

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE - UNIPLAC
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM AMBIENTE E SAÚDE – MESTRADO ACADÊMICO**

PAULO ZULMAR PANATTA

**SAÚDE E TRABALHO DE MÉDICOS INTERCAMBISTAS DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM SANTA CATARINA**

LAGES-SC

2017

PAULO ZULMAR PANATTA

**SAÚDE E TRABALHO DE MÉDICOS INTERCAMBISTAS DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC.

Orientador: Profa. Dra. Lilia A. Kanan

LAGES-SC

2017

Panatta, Paulo Zulmar

P187s Saúde e trabalho de médicos intercambistas do Programa Mais Médicos em Santa Catarina. / Paulo Zulmar Panatta. – Lages : Ed. do autor, 2017.

125 p. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Mestrado em Ambiente e Saúde

Orientadora: Lília A. Kanan

1.Saúde Pública. 2 .Programa Mais Médicos. 3 Saúde do

traba-

lhador .I. Kanan, Lília A. (orient.). III. Título

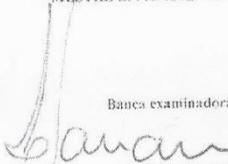
(Elaborada pela Bibliotecária Andréa Costa - CRB-14/915)

PAULO ZULMIAR PANATTA

Dissertação intitulada "AMBIENTE DE TRABALHO E SAÚDE DOS MÉDICOS INTERCAMBISTAS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS DE SANTA CATARINA" foi submetida ao processo de avaliação e aprovada pela Banca Examinadora em 30 de junho de 2017, atendendo as normas e legislações vigentes do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense para a obtenção do Título.

MESTRE EM AMBIENTE E SAÚDE

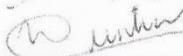
Banca examinadora:



Dra. Lilia Aparecida Casagrande de Oliveira (PPGAS - UNIPLAC)
Orientadora



Dra. Magda Maccio Madalozzo (PPGAS/RS)



Dra. Natalia Veronez da Cunha (PPGAS - UNIPLAC)



Dra. Maria Conceição de Oliveira (UFPS/SC)



Dra. Karla Fabiana Goessler (PPGAS/UNIPLAC)

*Dedico esta obra para minha mãe,
Nilva Rosa, por me ensinar que a
vida não é um mar de rosas!*

AGRADECIMENTOS

A conclusão do curso do Mestrado implica, no final, o dever de agradecer, pois muitas vezes esquecemo-nos de retribuir, mesmo que com simples palavras, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, ajudaram na concretização deste objetivo.

A uma **FORÇA** superior e divina que em todos os dias tem me acompanhado e me animado para não desistir, afinal não foram poucos os momentos que isso ocorreu.

A Professora Dra. Lilia Kanan pela confiança e pela **ORIENTAÇÃO**. Pela oportunidade de trabalhar ao seu lado e por ser minha incentivadora, mesmo em algumas das horas mais difíceis da sua vida.

A todos os professores e professoras do PPGAS que de alguma maneira contribuíram para minha **FORMAÇÃO**.

Aos companheiros de sala que estiveram juntos nessa caminhada, muitas vezes incentivando, outras sendo incentivados, mas sempre com alegria e **RESPEITO**.

Aos meus **GRANDES AMIGOS** que fiz nessa jornada: uma Advogada, uma Fisioterapeuta, um Médico, um Psicólogo. Nossa amizade floresceu pela interdisciplinaridade onde o fazer de cada um foi admirado. Se isso deu certo na relação de amizade, com certeza se dará na relação de trabalho. Valeu muito estar com vocês, Dayane, Fernanda e Júlio.

A Morgane Oliveira Maia, bolsita PIBIC

A minha **FAMÍLIA**: mãe, irmãos, sobrinhos, avó, tios e primos. Eles nem imaginam o que eu faço e o que eu estudo, mas percebem que estou trilhando meu caminho e se sentem bem por isso.

A minha filha **MELISSA**, adolescente que me ensinou que é necessário olhá-la, escutá-la, percebê-la e senti-la todos os dias.

Ao meu filho **DAVI GABRIEL**, meu BAMBINO, uma nova luz que surgiu ao longo do caminho, tão frágil e tão pequeno, ao mesmo tempo,

tão forte e tão grande, que cobrou tanto a minha presença para brincar para depois eu ficar nas madrugadas estudando.

A minha esposa **LEIDIANE**, amiga e amada. A religiosa, a controladora, a leoa e a cordeira e enfim, a mãe dos nossos filhos, que tantas vezes compreendeu os instantes que eu necessitava ficar só e deixei de ouvi-la.

Meu muito obrigado!

“Nada é tão nosso quanto os nossos sonhos”
Nietzsche

RESUMO

Este estudo tem como objetivo caracterizar as condições de saúde e trabalho dos médicos intercambistas do Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina. Possui um caráter inédito no Brasil no que diz respeito ao seu objetivo, pois se prontificou a mapear a saúde ao mesmo tempo a satisfação do médico participante do programa. Trata-se de um estudo transversal, de natureza aplicada com propriedades quantitativas e descritivas, com a participação de 86 médicos intercambistas que em 2016 estavam inseridos no referido programa e que à época atuavam nos cenários da atenção básicas dos municípios participantes. O modelo de questionário aplicado no estudo é parte integrante de um conjunto de 32 instrumentos validados internacionalmente por pesquisadores que compõem o Grupo WONPUM (*Working under the New Public Management*). Destes, foram selecionados 5 instrumentos, que se mostraram suficientes para responder os objetivos do estudo. Além disso, foram apresentadas questões referente às percepções, reflexões, valorações e posturas pessoais do participante diante do contexto do trabalho.

Os principais resultados encontrados destacam que o trabalho dos participantes em seus aspectos estruturais/físicos, sociais e laborais foram positivamente avaliados na maioria dos fatores que os definem. Foram ainda avaliados positivamente as condições de trabalho e a organização do trabalho. O ambiente social é marcado pelo companheirismo, respeito, apoio e boas relações com os superiores. A saúde dos participantes também resulta em avaliações positivas, muito embora deva se dar destaques à identificação de sintomas como transtorno digestivos, dores de cabeça e esgotamento mental entre alguns participantes que estão trabalhando no PMM entre 2 e 3 anos, onde afirmam que esses sintomas são constantes.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Ambiente de Trabalho. Saúde do Trabalhador

ABSTRACT

This study aims to characterize the health and work conditions of the medical doctors of the Mais Médicos Program in the State of Santa Catarina. It has an unprecedented character in Brazil with regard to its objective, since it was prepared to map the health at the same time the satisfaction of the doctor participating in the program. It is a transversal study, of an applied nature with quantitative and descriptive properties, with the participation of 86 exchange doctors who in 2016 were included in the said program and who at the time acted in the basic care settings of the participating municipalities. The questionnaire model applied in the study is an integral part of a set of 32 instruments validated internationally by researchers that make up the WONPUM Group (Working under the New Public Management. From these, 5 instruments were selected, which were sufficient to answer the objectives of the study. In addition, questions regarding perceptions, reflections, evaluations and personal postures of the participant in the context of the work were presented.

The main results found highlight that the work of the participants in their estrururais / physical, social and work aspects were positively evaluated in the majority of the factors that define them. Work conditions and work organization were positively evaluated. The social environment is marked by fellowship, respect, support and good relations with superiors. The health of the participants also results in positive evaluations, although there should be highlighted the identification of symptoms such as digestive disorders, headaches and mental exhaustion among some participants who are working in PMM between 2 and 3 years, where they affirm that these symptoms are constant.

Keywords: Most Medical Program, Work Environment, Worker Health

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Distribuição de vagas em escolas médicas no Brasil por região.....	28
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Percentual do perfil dos participantes.....	56
Tabela 02	Percentual da distribuição de respostas quanto às 'condições de trabalho no espaço de atuação' do profissional dos médicos intercambistas do PMM.....	57
Tabela 03	Percentual da distribuição de respostas a 'atual organização do local de trabalho' dos médicos intercambistas do PMM.....	59
Tabela 04	Percentual da distribuição de respostas quanto aos 'sintomas' que os médicos intercambistas possam estar experimentando.....	61
Tabela 05	Percentual da distribuição de respostas ao que 'sentem atualmente' os médicos intercambistas do PMM.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária de Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IES – Instituições de Ensino Superior

OMS – Organização Mundial da Saúde

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

MEC – Ministério da Educação e Cultura

PMM – Programa Mais Médicos

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF – Programa de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense

WONCA – *World Conference of Family Doctors*

WONPUM – *Working Under the New Public Management*

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	25
2.	REVISÃO TEÓRICA.....	27
2.1	O Programa Mais Médicos.....	29
2.2	A área da saúde: cenário estadual e global.....	32
2.3	O ambiente de trabalho do médico estrangeiro.....	36
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	41
3.2	Caracterização do estudo.....	41
3.3	Participantes.....	41
3.4	Escolha e seleção dos participantes.....	42
3.5	Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	43
3.6	Equipamento, material e registros dos dados.....	43
3.7	Procedimentos para análise dos dados.....	43
3.8	Procedimentos Éticos.....	44
4.	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	45
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	85
	ANEXO “A” TERMO DE CONSENTIMENTO.....	100
	ANEXO “B” INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	103
	ANEXO “C” PARECER CONSUBSTANCIADO.....	112

1. INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil aparece com destaque nos apelos da população que, com frequência manifestam a necessidade de um sistema de atendimento eficaz, rápido e de qualidade. A falta de profissionais, principalmente médicos, e a demora nos atendimentos são as queixas mais comuns observadas em diversas mídias quando se reportam às manifestações referidas. Não raro, a imprensa noticia situações onde restam claras as precárias condições de oferta de serviços de saúde em muitos municípios brasileiros.

É fato que o país entrou no século XXI com ampla expansão da cobertura de equipes de saúde da família numa estratégia voltada a minimização da condição de desassistência referida. Apesar disso, muitas dificuldades são relatadas pelos gestores municipais para a fixação de médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em municípios urbanos e em áreas rurais (FEUERWERKER, 2013; OLIVEIRA, 2015; MACHADO; CAMPOS; LIMA, 2015).

Algumas razões são contabilizadas para este vazio assistencial: ênfase nas especializações, déficit formativo, expressiva rotatividade de médicos, insatisfação com as condições de trabalho na Atenção Básica e interferência política no âmbito de atuação (SOUZA LIMA; GARCIA; KERKOSKI; CHESANI, 2015).

Para ser responsivo a essa demanda, o Governo Federal lançou, em julho de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM). Tratava, assim de providenciar a contratação de médicos intercambistas para preencherem vagas de trabalho recusadas por médicos brasileiros.

O PMM passou a representar um pacto voltado ao aperfeiçoamento contínuo do atendimento prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, além de alocar médicos nas regiões mais desassistidas em termos de saúde das populações, o Programa privilegia significativos investimentos em infraestrutura de hospitais e unidades de saúde (SOUZA, 2014).

A imigração dos médicos que, neste caso, se caracteriza com mobilidade profissional, tem sua origem assentada na falta de recursos humanos da saúde. A ausência de profissionais de saúde em regiões interioranas, pequenas, e, não raro, empobrecidas assume o *status* de crise e está presente não somente entre os países mais pobres, mas também nas economias mais desenvolvidas. Este vazio de assistência de profissionais da área da saúde se configura como um desafio político-

governamental; requer que esforços sejam empreendidos de modo a produzir mais e melhores estratégias de enfrentamento. Portanto, é preciso urgência nas respostas a esse desafio; é preciso compreender a realidade de modo a possibilitar intervenções que gerem efetivas soluções. É preciso que sejam minimizados os impactos deletérios, danosos associados à falta desses profissionais em todas as escalas, quer seja local, regional ou global (FERRINHO; HIPOLITO, 2009).

Dado os fatos brevemente relatados e, devido a necessária inserção de médicos em municípios onde este profissional é ausente ou pouco presente, este estudo encontrou justificativas no fato de poder se ampliar a compreensão do PMM sob a perspectiva dos médicos intercambistas, vez que a maioria dos estudos já empreendidos sobre este tema não trazem especificidades do trabalho destes protagonistas.

Este estudo apresenta como cenários de práticas o Programa de Saúde da Família (PSF) nos municípios do Estado de Santa Catarina onde o médico intercambista participante do PMM foi inserido. E uma das razões que sustentam o interesse se assenta nos resultados do estudo de Henrique e Calvo (2008, p. 817) referente à avaliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Nele, se observa que em Santa Catarina é necessária qualificação à mudança do modelo assistencial vigente. Os autores referem ainda que é reduzido o quantitativo de profissionais que efetivamente estão habilitados para trabalhar junto à equipes multiprofissionais e para abordagem integral em saúde.

Sendo assim, o estudo foi constituído a partir do interesse em produzir respostas à questão: **quais as características do ambiente, da saúde e do trabalho dos médicos intercambistas do PMM em Santa Catarina?**

De modo geral pretendeu-se caracterizar o ambiente e as condições de saúde e de trabalho dos médicos intercambistas do PMM no Estado de Santa Catarina. Especificamente objetivou-se (a) descrever o perfil sócio demográfico do médico intercambista do PMM no Estado de Santa Catarina; (b) examinar as condições de saúde sob a perspectiva dos médicos intercambistas do PMM no Estado de Santa Catarina; (c) examinar as condições de trabalho sob a perspectiva dos médicos intercambistas do PMM no Estado de Santa Catarina.

2. REVISÃO TEÓRICA

No Brasil, a saúde é direito universal garantido na Constituição Federal de 1988. Desde então, o Estado garante esse direito com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que como em outros sistemas de saúde, sofre com problemas da escassez e má distribuição de médicos no seu território (PÓVOA; ANDRADE, 2006; SOUZA LIMA et al., 2015).

Historicamente, os grandes centros urbanos brasileiros sempre concentraram a maior parte dos médicos. Isto porque comumente são locais de formação acadêmica, de melhores oportunidades de emprego e de maior possibilidade quanto à educação continuada e progressão profissional. Resulta deste fato que poucos são os médicos que se afastam dessas metrópoles (SCHEFFER; CASSENOTE; BIANCARELLI, 2015).

A este respeito, encontra-se em Póvoa e Andrade (2006) que, ainda que o resultado da equação médico/habitantes no Brasil seja satisfatória - dois médicos por mil habitantes em 2013 - as escolhas feitas pelos médicos quanto ao seu local de atuação não têm sintonia com a distribuição socialmente adequada. Ou seja, a distribuição geográfica dos médicos apresenta uma tendência concentrada em algumas regiões e este fato produz resultados socialmente inadequados.

De acordo com a Figura 1, a seguir, onde se visualiza a distribuição dos médicos no Brasil, é possível observar a significativa desigualdade na distribuição geográfica desses profissionais. Este fato é motivado por diversos fatores, como por exemplo, a distribuição das faculdades de medicina e dos programas de residência.

Jatene (2014) a este respeito destaca que 60% dos médicos atuam nas capitais, e é nelas que reside 20% da população do Brasil, o que anuncia uma distribuição equivocada. O autor enfatiza ainda que, observada a distribuição de médicos por Estados brasileiros, em três, São Paulo, Rio de Janeiro e o Distrito Federal, há concentração acima de 2,5 médicos por mil habitantes. Os demais apresentam menores percentuais, sendo o Maranhão, o que têm a menor concentração (0,68 médicos X mil habitantes). Em oposto, Jatene (2014) apresenta a relação médico X paciente nas capitais brasileiras: Vitória com 10 médicos por mil habitantes; Porto Alegre, 8, Belo Horizonte, 6, São Paulo, 4,8.

Figura 01 – Distribuição das vagas em escolas médicas no Brasil por região, até o ano de 2015.

UF	ESCOLAS JÁ EM FUNCIONAMENTO				MÉDIA DA MENSALIDADE	ESCOLAS PREVISTAS			
	NÚMERO DE ESCOLAS	VAGAS	FEDERAIS E ESTADUAIS	PRIVADAS		JÁ AUTORIZADAS *	VAGAS AUTORIZADAS *	EM FASE DE EDITAL **	ESTIMATIVA DE ESCOLAS
São Paulo	44	4380	8	36	R\$ 5.833,66	13	930		57
Minas Gerais	39	3437	13	26	R\$ 5.352,02	4	200		43
Rio de Janeiro	19	2260	5	14	R\$ 5.699,99	2	108		21
Bahia	15	1219	10	5	R\$ 5.465,98	6	375	4	25
Paraná	15	1400	7	8	R\$ 5.148,12	4	215		19
Rio Grande do Sul	15	1302	6	9	R\$ 5.267,95	3	165		18
Santa Catarina	11	747	2	9	R\$ 4.284,64	1	50		12
Paraíba	9	815	3	6	R\$ 5.739,72				9
Pernambuco	9	850	6	3	R\$ 4.576,24	1	100	3	13
Ceará	8	832	4	4	R\$ 5.204,00			5	13
Sergipe	9	770	2	7	R\$ 5.205,67			1	10
Mato Grosso	6	431	4	2	R\$ 7.039,00				6
Pará	6	546	4	2	R\$ 6.200,10			4	10
Alagoas	5	410	3	2	R\$ 5.969,95			1	6
Distrito Federal	5	376	2	3	R\$ 5.258,91				5
Espírito Santo	5	500	1	4	R\$ 4.569,92	1	100		6
Maranhão	5	390	4	1	R\$ 6.990,10			3	8
Piauí	5	440	1	2	R\$ 4.800,00				5
Tocantins	5	378	2	3	R\$ 3.512,85				5
Mato Grosso do Sul	4	340	3	1	R\$ 5.608,02				4
Rio Grande do Norte	4	337	3	1	R\$ 5.435,85				4
Rondônia	4	220	1	3	R\$ 5.277,91	1	50		5
Amazonas	3	342	2	1	R\$ 6.224,63			1	4
Sergipe	3	260	2	1	R\$ 5.290,00				3
Acre	2	161	1	1	R\$ 7.790,00				2
Amapá	1	60	1	0					1
Roraima	1	80	1	0					1
Total	257	23283	103	154	R\$ 5.406,91	36	2290	22	315

Fonte: CFM, até julho de 2015

* Total nº 04/2015. Já autorizadas

** Edital nº 01, de 15 de abril de 2015. Chamamento Público

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2015)

As principais conclusões do levantamento Radiografia das Escolas Médicas do Brasil realizado pelo Conselho Federal de Medicina em 2015 (s.p.) que são pertinentes ao que se enfatiza (concentração de médicos e escolas de medicina no Brasil) foram sumarizadas conforme segue:

- Do início de 2003 a 2015, a quantidade de cursos particulares de Medicina no Brasil mais do que dobrou em relação ao ritmo de abertura de estabelecimentos públicos.
- O número de escolas privadas passou de 64 para 154, enquanto no mesmo período as unidades de gestão estatal subiram de 62 para 103.
- Em números totais, o volume de escolas médicas no Brasil também mais que dobrou. O volume saltou de 126 cursos (públicos e privados) para os atuais 257, que respondem pelo preparo de 23 mil novos médicos todos os anos.
- Do total de 257 cursos em atividade no país, 69% estão nas Regiões Sudeste e Nordeste.
- As escolas estão distribuídas em 158 cidades brasileiras, sendo que a maioria (55%) dos cursos tem sede em apenas 45 municípios.

