

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 27/06/2021.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Louise Lopes Rodrigues

**Satisfações e insatisfações no trabalho de médicos do
Programa Mais Médicos alocados no interior do estado de
São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre(a) em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

**Botucatu
2019**

Louise Lopes Rodrigues

Satisfações e insatisfações no trabalho de médicos do
Programa Mais Médicos alocados no interior do estado
de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre(a) em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

Botucatu
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Rodrigues, Louise Lopes.

Satisfações e insatisfações no trabalho de médicos integrantes do Programa Mais Médicos locados no interior do estado de São Paulo / Louise Lopes Rodrigues. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Goldfarb Cyrino

Capes: 40602001

1. Satisfação no trabalho. 2. Atenção primária à saúde. 3. Medicina familiar. 4. Consórcios de saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica; Insatisfação no trabalho; Médico de Família; Programa Mais Médicos para o Brasil; Satisfação no trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, profa. Eliana Cyrino, por gentilmente me acolher como orientanda. Obrigada pelos ensinamentos, pela paciência e pelo exemplo de humanização ao enxergar não apenas a Louise aluna, mas considerar todos os demais papéis que exerço!

Aos médicos entrevistados, por se disporem a conversar de forma tão receptiva! A contribuição de vocês foi imprescindível para este trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. A esta agência, o meu muito obrigado.

Aos meus pais, por serem exemplo e me ensinarem a não desistir, obrigada pelo incentivo e por sempre estarem dispostos a me ajudar. Amo vocês!

Aos meus irmãos Jonas, Estêvão e Lídia, pela amizade, pelas conversas e por me ajudarem a enxergar humor e riso em meio às dificuldades!

Ao Arthur, meu grande companheiro, por estar ao meu lado em mais essa aventura. Obrigada por ser meu suporte e meu porto seguro. Eu te amo!

Ao Benjamin, por me ensinar as verdadeiras prioridades da vida e por me dar o título do qual tanto me orgulho! Mommy loves you!

A Deus, autor da minha vida, por escrever minha história de forma tão bondosa!

“Nunca me deixes esquecer que tudo que tenho, tudo que sou e o que vier a ser vem de Ti,
Senhor”.

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde recomenda uma razão de um médico para cada mil habitantes para que a população tenha um adequado acesso à saúde. Apesar de o Brasil possuir um número absoluto satisfatório de médicos, há no país uma distribuição desigual destes profissionais, com carência de médicos em comunidades remotas e vulneráveis, causando um grande impacto no bem-estar da população que ali se encontra e dificultando a universalização da saúde, como prevê os princípios do Sistema Único de Saúde. Diante disso, o Governo Federal criou, em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), com o intuito de suprir de forma emergencial a carência de médicos em regiões de difícil fixação dos mesmos. A literatura considera que o principal fator que leva um trabalhador a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que desempenha, o que também se faz verdadeiro na área da saúde. Sendo assim, podemos inferir que a insatisfação laboral do médico da Atenção Básica é um dos motivos da dificuldade de recrutá-los e fixá-los por um período mais longo. Objetivo: Este estudo se propõe a avaliar as satisfações e insatisfações no trabalho de médicos integrantes do PMM no município de Botucatu – SP, cidade universitária com elevado IDH e com razão médico-paciente de 6,25. Metodologia: Trata-se de pesquisa qualitativa, na qual foram feitas oito entrevistas semiestruturadas com médicos do PMM e uma entrevista com gestores da AB no município, as quais foram analisadas e categorizadas. Resultados: foram construídas as seguintes categorias: 1. A visão da ESF; 2. A valorização de uma ESF desvalorizada; 3. Uma rede sem rede; 4. Entre os agendados e os pacientes com queixas agudas: a dificuldade de organizar o trabalho; 5. Bem-vindos porém passageiros; e 6. Nossos momentos de maior satisfação no trabalho. Destacou-se como fontes de insatisfação no trabalho a falta de prestígio do Médico de Família frente aos colegas médicos e pacientes; o grande volume de consultas de queixas agudas, que sequestram tempo de ações preventivas e consultas de rotina; dificuldades de encaminhamento de pacientes e a comunicação precária entre setores primário, secundário

e terciário e a falta de perspectiva de crescimento profissional. Em contrapartida a boa receptividade das equipes e dos pacientes aos médicos do PMM; a construção da boa relação médico-paciente e a constatação de bons resultados diagnósticos e terapêuticos destacaram-se como fontes de satisfação no trabalho. Considerações finais: Observamos que a maioria dos médicos entrevistados foi surpreendida pelos desafios que a Atenção Básica traz, encontrando satisfação na relação médico-paciente porém sem o desejo de continuar trabalhando no setor primário.

