



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**FATORES DE ATRATIVIDADE PARA A FIXAÇÃO DE JOVENS  
MÉDICOS: (VELHOS) DILEMAS ENTRE O INTERIOR E O LITORAL**

**Sofia Alexandra Lourenço Mesquita**

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do  
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão Pública

Orientada por

**Professora Doutora Cláudia S. Costa e Mestre Rui Alexandre R. Pires**

Bragança, novembro de 2019.









Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**FATORES DE ATRATIVIDADE PARA A FIXAÇÃO DE JOVENS  
MÉDICOS: (VELHOS) DILEMAS ENTRE O INTERIOR E O LITORAL**

**Sofia Alexandra Lourenço Mesquita**

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do  
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão Pública

Orientada por

**Professora Doutora Cláudia S. Costa e Mestre Rui Alexandre R. Pires**

Bragança, novembro de 2019.



## Resumo

Nas últimas décadas tem-se assistido a uma degradação dos recursos humanos no setor da saúde, levando a que uma das questões políticas fundamentais se preocupe com a má distribuição dos médicos pelas diversas zonas geográficas. Perante estas problemáticas, é comum os governos definirem políticas de incentivos para atrair médicos para as zonas mais carenciadas. No entanto, segundo Holte, Kjaer, Abelsen e Olsen (2015), estas políticas nem sempre alcançam os resultados pretendidos. O seu sucesso depende do processo de desenvolvimento e implementação. Os responsáveis pela formulação destas políticas públicas devem considerar, de forma ponderada, quais os objetivos políticos, os mecanismos de influência e os grupos de médicos alvo, com o intuito de maximizar o seu impacto (Holte et al., 2015; Ono, Schoenstein, & Buchan, 2014).

Neste sentido, esta dissertação pretende obter resposta para a seguinte questão de investigação: Quais os fatores de atratividade para a fixação dos médicos internos de formação específica em zonas carenciadas, especificamente na Unidade Local de Saúde no Nordeste, E.P.E. (ULSNE)? O pressuposto principal visa compreender quais os fatores de atratividade, intrínsecos e extrínsecos, para a fixação dos médicos internos, que se encontram a frequentar a formação especializada, nesta zona carenciada, de modo a perceber o que os motivaria, após o término da especialidade, a nela permanecer para o exercício da prática médica. Com a resposta a esta questão de investigação pretende-se contribuir para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas mais adequadas para corrigir os desequilíbrios da distribuição geográfica dos médicos.

A estratégia de investigação adotada segue um paradigma interpretativista, apresentando uma abordagem qualitativa de um estudo de caso, sendo utilizada a técnica de entrevista, realizada a médicos internos de formação específica da ULSNE. A informação recolhida através da realização das entrevistas permitiu verificar os pressupostos assumidos e averiguar que fatores intrínsecos (e.g., origem/educação rural) e extrínsecos (e.g., sistema de apoio à família e incentivos financeiros) contribuem para a escolha, por parte dos médicos internos de formação específica da ULSNE, da zona para a prática médica. Permitiu verificar, também, o impacto reduzido que os incentivos atribuídos pelo Governo apresentam relativamente à decisão dos médicos internos em permanecer na ULSNE, ou noutra zona carenciada, mostrando a necessidade de reformulação da política de incentivos.

**Palavras-chave:** Fatores de atratividade, fixação de médicos, incentivos, zonas carenciadas.



## Abstract

In the last few decades, it has been noticed the degradation of human resources in the health department, making that one of the fundamental political issues focuses on the poorly distribution of medical physicians by the diverse geographic areas. Faced with these problems, it's common for the governments to set political initiatives to lure medical physicians to deprived areas. However, according to Holte et al. (2015), those politics don't always reach their wanted results. Their success depends on the process of development and implementation. Policy makers should carefully consider which are the policy objectives, mechanisms of influence, and target physician groups, in order to maximize their impact (Holte et al., 2015; Ono, Schoenstein, & Buchan, 2014).

In this sense, this dissertation intends to answer the following research question: Which are the attractiveness factors for the establishment of interns with specific training in deprived areas, specifically in the ULSNE? The main assumption aims to understand the factors of attractiveness, intrinsic and extrinsic, for the establishment of internal physicians, who are attending specialized training in this deprived area, in order to understand what would motivate them, after the end of their training, to remain in the deprived area for the exercise of medical practice. The answer to this research question intends to contribute to the development and implementation of more appropriate public policies to correct the imbalances in the geographical distribution of physicians.

The research strategy adopted follows an interpretative paradigm, presenting a qualitative approach of a case study, using the interview technique, conducted to interns with specific training at ULSNE. The information gathered through the interviews allowed us to verify the assumptions made and to verify that intrinsic (e.g., rural origin / education) and extrinsic (e.g., family support system and financial incentives) factors contribute to the choice (made by internal physicians with ULSNE specific training) of the area for medical practice. It also verified the reduced impact that the incentives granted by the Government have in relation to the decision of the internal physicians to stay in ULSNE, or in another deprived area, showing the need for reformulation of the incentive policy.

**Keywords:** Attractiveness factors, physician fixation, incentives, deprived areas.

*À minha tia Marcelina!*

Agradeço, do fundo do coração:

Em primeiro lugar, aos meus orientadores, Professora Doutora Cláudia S. Costa e Professor Rui Alexandre R. Pires, que desde o primeiro dia me apoiaram e ajudaram, dedicando o seu tempo para me ajudar a ultrapassar dificuldades enfrentadas ao longo desta etapa.

A todos os intervenientes dos diferentes níveis hierárquicos da ULSNE, pelo consentimento e colaboração no bom sucesso da investigação.

Um agradecimento especial a todos os médicos internos, de formação específica, da ULSNE, pela disponibilidade e informação partilhada.

Aos meus pais, à minha querida irmã e ao Pedro pela paciência e pela força ao longo desta caminhada.

Aos meus amigos por todo o apoio, ajuda e preocupação, e a todos os que de uma maneira ou de outra contribuíram para a concretização deste projeto.

A todos, obrigada por toda a dedicação!



## **Lista de Siglas**

CH – Centro Hospitalar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

ULS – Unidade Local de Saúde



# Índice Geral

Índice de Figuras .....	xvii
Índice de Tabelas .....	xix
Introdução.....	1
1. Fatores de Atratividade: Considerações Teóricas .....	3
1.1 Fatores Intrínsecos.....	4
1.1.1 Sexo .....	4
1.1.2 Idade.....	5
1.1.3 Estado civil .....	5
1.1.4 Origem/educação rural.....	6
1.1.5 Residência/formação dos pais .....	6
1.1.6 Antecedentes/estágios rurais.....	7
1.1.7 Experiência profissional na área da saúde .....	7
1.1.8 Auxílio aos mais carenciados.....	8
1.2 Fatores Extrínsecos .....	9
1.2.1 Incentivos financeiros.....	9
1.2.2 Alojamento gratuito e de qualidade.....	10
1.2.3 Sistema de apoios à família .....	11
1.2.4 Melhores condições de vida.....	11
1.2.5 Condições internas de trabalho .....	12
1.2.6 Vínculo contratual obrigatório.....	12
1.2.7 Formação e desenvolvimento profissional.....	13
1.2.8 Infraestruturas, equipamentos e tecnologia .....	14
2. Fatores de Atratividade em Portugal: Contexto de Análise .....	17
2.1 Incentivos à Mobilidade Geográfica: Evolução Legislativa .....	17
2.2 Caracterização da ULSNE .....	23
3. Pressupostos e Metodologia de Investigação.....	25
3.1 Pressupostos de Investigação .....	25
3.2 Metodologia de Investigação.....	26
3.2.1 Recolha da informação .....	27

3.2.2	Caraterização da unidade de análise .....	27
3.2.3	Tratamento e validação da informação .....	29
4.	Apresentação e Discussão dos Resultados .....	31
4.1	Apresentação dos Resultados .....	31
4.1.1	Fatores intrínsecos .....	33
4.1.2	Fatores extrínsecos .....	36
4.2	Discussão dos Resultados .....	48
	Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação .....	52
	Referências Bibliográficas .....	55
	Apêndices .....	61
	Apêndice A – Guião de Entrevista .....	61
	Apêndice B - Pedido de Autorização para Aplicação de Inquérito por Entrevista .....	63
	Apêndice C – Consentimento Informado .....	64

## Índice de Figuras

Figura 1: Especialidades carenciadas da ULSNE, Despacho n.º 9718/2015, de 26 de agosto, Despacho n.º 1788-B/2017, de 27 de fevereiro e Despacho n.º 7082/2018, de 26 de junho. ....	22
Figura 2: Área geográfica de atuação da ULSNE.....	23



## Índice de Tabelas

Tabela 1: Efeito dos fatores intrínsecos para a prática médica nas zonas carenciadas. ....	9
Tabela 2: Efeito dos fatores extrínsecos para a prática médica nas zonas carenciadas. ....	15
Tabela 3: Descrição dos incentivos atribuídos aos profissionais de saúde da carreira médica.....	19
Tabela 4: Comparação dos incentivos atribuídos, Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, e Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro.....	20
Tabela 5: Estabelecimentos de Saúde considerados carenciados, Despacho n.º 7082/2018.....	21
Tabela 6: Caraterização das entrevistas semiestruturadas realizadas aos 13 médicos internos. ..	28
Tabela 7: Plano de codificação. ....	30
Tabela 8: Caraterização dos 13 médicos internos em estudo. ....	32
Tabela 9: Fatores intrínsecos e vontade de permanecer na ULSNE. ....	33
Tabela 10: Razões para a escolha de zona carenciada e futura fixação na ULSNE. ....	35
Tabela 11: Conhecimento sobre incentivos atribuídos pelo Governo. ....	36
Tabela 12: Incentivos definidos no Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro. ....	37
Tabela 13: Incentivos do Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro, e vontade de permanecer na ULSNE.....	39
Tabela 14: Fatores extrínsecos e caraterísticas da ULSNE. ....	39
Tabela 15: Fatores intrínsecos e extrínsecos e não fixação em zonas carenciadas. ....	42
Tabela 16: Medidas a desenvolver para a futura fixação em zonas carenciadas. ....	44
Tabela 17: Vontade de exercer em outras zonas carenciadas.....	46
Tabela 18: Obrigatoriedade de estágios em zonas rurais e influência na escolha de zonas carenciadas. ....	47
Tabela 19: Criação de redes e a importância para quem exercer em zonas carenciadas. ....	47



## Introdução

A deficiente distribuição dos recursos humanos do setor da saúde é um fenómeno mundial e pode surgir em diferentes dimensões. A maior preocupação é a desigual distribuição, particularmente de profissionais de saúde como médicos (Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003). Segundo a OCDE, tem-se verificado que Portugal é dos países com maior discrepância de médicos entre as zonas urbanas e rurais. Parece que os médicos não escolhem regiões rurais para o exercício da profissão devido a preocupações com sua vida pessoal e profissional (e.g., remuneração, horário de trabalho, oportunidades de desenvolvimento da carreira e oportunidades para o cônjuge e restante família) (Veiga Branco et al., 2018).

Esta distribuição desigual de médicos e as dificuldades em recrutar e reter estes profissionais em certas regiões são uma importante questão política na maioria dos países (OCDE). Para que estas atinjam resultados positivos é crucial, antes de decidir quais os esquemas de incentivos a introduzir, compreender as preferências dos médicos em relação às características de trabalho em que os decisores políticos pretendem intervir, de modo a que as fraquezas da implementação das políticas sejam superadas reconhecendo quais as condições necessárias para que atinjam resultados positivos (Ditlopo, Blaauw, Rispel, Thomas, & Bidwell, 2013).

Em Portugal, por exemplo, a atribuição de incentivos à mobilidade geográfica de médicos está estabelecida no Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, entretanto alterado pelo Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro. Estes são acompanhados pelos documentos que estabelecem quais as zonas carenciadas e as respetivas especialidades a que se aplicam, nomeadamente o Despacho n.º 9718/2015, de 26 de agosto, e o Despacho n.º 1788-B/2017, de 27 de fevereiro, recentemente atualizado pelo Despacho n.º 7082/2018, de 26 de julho. No entanto, parece que os incentivos que compreendem não alcançam os resultados pretendidos.

Neste contexto, o objetivo principal deste estudo visa compreender quais os fatores de atratividade para a fixação dos médicos, que se encontram a frequentar o internato médico de formação específica, nestas zonas carenciadas, de modo a perceber o que os motivaria, após o término da especialidade, a permanecer nestas zonas. Espera-se, desta forma, contribuir para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas de saúde pública mais adequadas para corrigir os desequilíbrios da distribuição geográfica destes trabalhadores médicos.

Nesta sequência, e no que concerne à investigação realizada em estudos anteriores, define-se a ULSNE, considerada carenciada pelos despachos anteriormente mencionados, e sendo a unidade que atua em todo o distrito de Bragança (um dos distritos com menos número de médicos, segundo a Ordem dos Médicos), como o estudo de caso desta investigação. Assim sendo, utiliza-se a abordagem qualitativa e recorre-se à técnica de entrevista com o intuito de compreender os fatores de atratividade dos médicos internos que se encontram a frequentar a formação específica nas especialidades carenciadas.

Assim, o presente estudo encontra-se organizado em quatro secções principais, para além da introdução inicial e da conclusão. A primeira corresponde ao enquadramento teórico que revê a principal literatura sobre os fatores de atratividade, intrínsecos e extrínsecos, para jovens médicos, e outros profissionais de saúde, relativamente às zonas do interior ou outras zonas mais carenciadas. Na segunda secção são analisados os diplomas aprovados pelo Governo que atribuem incentivos aos médicos que aceitam exercer em zonas consideradas carenciadas e contextualiza-se a presente investigação num estudo de caso. A terceira secção tem como objetivo principal descrever os aspetos metodológicos considerados pertinentes para o estudo, assim como os pressupostos a alcançar, a recolha de informação, a unidade de análise, o tratamento e a análise da informação. A quarta secção contém a apresentação e discussão dos resultados. Por fim, são apresentadas as principais conclusões, assim como as limitações e futuras linhas de investigação.

## **1. Fatores de Atratividade: Considerações Teóricas**

Com o intuito de diminuir a deficiente distribuição geográfica dos profissionais de saúde, é comum os governos definirem políticas de incentivos, financeiros/pecuniários e não financeiros/não pecuniários, para motivar os médicos a exercer em áreas carenciadas. Para que estas políticas atinjam resultados positivos é crucial, antes de decidir quais os esquemas de incentivos financeiros e não financeiros a introduzir, compreender as preferências dos médicos em relação às características do trabalho em que os decisores políticos pretendem intervir. Sendo assim, é necessário entender quais os fatores de atratividade que levam os médicos a exercer nestas zonas carenciadas e, conseqüentemente, perceber que fatores afetam a motivação para a sua fixação nestes locais. Para isso, é efetuada uma revisão de literatura, incluindo artigos de vários países que abordam fatores individuais (Belaid, Dagenais, Moha, & Ridde, 2017; Borracci et al., 2015; Boscardin, Grbic, Grumbach, & O'Sullivan, 2014; Kapanda et al., 2016; Miranda et al., 2012; Smitz et al., 2016); motivações, quer sejam intrínsecas ou extrínsecas (Agyei-Baffour et al., 2011; Cleland, Johnston, Walker, & Needham, 2012; Holte et al., 2015; Mohamed, 2013; Nallala, Swain, Das, Kasam, & Pati, 2015; Sirili et al., 2018); ou incentivos, financeiros e não financeiros, atribuídos pelos governos com o intuito dos profissionais de saúde exercerem em zonas carenciadas (Bärnighausen

& Bloom, 2009; Buykx, Humphreys, Wakerman, & Pashen, 2010; Ditlopo, Blaauw, Rispel, Thomas, & Bidwell, 2013; X. Liu, Dou, Zhang, Sun, & Yuan, 2015; Misfeldt et al., 2014; Torgerson et al., 2012).

Algumas destas categorias de fatores estão relacionadas com a situação económica do país, pelo que cada país deve verificar os fatores individualmente e criar estratégias que abordem múltiplas influências para os formuladores de políticas públicas. Neste contexto, os fatores individuais, que podem ser de carácter intrínseco e extrínseco (financeiro e não financeiro), têm sido analisados por vários autores (e.g., Belaid et al., 2017; Borracci et al., 2015; Buykx et al., 2010; Goel et al., 2019; Misfeldt et al., 2014).

Esta secção tem como objetivo rever a principal literatura sobre os fatores de atratividade para jovens médicos, e outros profissionais de saúde, relativamente às zonas do interior ou outras zonas consideradas mais carenciadas. Numa primeira fase descreve-se a importância de compreender quais os fatores de atratividade dos profissionais de saúde antes da formulação das políticas públicas, com o intuito de os atrair e fixar para as zonas carenciadas. Numa segunda fase descreve-se, especificamente, os fatores individuais identificados pelos diversos autores na revisão de literatura, classificados como intrínsecos e extrínsecos. Assim, estes fatores são descritos individualmente, com o objetivo de perceber se, de acordo com a revisão de literatura, representam fatores influenciadores ou não para a escolha, por parte dos médicos, de zonas carenciadas para o exercício da atividade médica.