- Os estados de São Paulo e Minas Gerais concentram um terço das instituições. Entre as particulares, o valor médio das mensalidades nos cursos particulares está em R\$ 5.406,91. Contudo é possível encontrar mensalidades que vão desde R\$ 3.014,00 a R\$ 11.706,15.
- Em julho de 2015, 36 municípios foram considerados aptos para receber novos cursos, sendo que 32 (89%) deles estão concentrados nos seis estados com maior número de escolas.
- Dos 158 municípios que atualmente têm escolas médicas, 89 não possuem nenhum hospital habilitado. Nestas cidades, são firmados convênios com instituições "com potencial para hospital de ensino".

A Sociedade Brasileira de Clínica Médica - SBCM (2010) alertava que a China, com mais de 1 bilhão e 300 milhões de habitantes em 2010, possuía 150 cursos médicos; os Estados Unidos, com população de mais de 300 milhões naquele ano, contava com 131 faculdades de medicina. Estes números sustentam a preocupação com a formação médica no Brasil, pois apesar de haver cerca de 100% a mais de cursos de medicina no Brasil em comparação aos países citados, observam-se problemas significativos em relação à qualidade da formação médica. Jatene (2014, p. 86) reforça a apreensão quando afirma “O panorama que se desenha hoje no ensino médico não é muito agradável [...] A situação atual do ensino médico tem causado muita preocupação”.

2.1 O Programa Mais Médicos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010) calcula que cerca de 50% da população mundial vive em áreas rurais afastadas, todavia estas contam com menos de 25% da força de trabalho médico. Oliveira et al. (2015) citam em seu estudo que os expedientes para estender a cobertura da atenção básica principalmente em áreas consideradas suscetíveis e desprotegidas são prerrogativas de muitos países. Tais expedientes, segundo os autores, estão associados à concessão de bolsas de estudos ou extensão de visto de permanência a intercambistas, por exemplo.

No Brasil, o PMM foi concebido pelo Governo Federal e conta em suas diretrizes e objetivos o arrefecimento das suscetibilidades públicas que se associam à oferta de atendimento médico (SOUZA, 2015).

A abertura do Programa aconteceu em julho de 2013 com o lançamento do primeiro edital e no mês de Setembro do mesmo ano, os médicos brasileiros foram confirmados na primeira etapa, começando a se apresentar nos municípios onde foram lotados, antes mesmo da Lei do Mais Médicos ser sancionada, fato que ocorreu no mês de outubro/13 (SOUZA, 2015).

Além de contratar médicos já formados, o PMM também priorizou em suas metas a formação de novos profissionais com a intenção de abrir 11,5 mil novas vagas de Medicina até 2017. Quanto a isso, é importante destacar que no ano 2014 o programa desencadeou a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação médica (BRASIL, 2015).

Em paralelo ao lançamento do Programa, houve críticas, como a carta aberta aos médicos e a população brasileira, onde entidades médicas do país apresentaram quatro linhas de argumentação para contrapor o PMM. As cartas expunham: a necessidade de revalidação de diploma dos médicos intercambistas no Brasil; a preocupação com a abertura de novas escolas de medicina, com a qualidade da formação destes novos profissionais e a valorização da classe; a precariedade dos planos de carreira. Alegaram ainda, que não faltavam médicos, apenas estavam mal distribuídos territorialmente. Com isso, as referidas entidades ignoraram a urgência em suprir a demanda médica da população desprovida desta assistência (ALESSIO, 2015).

De fato, no ano de 2011, o Conselho Federal de Medicina (CFM) entregou estudo sobre demografia médica ao Ministério da Saúde, no qual apresentava vários pontos importantes, como a disparidade na distribuição territorial dos médicos. Não somente a nível de localização, como também entre os sistemas público e privado de saúde (SHEFFER et al, 2011).

Mas esse estudo não era inédito, pois, um trabalho de pesquisa semelhante do Observatório de Recursos Humanos em Saúde de Minas Gerais, de junho de 2010, já havia declarado implicações em relação à constituição de um identificador para medir a intensidade da escassez de médicos analisando as grandes diferenças nas realidades geográficas e socioeconômicas em cada região do país (ALESSIO, 2015).

Deste modo, o PMM, alinhado às táticas internacionais, para fazer frente às dificuldades da falta de profissionais, ao longo de sua validade tem se responsabilizado por inserir médicos brasileiros e intercambistas em áreas que apresentam escassez de profissionais para a Atenção Primária à Saúde-APS (SANTOS et al., 2015).

Em outros países, como indica o estudo de Moosa et al. (2014), sobre a imigração de trabalhadores na área da saúde na África subsaariana, nas quais é comum a imigração de profissionais qualificados, para países com economias mais fortes, fatores como ambiente de trabalho desestimulante e sem recursos; condições de vida precárias nas localidades; e ausência de carreira profissional são indicados como motivadores de não fixação nos postos de trabalho das APS em seus países de origem.

No entanto, foi observado que a inserção dos médicos nas equipes de ESF, indica que consistiu em completar as equipes e não leva-lo para onde não tinha médicos, como avaliou Giovanella et al. (2016) no estudo sobre a provisão emergencial de médicos pelo PMM e a qualidade da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que empregou análise do banco de dados secundários do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) ciclos 1 e 2, do PMM e do Requalifica UBS.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), o PMAQ-AB constitui como um indutor de modelos de qualidade para o acesso à Atenção Básica (AB), que em seu segundo ciclo teve adesão da quase totalidade das AB existentes no Brasil. Já o requalifica UBS apresenta-se como uma estratégia para fixação da força de trabalho em saúde na APS, por meio da melhoria da infraestrutura física dos serviços.

Outro plano é a provisão de médicos, que constitui em uma importante estratégia, mesmo de modo emergencial, para expandir o acesso e para garantir certa regularidade na estabilidade do profissional nas APS. Assim, somado à melhoria da infraestrutura e qualificação do processo de trabalho, conflui para enfrentar a rotatividade e fixação de profissionais na APS (GIOVANELA et al., 2016).

Em um estudo realizado por Santos et al. (2015), no qual levantam evidências de que o Programa Mais Médicos é uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde, os autores afirmam que o programa deu passos importantes para viabilizar o direito à saúde ao tornar obrigatória a adesão do município ao Requalifica UBS que envolve investimentos na (re)construção de Unidades Básicas de Saúde.

Carvalho et al. (2005) analisaram, a partir das recomendações da OMS para o provimento de médicos, se o PMM contemplou as recomendações relacionadas ao aprimoramento da atração, do recrutamento e da retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais. De acordo com os autores, devido às circunstâncias em termos de distribuição de médicos no Brasil, a atração de profissionais de fora do

país pode ser vista como uma medida emergencial importante para atender às demandas da população.

Além de suprir as necessidades de profissionais na APS dos municípios participantes, o Programa oferece ainda aos médicos trabalhadores que fazem parte do PMM, atividades de educação continuada que envolve ensino, pesquisa e extensão sob a orientação de médicos supervisores e tutores (BRASIL, 2013). A importância da educação continuada é mostrada por Viana et al. (2015) por meio de entrevistas e relatos de enfermeiros que atuam na equipes de ESF e revelam a percepção sobre a importância da realização da educação continuada para a assistência de qualidade.

No domínio do PMM, a educação continuada é praticada por meio de curso de pós-graduação, tendo o SUS como contexto da especialização. Segundo o relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre o PMM, há espaço para aprimoramento do curso de especialização, pois o número de médicos supervisores e tutores ainda é inferior ao instituído nas normas do PMM.

Assim, para Lampert (2016), o PMM surgiu como uma das respostas do Governo Federal às manifestações públicas que aconteceram no ano de 2013, nas quais a população reivindicava melhorias na qualidade de vida, tendo os serviços de saúde como uma das pautas das reclamações. Ao mesmo tempo, o referido Programa pode ser resposta às dúvidas elencadas por Escorel (2007) sobre a garantia da integralidade na área da saúde, que permanece com um importante nó crítico a ser equacionado.

2.2 A área da saúde: cenário estadual e global

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015), o país possui 5.570 municípios em sua extensão territorial e uma população de 202.799.518 habitantes. A diversidade cultural, econômica, social e geográfica é imensa. No estado Santa Catarina há um total de 295 municípios e uma população de 6.727.148 habitantes (IBGE, 2015).

A mais recente avaliação realizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Santa Catarina é de 2010. Naquele ano o Estado ocupava a terceira melhor posição no *ranking* brasileiro com o índice de 0,774, considerado alto. Todavia, a região da Serra Catarinense concentra os mais baixos IDHs do estado: dentre os 295

municípios avaliados, seis (Capão Alto, Rio Rufino, Bocaina do Sul, Campo Belo do Sul, São José do Cerrito e Cerro Negro) ocupam as últimas posições (PNUD, 2010).

Para o Ministério da Saúde, a taxa bruta de natalidade é o número de crianças que nascem anualmente para cada mil habitantes, em uma determinada área. Assim, conforme os dados referente ao ano de 2010, a taxa bruta de natalidade de Santa Catarina foi de 13,8 nascidos por mil habitantes, apresentando um decréscimo de quase 23% em relação a 2000. Já a taxa bruta de mortalidade infantil de Santa Catarina era de 11,2 óbitos por mil nascidos vivos, 30% menor do que no Brasil (BRASIL, 2013).

Por outro lado, a esperança de vida ao nascer, que é o número médio de anos que um grupo de indivíduos, nascido no mesmo ano, pode esperar viver, se mantidas, desde o seu nascimento as taxas de mortalidade observadas naquele ano. Ainda de acordo com os dados do Ministério da Saúde, em 2010, a expectativa de vida em Santa Catarina era de 76 anos. (BRASIL, 2010).

Importante denotar que a esperança de vida de Santa Catarina, em 2010, evoluiu 3,4% em relação a ano de 2000, enquanto a nacional evoluiu 4,3%, no mesmo período (CANDIDO et al., 2013).

Na área da saúde, em 2010 existiam 69.853 profissionais ligados a esta área em Santa Catarina. Desses, 1590 eram médicos de família. No Brasil, havia naquele ano 36.384 de acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2013).

Os médicos de família atuam na APS do estado fazendo parte das ESF. De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SES-SC), a APS, também chamada de Atenção Básica, envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. Ela deve ser a porta preferencial de entrada do cidadão no SUS, garantindo assim o seu acesso e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção.

A *World Conference of Family Doctors* (WONCA) em sua XIIª Conferencia Mundial sobre a saúde rural e o IVº Congresso Sul-Brasileiro de Medicina Família e Comunidade, realizado no ano de 2014 na cidade de Gramado, no Rio Grande do Sul, reuniu em torno de 1500 profissionais (WONCA, 2014). Na conferência o desenvolvimento de médicos especializados em medicina da família pode ser analisado como a chave para um arcabouço forte de atenção primária em qualquer sistema de saúde, especialmente para os de cobertura universal, assim como é estruturado o SUS.

Conforme Anderson; Gusso; Castro Filho, (2005), alguns países como Canadá, Inglaterra, Cuba, Holanda e Portugal aceitam o especialista em medicina da família como o profissional do primeiro contato: no Canadá, esses profissionais representam 55% de todos os médicos do país, na Inglaterra, 51%, em Cuba, cerca de 65%, e na Holanda somam 33%.

A análise atenta da efetividade da ESF no Brasil teve seu início da constituição da proposta da APS, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata, no ano de 1978. E, de acordo com Starfield (2002), a APS elevou-se como a estratégia para se alcançar a meta de Saúde para Todos no Ano 2000, definida pela assembleia mundial da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1979. Assim, foram acolhidas propostas de expansão da cobertura dos serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência à saúde. A autora prossegue destacando que a Declaração de Alma Ata, de 1978, codificou a “santidade” da APS como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo (STARFIELD, 2002).

Como forma de reorganizar a APS no Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, portanto, dezesseis anos após a referida declaração, o Programa Saúde da Família (PSF). Viana e Dal Poz (2015) que realizaram estudo para analisar os resultados das etapas de formulação e implantação do PSF retiraram lições para o aperfeiçoamento da política de saúde no Brasil. O estudo identificou que foram três os modelos de implantação: modelo regional, que se caracteriza pelo desenvolvimento regional do programa, sendo profundamente influenciado por uma política estadual de apoio à transformação nas práticas assistenciais. O modelo singular, desenvolvendo uma experiência singular, sem a implicação de outras esferas de governo; e o modelo principiante, que se desenvolve de forma incipiente e incerta.

Foi então em um contexto de ajuste fiscal e reformas setoriais na saúde que o programa ganhou ampla aceitação nacional, com o objetivo de superar os limites do modelo vigente, particularmente na esfera municipal (VIANA; DAL POZ, 2005).

Devido à distribuição inadequada de profissionais de saúde e a alta rotatividade nas ESF e, por conseguinte à insuficiência de médicos para o atendimento na APS, chama a atenção o elevado custo para reposição desse profissional, uma vez que requerem treinamento extensivo (CAMPOS; MALIK, 2008). Girardi et al. (2016) asseveram que esses destaques revelavam, no Brasil, um número escasso de médicos por habitante, quando confrontado com outros países, além de

uma percepção social de que essa carência era a única dificuldade do SUS.

O Governo Federal, reconhecendo a necessidades das APS, apresentou a Medida Provisória nº. 621 oportunizando, em julho de 2013, o provimento emergencial de médicos para municípios brasileiros. Em outubro do mesmo ano, o Congresso Nacional aprovou e a presidente Dilma Rousseff sancionou a Lei nº 12.871, conhecida como a Lei do Programa Mais Médicos (PMM), na qual estava desenhado o Projeto Mais Médicos para o Brasil. Coordenado pelos Ministérios da Educação e da Saúde, esse Projeto integrava: a) médicos brasileiros ou intercambistas com registro no Brasil; b) médicos brasileiros ou intercambistas formados no exterior e sem registro no Brasil; c) supervisor (profissional médico/supervisão contínua e permanente do médico); e d) tutor acadêmico (docente médico/orientação acadêmica) (BRASIL, 2013)

Depois de aprovada a Lei, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) difundiu o Edital, para fins de chamamento de Instituições de Ensino Superior (IES), com o objetivo de expandir a oferta na graduação e residência médica no Brasil, além de difundir uma proposta de alteração e reorientação no eixo dos locais de formação médica. Deste modo, a parceria interministerial entre o Ministério da Saúde e o MEC abriu-se oportunidades para que municípios localizados em regiões vulneráveis requeressem mais médicos (BRASIL, 2013).

As regiões foram definidas por um conjunto de critérios, como: áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza, baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres, semiárido e região amazônica, áreas com população indígena e quilombola, locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais, entre outros (BRASIL, 2013).

De acordo com estudo de Souza Lima et al. (2015) que objetivou apresentar aspectos históricos da criação do PMM e um breve relato dos movimentos iniciais no estado de Santa Catarina, constatou-se que dos 1.708 municípios brasileiros com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, 1.393 aderiram ao Programa, o equivalente a 82% de adesão somente desses municípios com tal demanda.

Esses dados constam como um fortalecimento de atenção à saúde da população carente que tinha problemas de acesso primário ao profissional médico. Seguindo esse caminho e de acordo com o Ministério da Saúde (2015), em Santa Catarina, a porcentagem do

aumento do número de médicos com o PMM no período 2012-2015 foi de 15,9%.

Deste modo, em Santa Catarina e de acordo com os princípios norteadores do PMM, nota-se a ampliação de sua capacidade de formação em medicina, pois estão previstos novos cursos oferecidos pela Universidade Federal de Santa Catarina. Registra-se ainda que em 199 municípios do Estado há a atuação efetiva dos médicos do PMM (BRASIL, 2013).

A reportagem da edição número 29 do jornal Tele Saúde de Santa Catarina, sobre o primeiro ano do PMM no Estado informava que no ano de 2014, o estado possuía 438 médicos; desses, 316 eram intercambistas de cooperação com o governo de Cuba e 85 intercambistas individuais.

No ano de 2015, dois após a implantação do PMM no estado, foi noticiada pelo Portal Brasil que no dia 15 de maio de 2015, que o Governo Federal garantiu mais 133 profissionais para Santa Catarina. Naquele ano a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES) informava que no estado havia 560 médicos, sendo 300 cubanos, 100 brasileiros formados no país e os outros 160 médicos formados no exterior (SES/SC, 2015).

2.3 O ambiente de trabalho do médico intercambista

O ambiente de trabalho nas organizações tem se tornado um espaço cada vez mais heterogêneo, onde convivem indivíduos de diferentes sexos, etnias, religiões e orientações sexuais. Trabalhar significa passar pelo menos um terço do dia no local de atuação profissional com o compromisso de que haja uma produção conveniente por parte do trabalhador e que tenha também satisfação por estar em um ambiente adequado e no mínimo sadio.

Nas sociedades contemporâneas, o trabalho, de acordo com Blanch (2011), é a principal fonte objetiva de sobrevivência material e também de recursos subjetivos necessários para o desenvolvimento político, cultural e psicológico. O autor destaca ainda, a importância do trabalho na vida das pessoas, tanto que “trabalhar comporta uma determinada forma de interagir economicamente com coisas, ferramentas, e informações e muito especialmente com pessoas, grupos e organizações” (BLANCH, 2011).

Deste modo, o cotidiano do trabalho influi na vida e nas emoções das pessoas, haja vista que o trabalho é importante aspecto de

organização da vida das pessoas, não apenas no sentido material, como salários ou benefícios, mas também em a relação ao desempenho das atividades e para o contato social. Zanelli e Silva (2008), advogam que o trabalho possibilita a construção da identidade das pessoas. Também produz significativa influência no desenvolvimento de seu autoconceito e de sua autoestima.

Assim, as organizações necessitam de alguma forma promover um ambiente agradável e saudável para o desenvolvimento das atividades laborais, pois que existe influência do bom ambiente para a produtividade, e por consequência, para o andamento do trabalho. Afinal, do contrário, quando há elevadas exigências e insegurança na realização das atividades a saúde resta comprometida, o que favorece ao adoecimento do trabalhador e à redução de sua produtividade (FERNANDES; PEREIRA, 2016). Há dois séculos Karl Marx já afirmava que a economia é caracterizada não pelo como é feito a mais-valia, mas sim, pelo ambiente onde ocorre os procedimentos de trabalho (MARX, 1988).

Blanch (2013) realizou estudo sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) a respeito da experiência espanhola. Analisou descritivamente e esquematicamente o panorama e tendências da QVT na Espanha, através de três critérios principais: (a) o contexto sócio-histórico e emergência política e cultural e QVT como um objeto de experiência, reflexão e debate, (b) o quadro regulamentar da União Europeia que regula o desenvolvimento de sua construção teórica e metodologia de avaliação e, (c) informações empíricas acumuladas nos relatórios publicados regularmente sobre isso. O autor conclui que as condições de trabalho implicam em fatores de riscos ocupacionais, que ameaçam a saúde, a segurança e o bem-estar no trabalho.

No Brasil, as autoridades sanitárias públicas como o SUS, apresentam em sua proposta de trabalho a sugestão que envolve a organização de trabalho de maneira multiprofissional e consequentemente interdisciplinar, afim de que se obtenha a atenção integral (BRASIL, 2013). Essa sugestão é criticada quando a formação dos profissionais de saúde ainda se dá de forma fragmentada, o que torna a maneira multidisciplinar de trabalhar difícil, uma vez que o trabalho em equipe é considerado imprescindível na área da saúde (MATOS; PIRES, 2009).