Palavras-chave: Satisfação no trabalho. Insatisfação no trabalho. Atenção Básica. Médicos de Família. Programa Mais Médicos.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization recommends a ratio of one doctor per thousand inhabitants so that the population has adequate access to health. Although Brazil has a satisfactory absolute number of doctors, there is an unequal distribution of these professionals in the country, with a shortage of physicians in remote and vulnerable communities, causing a great impact on the well-being of the population that lives there and making it difficult to make health accessible for everyone, as foreseen by the principles of the Sistema Único de Saúde. Due to that, the Federal Government created in 2013 the More Doctors Program (PMM), with the aim of urgently supplying the shortage of doctors in regions that are difficult to set them down. The literature considers that the main factor that leads a worker to leave an organization is their level of dissatisfaction with the role they play, which is also true in the health field. Thus, we can infer that the dissatisfaction at work of the primary care physician is one of the reasons for the difficulty of recruiting them and fixing them for a longer period. Objective: This study aims to evaluate the satisfactions and dissatisfactions in the work of physicians of the PMM in the city of Botucatu - SP, a city with a renowned University, a high HDI and a physician-patient ratio of 6.25. Methodology: This is a qualitative research, in which eight semi-structured interviews were conducted with PMM physicians and one interview with health managers in the city, which were analyzed and categorized. Results: the following categories were constructed: 1. The vision of the Family Health Strategy; 2. The valuation of a depreciated Family Health Strategy; 3. A network without a network; 4. Among scheduled and patients with acute complaints: the difficulty of organizing the work; 5. Welcome but transient; and 6. Our moments of greater satisfaction at work. It was highlighted as sources of job dissatisfaction the lack of prestige of the Family Doctor before his medical colleagues and patients; the large volume of acute complaints, which hijacks preventive actions and routine appointments;

difficulties in patient referral and poor communication between the primary, secondary and tertiary sectors and the lack of perspective of professional growth. On the other hand, the good reception of the teams and the patients to the PMM physicians; the construction of a good doctor-patient relationship and the confirmation of accurate diagnosis and therapeutic results were highlighted as sources of job satisfaction. Final considerations: We observed that most physicians interviewed were astonished by the challenges that Basic Care brings, finding satisfaction in the doctor-patient relationship but without the desire to continue working in the primary health sector.

Keywords: Job satisfaction. Job dissatisfaction. Basic Attention. Family Physicians. More Doctors Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	20
3 METODOLOGIA	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 A Visão da ESF	32
4.2 A valorização de uma ESF desvalorizada	34
4.3 Uma Rede sem rede	38
4.4 Entre os agendados e os pacientes com queixa agudas: a dificuldade de organizar o trabalho	44
4.5 Bem-vindos, porém passageiros	52
4.6 Nossos momentos de maior satisfação no trabalho	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	70
ANEXO 1 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	70
ANEXO 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	75
ANEXO 3 Roteiro para entrevista semiestruturada	77
ANEXO 4 Entrevista 1	79
ANEXO 5 Entrevista 2	93
ANEXO 6 Entrevista 3	106
ANEXO 7 Entrevista 4	121
ANEXO 8 Entrevista 5	131
ANEXO 9 Entrevista 6	141
ANEXO 10 Entrevista 7	150
ANEXO 11 Entrevista 8	170
ANEXO 12 Entrevista Gestores	185

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil

SUS – Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

Nasci em Rio Verde, cidade do interior de Goiás, onde morei com minha família durante minha primeira infância. Nos mudamos para Franca, no interior do estado de São Paulo, onde morei até ingressar na faculdade, no ano de 2005, sendo aluna da 43ª turma do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu.

No ano de 2011, logo após ter me graduado, fui remanejada de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família e comecei a trabalhar no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em Botucatu, onde me deparei com o adoecimento e o sofrimento relacionados ao trabalho diariamente. Ali percebi o grande impacto que o trabalho causa na vida do cidadão e me dei conta do quão comum era o sofrimento dentro do ambiente laboral.

Em 2012 casei-me e após alguns meses me mudei para a grande São Paulo, onde meu marido e eu trabalhamos na Estratégia de Saúde da Família de Diadema, município com 386 mil habitantes¹, violento e com sérios problemas sociais. Deparei-me com uma unidade formada por cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família, mas que por muito tempo trabalhou apenas com dois médicos. Tal cenário era comum no município, a alta rotatividade de médicos era amplamente conhecida pela população, que tinha como discurso que os bons médicos não ficavam muito tempo na rede. Ali vivi os maiores desafios profissionais até o momento, atendíamos emergências graves diariamente, que necessitavam de um atendimento avançado mas que eram conduzidos na Unidade até que o socorro estivesse disponível; a carência da população era marcante e os problemas sociais limitadores; as cobranças da gestão eram frequentes, a produção mensal nunca era satisfatória aos olhos dos superiores apesar de cada médico prestar atendimento a uma média de 40 usuários por dia. Durante os 18 meses que ali estive, trabalhei com duas colegas e tive outros dois afastados por um longo período de tempo

devido problemas de saúde mental agravados pelo trabalho, ocorrendo inclusive um evento de tentativa de suicídio. A equipe trabalhava de forma unida, mas o sofrimento mental era algo presente e o uso de psicotrópicos era extremamente comum entre os funcionários. Estava desacreditada do SUS e da Atenção Básica, a desesperança me acompanhava em cada jornada de trabalho.

