respostas, B – Condições estruturais do serviço, com 21,21% das respostas, F – Deficiência no processo de referência, contrarreferência e consultas especializadas, com 19,70% das respostas, G – Não apresenta insatisfação, com 15,15% das respostas, C- Insuficiência de insumos para o serviço, com 13,64% das respostas, e as categorias D – Recursos Humanos e H – Limitação pessoal, ambas com 4,55% das respostas.

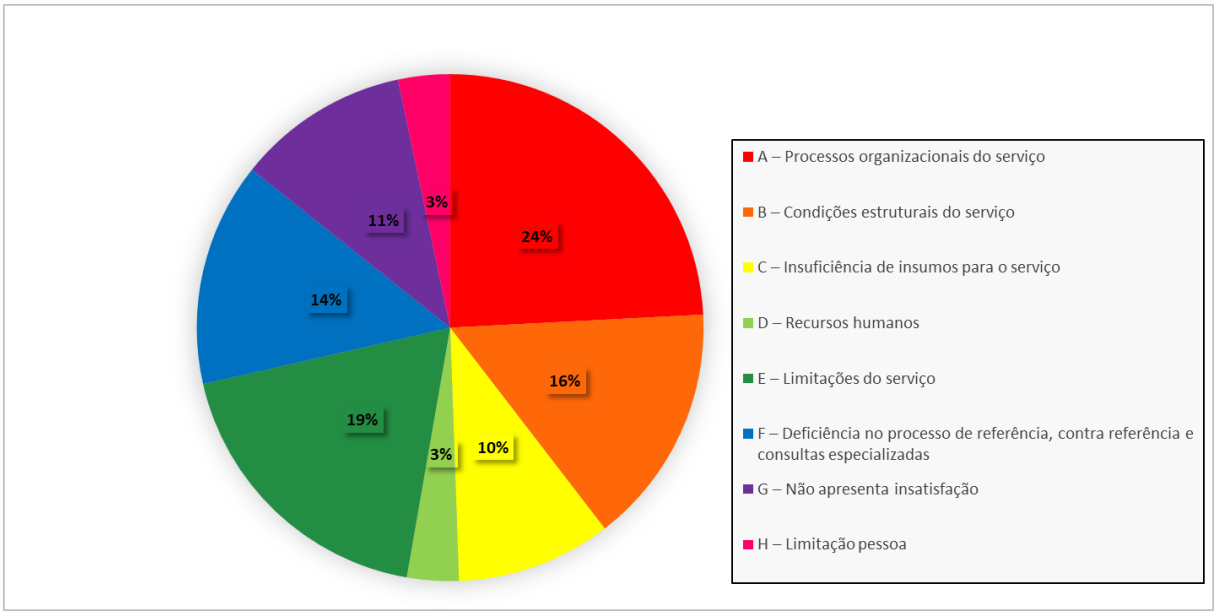
Quadro 4. Distribuição das categorias apresentadas na pergunta 2, Diamantina (MG), (n=80), 2018.

Pergunta	Categorias	N	Frequência de entrevistados %
O que lhe traz mais insatisfação no trabalho? (Cite até três)	**A** – Processos organizacionais do serviço	22	33,33
	B – Condições estruturais do serviço	14	21,21
	C – Insuficiência de insumos para o serviço	9	13,64
	D – Recursos humanos	3	4,55
	E – Limitações do serviço	17	25,76
	F – Deficiência no processo de referência, contra referência e consultas especializadas	13	19,70
	G – Não apresenta insatisfação	10	15,15
	H – Limitação pessoa	3	4,55

Elaborado pelo autor, 2018.

A figura 2 apresenta a distribuição das categorias pela frequência de ideias. A frequência de ideias que apresentou maior percentual foi a categoria A – Processos organizacionais do serviço, com 24% das respostas considerada com moderada intensidade e alta amplitude. Seguidos das categorias E – Limitações do serviço, com 19% das respostas com baixa intensidade e alta amplitude, B – Condições estruturais do serviço, com 16% das respostas baixa intensidade e alta amplitude, F – Deficiência no processo de referência, contrarreferência e consultas especializadas, com 14% das respostas com baixa intensidade e alta amplitude, G – Não apresenta insatisfação, com 11% das respostas com baixa intensidade e alta amplitude, C- Insuficiência de insumos para o serviço, com 10% das respostas com baixa intensidade e alta amplitude e as categorias D – Recursos Humanos e H – Limitação pessoal, ambas com 3% das respostas com baixa intensidade e alta amplitude.

Figura 2 – Distribuição das categorias/representações de respostas pela frequência de ideias à pergunta número 2 (n = 80), Diamantina, 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

A seguir serão apresentados e discutidos os discursos referentes a cada categoria encontrada na pergunta 2.

Discursos referentes a cada categoria

DSC2 A - Processos organizacionais do serviço.

A quantidade de serviços acumulados que não dá para fazer no horário laboral, não agendamento de consultas e não funcionamento de agendas, a falta de comunicação, não se trabalhar em equipe, a burocracia do serviço e a falta de triagem dos pacientes, atrapalham o desenvolvimento do serviço. A má organização do serviço, sobrecarga de trabalho, a falta de atendimento e ficar mais tempo do que estabelecido no meu contrato do Programa Mais Médicos para o Brasil, geram minha sobrecarga no serviço.

Na presente categoria são destacados os aspectos da falta de comunicação, não se trabalhar em equipe, associados ao processo de insatisfação no trabalho. Há concordância na literatura que para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, torna-se necessário condições de trabalho adequadas, infraestrutura adaptada para o desenvolvimento das ações,

aporte adequado de insumos e transporte para o desenvolvimento das ações de saúde (COLOMÉ; LIMA, 2006; SANTOS *et al*., 2016).

Como destacado no resultado da categoria e evidenciado na literatura, a comunicação efetiva e clara entre os profissionais de saúde dentro do ambiente de trabalho, também é um fator de importante para o trabalho em equipe e relação entre os membros, (TAMBASCO *et al*., 2017).