Como exemplo dessas dificuldades no trabalho multidisciplinar, cita-se a alta rotatividade de profissionais que atuam na equipe de ESF. Medeiros et al. (2010) referem que a alta rotatividade da equipe de enfermagem e dos médicos é causada por vários motivos, sejam eles

relacionados a aspectos objetivos ou subjetivos. No que diz respeito aos aspectos subjetivos, o autor cita a precarização dos vínculos de trabalho, os conflitos interpessoais, e/ou a realização profissional.

Estudo de Arruda e Malik (2008), que versou sobre a satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família, identificou os fatores positivos e negativos do contexto laboral. A pesquisa envolveu 242 médicos generalistas da Secretaria de Saúde do município de São Paulo. Restou evidente que os piores fatores que apresentaram maior correlação com a rotatividade, além das dificuldades de capacitação, distâncias da unidade e a disponibilidade de materiais para realização dos procedimentos, são os fatores de estresse e ambiente físico. Por outro lado, de acordo com os autores, o fator que alcança níveis elevados de excelência é o trabalho em equipe.

Camelo e Angerami (2007) desenvolveram uma pesquisa na qual foram identificados riscos psicossociais no trabalho destes profissionais, tais como: falta de preparo e capacitação, sobrecarga de papéis, longas horas no trabalho, conflito no trabalho em equipe, dificuldade para conciliar trabalho e família e recursos materiais e humanos insuficientes. Os autores concluem que estes riscos estão relacionados a aspectos de planejamento, organização e gerenciamento do trabalho, os quais apresentam potencial para causar prejuízo físico, social e psicológico podendo levar ao estresse.

Portanto, é no ambiente descrito anteriormente por vários autores, que o médico intercambista foi introduzido para a realização de seu trabalho. Além de somar ao ambiente e às condições de trabalho, muitos médicos participantes do PMM no estado de Santa Catarina, são imigrantes.

Muhlen, Dewes e Leite (2010), a este respeito, sinalizam que se o imigrante não conseguir se adaptar bem, estará sujeito a significativas alterações psíquicas. Os autores aludem ao fato dos imigrantes serem mais suscetíveis a depressão, esquizofrenia e estresse pós-traumático, isto porque tais distúrbios apresentam relação com o estresse proveniente do processo de aculturação. A aculturação, de acordo com os autores, pode ser definida como o processo de troca quando grupos e indivíduos de culturas diferentes passam por contato contínuo uns com os outros, e há uma subsequente mudança nos dois grupos ou indivíduos.

Por outro lado, existe a possibilidade destes mesmo profissionais apresentarem sentimentos de esperança, considerando que a Lei do PMM, determina um prazo de cinco anos, a contar de sua publicação em 2013, para que as Unidades Básicas de Saúde sejam

contempladas com equipamentos e infraestrutura de qualidade (BRASIL, 2015).

Com relação ao ambiente de trabalho, existe a garantia de que o SUS equipe com todos os equipamentos e suprimentos necessários as unidades básicas de saúde com equipamentos de qualidade e infraestrutura, por meio de ações a serem definidas nos planos plurianuais (CARVALHO et al., 2016).

Diante disso, a OMS (WHO, 2010) reitera a importância do investimento em melhorias na infraestrutura das áreas rurais que, além de ampliar a possibilidade de retenção dos profissionais de saúde, pode deixar o ambiente mais atraente para todos os setores econômicos. Para reduzir a sensação de isolamento profissional dos médicos intercambistas, principalmente em áreas afastadas, a OMS destaca o uso de mecanismos como o “tele saúde” e visitas de médicos ou equipes de outras localidades, como também os planos de carreira para melhorar a moral e o *status* profissional dos trabalhadores de saúde.

Desta maneira, caracterizar o ambiente, a saúde e o trabalho, objetivo maior deste estudo, nada mais é do que, conhecer a realidade da prática funcional do médico do PMM. Vislumbra-se assim algo que torna esse estudo oportuno, pois paralelamente ao momento político, econômico e social vivido no Brasil, na esfera global há frequentes pesquisas sobre as crises dos recursos humanos no contexto de saúde, tanto em artigos e fóruns, quanto em conferências internacionais (ALESSEI, 2015)

Exemplo disso, é o estudo realizado por Blanch et al. (2012), sobre os efeitos da reorganização empresarial do trabalho hospitalar, bem-estar psicossocial e qualidade de vida laboral dos profissionais que exercem a medicina em países da América Latina e Espanha. Os autores asseveram que a modernização dos serviços públicos, num mundo global e particularmente na América Latina, no setor de saúde, vem experimentando, nos últimos anos, um processo de reformas sucessivas, de alcance desigual. Depreende-se assim, que o PMM é o exemplo nacional a nível mundial das reorganizações que os autores referem.

Outro fator que torna esse estudo significativo são as mudanças que o profissional médico do PMM está sujeito em decorrência das oscilações do cenário político nacional e que podem, hipoteticamente, desenvolver demandas de estresse físico e emocional. Dado este fato, reforça-se a possibilidade de, com os resultados do estudo, poder-se propor intervenções à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, no sentido de se minimizar as condições negativas que as atividades dos médicos do PMM podem ensejar.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os estudos científicos são constituídos a partir de deliberações metodológicas. Deste modo, de acordo com Volpato (2013, p.218), “o método pode ser usado para significar os processos lógicos de aquisição de conhecimento empregados na ciência”.

A seguir, é apresentado o percurso metodológico planejado para buscar a consecução dos objetivos desta pesquisa.

3.1 Caracterização do Estudo

É uma pesquisa transversal, de natureza aplicada, pois seu objetivo principal é caracterizar o ambiente, a saúde e as condições de trabalho dos médicos intercambistas do PMM no Estado de Santa Catarina, sob suas perspectivas. Devido a sua objetividade, o estudo tem uma caracterização quantitativa e levando em considerações os objetivos já citados, tem um aporte descritivo.

Os estudos descritivos são utilizados para identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis. São exemplos deste tipo de estudo aqueles cujo objetivo é estudar as características de um grupo, ou ainda, descrever alguma variável (VOLPATO, 2013).

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos esta pesquisa do tipo *survey* (levantamento), “pois envolverá a interrogação direta das pessoas cujas características se desejam conhecer” (SILVA; MENEZES, 2005, p. 21).

3.2 Participantes

Em 15 de maio de 2015 o Portal Brasil do Governo Federal noticiava a expansão do PMM garantindo mais 133 profissionais para Santa Catarina. Naquele ano a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES) informava que no estado havia(m) 560 médicos, sendo 300 cubanos, 100 brasileiros formados no país e os outros 160 médicos formados no exterior.

É pertinente destacar que o estudo contou com a aprovação e parceria da SES, Coordenação do Programa Mais Médicos de Santa

Catarina, que manifestou significativo interesse nos resultados da pesquisa.

Em razão dos objetivos do estudo, elegeu-se como participantes, apenas os médicos intercambistas regularmente cadastrados e em atividades no PMM. Para contatá-los, definiu-se o critério de acessibilidade, uma vez que a cada três meses reuniam-se nas maiores cidades das macrorregiões de Santa Catarina, ocasião em que o pesquisador iria encontrá-los para proceder à coleta de dados.

Durante a realização do estudo aconteceu certa desarticulação em relação aos encontros macrorregionais em razão do cenário político nacional. Tal situação trazia em si a possibilidade de inviabilizar a realização do estudo, situação que obrigou o pesquisador e sua orientadora, com a anuência da Coordenação do PMM, a providenciar o instrumento de coleta de dados via *on line*. A Coordenação do PMM disponibilizou ao pesquisador os contatos telefônicos e eletrônicos de todos os médicos do PMM. Os médicos foram informados por e-mails enviados regularmente durante o ano de 2016 até fevereiro de 2017, mês em que se atingiu o percentual de 30% de participantes em relação aos 300 cadastrados e se encerrou a coleta de dados.

Ao final da coleta de dados presencial e *on line*, foram participantes do estudo 86 médicos intercambistas lotados em várias cidades de todas as macrorregiões de Santa Catarina. Este quantitativo (30% do total de médicos intercambistas em atividade no Estado) foi considerado adequado e suficiente aos conhecimentos que se desejava produzir.

3.3 Escolha e Seleção dos Participantes

Respeitando os critérios de inclusão exclusão, todos os médicos intercambistas que participavam do PMM do Governo Federal no estado de Santa Catarina, à época da coleta de dados, foram convidados para participar deste estudo.

Foram definidos com critérios de inclusão: (a) participar do PMM do Governo Federal; (b) Ser intercambista; (c) Atuar nos municípios de Santa Catarina; (d) No ato da pesquisa, estar em pleno exercício na sua função; (e) Aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A exclusão se deu daqueles profissionais que não atendiam os critérios de inclusão.

3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados que foi utilizado para caracterizar o trabalho dos médicos intercambistas que participam do PMM no estado de Santa Catarina consistiu em um questionário contendo perguntas fechadas com objetivo de identificar dados que caracterizam o trabalho, o ambiente e a saúde dos participantes.

O modelo de questionário aplicado aos médicos intercambistas participantes do PMM que se dispuseram voluntariamente a respondê-lo, é parte integrante de um conjunto de 32 instrumentos validados internacionalmente por pesquisadores que compõem o Grupo WONPUM (*Working under the New Public Management*), financiado pelo Ministério da Educação do Governo Espanhol, Referência PSI 2011-237051CA (2012-14), coordenado pelo Prof. Dr. Josep Maria Blanch Ribas, catedrático de Psicologia Social da Universidade Autônoma de Barcelona, Espanha. As questões foram adequadas aos objetivos da pesquisa proposta.

Deste conjunto de instrumentos que avaliam a qualidade de vida no trabalho em organizações públicas de serviços humanos, foram utilizados neste estudo somente 5 instrumentos, que eram aqueles que se associavam e poderiam responder os objetivos da pesquisa: condições de trabalho; organização do trabalho; vivências no trabalho e sensações e percepções decorrentes do trabalho. Por último foram apresentadas 19 questões referentes às percepções, reflexões, avaliações e posturas pessoais do participante diante do contexto do trabalho.

Após a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o questionário foi aplicado.

3.5 Equipamento, Material e Registros dos Dados

Para a efetivação da pesquisa foram utilizados os instrumentos de coleta de dados, as cópias do TCLE, computador, *pendrive* e impressora.

3.6 Procedimentos para análise dos dados

Conforme Volpato (2013, p.262), “a análise de dados, é tão importante quanto a qualidade com que foram obtidas”.

Assim, os dados foram organizados por meio da utilização do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para verificar a presença dos fenômenos e possíveis relações entre eles. Assim, a análise dos mesmos se deu pela utilização da estatística descritiva. Para a análise e dissertação dos mesmos fez-se uso do método indutivo. Na utilização do método indutivo, “os dados são coletados e, posteriormente serão abstraídos desses dados generalizações possíveis” (VOLPATO, 2013).

3.7 Procedimentos Éticos

O estudo foi incluído na Plataforma Brasil, conforme preconiza a Resolução CNS 466/12. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) sob o Parecer nº 1.501.927, de 15 de abril de 2016.

Por meio do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), junto com o instrumento de coleta de dados, os participantes tomaram conhecimento formal e documental das condições de sua participação na pesquisa.

É pertinente destacar que conforme o item 9.8 do manual Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (2002), que versa que no caso de preenchimento de questionários anônimo via e-mail, como foi o caso deste estudo para alguns participantes, a própria devolução do questionário preenchido configura o consentimento e participar da pesquisa. Sendo assim dispensada, nestes casos, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O resultado desse estudo, conforme preconizado pelo Programa de Pós Graduação em Ambiente e Saúde, é apresentado na forma de um artigo, apresentado a seguir. Ainda que de forma repetida (início desta Dissertação) o artigo foi preparado de modo a atender as normativas da Revista Ciência e Saúde Coletiva na qual será submetido, através do endereço eletrônico:

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/index_interno.php

Saúde e Trabalho dos médicos intercambistas do Programa Mais Médico em Santa Catarina

Paulo Zulmar Panatta
Lilia Aparecida Kanan

RESUMO

Este estudo tem como objetivo caracterizar as condições de saúde e trabalho dos médicos intercambistas do Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina. Possui um caráter inédito no Brasil no que diz respeito ao seu objetivo, pois se prontificou a mapear a saúde ao mesmo tempo a satisfação do médico participante do programa. Trata-se de um estudo transversal, de natureza aplicada com propriedades quantitativas e descritivas, com a participação de 86 médicos intercambistas que em 2016 estavam inseridos no referido programa e que à época atuavam nos cenários da atenção básicas dos municípios participantes. O modelo de questionário aplicado no estudo é parte integrante de um conjunto de 32 instrumentos validados internacionalmente por pesquisadores que compõem o Grupo WONPUM (*Working under the New Public Management*). Destes, foram selecionados 5 instrumentos, que se mostraram suficientes para responder os objetivos do estudo. Além disso, foram apresentadas questões referente às percepções, reflexões, valorações e posturas pessoais do participante diante do contexto do trabalho.

Os principais resultados encontrados destacam que o trabalho dos participantes em seus aspectos estruturais/físicos, sociais e laborais foram positivamente avaliados na maioria dos fatores que os definem. Foram ainda avaliados positivamente as condições de trabalho e a organização do trabalho. O ambiente social é marcado pelo companheirismo, respeito, apoio e boas relações com os superiores. A saúde dos participantes também resulta em avaliações positivas, muito embora deva se dar destaques à identificação de sintomas como transtorno digestivos, dores de cabeça e esgotamento mental entre alguns participantes que estão trabalhando no PMM entre 2 e 3 anos, onde afirmam que esses sintomas são constantes.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Ambiente de Trabalho. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

This study aims to characterize the health and work conditions of the medical doctors of the Mais Médicos Program in the State of Santa Catarina. It has an unprecedented character in Brazil with regard to its objective, since it was prepared to map the health at the same time the satisfaction of the doctor participating in the program. It is a transversal study, of an applied nature with quantitative and descriptive properties, with the participation of 86 exchange doctors who in 2016 were included in the said program and who at the time acted in the basic care settings of the participating municipalities. The questionnaire model applied in the study is an integral part of a set of 32 instruments validated internationally by researchers that make up the WONPUM Group (Working under the New Public Management. From these, 5 instruments were selected, which were sufficient to answer the objectives of the study. In addition, questions regarding perceptions, reflections, evaluations and personal postures of the participant in the context of the work were presented.

The main results found highlight that the work of the participants in their estrururais / physical, social and work aspects were positively evaluated in the majority of the factors that define them. Work conditions and work organization were positively evaluated. The social environment is marked by fellowship, respect, support and good relations with superiors. The health of the participants also results in positive evaluations, although there should be highlighted the identification of symptoms such as digestive disorders, headaches and mental exhaustion among some participants who are working in PMM between 2 and 3 years, where they affirm that these symptoms are constant.

Keywords: Most Medical Program. Work Environment. Worker Health

Introdução

A saúde no Brasil aparece com destaque nos apelos da população que, com frequência manifestam a necessidade de um sistema de qualidade. A falta de profissionais e a demora nos atendimentos são as queixas mais comuns observadas em diversas mídias. Não raro, a imprensa noticia situações onde restam claras as precárias condições de oferta de serviços de saúde em muitos municípios brasileiros.

É fato que o país entrou no século XXI com ampla expansão da cobertura de equipes de saúde da família numa estratégia voltada a minimização da condição de desassistência referida. Apesar disso, muitas dificuldades são relatadas pelos gestores municipais para a fixação de médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em municípios urbanos e em áreas rurais (FACCHINI et al., 2006).

Algumas razões são contabilizadas para este vazio assistencial: ênfase nas especializações, déficit formativo, expressiva rotatividade de médicos, insatisfação com as condições de trabalho na Atenção Básica, e interferência política no âmbito de atuação (SOUZA LIMA et al., 2015). Por tais razões, respostas para a falta de médicos nos serviços públicos de saúde passaram a ser exigidas pela população ao governo.

Para ser responsivo a essa demanda, o Governo Federal lançou, em julho de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM). Tratava assim, num primeiro momento, de providenciar a contratação de médicos intercambistas para preencherem vagas de trabalho recusadas por médicos brasileiros.

De acordo com Lotta et al. (2016, p. 2770), o PMM teve sucesso por ser simples, eficiente e conseguiu resultados a curto prazo. Esse sucesso se deve a criatividade, pois a “[...] relativa simplicidade e efetividade dessas soluções reside em se basear em uma estrutura descentralizada de coordenação já existente: a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

O PMM passou a representar um pacto voltado ao aperfeiçoamento contínuo do atendimento prestado aos usuários do SUS. Assim, além de alocar médicos nas regiões mais desassistidas em termos de saúde das populações, o Programa privilegia significativos investimentos em infraestrutura de hospitais e unidades de saúde (SOUZA, 2015).

Através do programa estão previstos os investimentos para melhorar a infraestrutura das UBS; além disto, estão planejadas ainda, mudanças curriculares na formação médica; a reordenação dos cursos de

medicina para as áreas que apresentam menor número de médicos e que 30% do internato médico seja desenvolvido na Atenção Básica e nos Serviços de Urgência e Emergência (CARVALHO et al., 2016). São mudanças substanciais que, quando efetivadas integralmente poderão ampliar consideravelmente os serviços de saúde prestados à população.

A imigração dos médicos que, neste caso, se caracteriza com mobilidade profissional, tem sua origem assentada na falta de recursos humanos da saúde. A ausência de profissionais de saúde em regiões interioranas, pequenas, e não raro empobrecidas assume o status de crise e está presente não somente entre os países mais pobres, mas também nas economias mais desenvolvidas. Este vazio de assistência de profissionais da área da saúde se configura como um desafio político-governamental; requer que esforços sejam empreendidos de modo a produzir mais e melhores estratégias de enfrentamento. Portanto, é preciso urgência nas respostas a esse desafio; é preciso compreender a realidade de modo a possibilitar intervenções que gerem efetivas soluções. É preciso que sejam minimizados os impactos deletérios, danosos associados à falta desses profissionais em todas as escalas, quer seja local, regional ou global (FERRINHO; HIPOLITO, 2009).

Dada a necessária inserção de médicos em municípios onde este profissional é ausente ou pouco presente, este estudo encontrou justificativas no fato de poder se ampliar a compreensão do PMM sob a perspectiva dos médicos intercambistas. Isto porque a maioria dos estudos já empreendidos sobre este tema não trazem especificidades do trabalho destes protagonistas.

Este estudo apresenta como cenários de práticas o PSF nos municípios do estado de Santa Catarina onde os médicos intercambistas participantes do PMM foram inseridos. De acordo com as considerações do estudo de Henrique e Calvo (2008, p. 817) referente a avaliação do PSF, em Santa Catarina, se observa que o estado necessita de qualificação à mudança do modelo assistencial vigente. Os autores referem ainda, que é reduzido o quantitativo de profissionais que efetivamente estão habilitados para trabalhar junto à equipes multiprofissionais e para abordagem integral em saúde.