Diante desse quadro decidimos, como casal, nos aventurar em um ano sabático fora do país para descansar e repensar nossos projetos, aprimorar uma língua estrangeira e decidir, longe das pressões de colegas, amigos e familiares, que caminho profissional desejávamos trilhar. O tempo distante do Brasil nos foi muito rico, me fez amadurecer e estabelecer prioridades claras na minha vida.

Retornamos e assumi uma equipe de Estratégia de Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, em um município com 38 mil habitantes². A unidade em que iniciei os trabalhos contava com 3 equipes, porém funcionava apenas com um médico há 5 meses, estando uma das equipes sem médico há 8 meses. Trabalhei no município por dois anos e meio e ali percebi que os mesmos problemas da Atenção Básica vividas em um grande centro urbano se repetiam em uma cidade pequena e aparentemente menos complexa. No período em que estive na Atenção Básica da cidade a rotatividade de médicos também ocorreu, alguns alegando insatisfação no trabalho, outros buscando uma especialização.

Nesse interim surgiu o Programa Mais Médicos. O fato de o Programa suprir as vagas médicas na Atenção Básica forma emergencial me parecia uma boa ideia, porém efêmera; acreditava que a presença desses médicos era necessária, entretanto me questionava se mudanças realmente seriam feitas para que a origem da dificuldade de se fixar médicos na Atenção Básica fosse genuinamente tratada de forma responsável. Como os médicos do PMM se sentiriam quando submetidos às mesmas dificuldades que colegas e eu enfrentávamos? Como reagiriam

aos percalços da AB? Teriam eles uma visão diferente da Atenção Básica?

Tendo isto, em 2016 busquei a profa. Dra. Eliana Cyrino, com quem trabalhei durante a graduação, e expus meu desejo de estudar o tema e meu interesse no assunto. Ela gentilmente, como sempre, me acolheu e me aceitou como sua orientanda. Desde então venho me aprofundando no assunto e desenvolvendo este projeto.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde recomenda uma razão de um médico para cada mil habitantes para um adequado acesso à saúde pela população. De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), em 2011 o Brasil possuía uma razão de 1,8 médicos por grupo de mil habitantes³. Apesar de um número absoluto acima do recomendado pela OMS, o Brasil possui uma razão de médicos menor que a média dos países da OCDE, que é de 3,2 med/1000hab. Além disso, há no Brasil uma distribuição desigual dos profissionais de saúde⁴, com carência de médicos em comunidades remotas e vulneráveis. Dos 27 estados da Federação, 22 estão abaixo da média nacional de número de médicos por mil habitantes, com destaque para alguns estados do Norte e Nordeste, como Acre, Pará, Amapá, Piauí e Maranhão, que apresentam indicador de menos de 1 médico por mil habitantes⁵, causando um grande impacto no bem-estar da população que ali se encontra e dificultando a universalização da saúde, como prevê os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

A distribuição geográfica desigual dos médicos não é um problema encontrado apenas no Brasil⁷⁻⁹, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que 50% da população mundial reside em área rural, com apenas 25% dos profissionais médicos atuando nessas áreas¹⁰. As causas dessa má distribuição dos médicos e carência destes em algumas regiões é multifatorial, sendo influenciada por motivos monetários¹¹⁻¹³; sociais, como oportunidade de trabalho disponível para o cônjuge e boas escolas para filhos¹⁴⁻¹⁶; educacionais, como o local de formação e especialização¹⁷⁻²³, e das condições de trabalho, como acesso a rede hospitalar, exames complementares e uma rede de apoio, entre outros.

Em 2011 o Governo Federal determinou a Atenção Básica à Saúde como prioridade, sendo estabelecidos dez desafios que deveriam ser considerados pelo Ministério da Saúde, conforme

exposto no Quadro 1.

Quadro 1. Dez principais desafios na Atenção Básica à Saúde, Brasil, 2014²⁴

1. Financiamento insuficiente da Atenção Básica.
2. Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
3. Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde.
4. Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis.
5. Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado.
6. Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais.
7. Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão.
8. Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores.
9. Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica.
10. Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade

Frente a esse problema, táticas de longo, médio e curto prazos vêm sendo instituídas pelo governo através da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) para solucionar cada um dos problemas identificados.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi introduzido no Brasil em julho de 2013 por meio da Medida Provisória nº 621, sendo convertida a lei 12.871 em 22 de outubro de 2013²⁵⁻²⁶, como parte de uma série de medidas que objetivam atuar nos seguintes desafios: déficit de provimento de profissionais médicos; mercado de trabalho predatório e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde; necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com

formação específica para atuação na Atenção Básica²⁷. Como medidas de longo e médio prazos, os Ministérios da Saúde e da Educação vem instituindo reformas curriculares nas escolas médicas. Com as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina, a formação médica passa a ser voltada para a necessidade da população, conforme a demanda do SUS. Além disso, há a ampliação do número de faculdades de medicina e de centros com programas de residência médica em áreas com maior carência desses profissionais, com interiorização das faculdades e descentralização da formação²⁸. Até 2017 estava prevista a criação de 11,5 mil vagas de graduação em medicina, das quais 5088 foram criadas até o ano de 2015; e 12,4 mil vagas de residência médica para formação de especialistas até 2018, sendo 4600 vagas criadas entre 2013 e 2014, com foco na valorização da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família e na melhor distribuição do profissional médico. O Ministério da Educação traçou metas para ampliar a quantidade de profissionais, visando chegar ao patamar de 2,7 médicos por mil habitantes em 2026²⁷. Tal meta foi baseada na concentração de médicos encontrada no Reino Unido, país com um sistema de saúde público expressivo como o SUS. Também faz parte do Programa Mais Médicos o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde, contando para isso com a participação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, através do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