## **1.1 Fatores Intrínsecos**

Os fatores intrínsecos que influenciam a opção pelo exercício da profissão em zonas carenciadas vão desde o sexo, idade, estado civil, passando pela origem/educação rural. Alguns autores defendem, ainda, que a formação e residência dos pais, antecedentes/estágios rurais e a experiência profissional na área da saúde, também, condicionam a escolha do local para a prática médica (Boscardin et al., 2014; Ebuehi & Campbell, 2011; Smitz et al., 2016). Outros autores reforçam a ideia de que o auxílio aos mais carenciados, também, contribui para essa escolha (Arshad et al., 2017; Kapanda et al., 2016). De seguida, descrevem-se estes fatores, tal como as conclusões retiradas da revisão de literatura, com o intuito de compreender se cada um destes fatores influencia a escolha da prática em zonas carenciadas.

### **1.1.1 Sexo**

O sexo, como característica individual, pode influenciar a decisão do local para o exercício profissional. Relativamente a este fator, os resultados apresentados na literatura são mistos. Segundo Borracci et al. (2015) e Boscardin, Grbic, Grumbach, e O'Sullivan (2014) os estudantes do sexo feminino estão mais predispostos a exercer em regiões carenciadas, do que os do sexo masculino. Em sentido contrário, os resultados apresentados por Agyei-Baffour et al. (2011) revelam que as mulheres são menos propensas a aceitar posições nos locais carenciados devido a diferentes razões familiares. Para Belaid et al. (2017) o fator sexo, entre outros fatores individuais, influencia a atração e retenção de profissionais de saúde para trabalhar em zonas rurais. Por sua vez, Arshad et al. (2017) defendem que não há associação significativa entre o fator sexo e a

intenção de trabalhar em zonas rurais, tal como Saini, Sharma, Roy, e Verma (2012), que concluem pela inexistência de uma associação significativa das respostas com o fator sexo dos participantes. Outro estudo revela, ainda, que os médicos do sexo masculino têm maior probabilidade de consentirem a ida para um hospital localizado em zonas carenciadas após a formação (Smitz et al., 2016). Por exemplo, no caso da Tanzânia, a influência do fator sexo na escolha do local da prática médica está relacionada com outros fatores intrínsecos (Kapanda et al., 2016). Miranda et al. (2012), por sua vez, concluem que indivíduos do sexo masculino que trabalhem num hospital urbano reduzem, consideravelmente, as oportunidades de escolher um emprego rural. Em síntese, a influência do fator sexo, de acordo com os estudos analisados, varia consoante os países em análise e as condições de vida dos profissionais, pelo que não é possível generalizar a influência deste fator na fixação em zonas carenciadas.

### **1.1.2 Idade**

Alguns estudos concluem que, em termos de características individuais, os estudantes mais velhos estão associados à intenção de praticar em áreas carenciadas (Borracci et al., 2015; Boscardin et al., 2014). Neste contexto, uma idade superior a 25 anos, sexo masculino, nascido ou criado numa área rural, e com experiência profissional antes de entrar para a faculdade de medicina, são fatores importantes que aumentam a probabilidade dos médicos aceitarem o exercício da profissão num hospital carenciado, após a formação (Kapanda et al., 2016). Adicionalmente, segundo Blaauw et al. (2010), um estudo realizado na África do Sul revelou que os estudantes mais jovens e solteiros estão mais propensos a escolher um local urbano, contrariamente ao Quênia, onde esses mesmos grupos apresentam preferências mais rurais. Mais uma vez, parece que a influência do fator idade varia consoante o país e está relacionado com outros fatores, mostrando assim não ser decisivo para a escolha do local.

### **1.1.3 Estado civil**

Poucos estudos consideram que o fator estado civil está relacionado com a escolha dos médicos relativamente ao local para o exercício da profissão. No entanto, de acordo com Miranda et al. (2012), ser do sexo masculino e ainda não morar com o cônjuge reduz as oportunidades da escolha da prática no interior. Já Smitz et al. (2016) consideram que os médicos solteiros são mais flexíveis relativamente à zona geográfica onde pretendem exercer a profissão. Outro estudo afirma que o estado civil, principalmente, os que se encontram casados, influencia negativamente a atração e retenção de profissionais de saúde para trabalhar em zonas carenciadas (Belaid et al., 2017). Blaauw et al. (2010) concluem que na África do Sul os estudantes mais jovens, solteiros, são mais propensos a escolher um local urbano, enquanto no Quênia esses mesmos grupos preferem trabalhos rurais. Em suma, e conforme o ponto anterior, verifica-se a existência de resultados mistos relativamente a este fator. A influência do fator estado civil varia consoante o país e está relacionado com outros fatores, como por exemplo, os fatores sexo e idade.

### **1.1.4 Origem/educação rural**

Nascer e/ou crescer numa “comunidade rural” está associado a uma maior probabilidade de praticar em zonas rurais (Dussault & Franceschini, 2006). De acordo com Ebuehi e Campbell (2011), os profissionais de saúde de origem rural são, geralmente, mais propensos a trabalhar em ambientes rurais. No mesmo sentido, Kapanda et al. (2016) concluem que a origem ou educação numa zona rural representa um fator importante no aumento da probabilidade dos profissionais de saúde aceitarem a ida para um hospital localizado numa zona do interior/rural. Para os estudantes de medicina prestes a completar os seus estudos, fatores sociodemográficos e educacionais, foram identificados como decisivos na escolha da localização rural, ao contrário dos fatores socioeconómicos (Sapkota & Amatya, 2015). Isto indica que, para garantir a retenção rural de médicos, o governo do Nepal deve atrair potenciais estudantes de medicina criados e educados em ambientes rurais. Outros autores defendem, também, que os estudantes de origens rurais estão 10 vezes mais propensos a trabalhar em zonas rurais (Walker, DeWitt, Pallant, & Cunningham, 2012). De igual modo, Sapkota e Amatya (2015) reforçam a ideia de que indivíduos com "origem rural", ou que vivam alguns anos da sua infância em zonas rurais, apresentam uma maior probabilidade de selecionar locais de trabalho no interior/rural. Adicionalmente, alguns autores defendem que a escolaridade rural parece influenciar a intenção de permanecer nessa mesma zona, ou seja, médicos que completam a sua formação em zonas carenciadas estão significativamente mais propensos ao exercício da profissão nesses locais (Carson, Schoo, & Berggren, 2015; Dolea, Stormont, & Braichet, 2010; Verma et al., 2016). Por sua vez, estudantes com histórico urbano apresentam menor predisposição para exercer na zona do interior, após a graduação (Ossai et al., 2015). Em sentido contrário, Arshad et al. (2017) e Agyei-Baffour et al. (2011) concluem que a origem rural não influencia a predisposição dos estudantes para a prática nessas mesmas zonas. Por conseguinte, parece mais evidente que o fator origem/educação rural influencia, de forma positiva, a escolha da prática em zonas carenciadas.

### **1.1.5 Residência/formação dos pais**

Alguns autores defendem que a residência dos pais tem influência na escolha do local onde os profissionais de saúde exercem a sua atividade (Edwards, Sergio da Silva, Rapport, Mckimm, & Williams, 2015; Kapanda et al., 2016). Se a residência dos pais estiver localizada numa área rural, a probabilidade de o médico escolher praticar nas áreas mais perto da localidade dos pais é maior (Kapanda et al., 2016). Neste contexto, os médicos consideram atrativa aquela localização que permite manter os laços e a proximidade com a família (Edwards et al., 2015). Por sua vez, segundo Borracci et al. (2015) e Sapkota e Amatya (2015), quando um dos progenitores não tem formação académica, tal representa uma forte motivação para praticar em zonas rurais ou carenciadas. Saini et al. (2012) afirmam que os médicos, cujos pais têm formação académica, estão significativamente menos propensos a praticar numa zona rural. Curiosamente, e de acordo com o estudo de Sapkota e Amatya (2015), um dos médicos recém-formado declarou, numa entrevista, que o facto de o seu pai trabalhar como professor numa zona rural, com poucos acessos aos serviços mínimos na área da saúde, levou a que o seu sonho fosse ter um filho médico para praticar nessas zonas. Assim,

tornou-se médico e decidiu exercer nas zonas rurais, realizando o sonho do seu progenitor. Posto isto, os autores supramencionados consideram que a residência dos pais localizada numa zona rural parece influenciar positivamente a escolha do local. Relativamente à formação superior dos pais, apesar de não ser significativa, parece influenciar negativamente a fixação nas zonas carenciadas.

### **1.1.6 Antecedentes/estágios rurais**

Antecedentes rurais e/ou realização de estágios em zonas rurais (no decorrer da formação académica) também são indicados na literatura como decisivos para o exercício profissional em zonas carenciadas (Amalba, Abantanga, Scherpbier, & Van Mook, 2018; Carson et al., 2015; J. Liu, Zhu, & Mao, 2018; Ossai et al., 2015; Verma et al., 2016). O estudo de Amalba et al. (2018), realizado no Gana, conclui que a maioria dos médicos que tiveram contactos anteriores com as unidades de saúde nas zonas rurais, durante a formação, testemunha uma carga de trabalho excessiva e pouca relação entre o médico e o paciente. Posto isto, e derivado do facto destes profissionais terem a consciência de que são necessários nestas zonas carenciadas, incutiu-lhes o desejo de voltar para o local onde realizaram a formação. Assim, o estudo verifica que a introdução de atividades que preparem os estudantes para a prática rural aumenta a probabilidade de estes aceitarem o exercício da profissão em zonas carenciadas. Adicionalmente, Verma et al. (2016) defendem que os médicos que realizam prática médica durante a formação numa comunidade carenciada estão mais propensos para a escolha das localidades desfavorecidas, do que os que não estão em contacto com essas zonas durante a formação. Tal como atenta o estudo de Carson et al. (2015), a "exposição rural" aumenta a probabilidade dos profissionais selecionarem esses locais para o exercício da profissão. Neste contexto, apresentar uma especial afinidade por determinadas regiões (e.g., origem, alguma experiência profissional no respetivo local, como ano comum, estágio, entre outros) influencia, positivamente, as preferências destes médicos (Saini et al., 2012; Sibbald et al., 2002). Assim, a experiência rural por parte dos estudantes de medicina durante o período de formação está positivamente associada à vontade de praticar nessas mesmas zonas, após a graduação. Esta vontade justifica-se pelo facto de os estudantes terem a perceção da necessidade de médicos nas zonas carenciadas (Ossai et al., 2015). Um estudo realizado em Portugal afirma que os médicos que trabalham temporariamente em hospitais rurais estão mais predispostos a praticar nessas mesmas zonas (Ramos, Alves, Guimarães, & Ferreira, 2017). Deste modo, parece existir algum consenso quanto ao efeito influenciador dos antecedentes/estágios rurais relativamente à escolha do local da prática em zonas rurais.

### **1.1.7 Experiência profissional na área da saúde**

Os estudantes admitidos ao curso de medicina, com experiência profissional prévia na área da saúde, revelam uma forte tendência para aceitar exercer em zonas rurais, em comparação com aqueles que não têm qualquer experiência profissional, embora a diferença não seja estatisticamente significativa (Kapanda et al., 2016). Deste modo, quando os futuros médicos estão expostos a uma experiência profissional, antes de frequentar a faculdade de medicina, têm uma maior predisposição para escolher zonas rurais (Kapanda et al., 2016). Contudo, Smitz et al. (2016)

atentam que os médicos com menos anos de experiência são mais flexíveis relativamente à localização. Os autores determinam que profissionais de saúde com mais de dois anos de experiência são menos propensos à prática numa zona rural. Em síntese, o fator experiência profissional parece não ser decisivo para a escolha da prática em zonas carenciadas.

### **1.1.8 Auxílio aos mais carenciados**

A oportunidade de auxílio aos mais carenciados, tal como a responsabilidade de lidar com problemas de saúde em zonas carenciadas, são apontados na literatura como características que influenciam os estudantes que estão dispostos a trabalhar nas áreas rurais, após a formação (Agyei-Baffour et al., 2011; Arshad et al., 2017). Segundo Saini et al. (2012), os benefícios apontados como potenciais para trabalhar numa zona rural incluem a prestação de serviços aos mais carenciados, benefícios para a nação, sendo o mais comum a possibilidade do conhecimento sobre as doenças das pessoas rurais. Neste sentido, Goel et al. (2019) reforça que um dos principais fatores de atratividade é a predisposição dos médicos para auxiliar comunidades desfavorecidas. Ou seja, os médicos apresentam o desejo de ajudar os mais carenciados e os que não possuem o acesso aos serviços mínimos de saúde decorrente da falta de profissionais. Este fator aparenta, assim, ter uma influência positiva para a escolha de zonas carenciadas.

Em suma, após a análise anterior, parece que os fatores que mais evidenciam uma influência positiva na escolha do exercício profissional em zonas carenciadas são a origem/educação rural, os antecedentes/estágios rurais, a residência dos pais numa zona rural e o auxílio aos mais carenciados. Os fatores sexo, idade, estado civil, formação dos pais e experiência profissional parecem não ter uma influência decisiva para a escolha do local por parte dos médicos. A Tabela 1 sintetiza a influência dos fatores para a prática médica nas zonas carenciadas.

Tabela 1: Efeito dos fatores intrínsecos para a prática médica nas zonas carenciadas.

Fatores intrínsecos	Efeito positivo	Efeito negativo	Efeito indefinido
<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>   Borracci et al. (2015); Boscardin, Grbic, Grumbach e O'Sullivan (2014) <b>Masculino</b>   Smitz et al. (2016)	<b>Feminino</b>   Agyei-Baffour et al. (2011) <b>Masculino</b>   (Miranda et al. (2012)	Arshad et al. (2017); Saini, Sharma, Roy e Verma (2012)
<b>Idade</b>	<b>Jovens mais velhos</b>   Borracci et al. (2015); Boscardin et al. (2014)	<b>Jovens mais novos</b>   Blaauw et al. (2010)	
<b>Estado civil</b>	<b>Solteiro</b>   Blaauw et al. (2010); Smitz et al. (2016)	<b>Casado</b>   Belaid et al. (2017) <b>Solteiro</b>   Blaauw et al. (2010); Miranda et al. (2012)	
<b>Origem/educação rural</b>	<b>Origem Rural</b>   Dussault & Franceschini (2006); Carson, Schoo e Berggren (2015); Ebuehi e Campbell (2011); Kapanda et al. (2016); Sapkota e Amatya (2015); Verma et al. (2016); Walker et al. (2012)		Arshad et al. (2017); Agyei-Baffour et al. (2011)
<b>Residência/formação dos pais</b>	<b>Residência</b>   Kapanda et al. (2016); Edwards et al. (2015) <b>Não ter formação acadêmica</b>   Borracci et al. (2015); Sapkota e Amatya (2015)	<b>Ter formação acadêmica</b>   Saini et al. (2012)	
<b>Antecedentes/estágios rurais</b>	Amalba et al. (2018); Carson et al. (2015); Ossai et al. (2015); Saini et al. (2012); Sibbald et al. (2002); Verma et al. (2016)		
<b>Experiência profissional</b>	Kapanda et al. (2016)	Smitz et al. (2016)	
<b>Auxílio aos mais carenciados</b>	Agyei-Baffour et al. (2011); Arshad et al. (2017); Saini et al. (2012); Goel et al. (2019)		

Fonte: Elaboração própria.

## 1.2 Fatores Extrínsecos

Relativamente aos fatores extrínsecos, a literatura evidencia que as principais motivações incluem melhor remuneração (atribuição de incentivos financeiros); alojamento gratuito de qualidade; melhores infraestruturas, equipamentos e tecnologias; melhores condições de vida; vínculo contratual obrigatório e condições internas de trabalho (e.g., Arshad et al., 2017; Borracci et al., 2015; Kruk et al., 2010; Nallala et al., 2018; Rockers et al., 2012; Torgerson et al., 2012). A maior parte dos autores concluem que oportunidades de formação e desenvolvimento profissional e sistema de apoios à família são fatores predominantes que motivam a escolha da prática em hospitais rurais (e.g., Cleland et al., 2012; Ebuehi & Campbell, 2011; Holte et al., 2015; Huicho et al., 2015; Nagai et al., 2017; Ramos et al., 2017; Sirili et al., 2018). De seguida são analisados estes fatores e a sua influência na escolha de zonas carenciadas para o exercício da atividade profissional por parte dos médicos.