Sendo assim, o estudo foi constituído a partir do interesse em produzir respostas à questão: **quais as características do ambiente, da saúde e do trabalho dos médicos intercambistas do PMM em Santa Catarina?**

De modo geral pretendeu-se caracterizar o ambiente e as condições de saúde e de trabalho dos médicos intercambistas do PMM no Estado de Santa Catarina. Especificamente objetivou-se (a) descrever

o perfil sócio demográfico do médico intercambista do PMM no Estado de Santa Catarina; (b) examinar as condições de saúde sob a perspectiva dos médicos intercambistas do PMM no Estado de Santa Catarina; (c) examinar as condições de trabalho sob a perspectiva dos médicos intercambistas do PMM no Estado de Santa Catarina.

Percurso Metodológico

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza aplicada, pois seu objetivo principal foi caracterizar o ambiente, a saúde e as condições de trabalho dos médicos intercambistas do PMM no Estado de Santa Catarina, sob suas perspectivas. Além disso, apresenta um aporte descritivo e transversal e características quantitativas. Do ponto de vista dos procedimentos técnicos esta pesquisa é do tipo *survey*, “pois envolve a interrogação direta das pessoas cujas características se desejam conhecer” (SILVA; MENEZES, 2005, p. 21).

A pesquisa foi realizada entre 2016 e 2017. Participaram deste estudo, 43 médicos e 43 médicas, com anuência da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES), através da Coordenação do Programa Mais Médicos. Importante destacar que o estudo contou com o apoio desta Coordenação, que manifestou significativo interesse pelos resultados da pesquisa.

Em razão dos objetivos do estudo, elegeu-se como participantes, apenas os médicos intercambistas regularmente cadastrados e em atividades no PMM. Para contatá-los, definiu-se o critério de acessibilidade, uma vez que a cada três meses reuniam-se nas maiores cidades das macrorregiões de Santa Catarina, ocasião em que o pesquisador os encontrou para proceder à coleta de dados.

Durante a realização do estudo aconteceu certa desarticulação em relação aos encontros macrorregionais em razão do cenário político nacional. Tal situação trazia em si a possibilidade de inviabilizar a realização do estudo, situação que obrigou o pesquisador e sua orientadora, com a anuência da Coordenação do PMM, a providenciar o instrumento de coleta de dados *on line*. A Coordenação do PMM disponibilizou ao pesquisador os contatos telefônicos e eletrônicos de todos os médicos do PMM. Os médicos foram informados por e-mails enviados regularmente durante o ano de 2016 até fevereiro de 2017, mês em que se atingiu o percentual de 30% de participantes cadastrados na referida coordenação e se encerrou a coleta de dados.

Ao final da coleta de dados presencial e *on line*, foram participantes do estudo 86 médicos intercambistas lotados em várias

idades de todas as macrorregiões de Santa Catarina. Este quantitativo (cerca de 30% do total de médicos intercambistas em atividade no estado) foi considerado adequado e suficiente aos conhecimentos que se desejava produzir.

Respeitados os critérios de inclusão exclusão, todos os médicos intercambistas que participavam do PMM do Governo Federal no estado de Santa Catarina à época da coleta de dados foram convidados para participar deste estudo. Foram definidos com critérios de inclusão: (a) participar do PMM do Governo Federal; (b) Ser intercambista; (c) Atuar nos municípios de Santa Catarina; (d) No ato da pesquisa, estar em pleno exercício na sua função; (e) Aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A exclusão se deu daqueles profissionais que não atendiam os critérios de inclusão.

O instrumento de coleta de dados utilizado para caracterizar o trabalho dos médicos intercambistas que participam do PMM no estado de Santa Catarina consistiu em um questionário contendo perguntas fechadas com objetivo de identificar dados que a respeito do trabalho, do ambiente e da saúde dos participantes.

O modelo de instrumento aplicado aos médicos intercambistas participantes do PMM que se dispuseram voluntariamente a respondê-lo, é parte integrante de um conjunto de 32 instrumentos validados internacionalmente por pesquisadores que compõem o Grupo WONPUM (*Working under the New Public Management*), financiado pelo Ministério da Educação do Governo Espanhol, Referência PSI 2011-237051CA (2012-14), coordenado pelo Prof. Dr. Josep Maria Blanch Ribas, catedrático de Psicologia Social da Universidade Autônoma de Barcelona, Espanha. As questões foram adequadas aos objetivos da pesquisa proposta.

Deste conjunto de instrumentos que avaliam a qualidade de vida no trabalho em organizações públicas de serviços humanos, foram utilizados somente 5 instrumentos. Esses instrumentos usados foram suficientes para responder os objetivos deste estudo. Por último foram apresentadas 19 questões referente às percepções, reflexões, valorações e posturas pessoais do participante diante do contexto do trabalho, além do georeferenciamento.

Os dados foram organizados por meio da utilização do *software* SPSS 2.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e analisados por meio da utilização da estatística descritiva. Calculou-se média e desvio padrão e frequência (número - %). Para as análises de frequência, o teste de Qui-quadrado foi realizado. O nível de significância adotado foi de

$P < 0,05$. Para a análise e dissertação dos mesmos fez-se uso do método indutivo.

O estudo foi incluído na Plataforma Brasil e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 1.501.927, de 15 de abril de 2016.

Resultados

Verifica-se no PMM avanços importantes que contribuem para viabilizar o direito à saúde à toda população brasileira. De acordo com o relatório de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (TCU, 2015), há evidências de aumento na oferta de serviços de saúde após a implantação do programa, com destaque para o crescimento de 33% no número de consultas realizadas e de 32% nas visitas domiciliares.

A seguir são apresentados os resultados deste estudo. Todavia, ao se iniciar a descrição e análise dos mesmos é pertinente destacar que foram testadas as associações (teste Qui-quadrado) entre a variável 'sexo' e todas as demais, como também entre 'tempo de atuação no atual local de trabalho' e todas as demais. O resultado de tal testagem não verificou associação válida entre quaisquer variáveis testadas, com exceção da ocorrência de transtorno digestivos, dores de cabeça e esgotamento mental entre alguns participantes que estão trabalhando no PMM entre 2 e 3 anos ($X^2 = 0,011$).

Na Tabela 01, a seguir, é apresentado o perfil socio-demográfico dos participantes. Destanca-se um número maior de médicos cubanos. Além disto, observa-se que a maioria das médicas exerce a profissão a menos de cinco anos e que a maioria tem um único vínculo empregatício.

Tabela 01. **Percentual do perfil socio demografico dos participantes.**

Pais de origem	66 % dos médicos são oriundos de Cuba, enquanto 34% têm nacionalidades em outros países, a saber: Argentina, Chile, Colômbia, Espanha, México, Paraguai, Uruguai e Venezuela.
Gênero	43 (50%) são homens e 43 (50%) são mulheres.
Tempo de atuação	Entre as 43 médicas participantes, 21 (49%) exercem a profissão há menos de cinco anos, o que revela menor experiência acumulada em termos de tempo de serviço, quando comparadas ao grupo de médicos, onde 17 (39,5%) têm mais de dez anos de exercício profissional.
Vínculo empregatício	97,7% das médicas e 83,7 dos médicos apresentam vinculo empregatícios somente com o PMM.

Condições de trabalho no espaço de atuação profissional dos médicos intercambistas do PMM

De modo a se alcançar os objetivos propostos, os instrumentos utilizados possibilitaram avaliar as condições de trabalho no espaço de atuação profissional dos médicos intercambistas do PMM.

A Tabela 02, a seguir, possibilita visualizar os percentuais de respostas, pois apresenta os dados analisados referentes à valorização das condições de trabalho no espaço de atuação dos médicos intercambistas do PMM na APS dos municípios de Santa Catarina.

Tabela 02. Percentual da distribuição de respostas quanto às ‘condições de trabalho no espaço de atuação’ do profissional dos médicos intercambistas do PMM.

Condições de trabalho no espaço de atuação	Ruim/regular (%)	Bom (%)	Muito bom (%)	Ótimo (%)
Ambiente físico, instalações e equipamentos	6,7	31,5	46,1	15,7
Recursos materiais e técnicos	7,8	32,2	50,0	10,0
Prevenção de riscos	7,8	27,0	52,8	12,4
Serviços auxiliares (limpeza, segurança, etc)	6,7	18,8	54,4	20,0
Companheirismo	4,5	15,9	55,7	23,9
Respeito no grupo de trabalho	4,4	12,2	46,7	36,7
Reconhecimento do seu trabalho pelos colegas	4,5	5,6	49,4	40,4
Reconhecimento do seu trabalho pelos usuários	3,4	4,5	50,6	41,6
Tempo de trabalho (horários, ritmos, descanso)	2,2	15,7	44,9	37,1
Organização geral do trabalho	4,4	16,7	53,3	25,6
Retribuição econômica	13,8	31,0	42,5	12,6
Carga de trabalho	4,4	26,7	50,0	18,9
Qualidade do contrato de trabalho	8,0	21,6	56,8	13,6
Compatibilidade de trabalho – vida familiar	8,9	18,9	50,0	22,2
Autonomia na tomada de decisões profissionais	6,9	10,3	49,4	33,3
Justiça na contratação, remuneração e promoção	17,2	23,0	48,3	11,5
Oportunidades para a formação continuada	6,7	15,7	48,3	29,2
Oportunidades de promoção no trabalho	12,4	27,0	42,7	18,0
Participação nas decisões organizacionais	9,1	31,8	48,9	10,2
Relações com a direção	11,1	20,0	47,8	21,1
Avaliação do rendimento profissional pela instituição	6,8	17,0	56,8	19,3
Apoio recebido da direção	13,6	21,6	50,0	14,8

Os médicos participantes deste estudo consideram ‘muito boa’ a ‘qualidade do contrato de trabalho’ (56,8%) e a avaliação do ‘rendimento profissional realizada pela instituição’ onde está inserido (56,8%). Somando os percentuais ‘ótimo’ e ‘muito bom’, há destaque para o ‘reconhecimento do seu trabalho pelos usuários’ (92,2%) e ‘pelos colegas’ (89,8%). Como destaque negativo, apesar dos baixos percentuais de respostas “ruim, regular”, encontram-se a ‘justiça na

contratação, remuneração e promoção' (17,2%) e 'retribuição econômica' (13,8%).

Muito embora não se deva e nem se possa calcular a média de respostas para as questões que tratam das 'condições de trabalho', uma vez que se referem a diferentes aspectos, considera-se pertinente destacar a média da frequência do conjunto de avaliações "ruim, regular", "bom, "muito bom" e "ótimo". Assim, os participantes apresentaram 8% de avaliações 'Ruim' e 'Regular'; 20% de avaliações 'Bom'; 50% de avaliação 'Muito bom'; e 22% de avaliações 'Ótimo' para todos os aspectos avaliados nesta categoria.

Organização atual do local de trabalho dos médicos intercambistas do PMM

A organização do local de trabalho dos médicos intercambistas constituiu objeto de avaliação. A Tabela 03, a seguir, possibilita visualizar a distribuição das respostas onde os médicos participantes da pesquisa apresentam o que sentem em relação ao ambiente de trabalho.

Tabela 03. Percentual da distribuição de respostas avaliativas quanto ‘a atual organização do local de trabalho’ dos médicos intercambistas do PMM.

A organização do meu local de trabalho...	Ruim/regular (%)	Bom (%)	Muito bom (%)	Ótimo (%)
Satisfaz os meus interesses	1,1	18,4	56,3	24,1
Me exige segundo minhas capacidades	5,6	14,6	51,7	28,1
Responde as minhas necessidades	3,5	12,8	65,1	18,6
Se encaixa com as minhas expectativas	4,5	18,2	63,6	13,6
Se ajusta às minhas aspirações	5,9	24,7	55,3	14,1
Está de acordo com meus valores	5,7	17,0	56,8	20,5
Facilita que meus méritos sejam reconhecidos com justiça	7,0	24,4	50,0	18,6
Estimula meu compromisso laboral	2,3	16,1	59,1	21,8
Me permite trabalhar à vontade	1,1	22,7	48,9	27,3
Me motiva a trabalhar	6,8	17,0	51,1	25,0
Me dá sensação de liberdade	4,7	19,8	50,0	25,6
Me faz crescer pessoalmente	2,3	16,1	42,5	39,1
Me permite desenvolver minhas aspirações profissionais	4,6	21,8	48,3	25,3
Me proporciona identidade	4,6	13,8	46,0	35,6
Me faz sentir útil	3,4	10,1	34,8	51,7

Os dados analisados sobre a ‘atual organização do local de trabalho’, revelam que os profissionais consideram ‘muito bom’ o fato de que ‘a organização responde às suas necessidades’ (65,1%) e ‘se encaixa com a suas expectativas’ (63,6%). Foram ainda analisados os aspectos com percentuais somados, onde os itens ‘faz sentir útil’ (86,5%) e ‘responde as minhas necessidades’ (83,7%) se destacaram em razão do nível elevado de satisfação que se pode depreender dos mesmos.

Ao se colocar atenção aos aspectos que receberam menor pontuação negativa, observa-se que interesses, necessidades, compromissos, crescimento pessoal e sentimentos de utilidade, por oposto, são aspectos bem avaliados pelos médicos intercambistas, uma vez que foram os que receberam os menores índices de avaliações negativas.

Importante destacar ainda, a média da frequência do conjunto de avaliações “ruim, regular”, “bom, “muito bom” e “ótimo”. Deste modo, os participantes apresentaram 4% de avaliações ‘Ruim’ e ‘Regular’, 18% de avaliações ‘Bom’, 52% de avaliação ‘Muito bom’ e 26% de avaliações ‘Ótimo’ para todos os aspectos avaliados.

Sintomas possivelmente experienciados pelos médicos intercambistas

O conjunto de instrumentos utilizados para avaliar a saúde e o trabalho de médicos intercambistas privilegiou a investigação a respeito dos sintomas que eles poderiam apresentar e com qual frequência. A Tabela 04, a seguir, possibilita visualizar os percentuais de respostas apurados, onde verifica-se que 69% dos médicos que estavam trabalhando entre ‘2 anos’ e ‘3 anos’ no PMM, revelaram ocorrência de sintomas de ‘esgotamento físico’ (31,1%), ‘sobrecarga de tarefas’ e ‘desgaste emocional’ (28,9%) ‘algumas vezes’ na rotina laboral. É possível observar ainda, que o esgotamento físico é o aspecto que apresenta maior percentual (33,3%) de afirmações de ocorrência algumas vezes ou mesmo constantemente.

Nesse mesmo viés, outros aspectos que receberam destaques, com conotação negativa, foram a identificação de sintomas de ‘transtorno digestivo’ (5,6%), ‘dores de cabeça’ (4,5%) e ‘esgotamento mental’ (4,2%) entre os participantes que estão trabalhando no PMM entre 2 e 3 anos ($X^2 = 0,011$), quando afirmam que ‘sempre sentem’. Este fato representa um alerta sobre a saúde física e mental dos médicos do PMM no estado, pois o esvair de energias, a má adaptação ao trabalho, associados à carga emocional são condições típicas do desenvolvimento da Síndrome de Burnout (FRANÇA; RODRIGUES, 2012).

Tabela 04. Percentual da distribuição de respostas quanto aos ‘sintomas’ que os médicos intercambistas possam estar experimentando

Sintomas	Nunca, quase nunca (%)	Algumas vezes (%)	Sempre (%)
Transtornos digestivos	78,7	15,7	5,6
Dores de cabeça	71,6	23,9	4,5
Insônia	79,9	17,8	3,3
Dores nas costas	83,3	14,4	2,2
Tensões musculares	82,2	15,6	2,2
Sobrecarga de tarefas	68,9	28,9	2,2
Desgaste emocional	68,9	28,9	2,2
Esgotamento físico	66,7	31,1	2,2
Esgotamento mental	70,0	25,6	4,4
Mau humor	91,0	7,9	1,1
Baixa realização profissional	88,9	10,0	1,1
Tratamento impessoal	86,5	12,4	1,1
Frustração	84,4	13,3	2,2

Embora os percentuais encontrados de sintomas experienciados pelos médicos intercambistas participantes serem insuficientemente expressivos quando se analisa o conjunto de respostas, não é possível deixar de considerá-los, pois, conforme Dias (2015), o trabalho dos médicos é agravado por situações desgastantes. Exemplos de tais situações, segundo os autores, são a excessiva carga de trabalho, condições precárias de trabalho, as exigências por excelência profissional por parte dos familiares, além disso, o constante convívio com o sofrimento e a morte de pacientes. O autor prossegue em suas constatações referindo que estes profissionais estão expostos a “[...] fatores de risco físico, químicos, biológicos e psicossociais”, fatores estes, que corroboram para o “[...] adoecimento, sofrimento e baixa satisfação profissional” (DIAS, 2015, p.62).

A Tabela 05, a seguir, apresenta dados relacionados sobre as sensações identificadas pelo profissional quando da coleta de dados. Há destaque para os aspectos positivos de ‘que nunca ou quase nunca’ ‘tenho perdido o entusiasmo pelo meu trabalho’ (93,2%); ‘algumas vezes’ ‘me deixo levar pelo meu trabalho’ (62,9%). Os itens positivos assinalados como ‘sempre’ foram encontrados em percentual elevado para os aspectos ‘meu trabalho tem sentido e propósito’ e ‘estou orgulhoso do meu trabalho’ (64,8%), o que revela satisfação acentuada com o seu fazer.

Tabela 05. Percentual da distribuição de respostas ao que ‘sentem atualmente’ os médicos intercambistas do PMM.

Atualmente eu...	Nunca, quase nunca (%)	Algumas vezes (%)	Sempre (%)
Sinto esgotamento emocional devido ao meu trabalho	83,1	15,7	1,1
No final da jornada, sinto-me “consumido (a)” pelo trabalho	83,3	13,3	3,3
Sinto cansaço pela manhã para enfrentar mais um dia de trabalho	88,8	7,9	3,4
Trabalhar todo o dia é realmente estressante para mim	88,8	10,1	1,1
Sou capaz de resolver os problemas que surgem no meu trabalho	12,4	44,9	42,7
Sinto que meu trabalho está me “queimando”	92,2	6,7	1,1
Contribuo eficazmente para a atividade da minha organização	31,1	35,6	33,3
Desde que iniciei neste serviço, tenho perdido interesse pelo trabalho	71,6	20,5	8,0
Tenho perdido entusiasmo pelo meu trabalho	93,2	5,7	1,1
Em minha opinião faço bem o meu trabalho	5,6	33,3	61,1
Sinto-me estimulado a atingir objetivos em meu trabalho	10,2	42,0	47,7
Tenho realizado muitas coisas valiosas em meu trabalho	1,1	43,8	55,1
Hoje me pergunto sobre a utilidade do meu trabalho	71,6	15,9	12,5
Questiono sobre o valor do meu trabalho	83,0	11,4	5,7
Tenho segurança de que em meu trabalho sou eficaz	3,4	37,5	59,1
Em meu trabalho me sinto cheio de energia	9,0	34,8	56,2
Meu trabalho tem sentido e propósito	1,1	24,1	64,8
O tempo “voa” quando estou trabalhando	9,0	44,9	46,1
Sou forte e vigoroso em meu trabalho	3,4	50,0	46,6
Estou entusiasmado com meu trabalho	2,2	46,1	51,7
Quando estou trabalhando, esqueço tudo o que acontece ao meu redor	11,4	56,8	31,8
Meu trabalho me inspira	5,6	41,6	52,8
Quando me levanto de manhã, tenho vontade de ir trabalhar	5,6	36,0	58,4
Sou feliz quando estou absorvido no meu trabalho	4,4	41,1	54,4
Estou orgulhoso do trabalho que faço	1,1	34,1	64,8
Estou imerso em meu trabalho	0,0	56,7	43,3
Consigo continuar trabalhando durante grandes períodos de tempo	7,9	55,1	37,1
Meu trabalho é um desafio	8,9	56,7	34,4
Me “deixo levar” por meu trabalho	13,5	62,9	23,6
Sou muito persistente em meu trabalho	3,3	46,7	50,0
É difícil me “desconectar” do trabalho	39,3	47,2	13,5
Mesmo quando as coisas não vão bem, continuo trabalhando	3,3	53,3	43,3

Discussão

No Brasil, a saúde é direito universal garantido na Constituição Federal de 1988. Desde então, o Estado garante esse direito com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que como em outros sistemas de saúde, sofre com problemas da escassez e má distribuição de médicos no seu território (PÓVOA; ANDRADE, 2006; SOUZA LIMA et al., 2015).