Essas características são ratificadas por estudos que reafirmam que o trabalho em equipe envolve a colaboração dos profissionais com formação diversas envolvidos no processo de cuidado, onde deve ocorrer o compartilhamento de objetivos, a união de forças para alcançar um resultado que seja coletivo, que leva a maior efetividade das ações desenvolvidas e gera um maior grau de satisfação nos trabalhadores envolvidos (FINALAYSON; RAYMONT, 2012; LIMA, *et al*. 2014; SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Foi citado no discurso a "sobrecarga de trabalho". Esse é um aspecto importante uma vez que a alta de demanda de trabalho e uma carga horária de 40 horas semanais foram apontados como fatores desgastante na rotina de trabalho na APS pelos médicos. Situações essas que geram insatisfação para com o trabalho e relaciona-se com um maior índice de rotatividade profissional (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011).

Ainda nesse sentido, Ebuehi e Campbell (2011) apresentam que a flexibilização é um fator apontado como motivador para a realização do trabalho e satisfação do médico na APS. Nessa mesma linha alguns municípios estabelecem acordos de flexibilização de carga horária para o médico semanalmente, com o intuito de elevar o índice de fixação do profissional do município (RODRIGUES; SILVA; ROCHA, 2010).

DSC2 B - Condições estruturais do serviço.

A Falta climatização, transporte, estrada de acesso ao PSF, lâmpada fluorescente, fotocopia, recursos, aparelhos de trabalho e acesso à internet. Não conto com os recursos necessários para o meu trabalho. Não tenho o lugar de atendimento nas comunidades rurais, o qual é inapropriado.

O discurso expõe que a insatisfação do profissional relaciona-se também com inadequações na estrutura física das unidades de saúde e insuficiência ou ausência de instrumentos necessários para desenvolver o trabalho na ESF. Esse resultado justifica-se com achados da literatura que relatam que o processo de satisfação no trabalho do profissional de saúde está associado com as condições de trabalho, oferta adequada de recursos materiais e

humanos, bem como a estrutura organizacional do serviço (DAUBERMANN; TONETE; 2012; MAISSIAT, 2012).

Em uma pesquisa realizada com profissionais da área de saúde em localidades rurais e urbanas da Nigéria, foi apontado que a falta de equipamentos e condições adequadas de infraestrutura no local de trabalho, são fatores que inferem no processo de fixação e rotatividade dos profissionais médicos (EBUEHI; CAMPBELL, 2011).

Além disso, destaca-se que a carência de materiais necessários para o desenvolvimento do trabalho está relacionada com a prestação inadequada dos serviços de saúde, o que pode gerar prejuízo na assistência à saúde e a limitação dos serviços ofertados (KANNO; BELLODI; TESS, 2012; SORATTO *et al.*, 2017).

A falta do transporte, estrada com acesso ruim e falta de recursos dos municípios estudados, podem explicar as condições inadequadas para o desenvolvimento do trabalho. Estudos apontam que o processo de desenvolvimento econômico de municípios e localidades dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri é uma questão histórica, refletindo sobre a prestação de serviços essenciais como os da saúde e em sua dinâmica de desenvolvimento (FARIA, 2014; SANTOS; PALES, 2012).

***DSC2* C – Insuficiência de insumos para o serviço**

Na UBS passamos pela escassez de medicamentos e insumos para o serviço.

O discurso apresentado reafirma questões já abordadas por outros autores e já consideradas nesse estudo. O problema nas estruturas físicas das unidades de saúde ocasiona uma sensação de tristeza e angustia por parte dos profissionais, que não encontram as condições adequadas para desenvolverem seus trabalhos (NEY; RODRIGUES, 2012; PANNI, 2012).

Outros estudos ainda afirmam que as condições adequadas das estruturas físicas dos estabelecimentos de saúde na APS e o suprimento suficiente frente às necessidades de materiais, como fatores importantes para gerar satisfação nos médicos em suas atividades laborais e com uma menor rotatividade (CAMARGO JÚNIOR, 2008; CAMPOS; MALIK, 2008; GONÇALVES *et al.*, 2009; WEN *et al.*, 2018).

***DSC2* D – Recursos humanos**

A falta de algumas equipes completas para o trabalho, falta de interesse e disciplina de alguns funcionários e ACS sem trabalhar.

O discurso apresenta como fator dificultador a falta de equipes completas para atuação na APS. Lima e colaboradores (2015), ao avaliar os elementos que influenciam o acesso à APS na perspectiva dos profissionais e usuários, apontaram a falta de equipes completas e ausência de profissionais, em especial o enfermeiro e o médico, como um fator dificultador.

Dessa forma cabe ressaltar que como preconizado na Política Nacional da Atenção Básica, o ESF é composto por uma equipe multiprofissional que deve trabalhar de forma interdisciplinar, onde cada profissional possui papel importante para o desenvolvimento adequado do serviço e atendimento integral do usuário (BRASIL, 2017).

***DSC2* E – Limitações do serviço**

A assistência de saúde é dificultada pela falta de exames complementares para os pacientes, a insensibilidade da secretária de saúde, o não atendimento de urgência na roça, ausência de recursos financeiros para desenvolver ações e pacientes que moram muito longe da UBS, dificulta a assistência de saúde.

Conforme já discutido nos DSC2 B e DSC2 C as questões relacionadas com a insuficiência de acesso a insumos e condições necessárias para o desenvolvimento do trabalho do profissional na APS, aparecem novamente na categoria limitações do serviço, o que reforça a ideia de que as condições organizacionais do serviço, a estrutura física e acesso aos insumos, são fatores relacionados com a satisfação do profissional no desenvolvimento do trabalho (CAMARGO JÚNIOR, 2008; GONÇALVES *et al.*, 2009; DAUBERMANN; TONETE, 2012; SORATTO *et al*., 2017; WEN *et al.*, 2018).

Frente ao exposto, acredita-se que o baixo desenvolvimento econômico apresentado pelos municípios que compõem os Vales do Jequitinhonha e Mucuri, pode estar associado com o processo de gerar insatisfação nos profissionais frente às situações que estão submetidos. Assim, torna-se importante o processo de reelaboração e efetivação de políticas, que invistam em infraestrutura e recursos necessários para o desenvolvimento do trabalho na APS.