### 1.2.1 Incentivos financeiros

Segundo Kruk et al. (2010) e Nallala et al. (2018), a preferência dos estudantes pelo exercício da profissão em certos locais rurais é influenciada por vários atributos de trabalho. No entanto, o fator considerado como um dos principais na retenção destes profissionais é a atribuição de incentivos

financeiros. Existe uma série de razões fundamentais pelas quais as zonas rurais não recebem força de trabalho médica, sendo que a remuneração inadequada dos médicos “rurais” contribui significativamente para essa carência (AMA, 2017). Por conseguinte, a falta de incentivos financeiros, bem como a insuficiência de salários, representam fatores que influenciam negativamente a escolha de zonas carenciadas (Belaid et al., 2017; Darkwa, Newman, Kawkab, & Chowdhury, 2015; Pedersen & Nexøe, 2016). Por exemplo, Goel et al. (2019) atentam que os estudantes de medicina destacam que o salário e outras gratificações devem ser significativamente mais elevados para quem exerce em zonas rurais. Neste contexto, Misfeldt et al. (2014) reforçam que os incentivos financeiros desempenham um papel fundamental na retenção e atração, mas devem ser considerados apenas como uma estratégia “dentro” de um pacote de incentivos. No estudo desenvolvido por Ossai et al. (2015) a maioria dos estudantes (80,10%) percebe que os médicos que trabalham em zonas carenciadas devem ganhar mais do que os que desempenham funções em zonas urbanas. De acordo com Ramos et al. (2017), os médicos dão preferência aos salários e consideram que uma hora extraordinária de trabalho numa zona do interior exige uma remuneração horária de 16,50€ e a deslocação para o interior implica um aumento do rendimento mensal em 1.150,00€.

Em suma, verifica-se a existência de um número considerável de estudos que concluem que os incentivos financeiros são relevantes para a escolha da prática em zonas consideradas carenciadas. Contudo, esses estudos acrescentam outros fatores que se consideram igualmente essenciais, como sendo a boa habitação, instalações adequadas, oportunidades de desenvolvimento de carreira, carga de trabalho razoável, educação para os filhos e garantia de uma posição num hospital urbano no futuro (Borracci et al., 2015; Ebuehi & Campbell, 2011; Girasek, Eke, & Szocska, 2010; Huicho et al., 2015; Nallala et al., 2015; Rockers et al., 2012; Saini et al., 2012; Sirili et al., 2018; Snow et al., 2011). Atendendo à influência positiva deste fator, analisa-se, igualmente, os restantes fatores enunciados e considerados essenciais.

### **1.2.2 Alojamento gratuito e de qualidade**

O estudo realizado por Buykx et al. (2010) considera positivo a atribuição de um “pacote” que englobe uma série de fatores onde se inclui o alojamento para os médicos que aceitam exercer no interior. De forma semelhante, o estudo de Cleland et al. (2012) destaca a importância do alojamento para o exercício da profissão em zonas carenciadas. Identifica como fatores que influenciam negativamente a escolha de zonas carenciadas o isolamento geográfico, onde se inclui a falta de recursos humanos e a falta de alojamento. No mesmo sentido, o estudo desenvolvido por Kruk et al. (2010) evidencia que a preferência dos estudantes por determinados locais rurais é influenciada por vários atributos de trabalho, onde se inclui o alojamento gratuito e de qualidade. Adicionalmente, Nallala et al. (2018), Saini et al. (2012), e Sibbald et al. (2002) concluem que comodidades como uma boa habitação influencia, positivamente, a escolha do interior para o exercício da profissão. Assim, parece que o fator alojamento gratuito e de qualidade tem influência positiva na escolha da prática em zonas carenciadas.

### **1.2.3 Sistema de apoios à família**

De acordo com Pedersen e Nexøe (2016) e Walker et al. (2012), a existência de oportunidades para os familiares são fatores-chave que influenciam as decisões do exercício dos profissionais de saúde em zonas rurais. No que toca ao estudo realizado por Pedersen e Nexøe (2016), na Dinamarca, dos médicos que se encontram a estudar, 25,00% estão dispostos a mudar para um trabalho rural, no futuro, sendo que o fator mais importante, para além dos incentivos pecuniários, era a possibilidade de um emprego para o cônjuge na mesma zona. Assim, as oportunidades de emprego para cônjuges e melhorias nas instituições de ensino para os filhos são, para os profissionais médicos, fatores decisivos para a escolha da prática rural (Dussault & Franceschini, 2006). Complementarmente, outros autores defendem que a garantia de um sistema de apoio familiar, também, é influente na retenção e fixação de profissionais de saúde em zonas carenciadas (Buykx et al., 2010; Ebuehi & Campbell, 2011). De acordo com Blake et al. (2012) e AMA (2017), os principais fatores que contribuem para a retenção dos prestadores de cuidados de saúde em zonas rurais, incluem a importância de identificar oportunidades para os cônjuges, bem como, para as crianças. Para Kruk et al. (2010), um subsídio educacional para as crianças representa um fator influenciador. O número reduzido de oportunidades de educação para as crianças e a falta de boas escolas simbolizam uma preocupação na escolha da prática por parte dos médicos (Amalba et al., 2018; Saini et al., 2012). Adicionalmente, Agyei-Baffour et al. (2011) afirmam que as mulheres estão menos propensas a aceitar exercer nas zonas rurais devido a várias razões familiares, como por exemplo, a vontade de ficar onde o cônjuge trabalha e a perceção dos filhos terem uma melhor educação nas zonas urbanas. Portanto, as oportunidades de emprego para o cônjuge e restante família, a existência de um subsídio educacional e melhores oportunidades de educação para as crianças indicam influenciar de forma positiva a escolha da prática em zonas carenciadas.

### **1.2.4 Melhores condições de vida**

A maioria dos estudantes apresenta reticências quanto à aceitação de trabalho em áreas rurais após a formação, principalmente, perante as más condições de vida nessas áreas (Arshad et al., 2017; Ono et al., 2014; Saini et al., 2012). O isolamento social e a insegurança local são apontados como fatores que dificultam a aceitação dessas ofertas de trabalho (Belaid et al., 2017; Walker et al., 2012). Por exemplo, os participantes do estudo de Darkwa et al. (2015) descrevem como precárias as condições de vida nas áreas rurais. Neste contexto, os profissionais de saúde respondem, positivamente, a incentivos ligados à capacidade de estabelecer um equilíbrio entre o trabalho e as condições de vida (Ebuehi & Campbell, 2011; Misfeldt et al., 2014). Adicionalmente, para além das condições de vida mínimas, é essencial que exista algum afastamento do trabalho, para que se mantenha um equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal (Blake et al., 2012; Natanzon, Szecsenyi, Ose, & Joos, 2010; Torgerson et al., 2012). Adicionalmente, Dussault e Franceschini (2006), consideram “generoso” outro tipo de incentivo, como por exemplo, mais dias de férias para os médicos que exercem nas zonas carenciadas. Por conseguinte, os resultados expostos sugerem uma associação positiva entre as instalações de lazer e equilíbrio trabalho-vida e a escolha da prática em zonas carenciadas.

### **1.2.5 Condições internas de trabalho**

A carga horária exigida nos locais com poucos profissionais que é o que, geralmente, ocorre em zonas carenciadas, provoca um abandono por parte dos médicos dessas unidades de saúde para as não carenciadas (Belaid et al., 2017; Darkwa et al., 2015; Walker et al., 2012). Existe uma preocupação, por parte destes, relativamente à previsão da hora que é suposto o turno terminar (Ramos et al., 2017). Neste contexto, visto que a carga horária é uma preocupação recorrente dos profissionais que consideram os locais rurais, surge a necessidade de permitir que os médicos controlem as suas horas laborais, possibilitando horários flexíveis com carga horária reduzida e existência de pessoal de apoio. Mais médicos aumentariam a competitividade, o que também tornaria o local mais atrativo e diminuiria o nível de sobrecarga dos profissionais (Blake et al., 2012; Dussault & Franceschini, 2006; Girasek et al., 2010; Holte et al., 2015; Mohamed, 2013; Natanzon et al., 2010; Torgerson et al., 2012; Verma et al., 2016). Um estudo desenvolvido, recentemente, na Noruega, evidencia que um dos atributos, não financeiro, que obteve mais impacto, quando comparado com incentivos financeiros, está relacionado com a possibilidade dos profissionais controlarem as suas horas de trabalho (Holte et al., 2015; Pedersen & Nexøe, 2016). De facto, a maioria dos médicos que mantiveram contactos anteriores com as unidades de saúde nas áreas rurais, durante a sua formação, testemunharam uma elevada carga horária (AMA, 2017; Amalba et al., 2018). No que toca ao estudo realizado por Schafer, Becker, Krentz, e Reisinger (2008), na Alemanha, os profissionais foram convidados a indicar o seu nível de satisfação com o trabalho, e, relativamente à carga de trabalho, mostraram-se insatisfeitos com o excesso de trabalho e o pouco tempo que resta para a família, amigos e atividades de lazer. Assim, as futuras mudanças estruturais devem contemplar a redução da carga de trabalho, com o intuito de aumentar a atratividade. Assim sendo, parece que a existência de uma carga de trabalho adequada, um horário de trabalho flexível, o controlo das horas por parte do médico e a disponibilidade de pessoal de apoio influenciam, positivamente, a escolha da prática em zonas carenciadas.

### **1.2.6 Vínculo contratual obrigatório**

O período de vínculo contratual obrigatório é considerado na literatura como um fator importante na escolha de zonas carenciadas para o exercício da profissão. Por exemplo, no estudo realizado por Rockers et al. (2012), os estudantes de medicina afirmam preferir o compromisso contratual de dois anos em vez de cinco. A preferência dos estudantes por certos locais rurais é influenciada por vários atributos de trabalho já mencionados anteriormente e, adicionalmente, por um vínculo contratual obrigatório mais reduzido (Kruk et al., 2010). Também, no estudo de Saini et al. (2012), alguns médicos mostram uma maior predisposição para trabalhar em áreas rurais por alguns meses e até dois anos, evidenciando, assim, pouca vontade para se fixarem durante longos períodos nessas zonas. Assim sendo, parece que o período de vínculo contratual obrigatório reduzido está positivamente associado ao exercício profissional nas zonas carenciadas.

### **1.2.7 Formação e desenvolvimento profissional**

Segundo Arshad et al. (2017), as oportunidades limitadas de formação e desenvolvimento profissional é um fator que desencoraja os estudantes a trabalhar nas áreas rurais, após a formação, sendo este fator identificado por 87% dos estudantes. Um estudo recente na Noruega conclui que atributos não financeiros como, por exemplo, a existência de oportunidades para o desenvolvimento profissional, têm maior impacto, quando comparados com ao aumento do rendimento (Pedersen & Nexøe, 2016). Objetivos relacionados com a progressão na carreira, é, para alguns, um fator inibidor dado o isolamento social e a falta de oportunidades existentes nas zonas carenciadas. Alguns estudantes, ainda, “olham” para os locais rurais como “um passo atrás” na progressão natural do seu trabalho e da sua carreira (AMA, 2017; Edwards et al., 2015). Efetivamente, o receio da não progressão profissional, decorrente do exercício em zonas carenciadas, e a limitação de número de estudo de casos, são apontados pelos profissionais de saúde como razões para não exercerem naquelas zonas (Arshad et al., 2017; Edwards et al., 2015; Pedersen & Nexøe, 2016). No caso dos estudos de Agyei-Baffour et al. (2011), Goel et al. (2019), e Ramos et al. (2017), os fatores que falham na retenção dos profissionais são, essencialmente, as poucas oportunidades de investigação fora do local de trabalho. Os profissionais de saúde respondem positivamente a incentivos ligados à existência de oportunidades de desenvolvimento profissional, cargos de direção, educação contínua, crescimento na carreira e bolsas para estudo contínuo (Misfeldt et al., 2014; Nagai et al., 2017; Sirili et al., 2018; Smitz et al., 2016). Adicionalmente, diversos autores apontam as oportunidades para o desenvolvimento profissional, nomeadamente maior responsabilidade, progressão na carreira, adquirir experiência profissional, acesso à formação contínua e existência de programas educacionais, como as principais razões para uma correta e eficiente distribuição geográfica de médicos nos diversos países (Belaid et al., 2017; Cleland et al., 2012; Darkwa et al., 2015; Dussault & Franceschini, 2006; Ebuehi & Campbell, 2011; Holte et al., 2015; Huicho et al., 2015; Saini et al., 2012; Torgerson et al., 2012). Assume-se, assim, que proporcionar o desenvolvimento profissional com a experiência em diversos hospitais, educação contínua em saúde, investigação em atividades académicas, cargos importantes na organização e oportunidade de promoção e percurso na carreira dentro da organização/serviço definem-se como resolutivas para o aumento do número de médicos em zonas carenciadas (Blake et al., 2012; Buykx et al., 2010; Verma et al., 2016). Por fim, alguns autores atentam que a autonomia profissional também é um fator a ter em conta. Segundo Buykx et al. (2010), para o atendimento ao paciente é necessário a existência de autonomia para que haja, também, a oportunidade de promoção e percurso na carreira dentro da organização/serviço. Adicionalmente, nos estudos realizados por Misfeldt et al. (2014), Belaid et al. (2017), e Torgerson et al. (2012), os profissionais de saúde respondem positivamente a incentivos ligados à qualidade do ambiente de trabalho, ao desenvolvimento profissional e à autonomia profissional. Assim sendo, o fator relacionado com formação e desenvolvimento profissional evidencia uma ligação positiva à escolha da prática em zonas carenciadas.

### 1.2.8 Infraestruturas, equipamentos e tecnologia

Outros fatores como melhores infraestruturas dos hospitais localizados no interior, equipamentos atualizados e tecnologias avançadas, estão, associados a outros atributos de trabalho (e.g., um salário melhor, alojamento gratuito, um subsídio educacional para crianças e vínculo contratual obrigatório mais reduzido) considerados por vários autores como influentes para a escolha do local para o exercício da prática médica (Kruk et al., 2010; Nallala et al., 2015; Rockers et al., 2012; Saini et al., 2012). Isto ocorre porque a maioria dos médicos afirmam que, nas unidades hospitalares rurais, se deparam com fracas infraestruturas e equipamentos pouco desenvolvidos (Huicho et al., 2015). Segundo Rockers et al. (2012) os médicos estão disponíveis para negociar o salário consoante a infraestrutura da unidade de saúde e a boa qualidade dos equipamentos. Os estudos de Buykx et al. (2010) e Dussault e Franceschini (2006) destacam que melhores instalações (e.g., infraestrutura apropriada, acesso a tecnologias de informação e comunicação, suporte técnico e, essencialmente, a promoção de uma organização eficaz e sustentável no local de trabalho, reforçando a boa comunicação) influencia a satisfação dos médicos, condicionando, assim, a escolha do local de trabalho por parte destes. Deste modo, os profissionais de saúde respondem, positivamente, a incentivos ligados à qualidade dos ambientes de trabalho (Girasek et al., 2010; Misfeldt et al., 2014; Torgerson et al., 2012). Além disso, um ambiente limpo, que apresente os requisitos mínimos, é percebido como um atributo importante por parte dos médicos (Mohamed, 2013; Nagai et al., 2017). Assim, a garantia de melhores condições de trabalho influencia, positivamente, a escolha da prática em zonas carenciadas (Ebuehi & Campbell, 2011; Ono et al., 2014). Outros estudos reforçam as conclusões supramencionadas (Buykx et al., 2010; Dussault & Franceschini, 2006; Ebuehi & Campbell, 2011; Girasek et al., 2010; Huicho et al., 2015; Kruk et al., 2010; Nallala et al., 2015; Ono et al., 2014; Rockers et al., 2012; Saini et al., 2012). A boa aparência física do local de trabalho representa um incentivo para os profissionais médicos. Assim, existe a necessidade de um investimento nas instalações, visto que, a existência de condições necessárias para apoiar, adequadamente, a prática de cuidados de saúde é uma mais valia para o desenvolvimento das próprias unidades, passando estas a ter a possibilidade de reter mais pessoal qualificado (AMA, 2017; Blake et al., 2012; Darkwa et al., 2015; Goel et al., 2019; Hasan Salih Suliman, 2011; Mohamed, 2013). No que toca ao estudo de Amalba et al. (2018), estes referem que a falta de instrumentos e equipamentos, bem como, as precárias instalações de internet desiludem a maioria dos que trabalham nas zonas rurais.