Como medida de curto prazo, foi instituído o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), criado para suprir de forma emergencial a carência de médicos na Atenção Básica de áreas vulneráveis, periferia de grandes cidades e municípios do interior do país, onde a fixação de profissional médico é dificultada. Através do PMMB, médicos graduados no Brasil e no exterior, brasileiros e estrangeiros, são recrutados para atuar nas áreas com maior necessidade. Até junho de 2015, 18240 médicos nacionais e estrangeiros foram recrutados e contratados para atender 4068 municípios e 34 distritos, os quais se encaixavam em um dos seis perfis de

vulnerabilidade (Quadro 2)²⁹.

Quadro 2 Perfis dos municípios e localidades participando do Projeto Mais Médicos para o Brasil, Brasil, 2015.

Perfil do município
P1. Capital: 26 municípios que são capitais de seus estados e o Distrito Federal.
P2. Região Metropolitana: 485 municípios situados em Regiões Metropolitanas.
P3. G100: 100 Municípios com mais de 80 mil habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública per capita e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (G100)
P4. Perfil de pobreza: municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).
P5. DSEI: 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (DSEI/SESAI/MS).
P6. Demais localidades: municípios não caracterizados pelos perfis anteriores.

O eixo de provimento emergencial de médicos do Programa Mais Médicos foi amplamente criticado³⁰⁻³⁵, uma vez que, a priori, não soluciona a alta rotatividade e dificuldade de fixação do profissional médico nas localidades mais vulneráveis, tratando-se apenas de uma medida provisória para suprir a carência destes profissionais.

Além das causas já citadas como motivo da carência de médicos em algumas regiões, a literatura considera que o principal fator que leva um funcionário a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que desempenha³⁶⁻³⁸. Na área da saúde, diversas pesquisas também confirmam essa correlação³⁹⁻⁴⁶, ou seja, a difícil fixação de médicos nessas localidades muito provavelmente está relacionada também a algum nível de insatisfação com o trabalho.

O trabalho do médico na Estratégia de Saúde da Família é abrangente e engloba diversas funções, sendo algumas delas compartilhadas com outros membros da equipe e outras cabíveis apenas ao médico. Listo nos Quadros 3 e 4 as funções do médico da ESF de acordo com a

Política Nacional de Atenção Básica⁴⁷.

Quadro 3 - Atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na ESF, Brasil, 2012.

I	Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
II	Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
III	Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
IV	Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
V	Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
VI	Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando
VII	Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
VIII	Responsabilizar
IX	Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde
X	Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
XI	Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
XII	Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;

XIII	Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
XIV	Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;
XV	Participar das atividades de educação permanente;
XVI	Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
XVII	Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
XVIII	Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Quadro 4 - Atribuições específicas do médico da equipe de ESF, Brasil, 2012.

I	Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;
II	Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
III	Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
IV	Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles;
V	Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
VI	Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; e
VII	Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.

O processo de trabalho é algo mais complexo e amplo que a lista de “direitos e deveres” do trabalhador. Trata-se da atividade do homem para transformar um objeto sobre o qual atua por meio de um instrumento de trabalho para a produção de produtos, sendo essa transformação subordinada a um determinado fim⁴⁸. Dessa forma, podemos entender o processo de trabalho em saúde como algo que diz respeito ao cotidiano do trabalho em saúde, à prática dos profissionais de saúde no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Temos então

as necessidades humanas de saúde como o objeto sobre o qual incide as ações do trabalhador da área de saúde, o qual se utiliza de instrumentos materiais, como equipamentos, materiais de consumo, medicações e instalações; e instrumentos não-materiais, que são os saberes desse trabalhador; com o fim de alcançar o bem estar, cura e promoção de saúde dos usuários⁴⁹. Merhy (1997)⁵⁰ chama o trabalho em saúde de “trabalho vivo”, destacando ser fundamental considerar o trabalho em saúde como relacional, isso porque antes de serem trabalhadores, os profissionais da saúde são sujeitos vulneráveis à subjetividade, à historicidade e aos contextos da corporação a que pertencem, fazendo do seu trabalho uma interação entre seres humanos distintos, cujos objetivos e metas nem sempre coincidem.

A satisfação no trabalho depende de uma boa condição laboral, englobando as variáveis do comportamento, do ambiente e da organização, sendo necessário encontrar um equilíbrio entre o interesse da organização e dos trabalhadores.