DSC2 F - Deficiência no processo de referência, contra referência e consultas especializadas

É difícil encaminhar o paciente para especialidades, falta a contra referência e a comunicação com os especialistas é pouca. Os pacientes não conseguem fazer as consultas de retorno.

O discurso obtido corrobora com o estudo de Mendes (2011), que afirma que o processo de referência e contrarreferência nos serviços de saúde constitui-se como uma forma de organização da assistência e direcionamento de necessidades, que viabiliza o acompanhamento profissional do usuário e proporciona o acesso ao usuário aos níveis de assistência existentes dentro da rede de atenção à saúde.

As RAS constituem-se como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços que possuem vínculo entre si que ofertam atenção contínua, de forma integral e maneira humanizada para uma determinada população, sendo a APS a coordenadora da RAS, em articulação direta com os níveis secundários e terciários de saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2011). Sendo assim, o discurso apresenta uma fragmentação da RAS, problema esse que deveria ser priorizado pelas políticas públicas dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

De forma semelhante aos resultados encontrados, Costa e colaboradores (2014) apresentam a falta de referência e contrarreferência na APS como um fator dificultador para o desenvolvimento do serviço e o atendimento integral dos pacientes.

Ainda pode ser destacado a ausência de fluxos de encaminhamentos ao nível de municípios e estado e a falta de profissionais contratados para atender especialidades, como fatores que contribuem para aumentar o tempo de espera do paciente nas filas de encaminhamentos (PROTASIO *et al*., 2014). Brondani e colaboradores (2016) em uma pesquisa com trabalhadores da APS sobre os desafios da referência e contrarreferência encontrou resultados semelhantes, onde os profissionais relataram que a falta de comunicação, acompanhada pelo desconhecimento dos profissionais sobre a dinâmica de organização dos serviços, são fatores que podem comprometer a articulação nos serviços de saúde e, consequentemente, o encaminhamento do paciente dentro da RAS.

DSC2 G - Não apresenta insatisfação

Não tenho nenhuma insatisfação no trabalho, eu concordo com tudo.

Não reportar insatisfação para com o trabalho no contexto estudado pode estar associado ao fato que a maior parte dos médicos vinculados em sua maioria são cubanos e as diferenças existentes entre as condições de trabalho entre Brasil e Cuba. Pressupõe-se ainda que não apontar motivos que levem para com a insatisfação para com o trabalho pode estar vinculado ao medo de expor algo que poderia comprometê-los.

DSC2 H – Limitação pessoal

Tenho pouca experiência em trabalho em prontuários digitais e as idosas não compreende nossa linguagem.

Esse discurso é extremamente significativo. Sabe-se que o prontuário eletrônico do paciente constitui um importante avanço no âmbito dos serviços de saúde, pois permite uma integralização de dados e facilita o acesso dos profissionais ao histórico do paciente. Sua implementação na prática requer padronização de sistemas operacionais, investimento financeiro para a utilização das tecnologias necessárias e habilitação/treinamento dos profissionais para seu manuseio (PATRÍCIO *et al*., 2011).

Adicionalmente, no estudo de Comes e colaboradores (2016) que aborda o processo de implementação do PMMB e a integralidade nas práticas da ESF, a questão do idioma falado pelos profissionais do programa sinalizada nos resultados como um fator dificultador para o processo de cuidado, mas que foi superado com o trabalho em equipe.

A limitação apresentada quanto ao idioma não precisa necessariamente configurar-se como uma barreira entre o profissional e o usuário dos serviços de saúde. No estudo de Silva e colaboradores (2016b), os usuários da APS apontaram que diferença de idiomas não se configurava uma barreira para o atendimento e desenvolvimento de uma relação médico paciente. O estudo ainda destaca que estratégias utilizadas pelo ESF minimizaram as diferenças linguísticas.

O processo de conversação está relacionado com a implicação dos interlocutores, de forma a promover um intercâmbio de informações. A comunicação do profissional médico para com o usuário deve se propor a estabelecer laços interativos com os usuários, capaz de produzir uma interação efetiva profissional com usuário (NORMAN, 2015).

A barreira de comunicação não se encontra somente nas diferenças de idiomas. No estudo de Caprara e Rodrigues (2004), realizado com médicos brasileiros atuantes no ESF, foi identificado que uma parcela dos profissionais não esclarecia de forma clara os problemas de

saúde dos pacientes e outra parcela de profissionais não certificava se o paciente havia entendido as informações dadas quanto ao diagnóstico e tratamento.

O segundo fator que cabe ser ressaltado e que encontra-se associado ao primeiro fator, associa-se ao fato de as respostas terem sido obtidas de forma escrita e a maior parte dos entrevistados não possuírem domínio pleno da língua portuguesa, o que pode ter dificultado no entendimento e significado de alguma das perguntas, podendo ser esse o fator associado com respostas curtas ou ausência de respostas por parte dos entrevistados. Destaca ainda que a delimitação do espaço para fornecer a resposta pode levar ao entrevistado a readequar a sua resposta.

Porém as limitações acima apresentadas não invalidam os resultados encontrados nessa pesquisa e possibilita a identificação de fatores associados com a satisfação e insatisfação do profissional médico do PMMB no seu local de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos nessa pesquisa e ao considerar o objetivo geral e específicos propostos nesse trabalho, torna-se possível chegar as seguintes conclusões:

No que se refere ao perfil sociodemográfico dos médicos atuantes no PMMB nas regiões dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, foi verificado o predomínio de profissionais do gênero feminino (69%), em sua maioria casados (46,6%), que possuem de 1 a 3 filhos (72,2%), atuantes em zona rural (73,3%), que cursaram medicina em IES pública (93,3), de nacionalidade cubana (85,5%), que se formaram entre 5 a 24 anos atrás (70%) e que possuem especialização como nível de formação (91,1%).

Quanto aos fatores relacionados com a satisfação no trabalho, foram identificados nos discursos as seguintes categorias: A – Reconhecimento da população; B – Trabalho para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população; C – Condições objetivas do trabalho e D – Satisfação pessoal.