Segundo Gagnon, Pollender, Trépanier, Duplâa, e Ly (2011) as tecnologias de informação e comunicação podem ter uma influência positiva sobre o recrutamento e a retenção. No estudo desenvolvido por Dolea, Stormont, e Braichet (2010) a “*tele-health*” foi identificada como uma estratégia possivelmente eficaz para a retenção de profissionais de saúde. Facilitar a consulta e conexão dos profissionais com redes de prestadores usando “*tele-informatics*” e “*tele-health*”, ajuda a combater sentimentos de isolamento (Blake et al., 2012). Neste contexto, outros autores defendem que apoio e incentivos financeiros e tecnológicos (“*tele-health*”, “*telehomecare*” e “*telemedicine*”) trazem benefícios para os médicos que exercem em zonas rurais (Ono et al., 2014; Torgerson et al., 2012). De acordo com Potter, Mueller, Mackinney, e Ward (2014) a literatura da “*telemedicina*”

sugere que os serviços de “*tele-emergency*” podem melhorar o local de trabalho para os médicos que exercem em zonas rurais. Estes autores revelam, ainda, que a “*tele-emergency*” facilita a transferência de conhecimento entre os profissionais dos diversos hospitais, reduzindo, assim, o isolamento profissional. Deste modo, melhores infraestruturas, equipamentos e incentivos tecnológicos estão positivamente associados à escolha, por parte dos médicos, do exercício profissional nas zonas carenciadas.

Pode-se, assim, concluir que os fatores extrínsecos influenciam positivamente a decisão dos médicos relativamente ao exercício profissional em zonas carenciadas. A Tabela 2 evidencia essas mesmas conclusões.

Tabela 2: Efeito dos fatores extrínsecos para a prática médica nas zonas carenciadas.

Fatores extrínsecos	Efeito negativo	Efeito positivo	Efeito indefinido
<b>Incentivos financeiros</b>		AMA (2017); Borracci et al. (2015); Ebuehi e Campbell (2011); Girasek et al. (2010); Goel et al. (2019); Huicho et al. (2015); Kruk et al. (2010); Misfeldt et al. (2014); Nallala et al. (2018); Ossai et al. (2015); Ramos et al. (2017); Rockers et al. (2012); Saini et al. (2012); Sirili et al. (2018); Snow et al. (2011)	
<b>Alojamento gratuito e de qualidade</b>		Buykx et al. (2010); Cleland et al. (2012); Kruk et al. (2010); Nallala et al. (2015); Saini et al. (2012); Sibbald et al. (2002)	
<b>Sistema de apoios à família</b>		Agyei-Baffour et al. (2011); AMA (2017); Amalba et al. (2018); Blake et al. (2012); Dussault e Franceschini (2006); Kruk et al. (2010); Pedersen e Nexøe (2016); Saini et al. (2012); Walker et al. (2012)	
<b>Melhores condições de vida</b>		Blake et al. (2012); Dussault e Franceschini (2006); Ebuehi e Campbell (2011); Misfeldt et al. (2014); Natanzon et al. (2010); Torgerson et al. (2012)	
<b>Condições internas de trabalho</b>		Blake et al. (2012); Holte et al. (2015); Pedersen e Nexøe (2016)	
<b>Vínculo contratual obrigatório</b>		Kruk et al. (2010); Rockers et al. (2012); Saini et al. (2012)	
<b>Formação e desenvolvimento profissional</b>		Belaïd et al. (2017); Cleland et al. (2012); Darkwa et al. (2015); Dussault e Franceschini (2006); Ebuehi e Campbell (2011); Holte et al. (2015); Huicho et al. (2015); Misfeldt et al. (2014); Nagai et al. (2017); Pedersen e Nexøe (2016); Sirili et al. (2018); Smitz et al. (2016)	
<b>Infraestruturas, equipamentos e tecnologia</b>		Buykx et al. (2010); Dussault e Franceschini (2006); Girasek et al. (2010); Kruk et al. (2010); Misfeldt et al. (2014); Mohamed (2013); Nagai et al. (2017); Nallala et al. (2015); Rockers et al. (2012); Saini et al. (2012); Torgerson et al. (2012)	

Fonte: Elaboração própria.

Face ao exposto, parece que existe algum consenso na literatura quanto ao efeito positivo dos fatores extrínsecos na escolha do exercício da profissão, por parte dos médicos, em zonas consideradas carenciadas. Por sua vez, os fatores intrínsecos não reúnem tal concordância. Nota-se que a ligação dos profissionais de saúde às zonas carenciadas, derivada da origem rural, dos

antecedentes rurais, da localização dos pais nessas zonas ou até mesmo do sentimento de auxílio aos carenciados, tem um efeito positivo na escolha futura daqueles locais. De seguida, e dado o contexto de análise desta investigação, contextualizam-se os fatores de atratividade definidos pelo Governo português para a fixação dos médicos em zonas carenciadas.

## **2. Fatores de Atratividade em Portugal: Contexto de Análise**

Esta secção tem como principal objetivo analisar os diplomas legais que atribuem incentivos aos médicos que aceitam exercer a sua atividade profissional em zonas carenciadas. Numa primeira fase são descritos os Decretos-Leis que definem a atribuição de incentivos como estratégia para a atração de recursos humanos, bem como os Despachos que definem as zonas qualificadas como carenciadas por estabelecimento de saúde e especialidade médica. Numa segunda fase é caracterizada a ULSNE, os seus objetivos, a sua missão assim como a sua estrutura.

### **2.1 Incentivos à Mobilidade Geográfica: Evolução Legislativa**

Ao longo do tempo tem-se verificado que “no setor da saúde existe uma elevada concentração de médicos em estabelecimentos situados em determinadas zonas, em detrimento de outros que se encontram localizados fora dos grandes centros populacionais” (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, p.3604). Para colmatar essas discrepâncias e aperfeiçoar a gestão dos recursos, o Governo considerou necessário uma racionalização dos recursos médicos existentes

através de estímulos que promovam uma distribuição mais equivalente desses trabalhadores médicos (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho). Com esse objetivo, em 2015, foi criado o primeiro Decreto-Lei que estabelece os termos e as condições de atribuição de incentivos aos profissionais de saúde, especificamente da carreira médica, “com contrato de trabalho por tempo indeterminado, ou a contratar, mediante vínculo de emprego público ou privado, com serviço ou estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) situado em zona geográfica qualificada como carenciada” (Artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, p. 3604). De acordo com o artigo 5.º do mesmo diploma legal (p. 3605), *“as zonas geográficas carenciadas, por estabelecimento de saúde e especialidade médica, são definidas, anualmente, no primeiro trimestre de cada ano civil, por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da saúde.”* Assim, em 26 de agosto, foi publicado o Despacho n.º 9718/2015 que estabelece quais as zonas carenciadas e as respetivas especialidades.

Visto que o Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, apresentou resultados insignificantes, o Governo procedeu a alterações, com o objetivo de alcançar melhores resultados (Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro). Assim, em 2017, o Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro, procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, com o intuito de concretizar incentivos à mobilidade para as regiões menos favorecidas. Complementarmente, o Despacho n.º 1788-B/2017, de 27 de fevereiro, define as zonas qualificadas como carenciadas por estabelecimento de saúde e especialidade médica. A Tabela 3 descreve os incentivos a serem atribuídos aos trabalhadores médicos pelo Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, bem como as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro.

Tabela 3: Descrição dos incentivos atribuídos aos profissionais de saúde da carreira médica.

Incentivos	Decreto-Lei n.º 101/2015	Decreto-Lei n.º 15/2017
<b>Natureza pecuniária</b>	<p>Nos primeiros cinco anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Compensação das despesas de deslocação e transporte;</li> <li>•Pagamento do montante de 1000€ mensais, durante o primeiro semestre de duração da colocação no posto de trabalho;</li> <li>•500€ mensais, durante o segundo semestre;</li> <li>•250€ mensais, após o primeiro ano de colocação e até ao quinto ano de colocação.</li> </ul> <p>Estes incentivos financeiros são reduzidos para um terço, nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•O empregador disponibiliza residência adequada à tipologia familiar;</li> <li>•O médico, o seu cônjuge ou quem com ele viva em união de facto, possuir habitação própria num raio de 30km a partir do local de serviço;</li> </ul> <p>Caso o trabalhador médico cesse funções antes do decurso do prazo de cinco anos, é obrigado a devolver parte do incentivo para colocação.</p>	<p>Durante três anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•"O valor do incentivo para colocação é devido durante e enquanto o trabalhador médico permanecer no posto de trabalho situado em zona carenciada, sendo fixado em 40% da remuneração base correspondente à primeira posição remuneratória da categoria de assistente, da carreira especial médica ou da carreira médica." (a primeira posição remuneratória da categoria de assistente corresponde a 2.746,24€);</li> <li>•Compensação das despesas de deslocação e transporte.</li> </ul>
<b>Natureza não pecuniária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Garantia de transferência escolar dos filhos de qualquer dos cônjuges ou de pessoa que viva em união de facto;</li> <li>•Direito a dispensa de serviço, até cinco dias úteis, no período imediatamente anterior ou posterior ao início de funções;</li> <li>•Dispensa da anuência do órgão ou serviço de origem, nas situações em que o cônjuge ou a pessoa com quem vive em união de facto, requer a mobilidade para um serviço ou organismo localizado na localidade onde o trabalhador médico é colocado;</li> <li>•Aumento da duração do período de férias, em dois dias, durante os primeiros cinco anos;</li> <li>•Gozo de 11 dias úteis consecutivos de férias a que o médico tem direito, em simultâneo com o cônjuge ou pessoa com quem vive em união de facto;</li> <li>•O aumento, em dobro, do limite máximo de duração da licença sem perda de remuneração, previsto no artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, a conceder pela entidade empregadora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Garantia de transferência escolar dos filhos de qualquer dos cônjuges ou de pessoa que viva em união de facto;</li> <li>•Direito a dispensa de serviço, até cinco dias úteis, no período imediatamente anterior ou posterior ao início de funções;</li> <li>•Dispensa da anuência do órgão ou serviço de origem, nas situações em que o cônjuge ou a pessoa com quem vive em união de facto, requer a mobilidade para um serviço ou organismo localizado na localidade onde o trabalhador médico é colocado;</li> <li>•A preferência pelo cônjuge ou pela pessoa com quem viva em união de facto na lista de ordenação final dos candidatos, em caso de igualdade de classificação, nos procedimentos concursais de recrutamento;</li> <li>•O aumento da duração do período de férias, enquanto permanecer no estabelecimento identificado como carenciado, em dois dias, acrescidos de mais um dia de férias por cada cinco anos de serviço prestado;</li> <li>•O gozo do período de férias a que legalmente tem direito, em simultâneo com o cônjuge ou a pessoa com quem viva em união de facto;</li> <li>•O gozo de 11 dias úteis consecutivos do período de férias a que legalmente tem direito, durante as férias escolares dos seus filhos ou dos filhos do cônjuge ou pessoa com quem viva em união de facto que faça parte do seu agregado familiar;</li> <li>•Participação em atividades de investigação ou desenvolvimento das correspondentes competências e qualificações profissionais, mediante exercício de funções em serviços ou estabelecimento de saúde à sua escolha, situados em território nacional, pelo período máximo de 15 dias, por ano, seguido ou interpolado, com direito a ajudas de custo e transporte nos termos legais;</li> <li>•Preferência, caso o trabalhador se candidate, a procedimento concursal de recrutamento para preenchimento de postos de trabalho na categoria de assistente graduado sénior, na lista de ordenação final dos candidatos, em caso de igualdade de classificação, desde que o trabalhador nos termos previstos no presente decreto-lei, tenha sido colocado, e permaneça, em zona qualificada como carenciada.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

Como se pode verificar, o Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro, prevê um aumento do valor monetário do incentivo a atribuir e a diminuição do período de tempo que os médicos são obrigados a permanecer vinculados ao estabelecimento considerado carenciado. De natureza não pecuniária, para além do aumento do número de férias a atribuir, foram realizadas alterações que deram relevância à participação em atividades de investigação ou desenvolvimento das correspondentes competências e qualificações profissionais. A análise destes dois documentos permite comparar o tipo de incentivos atribuídos para a fixação dos trabalhadores médicos. Como o Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, não obteve resultados positivos nem resolutivos, foi necessária a aplicação de diferentes incentivos, de natureza pecuniária e/ou não pecuniária, dando origem ao Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro. A Tabela 4 sintetiza a comparação efetuada entre estes diplomas legais.

Tabela 4: Comparação dos incentivos atribuídos, Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, e Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro.

Incentivos	Decreto-Lei n.º 101/2015	Decreto-Lei n.º 15/2017
<b>Natureza pecuniária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cinco anos obrigatórios vinculados à unidade;</li> <li>•Após os cinco anos de serviço na unidade, os trabalhadores médicos acumulavam o valor monetário de 21.000,00€;</li> <li>•O incentivo a atribuir reduzia se a unidade disponibilizasse residência adequada ou se o médico, ou seu cônjuge possuísem habitação própria num raio de 30km da unidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Redução para três anos da obrigatoriedade de vínculo à unidade.</li> <li>•Após os três anos de serviço na unidade, os trabalhadores médicos acumulam o valor monetário de 39.544,20€;</li> <li>•Independentemente do médico possuir ou não habitação própria, o valor do incentivo mantém-se.</li> </ul>
<b>Período de férias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Aumento do período de férias, em dois dias, durante os primeiros cinco anos;</li> <li>•Gozo de 11 dias consecutivos de férias legais, em simultâneo com o cônjuge;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Aumento do período de férias, em dois dias, durante os primeiros cinco anos mais um dia de férias por cada cinco anos de serviço;</li> <li>•Gozo de todos os dias de férias legais consecutivos, em simultâneo com o cônjuge, e 11 dias durante as férias escolares dos filhos ou dos filhos do cônjuge.</li> </ul>
<b>Formação profissional</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>•15 dias, por ano, seguidos ou interpolados, com direito a ajudas de custo e transporte para a participação em atividades de investigação ou desenvolvimento das competências e qualificações profissionais.</li> </ul>
<b>Procedimento concursal</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>•Possibilita maior facilidade na colocação profissional do cônjuge ou pessoa com quem viva em união de facto ou de processos de recrutamento.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 4 evidencia as alterações aos incentivos, bem como a importância concedida pelo Governo, através do Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro, relativamente à formação profissional, uma vez que foi considerada somente neste segundo diploma legal. Neste contexto, através da implementação de políticas públicas orientadas para o desenvolvimento profissional e para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, foi atribuída a possibilidade de os médicos usufruírem de 15 dias, por ano, com direito a ajudas de custo e transporte para a participação em atividades de investigação ou desenvolvimento das correspondentes competências e qualificações profissionais, contribuindo para a sua formação e crescimento profissional (alínea i), número 3, artigo 2.º e preâmbulo do Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro). Relativamente ao incentivo

pecuniário, o valor a acumular pelos trabalhadores médicos, ao fim de três anos de vínculo contratual com a unidade considerada carenciada, aumentou em 18.544,20€.

Além das alterações descritas anteriormente, observa-se, simultaneamente, o aumento do número de especialidades consideradas como carenciadas. Em 2017, verificou-se um maior número de especialidades consideradas carenciadas, em comparação com o primeiro diploma legal que previa apenas oito especialidades. Com a sua alteração, os novos incentivos passam a ser aplicados a 34 especialidades. Em 2018, o número de especialidades consideradas carenciadas aumentou para 41. Conclui-se, assim, que a situação do país é crítica e com o passar do tempo tem tendência a complicar-se, principalmente, devido ao escalão etário dos trabalhadores médicos. Segundo as estatísticas nacionais da Ordem dos Médicos para o ano de 2018, dos 54.450 médicos inscritos na Ordem dos Médicos, 12.215 pertencem ao escalão etário superior a 65 anos (22,43%) e, 14.938 apresentam idades entre os 56 e os 65 anos (27,43%). Ou seja, aproximadamente 49,86% dos médicos têm idades superiores aos 55 anos. Estas estatísticas, revelam, também, que os distritos de Portugal Continental com menor número de médicos, inscritos na Ordem dos Médicos, para prestação de serviço nas zonas carenciadas correspondem aos distritos de Beja e Bragança, com 343 e 380 médicos, respetivamente, sendo as unidades de atuação destes distritos, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., distrito de Beja, e a ULSNE, distrito de Bragança, consideradas carenciadas pelo Despacho n.º 7082/2018, como evidencia a Tabela 5.

Tabela 5: Estabelecimentos de Saúde considerados carenciados, Despacho n.º 7082/2018.

<b>Centro Hospitalar (CH)</b>	<b>Hospital</b>	<b>Unidade Local de Saúde (ULS)</b>
CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	Hospital do Espírito Santo-Évora, E.P.E.	ULS da Guarda, E.P.E.
CH da Cova da Beira, E.P.E.	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	ULS do Norte Alentejano, E.P.E.
CH do Médio Tejo, E.P.E.	Hospital Dr. Francisco Zagalo-Ovar	<b>ULS do Nordeste, E.P.E.*</b>
CH do Oeste, E.P.E.	Hospital Garcia de Orta, E.P.E.	ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.
CH Leiria, E.P.E.	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	<b>ULS do Baixo Alentejo, E.P.E.*</b>
CH do Baixo Vouga, E.P.E.		
CH Barreiro Montijo, E.P.E.		
CH Tondela-Viseu, E.P.E.		
CH de Setúbal, E.P.E.		