Vários pesquisadores já estudaram e definiram, de distintas formas, o que vem a ser satisfação no trabalho. Locke definiu em 1969 satisfação no trabalho como um estado emocional positivo ou de prazer resultantes da experiência laboral do indivíduo⁵¹. Para Hirschfield (2000)⁵², satisfação no trabalho é algo amplo e se relaciona à sensação de prazer em estar no ambiente de trabalho, em realizar suas atividades laborais e sentir-se recompensado pelo esforço e dedicação despendidos. Sabemos que trabalhadores satisfeitos tendem a ter um maior compromisso com seu trabalho, são mais participativos e efetivos nas atividades laborais e estão menos propensos a deixar seu emprego⁵³. Sendo assim, podemos inferir que a insatisfação laboral do médico da Atenção Básica é um dos motivos da dificuldade de recrutá-los e fixá-los por um período mais longo em áreas vulneráveis⁵⁴. Tal rotatividade dificulta o estabelecimento de vínculo com os demais membros da equipe de saúde, prejudica a relação médico-paciente, gera despesa e é contraproducente⁵⁵⁻⁵⁷.

De acordo com a Teoria de Herzberg, a satisfação no trabalho está relacionada a fatores intrínsecos e extrínsecos⁵⁸⁻⁵⁹. Como fatores extrínsecos, também chamados de higiênicos, temos variáveis como os benefícios sociais, a organização do trabalho, as condições físicas e ambientais de trabalho, as políticas e diretrizes do regimento interno da empresa, o tipo de chefia ou supervisão, a segurança, os relacionamentos interpessoais, o status e a remuneração; são fatores encontrados no ambiente no qual o trabalhador está inserido. Como fatores intrínsecos, também nomeados de motivacionais, podemos citar variáveis como sensação de reconhecimento, autonomia no trabalho e prestígio; são fatores próprios e íntimos de cada indivíduo⁶⁰.

Tendo o exposto, entendemos que o local de trabalho dos médicos integrantes do Programa Mais Médicos fica, na grande maioria das vezes, em área vulnerável e de difícil fixação de profissional e que devemos realizar estudos para compreender melhor sobre o nível de satisfação e insatisfação no trabalho nestes locais⁶¹.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elaborarmos esse projeto queríamos investigar as fontes de satisfação e insatisfação de médicos que atuavam na Atenção Básica, visto a dificuldade de fixação de médicos em equipes de Saúde da Família mesmo em um município sem grandes carências e vulnerabilidades.

Os resultados atingiram os objetivos, já que pudemos identificar nas diferentes entrevistas pontos comuns e singulares que geravam satisfação e insatisfação dentro do ambiente laboral de médicos do Programa Mais Médicos.

Observamos que a sobrecarga de trabalho, reconhecida não apenas pelos médicos, mas também pelos gestores entrevistados, é fonte de grande insatisfação e dificulta que a Estratégia de Saúde da Família seja executada de acordo com as diretrizes dos Cadernos de Saúde Pública. A falta de tempo para desempenhar suas atividades laborais de forma plena é um grande problema percebido em todos os diálogos, causando prejuízo não apenas ao profissional, que se sente frustrado por não poder oferecer ao seu paciente uma consulta que contemple tudo que julga necessário, mas também traz detrimento aos pacientes, que não usufruem de um tempo de escuta de qualidade, gerando um ciclo no qual a prevenção de doenças acaba por ficar esquecida, o que por si só aumenta a demanda de atendimentos, não promove saúde e ou cuidado de forma ampliada e compartilhada e não instrumentaliza pessoas, famílias, grupos, comunidades e população para o autocuidado, a autonomia e não reconhece os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde.

A carência de respaldo técnico nos setores secundário e terciário também gera insatisfações e corrobora para a morosidade de diagnósticos e resolutividade dentro da Atenção Básica, muitas vezes gerando conflitos entre usuários e Equipe, minando a delicada relação médico-paciente. Os médicos do PMM se veem repetidamente frente ao paciente com a mesma queixa, o qual

aguarda uma resposta quanto ao seu diagnóstico e tratamento. Não tendo governabilidade sobre os agendamentos, o médico se vê de mãos atadas, aguardando que seus encaminhamentos e solicitação de exames sejam agendados. Nesse interim, o usuário tem seu quadro clínico sem resolutividade, com possível piora dos sintomas e buscando a Atenção Básica para conforto de suas queixas.

Destacamos a percepção da falta de prestígio e reconhecimento do Médico de Família entre seus colegas médicos, familiares, equipe de trabalho e pacientes como um grande fator que dificulta o recrutamento e a fixação de médicos na Atenção Básica. A mudança dessa mentalidade requer tempo, paciência, investimento e educação. A valorização da Atenção Básica e de seus profissionais é elementar para que o trabalho na atenção primária seja almejada pela nova geração de médicos. A reforma curricular e o investimento estrutural na Atenção Básica contemplados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil são ferramentas importantes nesse processo.