Já para os fatores associados com a insatisfação no trabalho, foram identificados nos discursos as categorias: A – Processos organizacionais do serviço; B – Condições estruturais do serviço; C – Insuficiência de insumos para o serviço; D – Recursos humanos; E – Limitações do serviço; F – Deficiência no processo de referência, contra referência e consultas especializadas; G – Não apresenta insatisfação e H – Limitação pessoal.

As categorias A, B, e C da pergunta 1 foram consideradas de moderada intensidade e a categoria D com baixa intensidade. Na pergunta 2 a categoria A foi considerada de moderada intensidade e todas as demais categorias foram classificadas com baixa intensidade, levando em consideração a frequência de ideias associadas a cada categoria.

Cabe ressaltar que a intensidade moderada ou baixa de uma categoria não a qualifica como menos ou mais importante dentro do DSC, refere-se ao processo de dispersão das ideias centrais dos entrevistados. Quanto a amplitude dos DSC, todas as categorias do estudo foram consideradas com alta amplitude, devido a coerência apresentada entre as ideias centrais associadas dentro de cada categoria.

Os DSC elaborados com as representações sociais dos participantes apontam fatores associados, como a satisfação no trabalho, como o reconhecimento da população, realização do trabalho para a melhoria de vida e saúde da população, estrutura adequada da ESF, aporte suficiente de insumos para realização do trabalho e a própria satisfação em realizar o trabalho com o qual se identificam.

Quanto aos fatores associados com a insatisfação no trabalho, os discursos apontam para falhas organizacionais do serviço, falta de trabalho em equipe, estrutura inadequada para o atendimento, falta de insumos para o trabalho, dificuldade de encaminhar os pacientes na RAS e receber uma contrarreferência dos encaminhamentos e limitação pessoal como a barreira do idioma.

Cabe ressaltar que o estudo apresentou algumas limitações metodológicas. A primeira foi a escolha do instrumento para coleta de dados. Uma vez que a realização de entrevistas com o áudio gravado possibilitaria uma maior manifestação dos entrevistados e a solicitação de esclarecimento de termos ou solicitação de maior detalhamento frente a resposta dada.

Os resultados dessa pesquisa podem ajudar no processo de gestão da APS para que se estabeleçam prioridades relacionadas com os fatores de satisfação no trabalho e busque a redução dos fatores que possam gerar insatisfação no trabalho.

Destaca-se a relevância da necessidade de publicações e pesquisas que abordem os fatores relacionados com a satisfação e insatisfação do profissional médico em seu processo de trabalho no cenário da APS.

REFERÊNCIAS

ALKMIN, D. F. B. *et al*. Saúde na Mídia: análise da Repercussão do Programa "Mais Médicos" do Ministério da Saúde - Jornais Impressos, Brasil. **Atas CIAIQ 2014**, v. 2, n.1, p. 268 – 272, 2014. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/534/529>. Acesso em: 03 jun. 2017.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. Os desafios do trabalho em equipe na atenção a saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 5, n. 9, p. 150 – 153, 2001. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2001.v5n9/150-153>. Acesso em: 02 ago. 2018.

APOLINÁRIO, F. **A rede urbana da mesorregião do Vale do Mucuri: uma proposta de hierarquização por meio de técnicas de estatística multivariada**. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455 – 464, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil; 2013. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm>. Acesso em: 15 fev. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed., 4. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de etembro 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); 2017.

BRONDANI, J. E. *et al*. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**. v. 21, n. 1, p. 1 – 6, jan./mar. 2016. Disponível em: < https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27700 >. Acesso em: 15 ago. 2018.

CAMARGOS, D. de; **Psicologia organizacional**. 2. ed. reimp., Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012, 124p.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. *et al*. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 58-68, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/11.pdf >. Acesso em: 02 ago. 2018.

CAMPOS, C. V. A. P**or que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo**. Dissertação de Mestrado da Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. 2005.

CAMPOS, C. V. A; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro. v. 42, n. 2, p. 347 – 368, mar./abr., 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/07.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2018.

CAMPOS, F. E; MACHADO, M. H; GIRARDI, S.N. Fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio, 2009. Disponível em: < http://cnts.org.br/admin/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf >. Acesso em: 15 dez. 2017.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655 – 2663, 2016.

CAMPOS**,** R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários**. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252 – 264, 2014.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf >. Acesso em: 10 fez. 2018.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico – paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, b. 1, p. 139 – 146, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19831.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2018.

CARVALHO, M. S; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 17, n. 47, p. 913 – 926, out./dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>. Acesso em: 05 de nov. 2017.

CARVALHO, V. K. S.; MARQUES, C. P.; SILVA, E. N. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para o provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2773 – 2784, 2016.

CATTONI, A. S; LIMA, S. M. M de. O princípio da isonomia salarial dos médicos cubanos frente ao Programa Mais Médicos. **Publicação XXIII Congresso Nacional do CONPEDI/UFPB** - Tema do Evento: A humanização do direito e a horizontalização da justiça no século XXI. Universidade Federal da Paraíba, UFPB, João Pessoa, PB. p. 272-288, nov. 2014.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no programa de saúde da família (PSF). **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 27, n. 4, p.548 – 556, 2006.

COMES, Y. *et al*. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p.2729 -2738, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n9/2729-2738/pt>. Acesso em 14 ago. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO CREMESP. **Demografia médica no Brasil 2015**. São Paulo: CREMESP/CFM, 2015. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018.

COSTA, J. P. *et al*. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 733 – 743, out./dez. 2014. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2014.v38n103/733-743/pt >. Acesso em: 15 ago. 2018.

DAUBERMANN, D. C.; TONETE, V. L. P. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 277- 283, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a19v25n2.pdf >. Acesso em: 06 ago. 2018.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27 – 34, abr., 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf >. Acesso em 15 jul. 2018.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 3, p. 363 – 371, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n3/a02v17n3.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2018.