Fonte: Elaboração própria.

Neste contexto, e no que concerne à investigação realizada em estudos anteriores à ULSNE, considerada carenciada pelos despachos, anteriormente mencionados, e sendo a unidade que atua em todo o distrito de Bragança, foi possível acompanhar a contribuição dos incentivos para a fixação de médicos na respetiva unidade. Efetivamente, o Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, contribuiu para a fixação de seis médicos, através da celebração de contratos individuais de trabalho por tempo indeterminado, cinco com a especialidade de medicina interna e um de cirurgia geral. O Decreto n.º 15/2017, de 27 de janeiro, consoante a informação recolhida na investigação realizada anteriormente, apenas motivou o processamento de contratação de mais um trabalhador médico. Estas informações foram recolhidas no final do ano de 2017. Como se pode verificar, na ULSNE, o efeito dos diplomas legais apenas contribuíram para a fixação de seis médicos e o processo de contratação de mais um. Visto que, o impacto foi insignificativo, evidenciado que os resultados destes incentivos não foram resolutivos, é importante perceber o motivo da não fixação de médicos na respetiva unidade. Após análise dos despachos, como evidencia a Figura 1, que estabelecem as

especialidades carenciadas por unidade de saúde, conclui-se que a situação da unidade se tem agravado, pois o número de especialidades carenciadas tem aumentado ao longo dos anos.

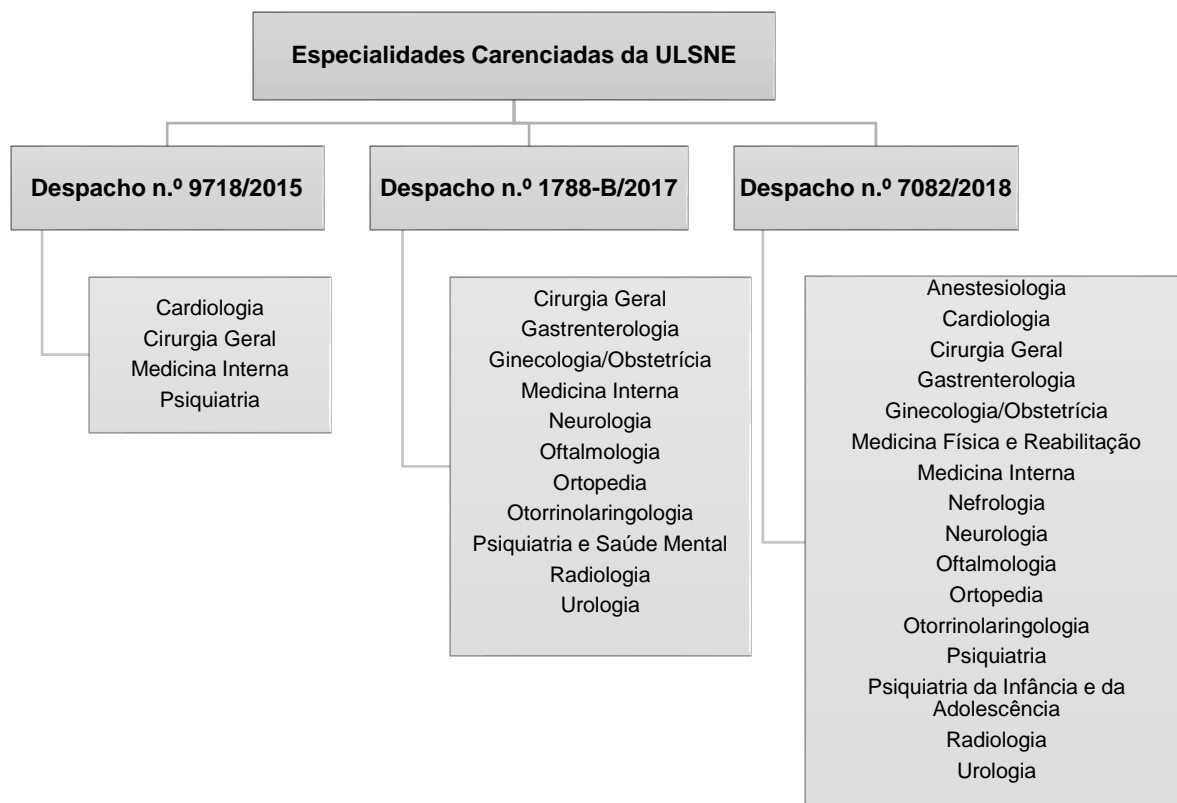


Figura 1: Especialidades carenciadas da ULSNE, Despacho n.º 9718/2015, de 26 de agosto, Despacho n.º 1788-B/2017, de 27 de fevereiro e Despacho n.º 7082/2018<sup>1</sup>, de 26 de junho.  
 Fonte: Elaboração própria.

Conclui-se, assim, que estes diplomas parecem não contribuir, significativamente, para colmatar as carências. Embora as tenha minimizado, os resultados dos incentivos não foram resolutivos, revelando a importância da retenção dos trabalhadores médicos na ULSNE. A análise dos despachos, também, permitiu verificar um aumento do número de especialidades carenciadas atribuídas à unidade, o que evidencia o agravamento da situação. Por conseguinte, após análise das estatísticas da Ordem dos Médicos, onde é claro que Bragança é um dos distritos com menor número de médicos, e por uma questão de proximidade, entende-se pertinente e conveniente compreender quais os fatores que influenciam a fixação dos mesmos, identificando as principais motivações dos profissionais de saúde da carreira médica, que se encontram em fase de especialização na ULSNE, e que ainda não apresentam vínculo contratual com nenhuma unidade de saúde. Neste contexto, segue-se, na secção seguinte, a caracterização da ULSNE assim como a média de idades dos médicos que prestam cuidados de saúde na respetiva unidade.

<sup>1</sup> O Despacho que define as zonas carenciadas que se encontra em vigor, neste momento, é o Despacho n.º 5854-A/2019, de 25 de junho, mas não foi considerado no estudo pelo facto de à data da sua publicação o presente estudo estar a decorrer.

## 2.2 Caracterização da ULSNE

De acordo com o artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho, a ULSNE é uma entidade pública empresarial de capitais exclusivamente detidos pelo Estado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e rege-se pelo regime jurídico aplicável as entidades públicas empresariais. Integra as Unidades Hospitalares de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Miranda, e os Centros de Saúde de Bragança, Alfândega da Fé, Carrazeda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais. A Figura 2 representa a área geográfica de atuação da ULSNE.

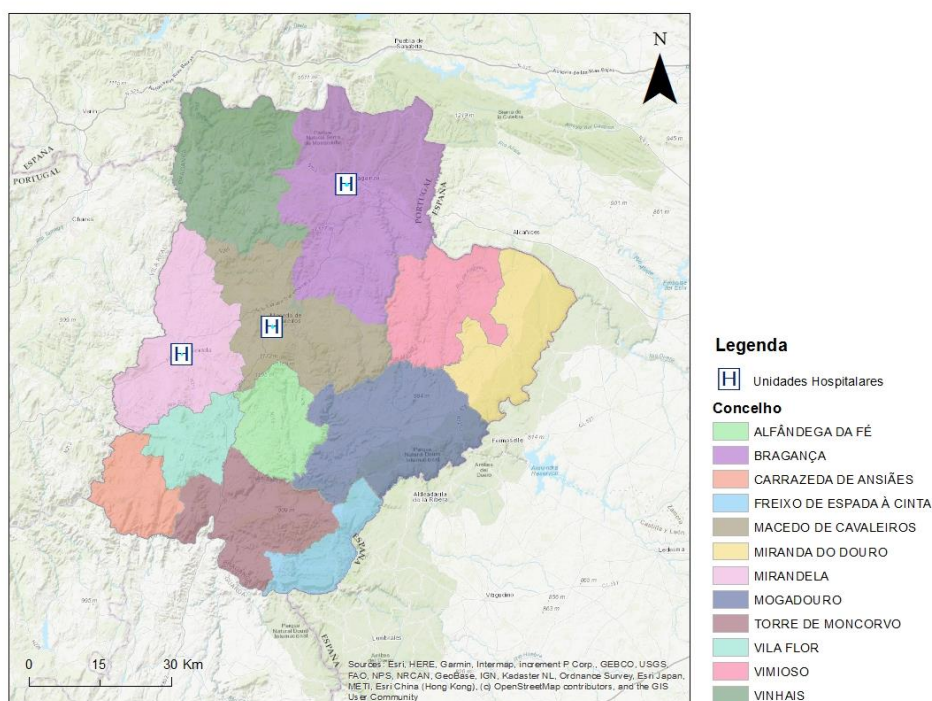


Figura 2: Área geográfica de atuação da ULSNE.  
Fonte: Elaboração própria.

De acordo com o Relatório do Governo Societário, a unidade apresenta, como missão, a prestação de assistência integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população da região do Nordeste, dando uma resposta capaz, através de um conjunto de atividades, às suas necessidades e expectativas, promovendo a utilização racional e eficiente de todos os recursos, numa cultura de humanização dos serviços e de motivação e desenvolvimento dos colaboradores (Relatório do Governo Societário, 2016, p. 4). No que diz respeito aos valores da unidade, estes vão desde a ética, à competência e cooperação, à qualidade, ao compromisso com o cidadão, à humanização e, por fim, à responsabilidade social e ambiental.

No que toca ao objetivo da ULSNE, no limite da sua diferenciação técnica, foca-se na satisfação, de forma sustentável, das necessidades em saúde da população residente no Nordeste, enfatizado na promoção da saúde e prevenção da doença. A excelência na prestação de cuidados de saúde aos

utentes constitui um elemento principal da estratégia global da instituição (Regulamento Interno ULSNE, 2015).

Segundo o Regulamento Interno da ULSNE (2015, p. 29), esta apresenta-se estruturada em duas áreas, designadas de cuidados de saúde e apoio. Cada uma dessas áreas encontra-se estruturada da seguinte forma: (i) Cuidados de saúde que engloba os cuidados primários, hospitalares, integrados, urgência, emergência e cuidados intensivos, continuados, paliativos e saúde pública, e (ii) Apoio que inclui o apoio clínico e técnico, assim como o apoio à gestão e logística.

Relativamente à estrutura dos recursos humanos, mais especificamente o grupo profissional de médicos, em termos etários, este apresenta a média de idade mais elevada da unidade (54,3 anos) (Relatório Gestão de Contas da ULSNE, 2018).

Após a caracterização da unidade de análise considerada neste estudo, serão descritas, na secção seguinte, as opções metodológicas que guiam esta investigação. É importante referir que, em comparação com a revisão de literatura, o diploma apenas considera alguns dos fatores, nomeadamente os incentivos financeiros, incentivos relacionados com as oportunidades para o cônjuge e filhos, dias para formação e desenvolvimento profissional e dias de férias. Parece assim pertinente verificar, para além dos fatores que influenciam a escolha de zonas carenciadas, a relevância dos incentivos existentes no contexto português para a fixação dos jovens médicos nas referidas zonas.

### **3. Pressupostos e Metodologia de Investigação**

Esta secção tem como objetivo principal descrever os aspetos metodológicos considerados pertinentes para o estudo desenvolvido na dissertação. Neste contexto, e no âmbito de uma abordagem qualitativa, são apresentados, numa primeira fase, os pressupostos de investigação. Numa segunda fase, pretende-se definir a metodologia adotada, bem como a questão de investigação e a contextualização do estudo de caso, a caracterização da unidade de análise, a recolha, o tratamento e análise da informação e a validação da informação, com o intuito de descrever os procedimentos adotados para a realização do presente estudo.

#### **3.1 Pressupostos de Investigação**

No âmbito da degradação dos recursos humanos existentes no setor da saúde, é natural que uma das questões políticas fundamentais incida na imperfeita distribuição de médicos em certas áreas geográficas, sobretudo no interior do país. Deste modo, pretende-se, com o presente estudo, analisar e compreender quais os fatores de atratividade para a fixação dos médicos que se encontram a frequentar a formação especializada, na ULSNE, uma das zonas mais carenciadas, de modo a perceber o que os motivaria, após o término da especialidade, a exercer nesta zona

carenciada. Espera-se, desta forma, contribuir para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas, na área da saúde, mais adequadas para corrigir os desequilíbrios da distribuição geográfica destes trabalhadores médicos e promover a melhoria da qualidade do SNS. Tendo em consideração o objetivo principal deste estudo, compreender quais os fatores de atratividade para a fixação dos médicos, que se encontram a frequentar a formação especializada, em zonas carenciadas, a pergunta de partida que pauta esta investigação é: *Quais os fatores de atratividade para a fixação dos médicos internos, de formação específica, na ULSNE?* Neste contexto, pretende-se desenvolver um estudo empírico guiado pelos seguintes pressupostos:

- *O1: Apurar que fatores intrínsecos potenciam a fixação dos médicos internos, de formação específica, na ULSNE;*
- *O2: Averiguar que fatores extrínsecos potenciam a fixação dos médicos internos, de formação específica, na ULSNE.*

### **3.2 Metodologia de Investigação**

Após enunciado o problema em análise e definida a pergunta de investigação, a estratégia de investigação tem subjacente um paradigma interpretativista, apresentando uma abordagem qualitativa que pretende verificar a relação da realidade com o objeto de estudo, obtendo várias interpretações de uma análise indutiva por parte do pesquisador (Dalfovo, Lana, & Silveira, 2008). Sendo assim, é necessário um foco na interpretação pois, geralmente, o pesquisador qualitativo está interessado na interpretação que os próprios participantes têm da situação em estudo (Dalfovo et al., 2008). De acordo com Silvestre e Araújo (2012), a abordagem qualitativa consiste em obter descrições detalhadas de uma realidade que permitam a interpretação de uma situação ou contexto, os conceitos são o resultado da compreensão de blocos de ideias, nomeadamente com o recurso a entrevistas e outros métodos de recolha de dados, com o objetivo de obter informação que possibilite a construção de teorias que descrevam um determinado contexto ou expliquem um fenómeno. Deste modo, entre as técnicas de pesquisa qualitativa, a técnica de entrevista e a observação participante são algumas das que melhor dão resposta às características anteriormente referidas (Serrano, 2004). Estas técnicas colocam o investigador em contacto direto e aprofundado com os indivíduos e permitem compreender, com detalhe, o que eles pensam sobre determinado assunto ou fazem em determinadas circunstâncias. Adicionalmente, e reforçando o supramencionado, Dalfovo et al. (2008), também, defendem que, na abordagem qualitativa, existem métodos mais apropriados para a recolha e análise, como as entrevistas abertas, a observação participante, análise documental, os estudos de caso, história de vida, entre outros. Assim, uma forma comum de pesquisa qualitativa é o estudo de caso, que é um exame aprofundado de um evento ou organização que utilizam a descrição para descobertas detalhadas com o intuito de construir teoria e de identificar as condições que produzem resultados (Brown & Hale, 2014). Estes aprimoram a nossa capacidade de rastrear processos, de identificar uma quantidade de informações detalhadas para entender os fenómenos e aumentar a nossa compreensão de casos (Brown & Hale, 2014). Assim, são feitas entrevistas subsequentes para analisar os temas e explicações preliminares (Silvestre & Araújo, 2012).

### 3.2.1 Recolha da informação

A recolha de dados é uma etapa fundamental no processo de pesquisa fazendo a ligação entre o enquadramento teórico e os resultados que se pretende atingir, contribuindo deste modo para a produção científica (Silvestre & Araújo, 2012). Neste contexto, os objetivos de pesquisa remetem para a interpretação de um fenómeno social, definindo a profundidade da informação como essencial, as técnicas de recolha de dados que forneçam dados de natureza qualitativa são mais adequadas, entre estas, a observação e a entrevista são as mais comuns (Silvestre & Araújo, 2012). Os métodos de entrevista distinguem-se dos outros por permitirem ao investigador retirar informações de reflexão muito ricas e variadas e caracterizam-se pelo contacto direto entre o investigador e os entrevistados (Quivy & Campenhoudt, 2003). Estes autores afirmam que o investigador deve permanecer atento de maneira a que as suas intervenções tragam informações produtivas e não fujam aos objetivos de investigação. Assim sendo, nesta investigação, recorre-se à utilização de entrevistas semiestruturadas, atendendo ao *design* de investigação que assume a forma de estudo de caso. Tais entrevistas, consideram-se pertinentes, pois nestas o entrevistador deve adotar uma atitude mais flexível na condução da entrevista, logo o seu grau de envolvimento na interação com o entrevistado aumenta, sendo possível a predominação de perguntas que estimulam o entrevistado a apresentar o seu ponto de vista, exprimir a sua opinião ou a justificar o seu comportamento (Silvestre & Araújo, 2012).