Pudemos identificar que o Programa Mais Médicos atinge seu objetivo de suprir a carência de médicos de forma emergencial, entretanto as medidas de médio e longo prazo, que visam a melhora da Atenção Básica para que a mesma seja atraente aos médicos, ainda não são perceptíveis. Tal realidade pode ser identificada ao percebermos que a grande maioria dos médicos do PMM não planejam continuar atuando na Atenção Básica, perpetuando a alta rotatividade de médicos vista no momento.

Apesar das burocracias e da dificuldade de organização do trabalho na Atenção Básica, observamos que a construção da relação médico-paciente, a consulta médica, a possibilidade do acompanhamento longitudinal de um caso, o correto diagnóstico e a resposta adequada ao tratamento fazem com que os médicos se sintam realizados. Percebemos que as fontes de satisfação estão associadas a atividade médica individual. Tal realidade pode estar associada a

formação do médico, que em geral pouco dialoga com as demais áreas da saúde, não o preparando para trabalhar de forma interprofissional. Novamente destacamos a importância de a reforma curricular contemplar essa carência, de tal forma que o trabalho em equipe se torna algo prazeroso para o médico, ofertando ao paciente uma visão multidisciplinar de sua queixa. Lembramos aqui que de acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, a ordenação do processo de formação dos profissionais de saúde deve ser orientada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com as necessidades de saúde mais prevalentes da população. Pode se supor que com a implantação da Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em medicina de 2014, se qualifique e se valorize a formação dos futuros profissionais médicos para atuarem nos diferentes níveis de atenção e se trabalhe para um maior compromisso com a defesa da dignidade humana, a integralidade do cuidado e a transversalidade de uma prática orientada pela determinação social do processo saúde-doença⁸⁶.

Ressaltamos a importância de se manter a qualidade da Atenção Básica como prioridade, já que esta orienta todo o sistema de saúde. Garantir o atendimento integral do cidadão, promovendo sua saúde e prevenindo ou evitando doenças graves permite melhores condições de vida à população, diminuir gastos com tratamentos dispendiosos ou exames de alta tecnologia e reduzir a morbimortalidade de doenças crônicas.

Oferecer uma atenção primária à saúde de qualidade, eficiente, eficaz e precisa e ao mesmo tempo garantir um ambiente laboral saudável aos profissionais que nela atuam é um grande desafio dentro da Atenção Básica. Fazer com que o trabalho na Atenção Básica seja atraente, motivador e fonte de satisfação é um dos passos para atrair e fixar profissionais médicos, possibilitando o estabelecimento de vínculo dentro da equipe e com os usuários, permitindo um acompanhamento longitudinal como prevê a Estratégia de Saúde da Família.

Como nos coloca Jairnilson Paim⁸⁷ em seu recente artigo sobre os 30 anos do SUS: “O fato concreto é que o SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado”. Assim temos um longo caminho a trilhar para qualificar o trabalho médico na atenção básica e “em última análise o desafio é político, exigindo um engajamento contínuo pela sociedade brasileira como um todo, para assegurar o direito a saúde para todos os brasileiros”⁸⁸.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ IBGE. **Estatística**: Diadema. Brasília, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/diadema/panorama>. Acesso em: 20 maio 2019.
- ² IBGE. **Estatística**: São Manuel. Brasília, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-manuel/panorama>. Acesso em: 20 maio 2019.
- ³ OECD. **Health at a Glance 2011**: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2011. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>. Acesso em: 23 maio 2019.
- ⁴ PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, 2006.
- ⁵ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Estatística de médicos**: inscrições principais ativas. Brasília: CFM, 2012.
- ⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saude, 2011. (Série E. Legislação de Saúde).
- ⁷ AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **Rural, regional and remote health**: indicators of health status and determinants of health. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2008. (Rural Health Series, 9). Disponível em: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468076>. Acesso em: 20 set. 2014.
- ⁸ PITBLADO, J. R.; PONG, R. W. **Geographic distribution of physicians in Canada**. Ottawa: Health Canada, 1999.
- ⁹ KOBAYASHI, Y.; TAKAKI, H. Geographic distribution of physicians in Japan. **Lancet**, London, v. 340, p. 1391-1393, 1992.
- ¹⁰ ARAÚJO, E.; MAEDA, A. **How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries**: a guidance note. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2013. (HNP Discussion Paper). Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16104> License: CC BY 3.0 IGO. Acesso em: 22 maio 2017.
- ¹¹ ROSKO, M. D.; BROYLES, R. W. **The economics of health care**: a reference handbook. New York: Greenwood, 1988.
- ¹² VAN STRALEN, A. C. S. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 147-172, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000100008>.
- ¹³ ALMEIDA, P. F. *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335,

2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>.

¹⁴ HOLMES, J. E.; MILLER, D. A. Factors affecting decisions on practice locations. **J. Med. Educ.**, Washington, v. 61, p. 721-726, 1986.

¹⁵ LEONARDSON, G.; LAPIERRE, R.; HOLLINGSWORTH, D. Factors predictive of physician location. **J. Med. Educ.**, Washington, v. 60, p. 37-43, 1985.