EBUEHI, O.M.; CAMPBELL, P.C. Attraction and retention of qualified health workers to rural areas in Nigeria: a case study of four LGAs in Ogun State, Nigeria. **Rural and Remote Health**, v. 11 n. 1, p. 1515 - 1526, 2011. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21314213 >. Acesso em: 05 ago. 2018.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO EPSM. **Dimensionamento da estrutura e dinâmica do mercado de trabalho em Atenção Básica em Saúde**. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG, 2014. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Dimensionamento%20da%20estrutura%20e%20din%C3%A2mica%20do%20mercado%20de%20trabalho%20em%20AB%20em%20Sa%C3%BAde%20(Rel%20Final).pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

FARIA, R. S. R. **Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha, MG**. 2014. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n.1, p. 129-136, abr. 2013. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/14931/11139>. Acesso em: 17 fev. 2018.

FINALAYSON, M. P.; RAYMONT, A. Teamwork - general practitioners and practice nurses working together in New Zealand. **Journal of primary health care**.v. 4, n. 2, p. 150 - 155, 2012.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS FGV. **Escassez de médicos**. Rio de Janeiro: Centro de Políticas Sociais, 2008. Disponível em: < https://www.cps.fgv.br/ibrecps/medicos/index>. Acesso em: 15 mar. 2018.

GALVÃO, L. E.; BODEVAN, E. C.; SANTOS, D. F. Análise da distribuição geográfica dos serviços de saúde no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Hygeia**, Uberlândia, v. 11, p. 20, n. 32, p. 32 - 44, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/26811/16842>. Acesso em: 13 ago. 2018.

GAN, Y. *et al.* Turnover intention and related factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study. **BMC Family Practice,** v. 19, n. 1, p. 1 – 9, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5968612/pdf/12875_2018_Article_752.pdf >. Acesso em: 07 ago. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de**. Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

GIRARDI, S. N. *et al*. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. In: PIERANTONI, C.R; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. O. (Org.) **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-Observa RH, p. 171-186, 2011.

GIRARDI, S. N**.** *et. al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, on-line, v. 21, n. 9, p.2675-2684, 2016a. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2675.pdf >. Acesso em: 12 fev. 2018.

GIRARDI, S. N. *et al*. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 9, p. 2739-2748, 2016b.

GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE GAO. **Health professional shortage areas:problems remain with primary care shortage area designation system**. Washington: GAO, 2006. Disponível em: <http://www.gao.gov/new.items/d0784.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

GONÇAÇVES, R. F. *et al*. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2815 – 2824, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2815.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2018.

GONÇALVES, R. J. *et al*. Ser médico no Programa de Saúde da Família: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 382-392, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/09.pdf >. Acesso em: 01 ago. 2018.

GUSSO, G. D. F. Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n.39, p. 1-9, 2014.

HEWSTONE, M. Representações sociais e causalidade. In D. Jodelet (Ed**.), As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, p**.** 217-237, 2001.

HURST, J. Performance measurement and improvement in OECD health systems: Overview of issues and challenges In: **OECD. Measuring up - improving health system performance in OECD countries**. Editora OCDE, Paris. p. 35-54, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **@Cidades**. População do Município. Online. 2018. Disponível em: < https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 05 fev. 2018.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **Representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 17-44.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884 – 894, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a08.pdf >. Acesso em: 07 ago. 2018.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo a metodologia do discurso do sujeito coletivo**. Série Pesquisa v. 20, 2. Ed, Brasília: Liber Livro Editora, 2012. p. 224.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502 – 507, abr./jun. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf >. Acesso em: 31 jan. 2018

LIMA, A. A. V. *et al*. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis**, v. 25, n. 2, p. 635 – 656, 2015.

LIMA, L. *et al*. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17 – 24., jan. – mar., 2014. Disponível em: < http://www.redalyc.org/pdf/1277/127730129026.pdf >. Acesso em: 05 ago. 2018.

LO, D. *et al*. A systematic review of burnout among doctors in China: a cultural perspective. **Asia Pacific Family Medicine**, v. 17, n. 3, p. 1 – 13, 2018. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5806482/ >. Acesso em: 10 ago. 2018.

LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. C. P.; FAVARETO, A. S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2761 – 2772, 2016.

MAIA, L. A. **Os consórcios intermunicipais de saúde como instrumento para administração pública: a experiência do SUS-MG**. In IV Congresso Consad de Gestão Pública. 6 a 8 de maio de 2011. Brasília-DF.

MAISSIAT, G. S. et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 42 – 49, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/pt_1983-1447-rgenf-36-02-00042.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MARX, K. **O capital**: crítica a economia política, livro primeiro: o processo de produção do capital / Karl Marx ; coordenação e revisão de Paul Singer; tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. K. 8ª ed. São Paulo: Difel, 1983.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MINAS GERAIS. Secretária de Estado de Desenvolvimento Regional. Subsecretaria de Desenvolvimento Regional. **Plano de desenvolvimento integrado e sustentável do Jequitinhonha e Mucuri:** área mineira. Subsecretaria de Desenvolvimento Regional ,2014. Disponível em: <http://www.cidades.mg.gov.br/images/documentos/SPADR/Plano%20JM_revisado%20portugus.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

MIRANDA, G. M. D. et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 131 – 145, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00051.pdf>. Acesso em 05 ago. 2018.

MOOSA, S. *et al*. The inverse primary care law in sub-Saharan Africa: a qualitative study of the views of migrant health workers. **British Journal of General Practice**, v. 64, n. 623, p. 321 – 328, jun., 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032014/pdf/bjgpjun2014-64-623-e321.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2018.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NASCIMENTO, E. C. Vale do Jequitinhonha: Entre a carência social e a riqueza cultural. Contemporâneos: **Revista de Artes e Humanidades**, v. 10, n. 4, p. 1-15, maio/out., 2009.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293 - 1311, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a03v22n4.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2018.

NOGUEIRA, P.T.A *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2889 - 2898, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2889.pdf >. Acesso em: 15 fev. 2018.

NORMAN, A. H. O espaço de entrecruzamento das palavras: a relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1 -3, 2015. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/1141/688>. Acesso em: 05 ago. 2018.

OLIVEIRA, D. B. O.; FERNANDES, E. A. Inter-relação entre pobreza e meio ambiente para os municípios de Minas Gerais. **Revista de Economia e Agronegócio**. v. 15, n. 1, p. 4 – 26, 2017.

OLIVEIRA, F. P. de *et al*. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, out. 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0623.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

PANNI, P. G. **Motivos para a rotatividade dos médicos na Estratégia da Saúde da Família no município de Cachoeirinha/RS.** Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão em Saúde Pública em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012.