Historicamente, os grandes centros urbanos brasileiros sempre concentraram a maior parte dos médicos. Isto porque comumente são locais de formação acadêmica, de melhores oportunidades de emprego e de maior possibilidade quanto à educação continuada e progressão profissional. Resulta deste fato, que poucos são os médicos que se afastam dessas metrópoles (SCHEFFER; CASSENOTE; BIANCARELLI, 2015).

A este respeito, encontra-se em Póvoa e Andrade (2006) que, ainda que o resultado da equação médico/habitantes no Brasil seja satisfatório - dois médicos por mil habitantes em 2013 - as escolhas feitas pelos médicos quanto ao seu local de atuação não têm sintonia com a distribuição socialmente adequada. Ou seja, a distribuição geográfica dos médicos apresenta uma tendência concentrada em algumas regiões e este fato produz resultados socialmente inadequados.

O Governo Federal, reconhecendo o problema da falta de médicos e a má distribuição além das necessidades das APS, apresentou em julho de 2013 a Medida Provisória nº. 621 oportunizando o provimento emergencial de médicos para municípios brasileiros. Em outubro do mesmo ano, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 12.871 sancionada pela presidente Dilma Rousseff, que ficou conhecida popularmente como a Lei do Programa Mais Médicos (PMM), na qual estava desenhado o Projeto Mais Médicos para o Brasil. Coordenado pelos Ministérios da Educação e da Saúde, esse Projeto integrava: a) médicos brasileiros ou intercambistas com registro no Brasil; b) médicos brasileiros ou intercambistas formados no exterior e sem registro no Brasil; c) supervisor (profissional médico/supervisão contínua e permanente do médico); e d) tutor acadêmico (docente médico/orientação acadêmica) (BRASIL, 2013)

Deste modo, o PMM, alinhado às táticas internacionais, para fazer frente às dificuldades da falta de profissionais, ao longo de sua validade tem se responsabilizado por inserir médicos brasileiros e intercambistas em áreas que apresentam escassez de profissionais para a Atenção Primária à Saúde-APS (SANTOS et al., 2015). No Estado de

Santa Catarina não foi diferente: os médicos intercambistas foram integrados nas equipes de ESF como médicos de família nas APS, que de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SES-SC), envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. Ela deve ser a porta preferencial de entrada do cidadão no SUS, garantindo assim o seu acesso e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção.

A *World Conference of Family Doctors* (WONCA) em sua XIIª Conferência Mundial sobre a saúde rural e o IVº Congresso Sul-Brasileiro de Medicina Família e Comunidade, realizado no ano de 2014 na cidade de Gramado, no Rio Grande do Sul, reuniu em torno de 1500 profissionais (WONCA, 2014). Na conferência o desenvolvimento de médicos especializados em medicina da família pode ser analisado como a chave para um arcabouço forte de atenção primária em qualquer sistema de saúde, especialmente para os de cobertura universal, assim como é estruturado o SUS.

Esses dados constam como um fortalecimento de atenção à saúde da população carente que tinha problemas de acesso primário ao profissional médico. Seguindo esse caminho e de acordo com o Ministério da Saúde (2015), em Santa Catarina, a porcentagem do aumento do número de médicos com o PMM no período 2012-2015 foi de 15,9%.

Esta presença dos médicos intercambistas no Estado de Santa Catarina foi representada neste estudo por meio da participação de 86 médicos, 43 do sexo feminino e 43 do sexo masculino. Esse resultado é consoante ao que enfatiza Robbins (2010): após a segunda metade do século XX, com o acelerado aumento de mulheres que adentrou no mercado de trabalho e promoveu maior equilíbrio entre sexos quanto à ocupação laboral, vez que anteriormente havia o predomínio de homens trabalhadores. No Brasil, à exemplo do Estado de São Paulo, nas últimas décadas, contata-se uma “feminização” e “juvenização” de médicos (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014).

Desses participantes, 57 médicos, 33 mulheres e 24 homens são oriundos de Cuba (66%). Os demais são de outros países de origem latina. Desses, as 43 médicas participantes, 21 (49%) que correspondem à maioria, exercem a profissão há menos de cinco anos, o que revela menor experiência acumulada em termos de tempo de serviço, quando comparadas ao grupo de médicos, onde 17 (39,5%) têm mais de dez de exercício profissional.

Observa-se ainda que 97,7% das médicas e 83,7% dos médicos que participaram do estudo têm como vínculo empregatício somente o PMM. Estes percentuais destoam na comparação com médicos brasileiros, pois os salários considerados baixos é a razão para que assumam atividades profissionais em muitos locais e com muitos empregadores. Esta condição própria dos médicos brasileiros prediz aumento significativo da carga horária de trabalho e perturbações físicas e/ou psicológicas em sua saúde (CARVALHO et al., 2005).

O ambiente de trabalho nas organizações tem se tornado um espaço cada vez mais heterogêneo, onde convivem indivíduos de diferentes sexos, etnias, religiões e orientações sexuais. Trabalhar significa passar pelo menos um terço do dia no local de atuação profissional com o compromisso de que haja uma produção conveniente por parte do trabalhador e que tenha também satisfação por estar em um ambiente adequado e no mínimo sadio.

Deste modo, o cotidiano do trabalho influi na vida e nas emoções das pessoas, haja vista que o trabalho é importante aspecto de organização da vida das pessoas, não apenas no sentido material, como salários ou benefícios, mas também em a relação ao desempenho das atividades e para o contato social. Zanelli e Silva (2008), advogam que o trabalho possibilita a construção da identidade das pessoas; também produz significativa influência no desenvolvimento de seu autoconceito e de sua autoestima.

Assim, as organizações necessitam de alguma forma promover um ambiente agradável e saudável para o desenvolvimento das atividades laborais, pois que existe influência do bom ambiente para a produtividade, e por consequência, para o andamento do trabalho. Afinal, do contrário, o fato de haver elevadas exigências e insegurança na realização das atividades a saúde resta comprometida, favorece ao adoecimento do trabalhador e à redução de sua produtividade (FERNANDES; PEREIRA, 2016).

De acordo com Blanch (2011), por condições de trabalho entende-se a jornada de trabalho que pode ser completa ou parcial; e ainda, a estabilidade, a certeza e segurança, assim como o salário os benefícios sociais e de saúde. Os resultados deste estudo denotam que as condições de trabalho apresentadas aos médicos do PMM são aceitáveis e correspondem às recomendações dos gestores e profissionais de saúde. No estudo de Carvalho et al. (2016), que analisou se o PMM contemplou as recomendações da OMS, encontra-se revelada a necessidade de intervenções que promovam uma boa condição de trabalho, como um ambiente de trabalho limpo e confortável,

disponibilidade de material apropriado, segurança física e mental e condições que estejam de acordo com as funções dos profissionais.

Outro estudo que reforça estes resultados, principalmente no que diz respeito ao reconhecimento do trabalho pelos usuários e pelos colegas, é o de Girardi et al. (2016), que analisou o impacto da escassez de médicos na APS entre os anos de 2013 a 2015, ou seja antes e depois da implantação do PMM. Os pesquisadores aludem que a pesquisa com gestores e profissionais assinalou expressões de reconhecimento. Além disto, os resultados salientam que a integração do profissional participante do PMM expandiu a capacidade de diagnóstico de problemas locais, ocasionando agilidade e continuidade ao tratamento do usuário e sua satisfação.

Volpato e Cimbalista (2012) realizaram um estudo experimental com o objetivo de oferecer aos empresários locais algumas possibilidades de intervenções sistêmicas voltadas à competitividade e lucratividade. Se valeram de modelos de gestão de alta performance. As autoras concluíram que o reconhecimento é um importante aspecto motivacional. Esta prática é adotada por organizações que mantém cuidadoso alinhamento do sistema de recompensas e benefícios. Prosseguem afirmando que centrar foco nas pessoas é estratégia que provê as recompensas intrínsecas do prazer, do crescimento, do trabalho em equipe, do desafio e da realização. Portanto, as conclusões de Volpato e Cimbalista (2012) são consoantes aos resultados deste estudo, pois o reconhecimento percebido é aspecto que sustenta o bem-estar dos médicos intercambistas.

A respeito do reconhecimento como algo percebido pelos médicos intercambistas deste estudo, encontra-se em Terra et al. (2016) a mesma percepção dos médicos cubanos acerca da experiência no PMM. Os autores constataram que as relações com a equipe e a chefia foram positivas, pois os médicos intercambistas sentiam-se acolhidos e pertencentes à equipe. Apesar da ocorrência de situações conflituosas, houve esforço dos médicos cubanos para desenvolver boas relações profissionais.

Na avaliação que os médicos intercambistas fazem do ambiente físico de trabalho, das instalações e equipamentos, dos recursos materiais e técnicos, das ações de prevenção de riscos e dos serviços auxiliares de segurança e limpeza, aspectos que definem sua percepção sobre o ambiente estrutural onde seu trabalho se realiza, encontra-se a média de 65,3% de avaliações ‘muito bom’ e ‘ótimo’ e 27,3% de avaliação ‘bom’.

A este respeito, Vilarouco e Andreato (2008) consideram que a produtividade e o desempenho sofrem significativas influências do ambiente de trabalho, pois tanto podem facilitar como dificultar o desenvolvimento das atividades. Se associam a este entendimento Bins e Turkienicz (2005) ao defenderem que o conforto e a segurança ambiental influenciam comportamentos e que toda e qualquer atividade humana suscita um tipo de ambiente físico que seja adequado à sua realização. Nestes termos, consideradas as avaliações dos médicos intercambistas a respeito do ambiente físico em que trabalham é possível concluir que este aspecto encontra-se configurado de modo a atender as necessidades e expectativas quanto a execução das atividades que lhes são próprias.

Observa-se assim que os aspectos associados ao ambiente laboral dos médicos intercambistas se associam à percepção que têm sobre sua qualidade de vida, enquanto que seu bem-estar está relacionados a aspectos individuais como afetos, a felicidade, a auto-aceitação, etc. (FERREIRA; MENDONÇA, 2012).

Ao se advogar o conceito ampliado de ambiente de trabalho, é pertinente considerar as demais dimensões deste ambiente para além do ambiente físico, já referido. Outra dimensão do ambiente de trabalho dos médicos intercambistas é o ambiente social, aspecto também expresso na Tabela 01. O companheirismo, o respeito no grupo de trabalho, o respeito do seu trabalho pelos colegas e pelos usuários, a compatibilidade entre trabalho e vida privada/familiar, relações com a direção e apoio recebido da direção, são exemplos de aspectos que definem ambiente social de trabalho. Sob esta perspectiva, os médicos intercambistas revelam aprovação em termos médios de 78,7% deste ambiente social. A este respeito, Ferreira e Mendonça (2012) destacam que o trabalhador desempenhará com maior eficácia suas tarefas se, além de um ambiente profissional ideal, desfrutar de uma adequada estrutura familiar e de um produtivo ambiente social.

Reforçam este entendimento Oliveira e Gomide Junior (2012), ao discorrer que os indivíduos necessitam de interação social, orientação, sentido e objetivo para que atuem e se ajustem no contexto social e cultural e os valores são recursos indispensáveis na vida cotidiana. Os valores individuais se refletem como poder social, realização, hedonismo, estimulação e autodeterminação. E os valores coletivos como benevolência, tradição e conformidade. Esses sentimento e valores favorecem o desenvolvimento de aspirações de comando comum para todos os empregados e um guia para o comportamento diário.

Meleiro (2005) enfatiza que o bem-estar no trabalho serve como um sustentáculo social. Neste sentido, este suporte é a alavanca que promove o confronto e a adaptação quando o trabalhador se vê diante de circunstâncias de crise emocional e estresse. Depreende-se então que a atuação das lideranças e dos colegas dos médicos intercambistas são importantes aspectos promotores de estados psicológicos positivo, satisfação e comprometimento, o que numa instância ampliada também contribui para sua saúde.

Conforme Chiuzi (2006), a saúde laboral está relacionada com a satisfação, isto é, a possibilidade de o indivíduo sentir-se envolvido afetuosamente no local de trabalho. A satisfação no trabalho está diretamente ligada as relações com que o trabalhador estabelece com seus superiores e colega com o sistema de remuneração e recompensas, com as possibilidades de ascensão na hierarquia da organização e com as tarefas e atividades que lhes são confiadas.

Happel, Martin e Pinikahana (2000) afirmam em seu estudo sobre burnout e satisfação, que satisfação no trabalho é um estado emocional resultante da interação de profissionais, suas características pessoais, valores e expectativas com o ambiente e a organização do trabalho. O impacto do trabalho nos profissionais compreende as repercussões dos fatores relacionados ao trabalho sobre a saúde e o sentimento de bem-estar da equipe (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007). Tais argumentos parecem justificar os resultados encontrados na dimensão social do trabalho dos médicos intercambistas participantes deste estudo.

Os resultados obtidos neste estudo possibilitam ainda, deprender que as condições de trabalho dos médicos intercambistas no Estado de Santa Catarina apresentam significativo grau de satisfação, influenciado em boa medida pelo reconhecimento que percebem tanto de usuários, quanto de chefias e colegas, o que caracteriza seu ambiente social, como também pelo ambiente físico-estrutural que dispõem para trabalhar. Estes aspectos intrinsecamente associados à organização do trabalho, deixam claro que há, em seu contexto laboral, facilidades e condições promotoras de bem-estar. Os riscos psicossociais que usualmente são percebidos no contexto de trabalho parecem ter seu surgimento controlado ou, pelo menos, arrefecido. Numa instância ampliada, tais condições se traduzem em saúde do trabalhador (ZANELLI, 2016), pois nesta condições surge um clima social com aspetos positivos, no que diz respeito ao companheirismo, na qualidade da comunicação e nas interações verticais e horizontais, na coesão do grupo e no apoio de cooperação (BLANCH, 2011). Boas condições de

trabalho são prenúncio de condições favorecedoras de saúde e bem-estar (HARTER; SCHMIDT; KEYES, 2003; KEYES; HYSOM; LUPO, 2000; SILVA; FERREIRA, 2013; VANDERBERG et al. 2002).

Embora os médicos intercambistas participantes não terem sido questionados quanto as razões de suas manifestações sensivelmente mais positivas do que negativas no que diz respeito à atual organização do local de trabalho, encontra-se no estudo de Terra et al. (2016) explicação que pode justificar os resultados encontrados. O estudo referido analisou a experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira, por meio de entrevistas semiestruturadas trabalhadas empiricamente pela análise de conteúdo. Como resultados, é possível observar que os médicos cubanos consideravam as condições de trabalho satisfatórias, pois estavam acostumados a trabalhar em condições mais desfavoráveis em Cuba do que as encontradas no atual ambiente laboral brasileiro (TERRA et al., 2016).

No entanto, foi percebido através das respostas do participantes um paradoxo, se por um lado, os médicos mostram satisfação pelo ambiente e pela organização do trabalho, por outro apresentam sintomas de desordens físicas, esgotamento mental e desgaste emocional, conforme registrado na Tabela 05 . Dejours (1980), referência mundial em estudos sobre a saúde mental no trabalho, nos anos de 1980 afirmava insistentemente em seus artigos e produções que a saúde dos trabalhadores dependia das condições dadas pela empresa à realização de suas atividades. Todavia, Dejours reiterava que a saúde mental não se dissociava da organização do trabalho. O autor registrou que em razão da organização do trabalho os trabalhadores poderiam adoecer e até mesmo chegar ao extremo do comprometimento emocional, o suicídio. No sentido contrário, a organização do trabalho pode ser aspecto determinante da preservação da saúde mental do trabalhador (DEJOURS, 2016).

A organização do trabalho, as cargas de trabalho, o tempo para realização das atividades, as metas e exigências, a participação do trabalhador na tomada de decisões - autonomia, o controle sobre as tarefas e os processos comunicacionais, são aspectos que tanto podem ser impeditivos, quanto facilitadores da ocorrência de riscos psicossociais (EU-OSHA, 2009). Tal entendimento contribui para se depreender que o contexto laboral dos médicos intercambistas parece favorecer, mesmo que em menor grau, o surgimento dos riscos psicossociais, uma vez que desordens físicas, esgotamento mental e desgaste emocional foram sinalizados por uma parcela dos participantes.

Os resultados do estudo ora apresentado são consoantes ao estudo realizado por Guevara, Henao e Herrera (2004), que numa amostra de 150 médicos colombianos, encontraram desgaste emocional junto a 128 (85.3%) deles. Esses acontecimentos no ambiente de trabalho podem levar os profissionais a um estado de estafa ou desgaste emocional, o que segundo Trigo et al. (2007), predizem o desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

Blanch (2011) reitera este entendimento quando afirma que o esgotamento físico pode ser uma saturação de experiência devido ao excesso de tarefas, acompanhadas pela percepção de falta de tempo para terminá-las ou para executá-las corretamente. O autor afirma ainda, que desgastes emocionais e esgotamento físico, podem originar-se, de um lado, pelo desequilíbrio entre o volume e a complexidade da demanda e por outro lado, pela carência de recursos disponíveis para uma ação eficaz.

Consideradas as dimensões que Blanch (2011) sinaliza e que se utilizou para a análise das características do trabalho dos médicos intercambistas que participam do PMM no estado de Santa Catarina, pode-se considerar que os resultados encontrados quanto aos sintomas experienciados pelos médicos intercambistas predizem, em alguma medida, algum tipo de dano. Ainda que não afirmem percentuais elevados de sintomas que podem levar a adoecimento, ignorá-los seria irresponsabilidade de quem os chefia.

A respeito destes resultados, observa-se que para ter sentido e ser significativo, o trabalho deve conter, em alguma medida, exigências, desafios e incluir variedade de atividades (EMERY, 1976; TRIST, 1978). Depreende-se que a maioria dos médicos intercambistas participantes encontra, no trabalho que realizam sentido e significado.