¹⁶ KAZANJIAN, A.; PAGLICCIA, N. Key factors in physicians' choice of practice location: findings from a survey of practitioners and their spouses. **Health Place**, Exford, v. 2, p. 27-34, 1996.

¹⁷ COOPER, J. K.; HEALD, K.; SAMUELS, M. The decision for rural practice. **J. Med. Educ.**, Washington, v. 47, p. 939-944, 1972.

¹⁸ COOPER, J. K.; HEALD, K.; SAMUELS, M. Affecting the supply of rural physicians. **Am. J. Public Health**, New York, v. 67, p. 756-759, 1977.

¹⁹ SCHEFFLER, R. M. The relationship between medical education and the statewide per capita distribution of physicians. **J. Med. Educ.**, Washington, v. 46, p. 955-998, 1971.

²⁰ BURFIELD, W. B.; HOUGH, D. E.; MARDER, W. D. Location of medical education and choice of location of practice. **J. Med. Educ.**, Washington, v. 61, p. 545-554, 1986.

²¹ WATSON, C. J. The relationship between physician practice location and medical school area: an empirical model. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 14D, p. 63-69, 1980.

²² PINTO, L. F.; MACHADO, M. H. Médicos migrantes e a formação profissional: um retrato brasileiro. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Brasília, v. 24, p. 53-64, 2000.

²³ UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2009. (Relatório Técnico de Projeto).

²⁴ PINTO, H. A.; SOUSA, A. N.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 358-372, 2014.

²⁵ PINTO, L. F.; MACHADO, M. H. Médicos migrantes e a formação profissional: um retrato brasileiro. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Brasília, v. 24, p. 53-64, 2000.

²⁶ BRASIL. Presidência da República. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 23 Out 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>. Acesso em: 22 maio 2014.

²⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

²⁸ OLIVEIRA, F. P. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.

²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 01 da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de 02 de outubro de 2015. Metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 191, p. 91, 6 out. 2015.

³⁰ BRASIL. Ministério da Educação. Propostas de expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais do Ensino Superior elaboradas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria n. 86, de 22 de março de 2012. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 27 mar. 2012.

³¹ MORAIS, I. *et al.* Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 112-120, 2014.

³² WEBER, C. A. T. Dialética de uma política de provimento médico em áreas prioritárias no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 268-277, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.03.268>.

³³ GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface (Botucatu)**, v. 21, supl. 1, p. 1103-1114, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0363>.

³⁴ ACIOLE, G. G. O Projeto Mais Médicos para o Brasil e a construção de mitos: uma leitura bartheana. **Interface (Botucatu)**, v. 21, supl. 1, p. 1157-1168, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0540>.

³⁵ ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. **Interface (Botucatu)**, v. 21, supl. 1, p. 1143-1156, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0396>.

³⁶ HERZBERG, F. **The motivation to work**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1964.

³⁷ VROOM, V. H. **Work and motivation**. New York: John Wiley, 1964.

³⁸ LÉVI-LEBOYER, C. **A crise das motivações**. São Paulo: Atlas, 1994.

³⁹ LICHTENSTEIN, R. Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings. **Med. Care Res. Rev.**, Philadelphia, v. 22, n. 1, p. 56-68, 1984.

⁴⁰ SIBBALD, B. *et al.* GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? **Fam. Pract.**, Oxford, v. 17, n. 5, p. 364-371, 2000.

⁴¹ GRIFFETH, R. W.; HOM, P. W.; GAERTNER, S. A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: update, moderator tests, and research implications for the next millennium. **J. Manage.**, Greenwich, v. 26, p. 463-489, 2000.

- ⁴² HOM, P. W.; KINICKI, A. J. Toward a greater understanding of how dissatisfaction drives employee turnover. **Acad. Manage. J.**, Ada, v. 44, p. 975-987, 2001.
- ⁴³ LANDON, B. E.; RESCHOVSKI, J.; BLUMENTHAL, D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 4, p. 442-444, 2003.
- ⁴⁴ MISRA-HERBERT, A. D.; KAY, R.; STOLLER, J. K. A review of physician turnover: rates, causes, and consequences. **Am. J. Med. Qual.**, Baltimore, v. 19, n. 2, p. 56-66, 2004.
- ⁴⁵ SANTOS, L.; PINTO, H. **A saúde da família de cara nova: a gestão interfederativa do SUS**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008.
- ⁴⁶ CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>.
- ⁴⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- ⁴⁸ MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Terceira Secção A produção da mais-valia absoluta. Processo de trabalho e processo de valorização. 1867. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1867/capital/livro1/cap05/01.htm>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- ⁴⁹ GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).
- ⁵⁰ MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112. (Saúde em Debate, 108) (Série Didática, 6).
- ⁵¹ LOCKE, E. A. What is job satisfaction? **Organ. Behav. Hum. Perform.**, New York, v. 4, p. 309-336, 1969. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90013-0](http://dx.doi.org/10.1016/0030-5073(69)90013-0).
- ⁵² HIRSCHFELD, R. R. Validity studies. Does revising the intrinsic and extrinsic subscales of the Minnesota satisfaction questionnaire short form make a difference? **Educ. Psychol. Meas.**, Thousand Oaks, v. 60, n. 1, p. 255-270, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/00131640021970493>.
- ⁵³ AGARWAL, R.; FERRATT, T. W. Crafting an HR strategy to meet the need for IT workers. **Commun. ACM.**, New York, v. 44, n. 7, p. 59-64, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1145/379300.379314>
- ⁵⁴ ANDRADE, K. O.; ANDRADE, P. O.; LEITE, L. F. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. **Rev. Cient. ITPAC**, Araguaína, v. 8, n. 1, p. 1-5, 2015.
- ⁵⁵ KOYS, D. J. The effects of employee satisfaction, organizational citizenship behavior and turnover on organizational effectiveness: a unit-level, longitudinal study. **Pers. Psychol.**, New