Neste enquadramento, e de acordo com a abordagem supramencionada, foi elaborado um guião de entrevista (ver Apêndice A), que inclui uma caracterização sociodemográfica dos participantes e aborda, quer os incentivos financeiros e não financeiros, mencionados nos diplomas legais, quer outros fatores indicados na literatura que podem potenciar a escolha do local da prática por parte dos médicos internos de formação específica. As entrevistas foram aplicadas aos médicos internos que se encontram na fase de especialização na ULSNE, tendo sido realizadas 13 entrevistas, devidamente gravadas, das quais nove foram presenciais e quatro por via videochamada. A opção pela videochamada decorre do facto dos médicos internos se encontrarem a realizar valências fora da ULSNE.

### 3.2.2 Caracterização da unidade de análise

Sendo o objetivo principal do presente estudo analisar e compreender quais os fatores de atratividade para a fixação dos médicos internos, de formação especializada, na ULSNE, de modo a perceber o que os motivaria, após o término da especialidade, a exercer nesta zona carenciada, o primeiro passo desta investigação foi identificar o número de internos a frequentar a fase de especialização nas especialidades de medicina interna, cirurgia geral, psiquiatria e ortopedia. Esta informação foi obtida através da análise da lista definitiva dos médicos colocados para a fase de especialização, disponível no site da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., e da consulta ao serviço de recursos humanos da ULSNE. Aquelas especialidades são as que respeitam os critérios de especialidades carenciadas na ULSNE, elencadas no Despacho n.º 7082/2018, de 26 de junho, e possuem capacidade para formar os médicos internos nas respetivas especialidades. Assim, e segundo informação recolhida junto dos recursos humanos da ULSNE, pertencem a esta

unidade de saúde 60 médicos internos. No entanto, apenas 30 frequentam especialidades consideradas carenciadas na unidade, mais especificamente, 14 (46,67%) frequentam a especialidade de medicina interna, cinco (16,67%) de cirurgia geral, cinco (16,67%) de psiquiatria e seis (20%) de ortopedia.

Por conseguinte, foi solicitado ao Presidente do Conselho de Administração da ULSNE, a autorização da realização das entrevistas aos respetivos médicos internos que se encontrem a frequentar o internato médico nas especialidades carenciadas (ver Apêndice B). Após a disponibilização do contacto da responsável pelos médicos internos da unidade, a mesma entrou em contacto com os respetivos médicos internos, dos quais 17 (56,67%) disponibilizaram o contacto para a participação no estudo. Tais, foram contactados para o consentimento de participação na investigação, sendo devidamente informados do objetivo do presente estudo. No entanto, dos 17 médicos internos previamente identificados, três não responderam e um respondeu, posteriormente, que não aceitava participar no estudo. Assim, foram realizadas entrevistas a 13 médicos internos, dos quais oito pertencem à especialidade de medicina interna, um à especialidade de cirurgia geral, dois à especialidade de psiquiatria e dois à especialidade de ortopedia. Consequentemente, após a solicitação da realização da entrevista, aos médicos internos, foi pedido que assinassem o consentimento para a participação no estudo (ver Apêndice C), admitindo a entrevista gravada (áudio), sendo que foram informados que todas as informações fornecidas seriam de carácter confidencial. Neste sentido, e em conformidade com as entrevistas semiestruturadas realizadas, entre o dia 20 de agosto de 2019 e 08 de outubro de 2019, aos médicos internos a frequentar as especialidades carenciadas na ULSNE, na Tabela 6, apresenta-se a caracterização das mesmas.

Tabela 6: Caracterização das entrevistas semiestruturadas realizadas aos 13 médicos internos.

<b>Entrevistas</b>	<b>Especialidade médica</b>	<b>Modo</b>	<b>Data de realização</b>	<b>Duração</b>
<b>Médico interno 1</b>	Medicina Interna	Presencial	23/08/2019 às 13:35h	22m e 10s
<b>Médico interno 2</b>	Medicina Interna	Presencial	27/08/2019 às 10:22h	17m e 02s
<b>Médico interno 3</b>	Medicina Interna	Presencial	27/08/2019 às 15:21h	24m e 21s
<b>Médico interno 4</b>	Medicina Interna	Presencial	20/08/2019 às 18:28h	18m e 55s
<b>Médico interno 5</b>	Medicina Interna	Presencial	21/08/2019 às 11:30h	17m e 58s
<b>Médico interno 6</b>	Medicina Interna	Videochamada	23/09/2019 às 18:02h	18m e 03s
<b>Médico interno 7</b>	Medicina Interna	Presencial	08/10/2019 às 12:10h	12m e 24s
<b>Médico interno 8</b>	Medicina Interna	Presencial	07/10/2019 às 12:20h	17m e 50s
<b>Médico interno 9</b>	Cirurgia Geral	Videochamada	21/08/2019 às 19:01h	23m e 42s
<b>Médico interno 10</b>	Ortopedia	Presencial	27/09/2019 às 11:26h	22m e 20s
<b>Médico interno 11</b>	Ortopedia	Presencial	24/09/2019 às 12:32h	23m e 42s
<b>Médico interno 12</b>	Psiquiatria	Videochamada	07/09/2019 às 14:23h	31m e 10s
<b>Médico interno 13</b>	Psiquiatria	Videochamada	15/09/2019 às 20:58h	35m e 28s

Fonte: Elaboração própria.

Em suma, a amostra deste estudo corresponde a 43,33% dos médicos internos da unidade de saúde a frequentar especialidades carenciadas. Não obstante, espera-se que os dados recolhidos, após ligação com os pressupostos definidos e a metodologia desta investigação, sejam pertinentes e contribuam para uma efetiva análise da política pública de fixação de médicos nas regiões carenciadas.

### 3.2.3 Tratamento e validação da informação

No que concerne ao tratamento e análise da informação qualitativa é frequente o recurso à análise de conteúdo quando se realizam entrevistas (Bardin, 2013). De forma semelhante à abordagem quantitativa, também os analistas de conteúdo, na abordagem qualitativa, procuram sintetizar e reduzir a quantidade de informação disponível, para chegar a uma interpretação da informação (Lima, 2013). Neste contexto, esta investigação desenvolve uma análise de conteúdo que segundo Coutinho (2011, p. 193) serve para avaliar “de forma sistemática um corpo de texto (ou material audiovisual), por forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados “chave””.

A aplicação desta técnica pressupõe, assim, a observância de diferentes fases: pré-análise, exploração da informação e, por último, tratamento dos resultados e interpretação (Bardin, 2013). Nesse sentido, é necessário preparar a informação para análise, recorrendo à transcrição das entrevistas semiestruturadas previamente gravadas e realizar uma leitura genérica das entrevistas, de modo a identificar os principais fatores em análise, sendo, posteriormente, codificados e analisados. De facto, deve ter-se em consideração que na abordagem qualitativa a informação é muita e necessita de ser organizada e reduzida, para possibilitar a descrição e interpretação do fenómeno do estudo (Coutinho, 2011). Posto isto, e atendendo à pertinência de identificar temas e subtemas (categorias e subcategorias) na análise da informação (Lima, 2013), considerou-se adequado a codificação manual das 13 entrevistas para identificar as categorias de fatores relevantes. A Tabela 7 apresenta o plano de codificação baseado na teoria e no contexto de análise. Nesta investigação identificam-se duas categoriais principais, relativas aos fatores intrínsecos e extrínsecos, várias categorias intermédias e categorias iniciais, que derivam da decomposição dos fatores intrínsecos e extrínsecos.

Para garantir a confiabilidade, autenticidade e credibilidade da informação, condições essenciais à validação da informação Creswell (2009), recorreu-se, entre vários instrumentos possíveis, à confirmação da informação, por parte dos médicos internos entrevistados, através do envio das entrevistas transcritas para obtenção da sua concordância.

Posto isto, consideram-se reunidas as condições para proceder à apresentação, análise e discussão dos resultados relativos à identificação dos fatores de atratividade que potenciam a fixação dos médicos, de formação específica, na ULSNE.

Tabela 7: Plano de codificação.

Categories	Categories intermédias	Categories iniciais
<i>Intrínsecos</i>	<b>Sexo</b>	Sexo_feminino
		Sexo_masculino
	<b>Idade</b>	Mais_jovens
		Menos_jovens
	<b>Estado_civil</b>	Solteiro
		Casado_união_facto
	<b>Origem/educação_rural</b>	Origem_rural
		Origem_urbano
		Educação_rural
		Educação_urbano
	<b>Residência/formação_pais</b>	Residência_rural
		Residência_urbano
		Com_formação_académica
	<b>Antecedentes/estágios_rurais</b>	Sem_formação_académica
		Antecedentes/estágios_rurais
<b>Experiência_profissional</b>	Sem_antecedentes/estágios_rurais	
	Experiência_área_saúde	
<b>Auxílio_mais_carenciados</b>	Sem_experiência_área_saúde	
	Predisposição_médico_auxílio	
<i>Extrínsecos</i>	<b>Incentivos_financeiros</b>	Não_predisposição_médico_auxílio
		Acréscimo_remuneração_horária
		Sem_acréscimo_remuneração_horária
		Acréscimo_remuneração_mensal
		Sem_acréscimo_remuneração_mensal
	<b>Alojamento_gratuito_qualidade</b>	Ajudas_custos_transporte
		Outros
	<b>Sistema_apoios_familia</b>	Atribuição_alojamento_gratuito_qualidade
		Não_atribuição_alojamento_gratuito_qualidade
	<b>Melhores_condições_vida</b>	Oportunidade_emprego_cônjuge
Sem_oportunidade_emprego_cônjuge		
Oportunidade_emprego_restante_familia		
Sem_oportunidade_emprego_restante_familia		
Oportunidades_educação_crianças		
Sem_oportunidades_educação_crianças		
Atribuição_subsídio_educacional_crianças		
Não_atribuição_subsídio_educacional_crianças		
Outros		
<b>Condições_internas_trabalho</b>	Existência_instalação_lazer	
	Inexistência_instalação_lazer	
	Equilíbrio_trabalho_vida	
	Desequilíbrio_trabalho_vida	
	Aumento_dias_férias	
	Não_aumento_dias_férias	
	Outros	
	<b>Vínculo_contratual_obrigatório</b>	Carga_horária_reduzida
		Carga_horária_não_reduzida
		Carga_trabalho_excessiva
Carga_trabalho_não_excessiva		
Horário_flexível		
Horário_não_flexível		
Pessoal_apoio_suficiente		
Pessoal_apoio_insuficiente		
Outros		
<b>Formação_desenvolvimento_profissional</b>		Vínculo_contratual_reduzido
	Vínculo_contratual_não_reduzido	
	Com_progressão_na_carreira	
	Sem_progressão_na_carreira	
	Estudo_casos_diversificados	
	Estudo_casos_não_diversificados	
	Acesso_cargos_direção	
	Sem_acesso_cargos_direção	
	Acesso_formação_contínua	
	Sem_acesso_formação_contínua	
<b>Infraestruturas_equipamento_tecnologia</b>	Com_autonomia_profissional	
	Sem_autonomia_profissional	
	Outros	
	Infraestruturas_com_qualidade	
	Infraestruturas_sem_qualidade	
	Equipamentos_atualizados	
	Equipamentos_desatualizados	
Existência_incentivos_tecnológicos		
Inexistência_incentivos_tecnológicos		
Ambiente_limpo		
Ambiente_sujo		
Outros		

Fonte: Elaboração própria.

## **4. Apresentação e Discussão dos Resultados**

Esta secção pretende apresentar os resultados obtidos da realização e tratamento das entrevistas, bem como a sua discussão. Para o efeito, importa ter em conta, quer o conteúdo do enquadramento teórico relativo aos fatores intrínsecos e extrínsecos de atratividade à prática da medicina em áreas carenciadas, quer o contexto de análise e a metodologia prosseguida no desenvolvimento do presente estudo.

### **4.1 Apresentação dos Resultados**

Tendo em conta a importância de reconhecer quais os fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam a escolha do local para o exercício da atividade médica em áreas carenciadas, foi considerado, neste estudo, o uso de uma abordagem qualitativa para clarificar as respostas obtidas pelos médicos internos, de formação específica da ULSNE, com o intuito de compreender efetivamente que fatores os motivariam a exercer em tais áreas. Por conseguinte, considera-se relevante realizar uma breve caracterização dos 13 médicos internos em estudo, como evidencia a Tabela 8 que de seguida se apresenta.

Tabela 8: Caracterização dos 13 médicos internos em estudo.

Entrevistas	Especialidade médica	Sexo	Idade	Estado civil	Naturalidade	Residência	Local de formação
<i>Médico interno 1</i>	Medicina Interna	Feminino	29	Solteira	Bragança	Bragança	Salamanca
<i>Médico interno 2</i>	Medicina Interna	Feminino	32	Solteira	Vila Real	Bragança	Porto
<i>Médico interno 3</i>	Medicina Interna	Feminino	29	União de Facto	Porto	Penafiel	Porto
<i>Médico interno 4</i>	Medicina Interna	Feminino	29	União de Facto	Bragança	Bragança	Salamanca
<i>Médico interno 5</i>	Medicina Interna	Masculino	35	Solteiro	Coimbra	Bragança	Covilhã
<i>Médico interno 6</i>	Medicina Interna	Feminino	30	Casada	Chaves	Porto	Santiago de Compostela
<i>Médico interno 7</i>	Medicina Interna	Feminino	30	Solteira	Bragança	Bragança	Porto
<i>Médico interno 8</i>	Medicina Interna	Masculino	29	Solteiro	Funchal	Bragança	Porto
<i>Médico interno 9</i>	Cirurgia Geral	Feminino	32	Solteira	Vila Franca de Xira	Vila Franca de Xira	Covilhã
<i>Médico interno 10</i>	Ortopedia	Masculino	31	Casado	Porto	Porto	Porto
<i>Médico interno 11</i>	Ortopedia	Feminino	27	Solteira	Paços de Ferreira	Bragança	Porto
<i>Médico interno 12</i>	Psiquiatria	Feminino	29	Solteira	Viseu	Porto	Porto
<i>Médico interno 13</i>	Psiquiatria	Feminino	31	Solteira	Vila Real	Aveiro	Coimbra

Fonte: Elaboração própria.

Da análise da Tabela 8 resulta que a amostra do estudo é constituída por 13 médicos internos, de formação específica, 10 (76,92%) do sexo feminino e três (23,08%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 27 e os 35 anos. Oito (61,50%) desempenham a sua atividade médica na especialidade carenciada de medicina interna, um (7,69%) na especialidade de cirurgia geral, e dois (15,38%), quer na especialidade de ortopedia, quer na especialidade de psiquiatria. Relativamente ao estado civil, nove dos médicos internos (69,23%) são solteiros, dois (15,38%) casados e dois (15,38%) encontram-se em união de facto. No que diz respeito à naturalidade, três dos médicos internos (23,08%) são naturais do concelho de Bragança, dois (15,38%) de Vila Real, sendo os restantes de outros concelhos de Portugal Continental e da Região Autónoma da Madeira. É de registar que a maior parte dos médicos internos em análise (76,92%) não pertencem ao distrito de Bragança, um dos distritos com o menor número de médicos, conforme evidenciam os dados da Ordem dos Médicos apresentados previamente. Adicionalmente, quanto à residência atual, sete dos médicos internos (53,85%) residem no Concelho de Bragança, três (23,08%) no Porto, um (7,69%) em Penafiel, um (7,69%) em Aveiro e um (7,69%) em Vila Franca de Xira. Nota-se, assim, que quatro dos médicos internos (30,77%) optaram por fixar residência, ainda que possa ser temporariamente, no concelho de Bragança. Por último, e no que concerne ao local de formação académica dos inquiridos, sete (53,85%) formaram-se nas Faculdades de Medicina da cidade do Porto, dois (15,38%) na Universidade da Beira Interior (Covilhã), dois (15,38%) em Salamanca (Espanha), e apenas um (7,69%) na Faculdade de Medicina de Coimbra e um (7,69%) em Santiago de Compostela (Espanha).

Importa agora partilhar o conjunto de dados alcançados com a realização e tratamento das entrevistas aos médicos internos, de formação específica, da ULSNE. De ressaltar, no entanto, que mediante o consentimento informado (Apêndice C), previamente assinado pelos médicos internos, não é possível colocar, como parte integrante desta dissertação, todo o conteúdo das entrevistas.

Da análise dos dados sociodemográficos seria possível identificar os médicos internos, em formação específica, que participaram no estudo. Assim, apenas são apresentados alguns excertos das referidas entrevistas para complementar a análise dos resultados, sendo que tal não viola o referido consentimento informado.

#### 4.1.1 Fatores intrínsecos

No que toca à primeira parte da entrevista, onde é efetuada a caracterização sociodemográfica e profissional dos entrevistados, são extraídos os fatores intrínsecos<sup>2</sup> relacionados com a vontade de permanecer, futuramente, na ULSNE, como consta na Tabela 9.