Tolfo e Piccinini (2007) realizaram uma revisão bibliográfica sobre o sentidos e significado que os trabalhadores atribuem aos seus trabalhos, partindo do modelo de Hackman e Oldhan (1975) e dos trabalhos de Morin (1996). Para esses autores entende-se como significado do trabalho o aspecto social que a tarefa executada tem para o trabalhador. Essas tarefas podem ter um significado individual, que identifica o seu trabalho como resultante do que foi atribuído. Significado de grupo, no sentido de pertencer a um conjunto único pela execução de um mesmo trabalho, se sentir como membro de uma equipe, ou o significado social, um sentimento de destacar um trabalho que coopere para o todo, para a sociedade.

Observa-se ainda na Tabela 05, que 39,3 % dos médicos respondentes deste estudo, afirmaram que “é difícil se “desconectar” do

trabalho'. Este resultado chama atenção, quando se considera a negatividade da resposta, haja vista que a continuidade do trabalho, mesmo em suas horas de lazer, pode originar exaustão física e emocional e conseqüentemente, estresse (COOPER; PAYNE, 1989; LEVI, 2005; ZANELLI, 2016).

A este respeito encontra-se pesquisa com profissionais da área de saúde da atenção básica, em que os resultados revelaram a incoerência entre discurso e exercício profissional e o fato de não haver distanciamento entre o tempo de trabalho e o tempo livre (MEDEIROS et al., 2016). Os autores ainda mencionam em suas discussões sobre as condições de saúde destes profissionais que o tempo de trabalho está invadindo o espectro do tempo livre, sendo a distinção entre trabalho e não trabalho cada vez mais sutil. Em outro estudo, sobre a qualidade de vida do trabalho do enfermeiro na atenção básica, restou evidente que o problema em desconectar do trabalho pode estar conectado à capacidade de distanciamento entre trabalho e vida, sendo imprescindível momentos de descanso, lazer, hábitos saudáveis e um ambiente agradável e tranquilo, tanto familiar como profissional, sem conflitos emocionais (DAUBERMANN; TONETE, 2012).

A OMS (1946) defende o entendimento que aspectos psicológicos interferem na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas. Ademais, além das questões físicas e biológicas do organismo, fatores subjetivos como relacionamento e convivência com outras pessoas e o desenvolvimento de atividades das mais diferentes naturezas em determinadas condições, são capazes de modificar tanto positivamente quanto negativamente a saúde do corpo e da mente. Somente pela completa harmonia entre estes fatores é possível alcançar a felicidade plena, tão almejada por todos.

Este mesmo entendimento é manifesto por Siqueira e Padovan (2008) ao afirmarem que a felicidade é um componente principal de uma vida saudável. Desta forma, entende-se que as doenças que acometem o corpo físico e que por consequência podem afetar também o psicológico de uma pessoa, ou qualquer um destes de maneira isolada, são barreiras à uma existência de satisfação. Desta forma, qualidade de vida e bem-estar tornam-se então fatores preponderantes a esta condição. E uma vez que cerca de 40% dos médicos intercambistas manifestaram suas dificuldades em se desconectar do trabalho, depreende-se que futuramente poderá haver, em alguma medida, comprometimento de sua saúde e bem-estar se nenhuma ação for empreendida no sentido de garantir o necessário afastamento do trabalho em seus horários de descanso ou de lazer.

Para Siqueira e Padovan (2008), a satisfação no trabalho está diretamente ligada à felicidade e realização pessoal naquilo que se faz, independente do *status*, retorno financeiro e julgamentos externos. A satisfação no trabalho traz em si a possibilidade de envolvimento com o trabalho; este se refere à metas consoantes aos projetos pré-determinados e às regras a que o indivíduo está submetido que devem ser alcançadas. Quando se observa, como é manifesto pelos médicos intercambistas, dificuldades para se afastar do trabalho, se 'desconectar' ele, há hipoteticamente três possibilidades de análise desta situação: (a) ou há um efetivo envolvimento intrinsecamente associado à satisfação - e aí se constata a positividade do trabalho e do ambiente laboral na vida dos médicos intercambistas; (b) ou há preocupações importantes a respeito do trabalho que impedem o trabalhador de colocar atenção em sua vida pessoal; (c) ou isso é um sintoma de adicção ao trabalho - *workaholism*, transtorno que leva a pessoa a trabalhar compulsivamente, com consequências prejudiciais e desadaptadas em seu viver (SCHAUFELI; TARIS; VAN RHENEN, 2005; CARLOTTO, 2011). As duas últimas possibilidades representam perdas importantes associadas ao afastamento do convívio social e prenúncio de sério comprometimento da saúde deste trabalhador. Apesar de tais constatações, o estudo não contém elementos para se afirmar qual das três hipóteses prevalece quando se trata da atuação profissional de médicos intercambistas. Pode-se apenas inferir, por meio dos dados apresentados nas tabelas, que há satisfação e envolvimento da parte destes.

O instrumento da coleta dos dados apresenta ainda outros dois importantes questionamentos: um referente a se os serviços de saúde devem ser organizados e gerenciados como empresas de mercado e o outro sobre a carga horária de trabalho do participante.

Quanto às respostas dos médicos intercambistas do PMM de Santa Catarina, a respeito do gerenciamento privado ou público, a questão encontrou discordância junto a 75,9% dos participantes. Algum grau de concordância foi apresentado por 10,3% deles e 13,8% concordaram totalmente com a afirmativa. Ou seja, encontrou-se adesão à possibilidade de gestão do trabalho em saúde nos mesmos moldes e padrões de empresas privadas junto a 24,1% (quase um terço) dos respondentes do estudo.

Blanch (2011) relata reflexões sobre esta questão em seu artigo que trata da modernização dos serviços públicos segundo princípios definidos pelo paradigma empresarial e pela lógica mercantil. O estudo foi financiado pelo Ministério de Educação e Ciência da Espanha e

coordenado pelo autor. Como resultado, Blanch (2011) encontrou que as principais críticas que recebem os serviços públicos são sua suposta ineficiência, incompetência, insustentabilidade, obsolescência, rigidez e ineficácia. A respeito da questão formulada aos médicos intercambistas, o autor discute que sua implementação tende a mercantilizar as práticas institucionais do serviço público e a comercializar os serviços de educação, justiça, assistência à saúde ou social. Sendo assim, prossegue o autor, toda relação de serviço se transforma em uma performance de compra-e-venda onde cada profissional oferece suas competências à sua carteira de clientes, que por sua vez constitui uma massa consumidora ávida por serviços bons, bonitos e baratos.

Seguindo o mesmo viés, Saraiva e Capelão (2000), realizaram estudo junto a funcionários públicos de uma instituição federal de ensino superior do estado de Minas Gerais, que teve como principais resultados encontrados, a racionalidade predominante nos serviços públicos do tipo burocrática, com ênfase no cumprimento dos procedimentos e regulamentos internos. Afirmam ainda, que há barreiras criadas pela própria burocracia que enrijecem a estrutura organizacional e prejudicam um melhor atendimento das necessidades dos cidadãos. Os autores prosseguem dando destaque ao fato de que para oferecer um serviço eficiente, é importante a adoção de práticas de valorização da mão-de-obra, incluindo qualificação e delegação de autoridade, como instrumentos eficazes de redirecionamento organizacional rumo à abordagem centrada na satisfação do cidadão.

Por outro lado, em empresas com capital privado, mesmo que sejam oferecidos os mesmos serviços do setor público, os funcionários apresentam uma melhor qualidade de vida. É o que afirma Oliveira (2016), em um estudo com 20 professores públicos e 15 professores de uma escola privada, do ensino fundamental atuantes em um município do litoral catarinense. Resultou desse estudo que o nível de satisfação dos professores da escola privada em todos os fatores de QVT investigados tem uma qualificação positiva. No entanto, sobre a autonomia para desenvolver o trabalho e o relacionamento com a chefia, obtiveram melhores resultados em termos de satisfação às escolas públicas.

No questionamento sobre a atual carga horária cumprida, os médicos intercambistas do programa afirmaram que para uma boa realização do seu trabalho, com a atual carga horária que cumprem, em geral falta tempo, conforme 25,6% dos médicos; para 57,8% destes nem falta e nem sobra tempo; e para 16,7% sempre sobra tempo.

Com essas respostas, é possível associar à questão formulada no primeiro questionário, especificamente ao item que avaliou a carga horária. Observa-se que as respostas sinalizam que para a maioria dos respondentes, a carga horária é ‘muito boa’ (50,0%) e ‘ótima’ (18,9%). Deste modo, identifica-se que a disponibilidade de tempo oferecida para a realização do trabalho nas APS pelo médico intercambista apresenta uma conotação positiva.

A este respeito, em um estudo sobre as alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho, Robazzi et al. (2012) destacam que a carga horária de trabalho extensa favorece o adoecimento mental ou físico em trabalhadores da área da saúde, além de facilitar a ocorrência de absenteísmo, acidentes de trabalho, erros de medicação, exaustão, sobrecarga laboral e ausência de lazer. Nestes termos, depreende-se, de acordo com as respostas dos participantes deste estudo a esta questão, a carga horária que cumprem não representa um fator de risco psicossocial, nem indica sofrimento mental.

Conclusão

De maneira a se produzir uma síntese geral dos achados neste estudo registra-se de imediato, que é indiscutível que o PMM, no Brasil, tenha alcançado sucesso, principalmente no que diz respeito à redução do número de municípios com escassez de médicos e aumento significativo no acesso aos serviços de APS. É perceptível o comprometimento relacionado ao trabalho dos médicos intercambistas do PMM. E isto apesar do *status quo* e do prestígio dos profissionais médicos estarem abalados, no Brasil, principalmente, pelos problemas resultantes da falta de estrutura dos serviços e da organização do trabalho (ANDRADE; HOLANDA, 2010). No entanto, os resultados deste estudo possibilitam constatar que as condições de trabalho e a organização do trabalho que caracterizam o trabalho do médico intercambista do PMM no estado de Santa Catarina lhes são satisfatórias. Tal fato possibilita reafirmar a relevância social do estudo e seu ineditismo, haja vista a inexistência, no Brasil, de estudos sobre a saúde e o trabalho dos médicos intercambistas que participam do Programa Mais Médicos.

Todavia, sobre a saúde do participante deste estudo, verificou-se a ocorrência de sintomas de desordens físicas, esgotamento mental e desgaste emocional junto a um pequeno número deles. Às razões que justificam estes achados, depreende-se que podem estar associadas a

aspectos como cultura diferente do país de origem e a distância de familiares e amigos, razões mais intersubjetivas, apesar de não constituírem objeto de interesse e investigação.

De modo geral, observa-se que o ambiente, a saúde e o trabalho dos médicos intercambistas que atuam no PMM em Santa Catarina são positivamente avaliados, mas não se pode deixar de mencionar que há diferenças individuais importantes entre os participantes, que em si os caracterizam e a seu modo de agir, regir, sentir, etc. Todavia, quando se constata padrões de desequilíbrio entre esforço e recompensa, entre demanda e controle, percebe-se que isto demandará a mais recursos do trabalhador. Afinal, há uma estreita relação entre ambiente, condições de trabalho, saúde e bem estar (BLANCH, 2011).

O trabalho em saúde exige dos profissionais uma atenção intensa e prolongada à pessoas que, não raro, estão em situação de necessidade e dependência. Para os profissionais da área da saúde, em especial os médicos participantes deste estudo, o contato íntimo com os pacientes, de fácil ou de difícil manejo (com doenças graves, deprimidos, hostis e reivindicadores), acrescido das dificuldades que permeiam a saúde pública, como a falta de material e encaminhamento para especialistas, mais o receio de cometer erros durante o cuidado são fatores adicionais de estresse crônico.

Reportagem do Jornal de Medicina publicado pelo CFM, na edição numero 266 de Abril de 2017, cita que pesquisa publicada no Archives Internal Medicine apontam que 46% do médicos já sentiram sintomas da síndrome do burnout em algum momento de sua carreira (CFM, 2017).

Embora o diagnóstico preciso da síndrome de burnout deva ser clínico e individual, os resultados obtidos neste estudo podem ser considerados como alerta para a instituição gestora, neste caso, a Secretaria Estadual de Saúde, em relação ao adoecimento desses profissionais e um risco para os demais colaboradores que fazem parte da equipe interdisciplinar nas APS.

Deste modo, como forma de contribuição, o estudo recomenda a instituição gestora: (i) novas pesquisas sobre a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde e a sua qualidade de vida; (ii) melhorias no ambiente de trabalho, como algumas reformas para adaptar os setores, reformas estruturais, rearranjo de *layout* e ergonomia; (iii) melhorar a convivência entre as pessoas (relacionamento interpessoal); (iv) melhorar a comunicação entre os setores; (v) proporcionar, quando possível, maior autonomia aos colaboradores, além de delegar as tarefas; (vi) incentivo à educação e treinamentos; (vii) investimentos em

tecnologia da produção, com aquisição de equipamentos modernos a fim de facilitar o trabalho e investir em tecnologia de informação; e (viii) manter o otimismo, procurar incentivar as coisas boas, para facilitar o entendimento e criar um clima agradável, por consequência, aumentando a motivação e envolvimento de todos os trabalhadores que atuam nas APS.

Referências

ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. **Estudo de Psicologia** Campinas SP, v. 27, n. 2, p. 259-268, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n2/a13v27n2.pdf>> Acesso em 13 jul. 2015.

BINS, E. V. H.; TURKIENICZ, B. Método da grade de atributos: avaliando a relação entre usuário e ambiente. **Ambiente Construído**, v. 5, n. 2, p. 77-88, 2005.

BLANCH, J. M.; SAHAGÚN, M.; CERVANTES, G. Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. Factor structure of Working Conditions Scale. **Journal of Work and Organizational Psychology**, v.26 n.3, p.175-189, 2010.

BLANCH, J. M. **Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales bajo la Nueva Gestión. Formación Continuada a Distancia (FOCAD)**. Madrid : Consejo Generale de Colegios Oficiales de Psicólogos de España. p. 1-33, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC). **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil**. Diário Oficial da União, 8 de jul. 2013.

CARLOTTO, M. S. Adição ao trabalho e relação com fatores de risco sociodemográficos, laborais e psicossociais. **Psico USF**, v. 16, n. 1, p. 87-95, 2011.

CARVALHO, T. S.; DOSEA, S.; PIMENTEL, D.; VIEIRA, M. J. Saúde Mental dos Profissionais da Área da Saúde: Percepção dos Líderes de Classes. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.6, n.1. p. 44-53, 2005.

CARVALHO, M. N. et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 154-162, June 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200154&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Mai. 2016.

CHIUZI, R. M. **As dimensões da organização positiva e seus impactos sobre o bem-estar dos trabalhadores**. Universidade Metodista de São Paulo. Mestrado em psicologia da saúde. São Bernardo do Campo, 2006. Disponível em: <www.estantevirtual.com.br/autor/rafael-marcus-chiuzi>. Acesso em 15 de Jan. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. Depressão: problema que afeta a categoria. **Jornal de Medicina**. Abr. 2017. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/#page/9>> Acesso em 19 de Jun. 2017.

COOPER, C. L; PAYNE, R. **Causes, coping and consequences of stress atwork**. Chichester: John Wiley & Sons, 1989.

DAUBERMANN, D. C., TONETE, V. L. P. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta Paul Enferm**. v.25, n. 2, p.277-83, 2012

DIAS, E. C. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. **Rev Bras Med Trab**. v. 13, n. 2, p. 60-68, 2015.

DEJOURS, C. **Travail: usure mentale – essai de psychopathologie du travail**. Paris: Du Centurion, 1980.

DEJOURS, C. Organização do trabalho e saúde mental: quais são as responsabilidades do manager? In: MACÊDO, K. B. et al (orgs).

Organização do trabalho e adoecimento – uma visão interdisciplinar. Goiânia: Ed. da PUC Goiás. p. 317-331, 2016

EMERY, F. **Future we are in.** Leiden: Martinus Nijhoff, 1976.

OSHA, E. U. European Agency for Safety and Health at Work. **Combined exposure to Noise and Ototoxic Substances.** 2009. Disponível em:

<http://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/combined-exposure-to-noise-and-ototoxic-substances>, 2009. Acesso em 01 de fev. 2016.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Pelotas RS. v. 11, n. 3. p. 669- 681, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26441215_Desempenho_do_PSF_no_Sul_e_no_Nordeste_do_Brasil_avaliacao_institucional_e_epidemiologica_da_Atencao_Basica_a_Saude> Acesso em 01 de fev. 2016.

FERNANDES, C.; PEREIRA, A. Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública,** v.50, n. 24., p.1-15, 2016.

FERREIRA, M. C. MENDONÇA, H. (Orgs.). **Saúde e bem-estar no trabalho:** dimensões individuais e culturais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

FERRINHO, P.; HIPOLITO, F. Imigração médica e estratégia de saúde em Portugal. **Janus.** Lisboa, 2009.

FRANÇA, C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática.** 4ª ed. Editora Atlas. São Paulo, 2012.

GIRARDI, S.N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 21, n.9, p. 2675-2684, 2016.

GUEVARA, C. A.; HENAO, D. P.; HERRERA, J. A. Síndrome de desgaste profissional en médicos internos y residentes. Hospital

Universitario del Valle, Cali. **Colombia Médica**, v. 35, n. 4, p.173-178. 2004.

HACKMAN, J.; OLDHAN, G. Development of job diagnostic survey. **Journal of Applied Psychology**, v.60, n. 2, p.159-170. 1975.

HAPPEL B, MARTIN T, PINIKAHANA J. Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. **Int J Ment Helth Nurs.**;12:39-47.2000.

Disponivelem<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200011>Acessado em 15/08/2017.

HARTER, J. K., SCHMIDT, F. L.; KEYES, C. L. Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes: A review of the Gallup studies. **Flourishing: Positive psychology and the life well-lived**, v.2, p.205-224. 2003.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad, Saúde Publica**. Rio de janeiro. v.24, n. 4, p. 809-819. 2008.

IBGE. **Cidades**. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/indicadores.php>. Acesso em 15 de Jan. 2016.

KEYES, C. L. M.; HYSOM, S. J. ; LUPO, K. L. (2000). The positive organization -leadership legitimacy, employee well-being, and the bottom line. **The Psychologist Manager Journal**, v.4, n.20. p.143-153, 2000.

LEVI, L. O guia da Comissão Européia sobre stress relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação. A. M. Rossi, P. L. Perrewé e S. L. Saute. **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2005.

LOTTA, G. S. et al. 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.

LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G. Mercado de trabalho médico no estado de São Paulo: análise das ofertas de empregos contidas no site “Banco de Empregos Médicos”. *Rev Soc Bras Clin Med.* v. 12, n. 2, p. 137-43, 2014.

MEDEIROS, P.A. et al. Condições de saúde entre profissionais da atenção básica em saúde do município de Santa Maria –RS. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* v.20, n. 2 p. 115-122, 2016.

MELEIRO, A R. Bem-estar no trabalho: os aspectos do suporte do supervisor e estilos de liderança. **Universidade Metodista de São Paulo.** São Bernardo do Campo, SP, 2005. Disponível em: <ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_arquivos/2/TDE-2006-06-20T141134Z-27/Publico/AMELIA%20REGINA%20MELEIRO.pdf> Acesso em 21 de Mai. 2017.