York, v. 54, p. 101-114, 2001.

⁵⁶ LAU, R. S. M. Quality of work life and performance: an ad hoc investigation of two key elements in the service profit chain model. **Int. J. Serv. Ind. Manage.**, London, v. 11, n. 5, p. 422-437, 2000.

⁵⁷ SOLOMON, J. Companies try measuring cost savings from new types of corporate benefits. **Wall Street J.**, New York, dec. 29, p. B1, 1998.

⁵⁸ HERZBERG, F. **The motivation to work**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1964.

⁵⁹ KANUNGO, R. N. The concepts of alienation and involvement revisited. **Psychol. Bull.**, Washington, v. 86, n. 1, p. 119-138, 1979. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.86.1.119>.

⁶⁰ OLIVARES, A.; BONITO, J.; SILVA R. Qualidade de vida no trabalho dos médicos da atenção básica no estado de Roraima (Brasil). **Psicol. Saude Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 1, p. 100-111, 2015.

⁶¹ LIMA, S. *et al.* O programa mais médicos e a atenção básica no Brasil: uma revisão integrativa. **Gestão Soc.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 30, p. 1963-1975, 2017. DOI: <https://doi.org/10.21171/ges.v11i30>.

⁶² MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

⁶³ GUERRA, E. L. A. **Manual pesquisa qualitativa**. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014.

⁶⁴ CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson, 2007.

⁶⁵ LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

⁶⁶ MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesqui. Qual.**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

⁶⁷ MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

⁶⁸ PANNUCCI, C. J.; WILKINS, E. G. Identifying and avoiding bias in research. **Plast. Reconstr. Surg.**, Baltimore, v. 126, n. 2, p. 619-625, 2010.

⁶⁹ IBGE. **Botucatu**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>. Acesso em: 25 set. 2018.

⁷⁰ PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Brasília: PNUD, 2013. Disponível em:

<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>. Acesso em: 25 set. 2018.

⁷¹ FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/#!/sobre/administrativo>. Acesso em: 17 maio 2019.

⁷² PORTAL DA DEMOGRAFIA MÉDICA. Disponível em: <http://demografiamedica.org.br/treze-cidades-tem-mais-de-4-medicos-por-1-000-habitantes/#more-123>. Acesso em: 10 out. 2018.

⁷³ BOTUCATU. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://saude.botucatu.sp.gov.br/>. Acesso em: 14 maio 2019.

⁷⁴ GONCALVES, R. J. *et al.* Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382-392, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300009>.

⁷⁵ QUINTANEIRO, T. *et al.* **Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber**. 2. ed. rev. amp. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002. 159 p. (Aprender).

⁷⁶ ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Primary health care: care coordinator in regionalized networks? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 80, 2016. DOI 10.1590/S1518-8787.2016050006602.

⁷⁷ REDE OBSERVATÓRIO PROGRAMA MAIS MÉDICOS. **Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014**. 2015. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>. Acesso em: 10 mar. 2016.

⁷⁸ PINTO, H. *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface (Botucatu)**, v. 21, supl. 1, p. 1087-1101, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>.

⁷⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 1, 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

⁸⁰ PESQUISA avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. UFMG e IPESPE. 2015. Mimeografado.

⁸¹ CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>.

⁸² PEREIRA, I. *et al.* Compromisso organizacional e satisfação laboral: um estudo exploratório em unidades de saúde familiar portuguesas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, e00153914, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00153914>.

⁸³ KIYOHARA, L. Y. *et al.* The patient-physician interactions as seen by undergraduate medical students. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 119, n. 3, p. 97-100, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802001000300002>.

⁸⁴ TANAKA, O. Y.; RESENBURG, C. P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 60-68, 1990. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101990000100010>.

⁸⁵ CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.

⁸⁶ FERREIRA, M. J. M. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface (Botucatu)**, v. 23, supl. 1, p. e170920, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170920>.

⁸⁷ PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

⁸⁸ KLEINERT, S.; HORTON, R. Brasil: no caminho da sustentabilidade e da igualdade na saúde. **The Lancet**, London, p. 1-2, 2011, Disponível em <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet//pdfs/brazil/brazilporcom1.pdf>. Acesso em 28 maio 2019.