Tabela 9: Fatores intrínsecos e vontade de permanecer na ULSNE.

		Permanecer na ULSNE						Total
		Sim		Não		Indecisão		
		fi (n=13)	fri (%)	fi (n=13)	fri (%)	fi (n=13)	fri (%)	
<b>Sexo</b>	Feminino	6	60,00	3	30,00	1	10,00	13
	Masculino	1	33,33	1	33,33	1	33,33	
<b>Estado civil</b>	Solteiro	5	55,56	3	33,33	1	11,11	13
	Casado/união de facto	2	50,00	1	25,00	1	25,00	
<b>Origem/educação rural</b>	Interior/rural	5	71,43	1	14,29	1	14,29	13
	Litoral/urbano	2	33,33	3	50,00	1	16,67	
<b>Formação dos pais</b>	Com formação académica	5	50,00	3	30,00	2	20,00	13
	Sem formação académica	2	66,67	1	33,33	-	-	
<b>Residência dos pais</b>	Interior/rural	4	66,67	1	16,67	1	16,67	13
	Litoral/urbano	3	42,86	3	42,86	1	14,29	
<b>Antecedentes/estágios rurais</b>	Antecedentes/estágios rurais	5	83,33	1	16,67	-	-	13
	Sem antecedentes/estágios rurais	2	28,57	3	42,86	2	28,57	
<b>Experiência profissional</b>	Com experiência profissional	-	-	-	-	-	-	-
	Sem experiência profissional	-	-	-	-	-	-	

Nota: fi – frequência absoluta | fri – frequência relativa

Fonte: Elaboração própria.

Conforme Tabela 9, dos 13 médicos internos inquiridos, sete (53,85%) estão predispostos a permanecer, futuramente, na ULSNE para exercer a sua atividade profissional. Por conseguinte, importa perceber que fatores intrínsecos caracterizam estes médicos internos. Considerando o fator sexo, e no que diz respeito ao sexo feminino, seis (60,00%) demonstram vontade em continuar a exercer funções na unidade carenciada. Por sua vez, três (30,00%) não têm qualquer intenção de permanecer e apenas um (10,00%) demonstra indecisão na resposta, acrescentando que “*não te sei dizer, isso vai depender de uma série de circunstâncias quando eu acabar o internato, portanto não sei*”. Relativamente ao sexo masculino, obtém-se o mesmo resultado (33,33%) para as opções de permanecer, de não permanecer e de indecisão, justificando que “*depende do projeto*”.

No que concerne ao estado civil, e dos sete médicos internos que estão predispostos a permanecer na ULSNE, cinco são solteiros e dois são casados ou estão em união de facto. Deste modo, considerando ambas as possibilidades de resposta, solteiros e casados/união de facto, 55,56% e 50,00% dos médicos internos, respetivamente, respondem que pretendem fixar-se nesta zona carenciada. Um dos inquiridos casado manifesta vontade de permanecer na unidade local de saúde na condição de conseguir uma oportunidade para o cônjuge, referindo “*sim se me oferecerem boas condições e me dessem a oportunidade (...) ir, isso acho que era o mais importante*”. Por sua vez,

<sup>2</sup> Por insuficiência de literatura não foi efetuada a análise do fator idade.

três (33,33%) dos solteiros e um (25,00%) casado/união de facto não manifestam vontade de permanecer na ULSNE.

Para o fator intrínseco origem/educação rural é importante distinguir os médicos internos com origem rural dos médicos internos com origem no litoral. Assim sendo, cinco (71,43%) dos sete médicos internos inquiridos com origem/educação rural manifestam vontade em permanecer, futuramente, na ULSNE. Contrariamente, um (14,29%) expressa que não pretende ficar e outro (14,29%) ainda está indeciso. Por sua vez, dos seis médicos internos com origem no litoral, dois (33,33%) apresentam motivação para permanecer na ULSNE, três (50,00%) não estão disponíveis para ficar e um (16,67%) ainda está indeciso.

Quanto ao facto dos pais dos médicos internos terem formação académica, cinco dos 10 (50,00%) manifestam vontade de prosseguir a prática na ULSNE, enquanto três (30,00%) não pretendem permanecer e dois (20,00%) mostram-se indecisos. Dos médicos internos, cujos pais não têm formação académica, dois (66,67%) têm intenção de dar continuidade à prática na ULSNE e um (33,33%) não.

Relativamente à residência dos pais, quatro dos seis (66,67%) médicos internos que têm residência familiar no interior expressam vontade de se fixar na ULSNE. Todavia, um dos seis (16,67%) médicos internos não tem qualquer intenção de permanecer e um (16,67%) ainda se encontra indeciso. Por sua vez, três dos sete médicos internos (42,86%) com residência dos pais no litoral, também, mostram vontade de se fixar nesta zona carenciada após finalização da especialidade. No entanto, dois dos sete (33,33%) médicos internos não têm essa intenção, respondendo sem hesitação “*não*”. Um desses médicos internos argumenta que “*em termos profissionais até ponderaria se me deixassem fazer o que eu queria, em termos pessoais não porque fico completamente isolada, por isso não (...) do ponto de vista profissional isso interessava-me e na ULS falta muita coisa mas sei que é difícil de fazer isso lá e não vou fazer um esforço tão grande se quando no ponto de vista pessoal, depois, fica em detrimento tudo o resto*”. Por fim, um dos sete médicos internos (16,67%) parece ter ainda algumas dúvidas quanto à sua decisão.

No que diz respeito ao fator intrínseco antecedentes/estágios rurais, médicos internos que frequentaram estágios opcionais ou realizaram o ano comum em zonas carenciadas, a maioria dos médicos que respeita esta condição (cinco em seis (83,33%)) está predisposta a continuar na ULSNE. Apenas um (16,67%) médico interno com antecedentes rurais não tem intenção de ficar. Por sua vez, dos médicos sem antecedentes/estágios rurais, três (42,86%) não têm intenção de ficar na ULSNE e dois (28,57%) ainda estão indecisos quanto ao local da prática, após finalização da especialidade. Apenas dois (28,57%) estão predispostos a prosseguir o exercício da profissão na ULSNE.

Por último, e no que se refere ao fator intrínseco experiência profissional prévia na área da saúde, os médicos inquiridos não têm tal experiência, evidenciando outros tipos de experiência que não são considerados no contexto da área da saúde.

Prevendo a possibilidade de os médicos internos identificarem outros fatores foram colocadas as seguintes questões: “Por que razão escolheu tirar a especialidade numa zona carenciada? Ou não teve alternativa?” e “Qual seria, para si, a principal motivação para se fixar na área onde se encontra a frequentar a especialidade?”. A Tabela 10 sintetiza os fatores apontados para a escolha da especialidade numa zona carenciada, bem como os fatores que motivam uma futura fixação, sendo alguns coincidentes com a revisão de literatura. Nota-se, igualmente, que alguns dos fatores mencionados referem-se tanto a fatores intrínsecos como a fatores extrínsecos que serão devidamente analisados no ponto seguinte.

Tabela 10: Razões para a escolha de zona carenciada e futura fixação na ULSNE.

	Razão para a escolha de zona carenciada		Principal motivação para futura fixação	
	fi (n=13)	fri (%)	fi (n=13)	fri (%)
<i>Origem/proximidade de casa</i>	6	46,15	5	38,46
<i>Frequência do ano comum</i>	4	30,77	-	-
<i>Boa referência/gosto pelo serviço e sítio</i>	3	23,08	2	15,38
<i>Residência na zona</i>	1	7,69	-	-
<i>Qualidade de vida</i>	1	7,69	2	15,38
<i>Ficar no norte</i>	1	7,69	-	-
<i>Especialidade</i>	6	46,15	-	-
<i>Melhorar os cuidados de saúde na zona</i>	1	7,69	-	-
<i>Prefêrencia por hospitais pequenos</i>	1	7,69	-	-
<i>Cônjuge na zona</i>	1	7,69	-	-
<i>Não teve alternativa</i>	1	7,69	-	-
<i>Boa equipa de trabalho e bom ambiente</i>	-	-	4	30,77
<i>Diferenciação/crescimento/autonomia</i>	-	-	7	53,85
<i>Proximidade com Espanha</i>	-	-	1	7,69

Nota: fi – frequência absoluta | fri – frequência relativa

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente ao fator origem/proximidade de casa (coincidente com o fator origem/educação\_rural), seis dos 13 (46,15%) médicos internos inquiridos identificam este fator para a escolha da especialidade na ULSNE. A frequência do ano comum (anteriores/estágios\_rurais) na respetiva unidade, também, é apontada por quatro (30,77%) dos médicos internos para a escolha da ULSNE, assim como a boa referência do serviço e o gosto pelo mesmo que influenciou três (23,08%) dos médicos internos. A especialidade, em si, é apontada por seis (46,15%) dos médicos internos como fator para a escolha da ULSNE. Por exemplo, um médico interno, aparenta uma forte motivação intrínseca, quando refere que “(...) *tinha alternativa, mas quis ficar aqui porque sempre quis trabalhar, como lhe disse, em Trás-os-Montes e sempre quis trabalhar na minha terra. Ainda por cima, no meu caso, eu no ano comum fiz dois anos comuns. Rescindi no primeiro e fui repetir o exame e depois estive nove meses aqui e pedi equivalências dos estágios e pronto gostei muito do serviço e da especialidade e, portanto, decidi ficar, foi mesmo por vocação.*” Quanto aos fatores relativos à residência em zona carenciada, qualidade de vida (melhores\_condições\_vida), preferência pelo norte do país e por hospitais pequenos, melhorar os cuidados de saúde da zona (auxílio\_mais\_carenciados) e o cônjuge trabalhar na mesma cidade (sistema\_apoios\_família), estes apresentam o mesmo resultado (7,69%). Por fim, apenas um (7,69%) médico interno escolheu a unidade de saúde, simplesmente, por não ter outra alternativa.

Como principais fatores aludidos para a futura fixação na ULSNE, cinco (38,46%) dos médicos internos inquiridos referem a origem/proximidade de casa (origem/educação\_rural), justificando, por exemplo, que “na minha experiência seria o fator familiar e eu gostar literalmente de cá estar, o eu ser daqui.” e “a principal motivação é o ser de cá, é... Tenho cá toda a gente, muitos conhecidos, amigos, família”. Relativamente aos fatores boa referência e gosto pelo serviço e qualidade de vida (melhores\_condições\_vida), são apontados por dois (15,38%) dos médicos internos como decisivos para a futura fixação. O fator boa equipa de trabalho e bom ambiente é, também, mencionado por quatro (30,77%) dos inquiridos. Apenas um (7,69%) refere a proximidade com Espanha como um fator positivo para uma futura fixação.

Por último, e perspetivando a ponte com o ponto seguinte, a diferenciação e a autonomia profissional (formação\_desenvolvimento\_profissional), fatores extrínsecos, são mencionados por sete (53,85%) dos 13 médicos internos, ou seja, a maioria identifica-os como fundamentais para uma futura fixação na ULSNE. Alguns referem mesmo que “(...) ter a possibilidade de crescer na carreira, porque, neste momento, num hospital carenciado tu podes crescer muito mais e desenvolver áreas que não estão tão desenvolvidas do que se fores para um hospital central”, e ter “(..) a oportunidade de me diferenciar, apesar de tudo como aqui nós temos poucas especialidades a medicina interna acaba por ter um papel chave”.

#### 4.1.2 Fatores extrínsecos

A segunda e terceira partes da entrevista abordam os fatores extrínsecos, explorados na literatura e nos diplomas legais aprovados pelo Governo, com o intuito de compreender se estes fatores têm carácter influenciador na fixação na ULSNE. Inicialmente, e como consta na Tabela 11, pretendeu-se perceber se os médicos internos têm conhecimento que a especialidade que frequentam é considerada carenciada na respetiva unidade e se estão devidamente informados sobre os incentivos que o Governo atribui a médicos especialistas que aceitem exercer a sua atividade nas zonas carenciadas.

Tabela 11: Conhecimento sobre incentivos atribuídos pelo Governo.

	Sim		Não		Indecisão		Total
	fi (n=13)	fri (%)	fi (n=13)	fri (%)	fi (n=13)	fri (%)	
<b>Sabia que a especialidade que se encontra a frequentar é considerada carenciada pelo governo nesta unidade de saúde?</b>	12	92,31	1	7,69	-	-	13
<b>Está informado sobre os incentivos que o Governo atribui aos médicos que aceitam exercer nestas zonas carenciadas?</b>	5	38,46	4	30,77	4	30,77	13

Nota: fi – frequência absoluta | fri – frequência relativa

Fonte: Elaboração própria.

Como evidencia a Tabela 11, 12 (92,31%) dos médicos internos inquiridos têm conhecimento que a sua especialidade é considerada, pelo Governo, carenciada na ULSNE e, apenas um (7,69%) não tinha conhecimento de tal situação. Em relação à questão “Está informado sobre os incentivos que o Governo atribui aos médicos que aceitem exercer nestas zonas carenciadas?”, cinco (38,46%)

dos 13 médicos internos parecem estar informados, quatro (30,77%) mais ou menos e quatro (30,77%) não estão informados.

Em sequência, e com o objetivo de perceber se os médicos internos em estudo consideram atrativos os fatores, financeiros e não financeiros, atribuídos pelo Governo para a escolha de uma zona carenciada, foram abordados os incentivos que constam do Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro. A Tabela 12 sintetiza as respostas obtidas.

Tabela 12: Incentivos definidos no Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro.

Tem caráter influenciador:	Sim		Não		Indecisão		Total
	fi (n=13)	fri (%)	fi (n=13)	fri (%)	fi (n=13)	fri (%)	
<i>Um acréscimo remuneratório de 40% da remuneração base?</i>	5	38,46	8	61,54	-	-	13
<i>A compensação das despesas de deslocação e transporte?</i>	8	61,54	5	38,46	-	-	13
<i>A garantia de transferência escolar dos filhos e um regime preferencial de colocação do cônjuge?</i>	12	92,31	-	-	1	7,69	13
<i>Um aumento da duração do período de férias?</i>	10	79,92	3	23,08	-	-	13
<i>A existência de 15 dias de formação profissional por ano com ajudas de custo e transporte?</i>	4	30,77	8	61,54	1	7,69	13
<i>A definição de um vínculo contratual obrigatório de 3 anos?</i>	8	61,45	5	38,46	-	-	13

Nota: fi – frequência absoluta | fri – frequência relativa

Fonte: Elaboração própria.

Como evidencia a Tabela 12, relativamente ao acréscimo remuneratório de 40% da remuneração base (coincidente com o fator incentivos\_financeiros), a maioria dos médicos internos inquiridos – oito (61,54%) – não considera um fator atrativo para a fixação dos médicos. Um dos médicos internos refere que *“esse incentivo monetário, para mim não é suficiente. Para mim teriam que mudar mais circunstâncias para pronto, para eu ponderar essa hipótese, confesso. Acho que há coisas mais importantes que o dinheiro, na minha opinião”*. De forma semelhante outro médico interno afirma *“não, acho que ninguém muda a vida por uma coisa transitória. E como a remuneração base não é assim tão elevada quando isso, os 40 %... Não é o fator financeiro nestes parâmetros, para mim não seria o fator financeiro. O fator financeiro está... era a última coisa em qual eu pensaria. Claro está que, depois de assinar, gostaria de ter a vaga carenciada, como é óbvio, prefiro ter carenciada do que não carenciada, mas não seria por ser uma vaga carenciada que eu ia assinar”*. Contudo, cinco (38,46%) dos médicos internos referem que o acréscimo remuneratório é suficiente, mas um médico argumenta que devem ser considerados outros fatores, afirmando, *“eu falo por mim, respondendo à questão, eu acho os incentivos bons, mas, para mim, isso não chega porque eu quero crescer a nível profissional e no interior eu não consigo crescer profissionalmente, eu podia ganhar o triplo, não é? E a questão é que não investem lá então, e como eu, muita gente pensa assim. Há pessoas que, se calhar, querem estagnar na carreira e acabam por, ok, já que aqui estou ganho dinheiro acho bem e acho que de facto ganhar mais dinheiro para estar no interior acho que é um bom incentivo mas há outras coisas, depende daquilo que nós queremos ser futuramente”*. Outro médico interno acrescenta que *“para médicos que tenham algum suporte familiar nesta zona, acho que sim que pode vir a ser de fator atrativo. Para quem não tem nada aqui, nem nenhuma ligação a estas zonas de interior mais carenciadas não, não é claramente suficiente”*.

Quanto à compensação pelas despesas de deslocação e transporte (incentivos\_financeiros), oito (61,54%) dos médicos internos respondem que consideram este fator relevante para se fixarem na unidade. Por sua vez, cinco (38,46%) dos médicos internos não valorizam este fator.