MORIN, E. M. **Psychologie au travail.** Montréal, Gaetan Morin Editeur, 1996. 535 p.

OMS, Decreto-Lei nº 36406. (1947, 10 de julho). **Constituição da Organização Mundial de Saúde**, Genebra: Organização Mundial de Saúde. 22 de julho de 1946

OLIVEIRA A. F.; GOMIDE JUNIOR, S. Valores, confiança do empregado e bem-estar subjetivo In: FERREIRA, Maria Cristina; MENDONÇA, Helenildes. **Saúde e bem-estar no trabalho: dimensões individuais e culturais.** Coleção trabalho humano. SP: Casa do psicólogo, 2012.

OLIVEIRA, T. F. Et all, Qualidade de vida no trabalho:um estudo comparativo entre professores de escola pública e privada. **PsicolArgum.** abr./jun., 34v(85), 104-119, 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Cliente/Downloads/pa-16353%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/pa-16353%20(2).pdf)> Acessado em 17/08/2017.

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.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde

mental. **Rev Saúde Pública**; 41(2):244-50, 2007.

ROBAZZI M.L.C.C., et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. **Rev Enferm UERJ**. v. 20, n.4, p.526-32, 2012.

SANTOS, M.P.S, et al. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Cien Saude Colet**;. v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

SARAIVA, L. A S.; CAPELÃO, L. G. F. A nova administração pública e o foco no cidadão: burocracia X marketing?. **Revista de Administração Pública**, v.34. n.2. 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6269>> acessado em 12/08/2017.

SCHAUFELI, W.B.; TARIS, T.W.; VAN RHENEN, W. Workaholism, burnout, and work engagement: three of a kind or three different kinds of employee well-being?. **Applied Psychology**, v. 52, n. 2, p. 173-203, 2008.

SCHEFFER M.; CASSENOTE A.; BIANCARELLI A. **Demografia Médica no Brasil**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina 2015. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wpcontent/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>.> Acesso em 15 de nov., 2015.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM; V. A. R. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.24 n. 2, p. 201-209, 2008.

SILVA, E. L. MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**, 3ª ed. UFSC, Florianópolis, 2005.

SOUZA. L. **Representações do “Programa Mais Médicos” pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina**. 2015. 145. Dissertação (Mestrado em linguística) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – TCU. Relatório de Auditoria Operacional Programa Mais Médicos. Disponível em: <http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/Acord/20150702/A_C_1605_25_15_P.doc>. Acesso em 29 de maio de 2016.

TERRA, L. S. V.; et.al. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.9, p. 2825-2836, 2016.

TOLFO, S.R.; PICCININI, V. “Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros” **Psicologia & Sociedade**; v.19, Edição Especial 1, p. 38-46, 2007.

TRIGO, T.R. et al. **Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos**. **Revista Psiquiatria Clínica**; v.34, n.5. p. 223-233, 2007.

TRIST, E. **Adapting to a changing world**. Labour Gazette, v. 78, p. 14-20, 1978.

VANDENBERG, R.; PARK, K.; DEJOY, D.; WILSON, M.; GRIFFIN-BLAKE, C. The healthy work organizational model: Expanding the view of individual health and well being in the workplace. **Historical and Current Perspectives on Stress and Health**; v.2, p.57-115, 2002.

VILLAROUCO, V.; ANDRETO, L. F. M. Avaliando desempenho de espaços de trabalho sob o enfoque da ergonomia do ambiente construído. *Produção*, v. 3, n. 18, p. 523-539, 2008.

VOLPATO, M; CIMBALISTA, S. O processo de motivação como incentivo à inovação nas organizações. **Revista da FAE**, v.5, n. 3, p. 75-86. 2012.

WONCA Europe. La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia: Características clave de la disciplina de Medicina General El papel del médico generalista y Una descripción de las competencias centrales del médico generalista / médico de familia. **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**. 2007. Disponível em:

<<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Wonca%20definition%20spanish%20version.pdf>> Acesso em 29 de maio de 2016.

ZANELLI, J. C. Sobre os temas transdisciplinares em saúde mental e trabalho. In: Macêdo, K. B. et al (Orgs.) **Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar**. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N. **Interação humana e gestão: a construção psicossocial das organizações de trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations**. Geneva: WHO; 2010.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS

De modo a se produzir breves considerações sobre o conjunto dos resultados apurados neste estudo, coloca-se destaque nos dois principais construtos que o nortearam: trabalho e saúde dos médicos intercambistas.

O trabalho dos participantes do estudo em seus aspectos estruturais/físicos, sociais e laborais é positivamente avaliado na maioria dos fatores que os definem. A maioria das avaliações a respeito das instalações, equipamentos, recursos materiais e técnicos, de segurança, entre outros, revelam satisfação em relação ao uso e oferta destes recursos por parte dos médicos intercambistas. O relevância social do trabalho dos participantes é marcado pelo companheirismo, respeito no grupo de trabalho, respeito do seu trabalho pelos colegas e pelos usuários, compatibilidade entre trabalho e vida privada/familiar, boas relações com a direção e apoio recebido da direção. Sob a perspectiva social, há uma aprovação respeito deste ambiente de trabalho, onde as relações se estabelecem e se sustentam.

O trabalho realizado pelos médicos intercambistas é caracterizado por avaliações positivas como bom, muito bom e ótimo em relação às condições de trabalho e que tem um índice alto nas mesmas avaliações no que diz respeito à organização do trabalho. Esses resultados revelam entusiasmo pelo trabalho que realizam e sentem orgulho pelo que fazem. Em outros termos, o trabalho que realizam tem sentido e propósito.

A saúde dos participantes também resulta em avaliações positivas, muito embora deva se dar destaques à identificação de sintomas como transtorno digestivos, dores de cabeça e esgotamento mental entre alguns participantes que estão trabalhando no PMM entre 2 e 3 anos, porque afirmam que são constantes. Sob este construto, é pertinente destacar que há, entre boa parte dos médicos intercambistas, dificuldade expressa em se desconectar, desligar do trabalho. Fato que merece atenção, pois enseja a possibilidade de adoecimento.

No processo da realização desta pesquisa, foi encontrada limitações. Foi evidente a dificuldade de contato com os médicos intercambistas, apesar do interesse e aceite da Coordenação Estadual do Programa Mais Médicos e PROVAB em Santa Catarina. Durante a realização do estudo aconteceu certa desarticulação em relação aos encontros macrorregionais em razão do cenário político nacional. Tal situação trazia em si a possibilidade de inviabilizar a realização do estudo. O caminho encontrado foi através de contato com os tutores e

supervisores do PMM de modo a se agendar a participação do pesquisador nos encontros locorregionais. Mesmo assim, nem todos os supervisores e tutores responderam aos apelos enviados por meio de mensagens eletrônicas. Já a participação dos médicos por meio deste recurso foi baixa. Informações não-oficiais colhidas em um encontro locorregional justificam a baixa adesão à pesquisa motivada por conjecturas, mudanças e indefinições que marcaram o cenário político brasileiro, principalmente associado ao *impeachment* da presidente Dilma Rousseff - responsável pelo convênio firmado com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Governo Cubano. Houve comentários expressos por parte dos médicos intercambistas de que a situação era de descrédito ao novo governo instaurado.

Para encerrar, mesmo que o ambiente e a organização do trabalho onde atua o médico intercambista sejam satisfatórios e satisfaça a atuação dos profissionais nas APS dos vários municípios do estado, é essencial que os gestores do PMM, tanto no nível estadual quanto nacional, atentem para a saúde dos médicos trabalhadores, principalmente, daqueles que estão há mais tempo no programa. É eficaz que o médico, assim como outros profissionais da saúde, encontre um equilíbrio adequado entre suas capacidades individuais e a exigência na realização das tarefas.

O processo de produzir conhecimento a respeito do ambiente de trabalho e de saúde dos médicos intercambistas do PMM encerra aqui apenas uma parte. Isto porque ao se responder a pergunta de pesquisa formulada inicialmente, há a produção de muitas outras inquietações. Por tal razão registram-se sugestões para novos estudos que avaliem, por exemplo, a formação dos mesmos para o SUS, ou sua motivação, quando se consideram as teorias da expatriação, ou o processo de aculturação destes médicos.

REFERÊNCIAS

ALESSIO, M. M. **Análise da implantação do Programa Mais Médicos**. 2015. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade Family and Community Medicine: specialists in wholeness. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 61-67, 2005.

ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. **Estudo de Psicologia Campinas SP**, v. 27, n. 2, p. 259-268, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n2/a13v27n2.pdf>> Acesso em 13 jul. 2015.

BERNAL, A. O. **Psicologia do trabalho em um mundo globalizado**. 1ª Edição. Porto Alegre. Artmed, 2010.

BINS, E. V. H.; TURKIENICZ, B. Método da grade de atributos: avaliando a relação entre usuário e ambiente. **Ambiente Construído**, v. 5, n. 2, p. 77-88, 2005.

BLANCH, J. M. **Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales bajo la Nueva Gestión. Formación Continuada a Distancia (FOCAD)**. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España. p. 1-33, 2011.

BLANCH, J. M.; CANTERA, L. La nueva gestión pública de universidades y hospitales. Aplicaciones e implicaciones. In: ALVARO, J. L.; AGUILLÓ, E.; GARRIDO, A.; MEDINA, R.; SCHWEIGER, I. (Eds.). **Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad**. Oviedo: Espanha, Ediuno, 2012.

BLANCH, J. M.; CRESPO, F. J.; SAHAGUN, M. A. Sobrecarga de trabajo, tiempo asistencial y bienestar psicosocial en la medicina mercantilizada. In Ansoleaga, E.; Artaza, O.; Suárez, J. (Eds.). **Personas que cuidan Personas: Dimensión Humana y Trabajo en Salud**.

Santiago de Chile: OPS/OMS - Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. p.176-182, 2012.

BLANCH, J. M.; SAHAGÚN, M.; CERVANTES, G. Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. Factor structure of Working Conditions Scale. **Journal of Work and Organizational Psychology**, v.26 n.3, p.175-189, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: MS; 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, seção 1, p. 1. 23 de out. 2013.

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, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC). **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil**. Diário Oficial da União, 8 de jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 2.488, de 21 de outubro de 2011: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, 24 out. 2011; Seção 1, p. 51. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em 18 de out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Brasília, 26 de Janeiro de 2001.

CAMELO, S. H. H, ANGERAMI, E. L.S. Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das Equipes de Saúde da Família: percepções dos profissionais. **Rev Enferm UERJ**. v.15, n. 4, p.502-507, 2007.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**. v.42, n.2, p.47-68, 2008.

CANDIDO. M. S., et al. **Santa Catarina em números**. SEBRAE/SC. Florianópolis, 2013. Disponível em:
<https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/Relatorio%20Estadual.pdf>. Acesso em 15 de Jan. 2016.

CARLOTTO, M. S. Adição ao trabalho e relação com fatores de risco sociodemográficos, laborais e psicossociais. **Psico USF**, v. 16, n. 1, p. 87-95, 2011.

CARVALHO, M. N. et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 154-162, June 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200154&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Mai. 2016.

CARVALHO, T. S.; DOSEA, S.; PIMENTEL, D.; VIEIRA, M. J. Saúde Mental dos Profissionais da Área da Saúde: Percepção dos Líderes de Classes. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.6, n.1. p. 44-53, 2005.

CHIUZI, R. M. **As dimensões da organização positiva e seus impactos sobre o bem-estar dos trabalhadores**. Universidade Metodista de São Paulo. Mestrado em psicologia da saúde. São Bernardo do Campo, 2006. Disponível em:
<<http://tede.metodista.br/jspui/bitstream/tede/1347/1/RAFAEL%20MARCUZ%20CHIUZI.pdf>>. Acesso em 15 de Jan. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. Depressão: problema que afeta a categoria. *Jornal de Medicina*. Abr. 2017. Disponível em:
<<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/#page/9>> Acesso em 19 de Jun. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **No Brasil, número de escolas privadas de Medicina cresce duas vezes mais rápido que o de cursos públicos.** Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=25689:2015-08-25-12-24-42>. Acesso em 15 de Jan. 2016.

COOPER, C. L.; PAYNE, R. **Causes, coping and consequences of stress atwork.** Chichester: John Wiley & Sons, 1989.

COTTA, R. M. M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v.15, n.3, p.7-18, 2006.

COUTO, M. P. **O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil.** Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Parana. Curitiba. F. 198, 2015.

DAUBERMANN, D. C., TONETE, V. L. P. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta Paul Enferm.** v.25, n. 2, p.277-83, 2012

DEJOURS, C. Organização do trabalho e saúde mental: quais são as responsabilidades do *manager*? In: MACÊDO, K. B. et al (orgs). **Organização do trabalho e adoecimento – uma visão interdisciplinar.** Goiânia: Ed. da PUC Goiás. p. 317-331, 2016

DEJOURS, C. **Travail: usure mentale – essai de psychopathologie du travail.** Paris: Du Centurion, 1980.

DIAS, E. C. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. **Rev Bras Med Trab.** v. 13, n. 2, p. 60-68, 2015.

DIAS, S. ; GONÇALVES, A. Migração e Saúde. Revista Migrações - **Número Temático Imigração e Saúde,** Lisboa: 1, p.15-26, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/indicadores.php>>

Acesso em 15 de Jan. 2016.

EMERY, F. **Future we are in**. Leiden: Martinus Nijhoff, 1976.

ESCOREL, S.; *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. Rio de Janeiro. 21(2), 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011> Acesso em 01 de fev. 2016.

OSHA, E. U. European Agency for Safety and Health at Work. **Combined exposure to Noise and Ototoxic Substances**. 2009. Disponível em: <http://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/combined-exposure-to-noise-and-ototoxic-substances>, 2009. Acesso em 01 de fev. 2016.

FACCHINI, L. A. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Pelotas RS. v. 11, n. 3. p. 669-681, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26441215_Desempenho_do_PSF_no_Sul_e_no_Nordeste_do_Brasil_avaliacao_institucional_e_epidemiologica_da_Atencao_Basica_a_Saude> Acesso em 01 de fev. 2016.

FERNANDES, C.; PEREIRA, A. Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v.50, n. 24., p.1-15, 2016.

FERREIRA, M. C.(Org). MENDONÇA, H. (Org.). **Saúde e bem-estar no trabalho**: dimensões individuais e culturais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

FERRINHO, P.; HIPOLITO, F. Imigração médica e estratégia de saúde em Portugal. **Janus**. Lisboa, 2009.

FEUERWERKER, L.C.M. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 47, p. 929-930, 2013.

FRANÇA, C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. 4ª ed. Editora Atlas. São Paulo, 2012.

GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21, n.9, p. 2697-2708, 2016.

GIRARDI, S.N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.9, p. 2675-2684, 2016.

GIRARDI. S. N.; CARVALHO, C. L. GIRARDI. L. G. Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: Os conceitos e evidências internacionais. **Trabalho produzido para a Organização Pan-Americana da Saúde**, PWR-Brasil, 2007.

GLANZN, C. H. OLSCHOWSKY, A. ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 5, n. 1, 2017 <http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento> Acesso em 13 Mai.2017.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L.E. **Saúde Mental no Trabalho, da teoria à prática**. São Paulo: Ed. Roca, 2010.

GUEVARA, C. A.; HENAO, D. P.; HERRERA, J. A. Síndrome de desgaste profissional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. **Colombia Médica**, v. 35, n. 4, p.173-178. 2004.

HACKMAN, J.; OLDHAN, G. Development of job diagnostic survey. **Journal of Applied Psychology**, v.60, n. 2, p.159-170. 1975.

HAPPEL B, MARTIN T, PINIKAHANA J. Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. **Int J Ment Helth Nurs**.;12:39-47.2000.

Disponivelem<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200011>Acessado em 15/08/2017.

HARTER, J. K., SCHMIDT, F. L.; KEYES, C. L. Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes: A review of the

Gallup studies. **Flourishing: Positive psychology and the life well-lived**, v.2, p.205-224. 2003.

HENRIQUE, F. ; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad, Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.24, n. 4, p. 809-819. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/2015>. Acesso em 21 de Mai. 2016.

JATENE, A. Ensino médico no Brasil. **Revista USP**, n.100, p.77-86, 2014.

KEYES, C. L. M.; HYSOM, S. J. ; LUPO, K. L. (2000). The positive organization -leadership legitimacy, employee well-being, and the bottom line. The Psychologist Manager Journal, v.4, n.20. p.143-153, 2000.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 4, p. 481-490, 1994.

LEVI, L. O guia da Comissão Européia sobre stress relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação. A. M. Rossi, P. L. Perrewé e S. L. Saute. **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2005.

LOTTA, G. S. et al. 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.

LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G. Mercado de trabalho médico no estado de São Paulo: análise das ofertas de empregos contidas no site "Banco de Empregos Médicos". **Rev Soc Bras Clin Med**. v. 12, n. 2, p. 137-43, 2014.

MACHADO, M. H.; CAMPOS, F.; LIMA, N. Em defesa do Mais Médicos. **Valor Econ**, v. 28, 2015.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. de. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 2, jun., 2009.

MEDEIROS, C.R.G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun., 2010.

MEDEIROS, P.A. et al. Condições de saúde entre profissionais da atenção básica em saúde do município de Santa Maria –RS. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v.20, n. 2 p. 115-122, 2016.

MELEIRO, A R. Bem-estar no trabalho: os aspectos do suporte do supervisor e estilos de liderança. **Universidade Metodista de São Paulo**. São Bernardo do Campo, SP, 2005. Disponível em: <ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_arquivos/2/TDE-2006-06-20T141134Z-27/Publico/AMELIA%20REGINA%20MELEIRO.pdf> Acesso em 21 de Mai. 2017.

MOOSA, S, *et al.* The inverse primary care law in sub-Saharan Africa: a qualitative study of the views of migrant health workers. **Br J Gen Pract**; 64 (623): 321- 328, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24868069> > Acesso em 21 de Mai. 2017.

MORIN, E. M. **Psychologie au travail**. Montréal, Gaetan Morin Editeur, 1996. 535 p.

MUHLEN, B. K.; DEWES, D.; LEITE, J. C. C. Stress e processo de adaptação em pessoas que mudam de país: uma revisão de literatura. **Ciência em Movimento**. v.11, n. 24, p. 59-67. 2010.

NEY, M.S., RODRIGUES, P.H.A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/2_12_2013_0_1_11_2013_1_Fatores_criticos_para_a_fixacao.pdf> acesso em 19 de Dez. 2015.

OLIVEIRA, T. F. Et all, Qualidade de vida no trabalho:um estudo comparativo entre professores de escola pública e privada. **PsicolArgum**. abr./jun., 34v(85), 104-119, 2016. Disponível em:

<[file:///C:/Users/Cliente/Downloads/pa-16353%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/pa-16353%20(2).pdf)> Acessado em 17/08/2017.

OLIVEIRA A. F.; GOMIDE JUNIOR, S. Valores, confiança do empregado e bem-estar subjetivo In: FERREIRA, Maria Cristina; MENDONÇA, Helenildes. **Saúde e bem-estar no trabalho: dimensões individuais e culturais**. Coleção trabalho humano. SP: Casa do psicólogo, 2012.

OLIVEIRA, F. P., *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface comunicação saúde educação**. Botucatu. v.19, n. 54, p. 623-34, 2015.