PATRÍCIO, C. M. *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 121 – 131, 2011.

PEREIRA, E. C. **Avaliação do Programa Mais Médicos nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri**. 98 f. 2017. Dissertação (Mestrado Saúde, Sociedade e Ambiente) – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2017. Disponível em:< http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/1570 >. Acesso em: 20 dez. 2017.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. Revista **Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. 2, p. 251 – 263, abr./jun., 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a10.pdf>. Acesso em: 20. dez. 2017.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Anna Blume, 2008.

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 2009 – 2020, out. 2014. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2014.v38nspe/209-220/pt >. Acesso em: 13 ago. 2018.

REIS, S. L. A.; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences,** Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/10256>. Acesso em: 20 fev. 2018.

RODRIGUES, R. B.; SILVA, N. C.; ROCHA, T. A. H**. Atração e retenção do profissional médico e os desafios para a Estratégia Saúde da Família**. In: XXXIV Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/gpr2161.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

RURAL HEALTH WORKFORCE (RHW). **Australian medical graduates. Rural health workforce**. Austrália. 2016. Disponível em: <http://www.rhwa.org.au/client_images/1770752.pdf >. Acesso em: 13 mar. 2018

SANTOS, G, R, dos; PALES, R. C. **Desenvolvimento regional e desigualdades sociais entre as macrorregiões de planejamento de Minas Gerais.** 36º Encontro Anual da ANPOCS. GT05 - Desenvolvimento em perspectiva: teorias, experiências e projetos políticos Montes Claros, 2012.

SANTOS, L. M. P; COSTA, A. M; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, jun. 2015.

SANTOS, M. F. **Mercado de trabalho formal: uma análise sobre a mesorregião do Jequitinhonha (MG).** 2012. 99 f. Dissertação (Mestrado em Economia Política), Pontifícia Universidade Católica (PUC), São Paulo, 2012.

SANTOS, R. R. *et al.* A influência do trabalho em equipe na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 130 – 139, 2016. Disponível em:< periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15144/10725 >. Acesso em: 05 ago. 2018.

SANTOS, T. S. dos. **Gênero e carreiras profissional na medicina.** Livraria Virtual. FRGS, RS, 2010. 352 p.

SANT'ANNA, A. S.; MORAES, L. F. R.; KILIMNIK, Z. M. **Competências individuais, modernidade organizacional e satisfação no trabalho: um estudo de impactos.** In: VI SEMEAD. Anais. São Paulo: FEA/USP, 2003.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721 – 725, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf >. Acesso em: 05 ago. 2018

SCHEFFER, M.C, CASSENOTE, A.J.F**.** A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 268 - 277, 2013.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a10v21n2.pdf >. Acesso em 14 fev. 2018

SILVA, B. P. *et al*. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21. n. 9, p. 2899 – 2906, 2016a.

SILVA, T. R. B. *et al.* Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2661 – 2669, 2016b.

SIQUEIRA, V. T. A; KURCGANT, P. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 46, n. 1, p. 151 – 157, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a21.pdf >. Acesso em: 07 mar. 2018.

SORATTO, J. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 1 -11, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e2500016.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2018.

SOUSA, J. V. A. Luzes e sombras sobre a história e a cultura do Vale do Jequitinhonha. In: SANTOS, G. R. (Org). **Trabalho, cultura e sociedade no Norte/Nordeste de Minas: considerações a partir das ciências sociais**. Montes Claros/MG: Best Comunicação e Marketing, 1997.

STRALEN, A. C. S. V. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas de escassez. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 147 – 172, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n1/0103-7331-physis-27-01-00147.pdf >. Acesso em: 15 jul. 2018.

TAMBASCO, L. P. *et al.* A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 140 – 151, jun., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0140.pdf>. Acesso em 7 ago. 2018.

UNA SUS. **Relatório da primeira visita de supervisão.** Tutorial para o supervisor do encontro de supervisão locorregional. 2018. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/uploads/pagina/MAIS_MEDICOS/TUTORIAL_RELATORIO_DO_ENCONTRO_DE_SUPERVISAO_LOCORREGIONAL_SUPERVISOR.pdf >. Acesso em: 4 ago. 2018.

VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. suplemento 1, 1494 – 1504, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a85v16s1.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

WASKO K.; JENKINS J; MEILI, R. Medical practice in rural Saskatchewan: factors in physician recruitment and retention. **Society of Rural Physicians of Canada**, v. 19, n. 3, p. 93 – 98, 2014.

WEN, T. *et al*. Factors influencing turnover intention among primary care doctors: a cross-sectional study in Chongqing, China. **Human Resources for Health**, v. 16, n. 10, p. 1 – 11, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention**. Global Recommendations. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf >. Acesso em: 13 jan. 2018.

ANEXO A

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: **"Desempenho do Programa Mais Médicos no Vale do Jequitinhonha"**, em virtude de que a sua experiência profissional é importante para a compreensão do funcionamento do Programa criado pelo Governo Federal e implantado na região do Vale do Jequitinhonha, coordenada pela Professora Dra. Renata Aline de Andrade e contará ainda com a participação do Mestrando Elizeu de castro Pereira.

Você foi escolhido para participar da pesquisa por ser médico do Programa Mais Médicos para os Brasileiros, do Ministério da Saúde. A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM, com a unidade de saúde na qual trabalha ou mesmo com os Coordenadores e Tutores do Programa.

Os objetivos desta pesquisa são: conhecer o perfil sócio-demográfico à distribuição dos médicos que se integram ao PMMB nos 28 municípios pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Diamantina; fazer uma analise sobre a rotatividade dos profissionais médicos nas UBS; conhecer o grau de satisfação dos médicos integrantes do Programa e verificar as mudanças relacionadas ao atendimento médico à população ocorridos nos municípios em estudo, a partir da inserção do PMMB na Atenção Primária. Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) ao seguinte procedimento: responder a um questionário composto por um total de 47 questões, subdivididas nas seguintes formas: questões abertas e fechadas relacionadas ao seu perfil pessoal e sobre a satisfação no trabalho. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente quarenta minutos.