OMS, Decreto-Lei nº 36406. (1947, 10 de julho). **Constituição da Organização Mundial de Saúde**, Genebra: Organização Mundial de Saúde. 22 de julho de 1946

PEREIRA, A. M. T. B. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador**. 4 Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

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.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V.; MORO, S. **Distribuição dos Empregos Médicos em Minas Gerais: uma análise à luz da economia espacial**. In Anais do XI Seminário sobre a Economia Mineira. Adamantina, p. 1011-1022, 2004. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Sueli_Moro/publication/4805360_DISTRIBUICAO_DOS_EMPREGOS_MEDICOS_EM_MINAS_GER AIS_UMA_ANALISE_A_LUZ_DA_ECONOMIA_ESPACIAL/links/02e7e51828fecbbbc3000000.pdf> Acesso em 15 de nov. 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>> Acesso em 15 de Jan. 2016.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde

mental. **Rev Saúde Pública**; 41(2):244-50, 2007.

ROBAZZI M.L.C.C., et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. **Rev Enferm UERJ**. v. 20, n.4, p.526-32, 2012.

ROBBINS. S. P.; JUDGE, T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento Organizacional**. 14ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

SALADINI, A. P. S. **Trabalho e Imigração: os direitos sociais do trabalhador imigrante sob a perspectiva dos direitos fundamentais**. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) – Universidade Estadual do Norte do Paraná. Jacarezinho/PR. p. 285, 2011.

SANTA CATARINA, Secretaria Estadual da Saúde. 2014. **SC passa a contar com profissionais do Mais Médicos em 218 municípios**. Disponível em <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4276:sc-passar-a-contar-com-profissionais-do-mais-medicos-em-218-municipios&catid=1192:ascom-assessoria-de-comunicacao-2015&Itemid=258> Acesso em 15 de nov. 2015.

SANTOS, M.P.S, et al. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Cien Saude Colet**; v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

SARAIVA, L. A S.; CAPELÃO, L. G. F. A nova administração pública e o foco no cidadão: burocracia X marketing?. **Revista de Administração Pública**, v.34. n.2. 2000. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6269>> acessado em 12/08/2017.

SCHAUFELI, W.B.; TARIS, T.W.; VAN RHENEN, W. Workaholism, burnout, and work engagement: three of a kind or three different kinds of employee well-being?. **Applied Psychology**, v. 52, n. 2, p. 173-203, 2008.

SCHEFFER M.; CASSENOTE A.; BIANCARELLI A. **Demografia Médica no Brasil**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina 2015. Disponível em <<http://www.usp.br/agen/wp->

content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf.> Acesso em 15 de nov., 2015.

SCHEFFER, M; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. **Rev, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina**, v. 1, 2011.

SILVA, C. A.; FERREIRA, M.C. Dimensões e Indicadores da Qualidade de Vida e do BET. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.29, n.3, p. 331-339., 2013.

SILVA, E. L. MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**, 3ª ed. UFSC, Florianópolis, 2005.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM; V. A. R. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.24 n. 2, p. 201-209, 2008.

SOUZA LIMA, R. C. G.; GARCIA, C. A. S.; KERKOSKI, E.; CHESANI, F. H. Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília. v.9, n. 4, p. 67-80, 2015. Disponivel em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1741>> Acesso em 15 de nov. 2015.

SOUZA. L. **Representações do “Programa Mais Médicos” pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina**. 2015. 145. Dissertação (Mestrado em linguística) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

TARGA L.V, WYNN-JONES J., HOWE A., ANDERSON M.I.P., LOPES J.M.C., LERMEN JR N., et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.9, n.32, p. 292-294, 2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – TCU. Relatório de Auditoria Operacional Programa Mais Médicos. Disponível em: <http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/Acord/20150702/A_C_1605_25_15_P.doc>. Acesso em 29 de maio de 2016.

TEMPORAO, J.G. Saúde da Família, agora mais do que nunca. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V.14(supl. 1), p. 1493:97. Set/out, 2009.

TERRA, L. S. V.; et.al. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.9, p. 2825-2836, 2016.

TOLFO, S.R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**; v.19, Edição Especial 1, p. 38-46, 2007.

TRIGO, T.R. et al. **Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos**. **Revista Psiquiatria Clínica**; v.34, n.5. p. 223-233, 2007.

TRIST, E. **Adapting to a changing world**. Labour Gazette, v. 78, p. 14-20, 1978.

VANDENBERG, R.; PARK, K.; DEJOY, D.; WILSON, M.; GRIFFIN-BLAKE, C. The healthy work organizational model: Expanding the view of individual health and well being in the workplace. **Historical and Current Perspectives on Stress and Health**; v.2, p.57-115, 2002.

VIANA, A. L. A, DAL POZ, M. R. Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Physis, Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.8, n.2, p. 11-48. Nov/Dez 2005. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1741>> acesso em 30 de nov. 2015.

VIANA, D. M. et al. Educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min.** mai/ago; v. 5, n. 2, p. 1658-1668, 2015.

VILLAROUCO, V.; ANDRETO, L. F. M. Avaliando desempenho de espaços de trabalho sob o enfoque da ergonomia do ambiente construído. *Produção*, v. 3, n. 18, p. 523-539, 2008.

VOLPATO, G. L. **Ciência: da Filosofia a Publicação**. 6ª Edição. São Paulo: Cultura Acadêmica, p.377, 2013.

VOLPATO, M; CIMBALISTA, S. O processo de motivação como incentivo à inovação nas organizações. **Revista da FAE**, v.5, n. 3, p. 75-86. 2012.

WONCA Europe. La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia: Características clave de la disciplina de Medicina General El papel del médico generalista y Una descripción de las competencias centrales del médico generalista / médico de familia. **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**. 2007. Disponível em: <[http:// www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Wonca%20definition%20spanish%20version.pdf](http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Wonca%20definition%20spanish%20version.pdf)> Acesso em 29 de maio de 2016.

World Health Organization (WHO). **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations**. Geneva: WHO; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. Geneva: WHO; 2010.

ZANELLI, J. C. Estresse nas organizações de trabalho. In P. F. Bendassolli e J. E. Borges-Andrade. **Dicionário de Psicologia do trabalho e das organizações**. São Paulo : Casa do Psicólogo, 335-339. 2016.

ZANELLI, J. C. Sobre os temas transdisciplinares em saúde mental e trabalho. In: Macêdo, K. B. et al (Orgs.) **Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar**. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N. **Interação humana e gestão: a construção psicossocial das organizações de trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

ANEXOS

ANEXO “A”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____

residente _____ e

domiciliado _____,

portador da Carteira de Identidade, RG _____,

nascido(a) em ___/___/_____, concordo de livre e espontânea

vontade *em participar como voluntário* da pesquisa: **Ambiente, saúde e trabalho de médicos intercambistas do Programa Mais Médicos em Santa Catarina.** Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo pretende caracterizar o ambiente e as condições de saúde e de trabalho dos médicos intercambistas do Programa Mais Médicos do em Santa Catarina. Especificamente objetiva-se (a) descrever o perfil sócio demográfico do médico intercambista do Programa Mais Médicos em Santa Catarina; (b) examinar as condições de saúde sob a perspectiva dos médicos intercambista do Programa Mais Médicos em Santa Catarina; (c) examinar as condições de trabalho sob a perspectiva dos médicos intercambistas do Programa Mais Médicos em Santa Catarina.

2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois poderá contribuir com o conhecimento produzido e com sugestões de melhorias ao Programa de modo a se ampliar a qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS em seus diversos espaços de acolhimento.

3. Participarão da pesquisa médicos intercambistas que participam do Programa Mais Médicos em de Santa Catarina. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada através da coleta de dados por meio da utilização do Estudo Internacional sobre Qualidade de Vida no Trabalho em Organizações Públicas de Serviços Humanos, de autoria do Dr. Josep M. Blanch Catedrático de Psicologia Social Aplicada na Universidade Autônoma de Barcelona (UAB). Serão usados quatro instrumentos que têm como o propósito de conhecer as Condições de Trabalho no local de atuação; a atual organização do local e trabalho; o que o participante está experimentando atualmente no seu trabalho e por último, o que sente atualmente a respeito de sua saúde.

4. Com relação aos possíveis riscos, a pesquisa pode apresentar riscos aos entrevistados devido a sua condição de intercambistas. Ao responder aos instrumentos de coleta de dados os participantes poderão apresentar alguma energia mobilizada na forma de ansiedade. Caso isto ocorra, o pesquisador que tem formação em Psicologia e Especialização em Saúde Mental, prestará o atendimento necessário. Em relação aos benefícios, a pesquisa possibilitará identificar as características do ambiente e as condições de saúde e de trabalho dos médicos intercambistas do Programa Mais Médicos em Santa Catarina de modo a se poder apresentar sugestões à SES para maximizar a atuação dos mesmos e minimizar possíveis dificuldades que porventura ocorram.

5. Se, no transcorrer da pesquisa, o participante tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar de apoio, poderá procurar a Dra. Lilia A. Kanan, responsável pela pesquisa no telefone (49) 3251-1022 ou no endereço Av. Castelo Branco, 170 – Bairro Universitário - Lages.SC.

6. O participante da pesquisa terá a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a sua saúde ou bem-estar físico.

As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os dados pessoais não serão mencionados.

Caso desejar, o participante poderá pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa, que vai estar disponível através do mestrando de Ambiente e Saúde, Paulo Zulmar Panatta, no telefone (49) 99003070.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

_____ (SC), ____ de _____ de _____

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Profa. Dra. Lilia A. Kanan (orientadora).
Endereço para contato: Av. Castelo Branco, 170 – Bairro Universitário -
Lages.SC Telefone para contato: (49) 3251-1022

ANEXO “B” – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Estudo Internacional sobre Qualidade de Vida no Trabalho em Organizações Públicas de Serviços Humanos

Este questionário integra um estudo internacional sobre Qualidade de Vida Laboral em Instituições públicas. Não é um exame de respostas boas ou ruins, corretas ou errôneas, e sim uma ferramenta, que se centra na prevenção dos riscos psicossociais no trabalho e promoção de organizações saudáveis. Todos os pontos de vista expressados serão relevantes. As informações levantadas serão processadas informaticamente e analisadas globalmente, respeitando a confidencialidade das respostas e o anonimato das pessoas e centros participantes.

Agradecemos-lhe de antemão sua disposição para responder o questionário, seu tempo, e a valiosa informação que vai nos proporcionar. Por favor, procure responder todas as perguntas.

1. Valore os seguintes aspectos das **CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SEU ESPAÇO DE ATUAÇÃO** circulando o número escolhido

	Péssimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ótimo
Ambiente físico, instalações e equipamentos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Recursos materiais e técnicos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Prevenção de riscos no trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Serviços auxiliares (limpeza, segurança, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Companheirismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Respeito no grupo de trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Reconhecimento do seu trabalho pelos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Reconhecimento do seu trabalho pelos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tempo de trabalho	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Organização geral do trabalho	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Retribuição econômica	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Carga de trabalho	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Qualidade do contrato de trabalho	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Compatibilidade de trabalho – vida privada	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Autonomia na tomada de decisões	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Justiça na contratação, remuneração	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Oportunidades para a formação continuada	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Oportunidades de promoção no trabalho	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Participação nas decisões organizacionais	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Relações com a direção	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Avaliação do rendimento profissional	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Apoio recebido da direção	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. A atual ORGANIZAÇÃO do meu local de TRABALHO...

Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre

Satisfaz os meus interesses	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me exige segundo minhas capacidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Responde as minhas necessidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se encaixa com as minhas expectativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se ajusta às minhas aspirações	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Está de acordo com meus valores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Facilita que meus méritos (...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimula meu compromisso laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me permite trabalhar à vontade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me motiva a trabalhar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me dá sensação de liberdade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me faz crescer pessoalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me permite desenvolver minhas (...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me proporciona identidade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me faz sentir útil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Atualmente, por meu trabalho, experimento ...

Nunca 0 1 2 3 4 5 6 Sempre

Transtornos digestivos	0	1	2	3	4	5	6
Dores de cabeça	0	1	2	3	4	5	6
Insônia	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
Tensões musculares	0	1	2	3	4	5	6
Sobrecarga de tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Desgaste emocional	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento físico	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento mental	0	1	2	3	4	5	6
Mau humor	0	1	2	3	4	5	6
Baixa realização profissional	0	1	2	3	4	5	6
Tratamento impessoalidade	0	1	2	3	4	5	6
Frustração	0	1	2	3	4	5	6

4. Atualmente...

Nunca 0 1 2 3 4 5 6 Sempre

Sinto esgotamento emocional devido ao meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
No final da jornada, sinto-me “consumido (a) (...)”	0	1	2	3	4	5	6
Sinto cansaço pela manhã para enfrentar (...)”	0	1	2	3	4	5	6
Trabalhar todo o dia é realmente estressante para mim	0	1	2	3	4	5	6
Sou capaz de resolver eficazmente os problemas (...)”	0	1	2	3	4	5	6
Sinto que meu trabalho está me “queimando”	0	1	2	3	4	5	6
Contribuo eficazmente para a atividade (...)”	0	1	2	3	4	5	6
Desde que iniciei neste serviço, tenho perdido (...)”	0	1	2	3	4	5	6
Tenho perdido entusiasmo pelo meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Em minha opinião faço bem o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Sinto-me estimulado a atingir objetivos em (...)”	0	1	2	3	4	5	6
Tenho realizado muitas coisas valiosas em meu (...)”	0	1	2	3	4	5	6
Hoje me pergunto sobre a utilidade do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Questiono sobre o valor do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Tenho segurança de que em meu trabalho sou eficaz	0	1	2	3	4	5	6
Em meu trabalho me sinto cheio de energia	0	1	2	3	4	5	6
Meu trabalho tem sentido e propósito	0	1	2	3	4	5	6
O tempo “voa” quando estou trabalhando	0	1	2	3	4	5	6
Sou forte e vigoroso em meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6

Estou entusiasmado com meu trabalho	0 1 2 3 4 5 6
Quando estou trabalhando, esqueço tudo (...)	0 1 2 3 4 5 6
Meu trabalho me inspira	0 1 2 3 4 5 6
Quando me levanto de manhã, tenho vontade de ir (...)	0 1 2 3 4 5 6
Sou feliz quando estou absorvido no meu trabalho	0 1 2 3 4 5 6
Estou orgulhoso do trabalho que faço	0 1 2 3 4 5 6
Estou imerso em meu trabalho	0 1 2 3 4 5 6
Consigo continuar trabalhando durante grandes (...)	0 1 2 3 4 5 6
Meu trabalho é um desafio	0 1 2 3 4 5 6
Me “deixo levar” por meu trabalho	0 1 2 3 4 5 6
Sou muito persistente em meu trabalho	0 1 2 3 4 5 6
É difícil me “desconectar” do trabalho	0 1 2 3 4 5 6
Mesmo quando as coisas não vão bem, continuo (...)	0 1 2 3 4 5 6

O que você nos expôs até agora é muito importante para a avaliação das suas condições de trabalho e de sua qualidade de vida laboral; assim como para o seu centro, seu meio profissional e os serviços humanos públicos em geral.

Agora, te convidamos a completar esta tarefa qualificando algumas de suas percepções, reflexões, valorações e posturas pessoais diante deste contexto de trabalho.

1. Os serviços de saúde devem estar organizados e gerenciados como empresas de mercado

Total desacordo 1 2 3 4 5 6 7 Total acordo

2. Para realizar bem todo meu trabalho, com minha atual carga horária, em geral...

Me falta tempo 1 2 3 4 5 6 7 Me sobra tempo

DADOS PESSOAIS

Marque com um X no espaço da resposta escolhida

13. País de procedência:

Chile Colômbia Espanha México Venezuela

Cuba Outro: _____

14. Sexo: Mulher Homem

15. Tempo de Profissão: ____ anos

16. Tempo no atual local de trabalho: ____ anos

17. Empregos exercidos atualmente:

Um só emprego Mais de um emprego

18. Dedicção laboral a este centro de trabalho:

Jornada completa Tempo parcial Outra: _____

Você tem sido extraordinário em participar desta investigação, dando-nos a sua opinião e sua experiência. Além de agradecer por sua participação, lhe garantimos mais uma vez nosso respeito a confidencialidade das informações prestadas e o anonimato das pessoas participantes. Estamos em dívida com você; na medida em que nos comprometemos em devolver, se desejar, via e-mail, um resumo geral das informações que elaboramos na nossa investigação.

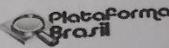
e-mail:

Se deseja comentar ou acrescentar alguma informação em suas respostas ou nos contar como se sente depois deste exercício de reflexão que acaba de fazer, por favor, escreva aqui:

**MUITO OBRIGADO PELO SEU TEMPO, SUA ATENÇÃO E
VALIOSA INFORMAÇÃO!**

ANEXO “C” – PARECER CONSUBSTANCIADO

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ambiente, saúde e trabalho dos médicos estrangeiros do Programa Mais Médicos em Santa Catarina

Pesquisador: LILIA APARECIDA KANAN

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54867316.3.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.501.927

Apresentação do Projeto:

Ambiente, saúde e trabalho dos médicos estrangeiros do Programa Mais Médicos em Santa Catarina

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o ambiente e as condições de saúde e de trabalho dos médicos estrangeiros do Programa Mais Médicos do Governo Federal no Estado de Santa Catarina

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos entrevistados. Todavia, caso haja qualquer manifestação de ansiedade por parte dos participantes ao responderem as questões formuladas, o pesquisador prestará atendimento inicial, vez que tem formação para isto.

Benefícios:

a pesquisa possibilitará identificar as características do ambiente e as condições de saúde e de trabalho dos médicos trabalhadores estrangeiros do Programa Mais Médicos do Governo Federal no Estado de Santa Catarina de modo a se poder apresentar sugestões à Secretaria de Estado da Saúde - SES para maximizar a atuação dos mesmos e minimizar possíveis dificuldades que porventura ocorram.

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-900

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@uniplacages.edu.br

Continuação do Parecer: 1.501.927

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa respeita as diretrizes éticas da Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa respeita as diretrizes éticas da Resolução 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa respeita as diretrizes éticas da Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP. Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_667350.pdf	14/04/2016 18:06:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	14/04/2016 18:06:18	LILIA APARECIDA KANAN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	14/04/2016 17:49:23	LILIA APARECIDA KANAN	Aceito

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

UF: SC

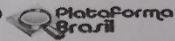
Município: LAGES

CEP: 88.509-900

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@uniplacages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 1.501.927

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/04/2016 17:49:23	LILIA APARECIDA KANAN	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/04/2016 10:17:16	LILIA APARECIDA KANAN	Aceito
Outros	declaracacienciaeconcor.pdf	05/04/2016 10:15:39	LILIA APARECIDA KANAN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decrespo.pdf	05/04/2016 10:14:35	LILIA APARECIDA KANAN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 15 de Abril de 2016

Assinado por:
Odila Maria Waldrich
(Coordenador)

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226
Bairro: Universitário CEP: 88.509-900
UF: SC Município: LAGES
Telefone: (49)3251-1095 E-mail: cop@uniplactages.edu.br

Paulo Zulmar Panatta
Psicólogo
paullopanatta@uol.com.br