Os riscos relacionados com sua participação seria o seu possível constrangimento ao responder o questionário, bem como a preocupação com o sigilo de suas informações. Entretanto, esse procedimento será realizado em local reservado, preservando o seu sigilo sendo

que esse será garantido a todas as etapas da pesquisa, ou seja, em nenhum momento, a sua identidade será revelada a outras pessoas que não aos responsáveis pela pesquisa. Quanto ao constrangimento, você poderá a qualquer momento, se recusar a responder uma ou todas as perguntas.

Não estão previstos benefícios diretos pela sua participação, entretanto, o benefício indireto será a disponibilização de informações sobre o funcionamento do "Programa Mais Médicos", as dificuldades e os desafios enfrentados pelos profissionais médicos na prestação dos serviços. A partir dessas informações, podem-se criar medidas exclusivas para melhorar o programa em questão.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidas por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não está previsto nenhum gasto financeiro com sua participação nesta pesquisa, assim sendo, não está previsto ressarcimento. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios, da mesma, e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Orientadora do Projeto: Renata Aline de Andrade _____

Endereço Rua da Glória 187 – Laboratório do Grupo Jequi

Telefone: 3532:1200 ramal 6054

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM

Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –

Diamantina/MG CEP39100000 - Tel.: (38)3532-1240 –

Coordenador: Prof. Dr. Disney Oliver Sivieri Júnior

Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.br.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLOGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE
DIAMANTINA – MINAS GERAIS

Anexo B

AUTORIZAÇÃO PARA USO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

(Carta de Anuência)

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA

SECRETARIA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. A Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa **"Rotatividade e Satisfação dos médicos do Programa Mais Médicos para os Brasileiros no Vale do Jequitinhonha"– Projeto para a dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da UFVJM,** que tem como pesquisador responsável Elizeu de Castro Pereira, Administrador – Mestrando em Saúde, Sociedade e Ambiente – UFVJM, com a participação da Dra. Renata Aline de Andrade, Orientadora, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e bem estar.

Diamantina, 07 de novembro de 2016.

Cinara Lemos Meira Souza
Secretária Municipal de Saúde

Cinara Lemos Meira Souza
Secretária Municipal de Saúde
Interina

Secretaria Municipal de Saúde – Rua da Glória 394 – Diamantina – MG Cep.: 39100-000
Fone: (38) 3531 – 9460 – e-mail: smsdiamantina@jknet.com.br

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLOGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE
DIAMANTINA – MINAS GERAIS

ANEXO C – PARECER DO CEP

cep comitê de ética em pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rotatividade e Satisfação dos médicos do Programa Mais Médicos para os Brasileiros no Vale do Jequitinhonha
Pesquisador: Elizeu de Castro Pereira
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 60653916.1.0000.5108
Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.776.761

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- recomendamos acrescentar no TCLE o motivo do convite ao sujeito (ser médico do programa mais médicos...)
- falta carta de co-participe.

Diante do exposto, as recomendações foram acatadas e a alteração no TCLE encontra-se marcada de verde no corpo do projeto (página 16).

Cabe ressaltar que foi retirado do projeto a Secretaria Regional de Saúde como instituição co-participe uma vez que a mesma não dispõe de dados sobre o Programa Mais Médicos do Vale do Jequitinhonha. Tais informações são de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Município de Diamantina. Sendo assim, foi marcado de verde no corpo do projeto onde foi retirada a Secretaria Regional de Saúde e mantido apenas a Secretaria Municipal de Saúde, conforme consta nas páginas 10, 11, 19, 27, 30.

A Carta de co-participe da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Diamantina encontra-se em anexo.

ANEXO D – INSTRUMENTO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Prezado Colega,

O conhecimento das suas opiniões e sugestões é muito importante para orientar futuros processos de capacitação e o aprimoramento do trabalho. Por isso desenvolvemos esse questionário, o qual precisamos que você o responda com cuidado e atenção.

CARACTERIZAÇÃO DOS MÉDICOS DAS UBS

I. Dados da Unidade

1.1. Qual a sua Unidade Básica de Saúde?

1.2. Sua UBS possui parceria com alguma Instituição? Se sim, qual?

1.3. Qual é a sua Coordenadoria de Saúde? Cite.

II. Dados pessoais

2.1. Sexo:
2.1.**1**. ( ) feminino
2.1.**2**. ( ) masculino

2.2. Idade:
2.2.**1**. ( ) de 21 a 29 anos
2.2.**2**. ( ) de 30 a 39 anos
2.2.**3**. ( ) de 40 a 49 anos
2.2.**4**. ( ) de 50 a 59 anos
2.2.**5**. ( ) mais de 60 anos

2.3. Estado Civil:
2.3.**1**. ( ) solteiro
2.3.**2**. ( ) casado
2.3.**3**. ( ) viúvo
2.3.**4**. ( ) divorciado

2.3.**5**. ( ) união consensual

2.4. Nº de filhos:
2.4.**1**. ( ) nenhum
2.4.**2**. ( ) 1 ou 2
2.4.**3**. ( ) 3 ou 4
2.4.**4**. ( ) 5 ou mais

2.5. Nascido em:
2.5.**1**. ( ) município no Brasil
2 2.5.**2**. ( ) interior do estado de Minas Gerais
2.5.**3**. ( ) outros estados
2.5.**4**. ( ) outros países - Qual

2.6. Em sua graduação, cursou:
2.6.**1**. **( )** escola pública
2.6.**2**. **( )** escola privada

2.7 Terminou a graduação há quanto tempo?
2.7.**1**. ( ) até 4 anos
2.7.**2**. ( ) de 5 a 14 anos
2.7.**3**. ( ) de 15 a 24 anos
2.7.**4**. ( ) de 25 a 34 anos
2.7.**5**. ( ) mais de 35 anos

2.8- Formação:	**Concluiu?**	
	SIM	**NÃO**

2.8.**5**. Especialização em:	**( )**	**( )**
2.8.**6**. Residência em:	**( )**	**( )**
2.8.**7**. Mestrado em:	**( )**	**( )**
2.8.**8**. Doutorado em:	**( )**	**( )**

III. Localização e transporte

3.1 Em que município você reside?	**3.3 Que meio de locomoção você utiliza para ir ao trabalho?**
3.1.**1**. ( )	3.2.**1**. ( ) ônibus / lotação
3.1.**2**. ( )	3.2.**2**. ( ) Barco
3.1.**3**. ( )	3.2.**3**. ( ) veiculo de tração animal
3.1.**4**. ( )	3.2.**4**. ( ) carro
3.1.**5**. ( )	3.2.**6**. ( ) outros – Cite
3.1.**6**. ( )	
3.1.**7**. ( )	
3.1.**8**. ( )	
3.1.**9**. ( )	
3.1.**10**. ( )	
3.1.**11**. ( )	
3.1.**12**. ( )	
3.1.**13**. ( )	
3.1.**14**. ( )	
3.1.**15**. ( )	
3.1.**16**. ( )	
3.1.**17**. ( )	
3.1.**18**. ( )	
3.1.**19**. ( )	
3.1.**20**. ( )	
3.1.**21**. ( )	
3.1.**22**. ( )	
3.1.**23**. ( )	
3.1.**24**. ( ) Outro - Qual?	

3.**2** - Trabalha no mesmo município que reside ( ) Sim ( ) Não	**3.4 - Atua em Zona Rural** ( ) Sim ( ) Não - Cite qual

3.5 Quanto tempo você leva para chegar ao trabalho?	**3.6 Há quanto tempo trabalha na UBS?**
3.5.**1**. ( ) menos de meia hora	3.6.**1**. ( ) menos de 1 ano
3.5.**2**. ( ) de 30 minutos a uma hora	3.6.**2**. ( ) de 1 a 2 anos
3.5.**3**. ( ) de uma hora a uma hora e meia	3.6.**3**. ( ) de 3 a 4 anos
3.5.**4**. ( ) de uma hora e meia a duas horas	3.6.**4**. ( ) de 5 a 6 anos
3.5.**5**. ( ) mais de duas horas	3.6.**5**. ( ) de 7 a 8 anos
	3.6.**6**. ( ) de 9 a 10 anos
	3.6.**7**. ( ) mais de 10 anos

3.7 De que cursos você participou ou participa na UBS ou Programa?	
3.7.**1**. ( ) Momento I – Introdutório	3.7.**3**. ( ) outros
3.7.**2**. ( ) Momento II – Capacitação nos ciclos de vida	3.7.**4**. ( ) nenhum

3.8 Já trabalhou anteriormente em outras unidades da UBS do município?	**3.9 (Se já trabalhou em outra unidade da UBS) Alguma fora do Estado de Minas Gerais, ou de Município do Vale do Jequitinhonha?**
3.8.**1**. ( ) não	3.9.**1**. ( ) sim
3.8.**2**. ( ) sim, em uma	3.9.**2**. ( ) não
3.8.**3**. ( ) sim, em duas	
3.8.**4**. ( ) sim, em três	
3.8.**5**. ( ) sim, em mais de três	

IV. Experiência Profissional Anterior

4.1 Possui experiência profissional anterior na Atenção Primária?	4.1.**1**. ( ) sim
	4.1.**2**. ( ) não

Se possui experiência profissional anterior,

4.2. você trabalhou em:	**4.3. você trabalhou como:**
4.2.**1**. ( ) hospitais	4.3.**1**. ( ) Clínico geral
4.2.**2**. ( ) docência	4.3.**2**. ( ) Pediatra
4.2.**3**. ( ) posto de saúde	4.3.**3**. ( ) Ginecologista
4.2.**4**. ( ) outros	4.3.**4**. ( ) outros

V. Satisfação no trabalho

Leia as afirmações abaixo e assinale com "X" a alternativa que mais se aproxime de sua opinião:	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente	
5.**1** Faço aquilo que gosto.						1
5.**2** O treinamento que recebo é suficiente para realizar meu trabalho na UBS.						2
5.**3** O ambiente físico da unidade dificulta meu trabalho.						3
5.**4** Disponho de materiais para realizar meu trabalho.						4
5.**5** Sinto muita tensão no trabalho.						5
5.**6** Na UBS, meu potencial e minhas experiências são utilizados.						6
5.**7** O trabalho na UBS permite que eu melhore meus conhecimentos.						7
5.**8** Considero que os serviços de minha equipe da UBS possuem qualidade.						8
5.**9** Na minha equipe da UBS o paciente é bem atendido.						9
5.**10** Os profissionais da equipe da UBS podem discutir as dificuldades encontradas no trabalho.						10
5.**11** Me dou bem com meus colegas de equipe da UBS.						11
5.**12** Minha equipe da UBS realiza reuniões com regularidade.						12
5.**13** Minha Unidade Básica de Saúde realiza reuniões com regularidade.						13

5.**14** Pretendo trabalhar por longo tempo na UBS.						14
5.**15** Meu trabalho é valorizado pela comunidade.						15
5.**16** Acredito que os resultados dessa pesquisa serão bem utilizados.						16

5.17 Qual o seu grau de satisfação no trabalho?
5.17.**1**. ( ) totalmente insatisfeito
5.17.**2.** ( ) parcialmente insatisfeito
5.17.**3**. ( ) nem satisfeito, nem insatisfeito
5.17.**4**. ( ) parcialmente satisfeito
5.17.**5**. ( ) totalmente satisfeito

VI. Satisfação no Trabalho

6.1 O que lhe traz mais satisfação no trabalho? (Cite até três)

_____
_____
_____
_____

6.2 O que lhe traz insatisfação no trabalho? (Cite até três)

_____
_____
_____
_____

_
6.3 O que fez você escolher sua profissão?

_____
_____
_____
_____

6.4 Por que você veio trabalhar na UBS?

_____
_____
_____
_____

__
6.5 Quais são os seus planos para seu futuro profissional?

_____
_____
_____
_____

6.6 Quais são suas sugestões para a UBS?

_____
_____
_____
_____
_

6.7 Como está sua adaptação em relação à região e ao clima do município onde está atuando?

_____
_____
_____
_____
_

6.8 Como você se sente com relação a distância entre você e seus familiares?

_____
_____
_____
_____

UFVJM