No que concerne à garantia de transferência escolar dos filhos e um regime preferencial de colocação do cônjuge (sistema\_apoios\_família), este fator é o que apresenta mais influência na escolha de uma zona carenciadas. 12 (92,31%) médicos internos responderam que consideram esse fator relevante. Apenas um (7,69%) médico interno não sabe se considera este fator relevante ou significativo para a escolha de uma zona carenciada.

Relativamente ao aumento do período de férias (melhores\_condições\_vida), a maioria dos médicos internos inquiridos – dez (79,92%) – reconhece este fator como influenciador para a escolha de uma zona carenciada. Um dos médicos considera que *“isso já é uma coisa que se pode ter em conta, acho que o período de férias crescido, tendo em conta que é uma pessoa que vai para longe de casa ainda devia ser maior do que esses dois dias. Deviam ser mais dias para compensar, não é?”*.

Os 15 dias de formação profissional, por ano, com ajudas de custo e transporte (formação\_desenvolvimento\_profissional), atribuídos pelo Governo aos médicos para participarem em atividades de investigação ou desenvolverem competências e qualificações profissionais não é apontado pela maioria dos médicos internos como um fator decisivo. A maioria – oito (61,54%) – dos médicos internos inquiridos consideram não ser suficiente, sugerindo como forma de ajustar a medida, a atribuição de mais dias. Por exemplo, um médico interno refere *“mais dias, mais flexibilidade de horário, por exemplo para fazer doutoramentos, para fazer mestrados, imagina as formações que nós temos ou as grandes formações, os grandes centros é Porto e Lisboa, e para uma pessoa estar a ir não é?”*. Outro médico interno sugere que *“ou então os dias de deslocação não entram nesses 15 dias totais”*. Apenas quatro (30,77%) médicos internos consideram a medida suficiente e um (7,69%) não sabe se a medida é suficiente ou insuficiente.

No que respeita ao tempo mínimo de vínculo obrigatório (3 anos) com o estabelecimento de saúde carenciado (vínculo\_contratual\_obrigatório) para usufruir destes incentivos, oito (61,54%) médicos internos concordam com esta condição e cinco (38,46%) não concordam. Dos que não concordam com esta medida, alguns médicos afirmam que *“(…) se calhar até estava melhor os cinco, sinceramente. Também por uma simples razão, a partir do momento em que temos um especialista aqui, os especialistas começam a ganhar muitas responsabilidades e temos visto, com alguns especialistas que perdemos aqui que, o facto de serem muitos doentes e muita consulta, ficam assim um bocadinho perdidos e então acho que cinco anos seria um bom tempo para deixar as coisas, depois, orientadas, acho que três anos é pouco”*. Contrariamente, outro médico interno defende que *“sinceramente eu acho que devia ser um ano com a possibilidade de renovação. Porque às vezes, eu falo por mim, eu quando escolhi Bragança eu nem tinha muito bem, eu não conhecia Bragança não fazia a mínima ideia para onde é que eu ia e cheguei lá e foi um grande choque para mim e pronto, foi um grande choque para mim”*.

A propósito da análise dos incentivos fixados pelo Governo foi questionado aos médicos internos que manifestaram vontade de permanecer na ULSNE, se estes incentivos influenciam a decisão de

fixação na ULSNE ou se não são, de todo, relevantes para a mesma. A Tabela 13 sintetiza essa informação.

Tabela 13: Incentivos do Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro, e vontade de permanecer na ULSNE.

	Sim		Não		Parcialmente	
	fi	fri	fi	fri	fi	fri
	(n=7)	(%)	(n=7)	(%)	(n=7)	(%)
<b><i>Os incentivos definidos no Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro, são decisivos para a sua escolha?</i></b>	1	14,29	1	14,29	5	71,43

Nota: fi – frequência absoluta | fri – frequência relativa

Fonte: Elaboração própria.

Dos sete médicos internos que manifestaram vontade de permanecer na ULSNE, a maior parte – cinco (71,43%) – considera que estes incentivos contribuem parcialmente para a decisão do local, mas não como um todo, devendo estar associados a outros fatores. Nesse sentido, e para clarificar, um médico interno justifica que *“influenciam, mas não como um todo. Há outros fatores que influenciam mais”*. De forma semelhante, outro médico interno refere que *“os incentivos influenciariam sempre que conseguisse levar a minha família, não é? Acho que isso é o mais importante”*. Apenas um médico interno foi perentório ao afirmar que estes incentivos são decisivos para a escolha.

Atendendo, ainda, aos fatores extrínsecos explanados na literatura, a Tabela 14 resume as perspetivas dos médicos internos sobre algumas características da ULSNE, bem como a perceção sobre os fatores extrínsecos que poderão ser relevantes para a escolha de uma zona carenciada.

Tabela 14: Fatores extrínsecos e características da ULSNE.

	Sim		Não		Indecisão		Total
	fi	fri	fi	fri	fi	fri	
	(n=13)	(%)	(n=13)	(%)	(n=13)	(%)	
<b><i>Alojamento gratuito qualidade</i></b>	7	53,85	5	38,46	1	7,69	<b>13</b>
<b><i>Sistema apoios família</i></b>	13	100,00	-	-	-	-	<b>13</b>
<b><i>Melhores condições vida</i></b>	7	53,85	2	15,38	4	30,77	<b>13</b>
<b><i>Carga de trabalho</i></b>	1	7,69	11	84,62	1	7,69	<b>13</b>
<b><i>Carga horária</i></b>	2	15,38	8	61,54	3	23,08	<b>13</b>
<b><i>Pessoal de apoio</i></b>	4	30,77	9	69,23	-	-	<b>13</b>
<b><i>Infraestruturas equipamentos tecnologia</i></b>	2	15,38	7	53,85	4	30,78	<b>13</b>
<b><i>Progressão na carreira</i></b>	5	38,46	6	46,15	2	15,38	<b>13</b>

Nota: fi – frequência absoluta | fri – frequência relativa

Fonte: Elaboração própria.

No que concerne ao alojamento gratuito, verifica-se que a maioria – sete (53,85%) – dos médicos inquiridos aponta este fator como relevante para a escolha de uma zona carenciada. Contrariamente, cinco (38,46%) médicos não atribuem relevância à existência de alojamento gratuito e apenas um (7,69%) refere que *“depende, imaginando no final do internato, com (...) e filhos”*.

O sistema de apoios à família, traduzido na existência de oportunidades para o cônjuge, filhos e restante família, bem como a atribuição de subsídio educacional para as crianças e melhores oportunidades de educação para as mesmas, parecem não deixar dúvida quanto à sua relevância para a escolha de uma zona carenciada (100,00%), sendo referidas de forma clara por alguns

médicos internos. Por exemplo, um refere que *“sim, eu acho que são fatores importantes esses, confesso. E realmente, em relação às crianças, se calhar se for um casal que pretende começar uma vida e pretende constituir uma família e que tem essa opção de garantir um trabalho e tem também boas condições escolares para as crianças e tudo mais, pode ser um fator importante”*. Outro regista que *“sim, nomeadamente a educação para as crianças, as pessoas já sabem que quando vêm para cá depois os filhos quando vão para a faculdade ficam muito limitados, provavelmente vão para fora”*.

Quanto às instalações de lazer e condições de vida existentes na cidade, referenciada como zona carenciada, sete (53,85%) médicos internos transmitem a ideia de que consideram estes fatores adequados, justificando, por exemplo, *“eu gosto, eu gostei de viver em Bragança. Muita boa qualidade de vida, muito boa comida, as pessoas são simpáticas. Sinto falta de não ter que pegar no carro para fazer as coisas”* e *“sim, as condições são boas, a única coisa que falta em Bragança é um cinema. Em termos de restauração, em termos de atividades de lazer, acho que estamos muito, mesmo a nível de natureza, estamos muito até melhores do que um Porto. Pronto, e a facilidade de proximidade ao Porto com a A4, também acaba por ser melhor”*. Por outro lado, quatro (15,38%) médicos internos registam alguma insatisfação quanto à habitação, visto que *“há muita casa a alugar, mas tudo para estudantes, não é assim com muitas boas condições e para a cidade que é, é cara. Isto falando de Bragança, de Macedo e Mirandela não sei”* e alguma satisfação quanto às instalações de lazer, referindo *“isso não está mau, há pouca coisa a ver, mas o que há tem boas condições”*. Somente dois (15,38%) médicos internos parecem considerar que as condições não são adequadas, caracterizando-as como *“insuficientes”*.

As condições internas de trabalho, mais concretamente, a excessiva carga de trabalho e carga horária, bem como a existência de pessoal de apoio insuficiente, parece reunir consenso entre os médicos internos como um fator extrínseco que não promove a fixação em zonas carenciadas. Assim, e considerando a ULSNE, a maioria dos médicos internos – 11 (84,62%) – apresenta algum descontentamento quanto à carga de trabalho, referindo que *“não, e sabes porquê? Porque eu acho que também há poucas pessoas aqui no serviço é mais por aí porque o internato é sempre pior do que na especialidade, mas acho que ajudava se aqui houvesse mais gente”* e *“excessiva”*. Apenas um (7,69%) médico interno considera a carga de trabalho adequada e outro (7,69%) considera-a mais ou menos adequada. Oito (61,54%) dos médicos inquiridos descreve a carga horária como não adequada usando expressões como *“é muita carga horária”* e *“muitas mais horas do que as seriam necessárias (...)”*. Apenas dois (15,38%) dos médicos internos inquiridos consideram a carga horária adequada e três (23,08%) descrevem-na como mais ou menos adequada. Relativamente à disponibilidade de pessoal de apoio suficiente, a maioria dos médicos internos inquiridos, mais precisamente nove (69,23%), considera que os recursos humanos não são suficientes. Ainda assim, quatro (30,77%) médicos têm uma opinião divergente, respondendo que existem profissionais de saúde suficientes.

A opinião dos médicos internos sobre as atuais infraestruturas, equipamentos e tecnologia da unidade de saúde, também, não parece concorrer para a fixação em zonas carenciadas. Na sua

maioria – 7 (53,85%) – não a considera adequadas. Por exemplo, um dos médicos internos refere *“é assim, o que eu posso dizer é que se faz muito com pouco. A nível das infraestruturas, infelizmente, precisava de uma remodelação ou quiçá mesmo de uma unidade hospitalar nova de raiz. Porque sabemos que há poucas camas, poucas enfermarias, principalmente na medicina interna, para a quantidade de doentes que há, que não é suficiente, principalmente na época de inverno. E mesmo a nível de infraestruturas e tecnologia temos um aparelho de TAC obsoleto (...)”*. De igual modo, outro médico interno refere que *“os equipamentos são muito antiquados, sempre com muita avaria, já precisavam de ser substituídos. Numa forma geral, conseguem-se fazer as coisas, mas muito à custa dos trabalhos dos profissionais (...)”*. Apenas dois (15,38%) médicos internos consideram as infraestruturas, equipamentos e tecnologia adequada, afirmando que, *“para o que se faz são adequadas”*. Quatro (30,78%) médicos internos revelam alguma indecisão referindo, até, *“olha, já vi pior, muito pior, e já vi muito pior em hospitais centrais, pronto, para ser hospital pequenino que é e no sítio que é, não são péssimas. Tínhamos muito por onde melhorar e sobretudo em termos de recursos humanos, não é? Tendo recursos humanos há mais possibilidade de termos mais equipamentos”*.

No caso da formação e desenvolvimento profissional, mais concretamente, as expetativas de progressão na carreira, seis (46,15%) médicos internos aparentam não ter boas expetativas para o seu futuro desenvolvimento profissional, considerando a permanência na ULSNE. Um desses médicos refere que *“(...) não são tão boas como num central em que podes fazer currículo mais facilmente, portanto”*. Por sua vez, cinco (38,46%) médicos internos consideram ter boas expetativas de progressão na carreira na unidade de saúde. Ainda assim, dois (15,38%) registam alguma indecisão, justificando que *“neste momento não sei, acho que já houve mais possibilidades de fazer coisas. Agora acho que há menos”*.

Do mesmo modo que foi questionado aos médicos internos quais os principais fatores que influenciam uma futura fixação numa zona carenciada (rever Tabela 10), e seguindo a quarta parte do guião de entrevista, foi questionado *“qual a principal razão para os médicos não se sentirem motivados a exercer a profissão em zonas carenciadas?”*. A Tabela 15 descreve os principais fatores apontados pelos médicos internos, sendo possível verificar que, na sua maioria, estamos perante fatores extrínsecos.

Tabela 15: Fatores intrínsecos e extrínsecos e não fixação em zonas carenciadas.

	fi (n=13)	fri (%)
<b>Falta de apoio</b>	6	46,15
<b>Não origem/afastamento da família</b>	5	38,46
<b>Má percepção de cidades pequenas e pouco atrativas para jovens</b>	4	30,77
<b>Não progressão na carreira e não diferenciação</b>	4	30,77
<b>Distanciamento dos grandes centros de formação</b>	3	23,08
<b>Carga de trabalho</b>	2	15,38
<b>Carga horária/pouca flexibilidade de horário</b>	2	15,38
<b>Poucas oportunidades para exercer no privado</b>	2	15,38
<b>Falta de emprego</b>	2	15,38
<b>Poucas escolas para as crianças/distanciamento das universidades</b>	2	15,38
<b>Dificuldades de relação com as chefias</b>	1	7,69
<b>Formação específica no litoral</b>	1	7,69
<b>Falta de incentivos</b>	1	7,69

Nota: fi – frequência absoluta | fri – frequência relativa

Fonte: Elaboração própria.

O fator mais mencionado pelos médicos internos da ULSNE como não influenciador para uma futura escolha de zonas carenciadas é a falta de apoio, quer de infraestruturas, meios, materiais, recursos humanos, quer a carência de especialidades e de inovação (coincidentes com os fatores condições\_internas\_trabalho e infraestruturas Equipamento\_tecnologia). Alguns médicos afirmam que “(...) a falta de infraestruturas e de condições também ajuda, aliás, se não é, principalmente, o principal fator, não é? Uma coisa é teres mesmo outras especialidades que te dão apoio logo, enquanto que, por exemplo, se calhar aqui eu peço um ecocardiograma demora três dias a ser feito se for num hospital central o ecocardiograma é feito passado meia hora (...)” e a “falta de recursos humanos, falta de recursos... Pronto, de espaços, os espaços que nos dão, os entraves todos que existem quando uma pessoa quer mudar alguma coisa, cortam-nos um bocadinho as pernas, não é?”.

O segundo fator mais relatado está relacionado com a origem dos médicos internos e o afastamento da família (origem/educação\_rural e residência/formação\_pais). Estes justificam que “(...) primeiro, não sendo de cá há uma dificuldade em se fixar cá, às vezes pela simples razão de ter a família noutra lado (...) as razões familiares, não ter aqui os pais, ou não ter os pais se quer perto nem nada não é? Todo o apoio familiar que uma pessoa precisa. Nós já tivemos especialistas que saíram daqui porque não tinham aqui o apoio familiar dos pais e tinham filhos e etc... E a parecer que não, acho que isso é importante” e “(...) não havendo um suporte familiar, é muito complicado porque tens menos hipóteses de escolas, de amas, de... não é? Para as crianças é mais difícil e eu acho que é um bocadinho por aí (...)”.

A má percepção sobre cidades pequenas e pouco atrativas para os jovens (melhores\_condições\_vida) e o receio de não progressão na carreira e não diferenciação (formação\_desenvolvimento\_profissional) também são referidos por alguns médicos internos – 4 (30,77%) – como fatores que dificultam a fixação dos médicos em zonas carenciadas. Estes

explicam que, por exemplo, *“(...) acho que a grande maioria das pessoas não têm bem a conceção do que é uma zona pequena e uma zona carenciada, ou seja, acham que isto é tudo um bocadinho uma aldeia grande, e acho que como nunca trabalharam aqui têm um bocadinho esse preconceito de cidade pequena e então acabam por achar que aqui não se faz progressão na carreira, que aqui não se faz realmente nada, quando não é verdade. Na verdade, mesmo em termos de formação, os internos de medicina fazem muito mais aqui do que colegas nossos em hospitais centrais”*. Acrescentam que *“normalmente, são as zonas do interior que são pouco atrativas para jovens principalmente acabados de sair da especialidade”*. Ainda, relativamente à não progressão, um médico interno aponta que a *“dificuldade em crescimento em termos de carreira, em termos profissionais. A dificuldade que é em termos de mantermo-nos atualizados, porque num grande centro hospitalar há sempre estudos novos, congressos, é tudo muito mais fácil”*.

O distanciamento dos grandes centros de formação (formação\_desenvolvimento\_profissional) é indicado por três (23,08%) dos médicos inquiridos. Revelam que *“(...) por exemplo, os colegas lá de Bragança sentem isso nos primeiros tempos, que eu vinha muitas vezes a congressos sozinha (...) o pessoal que era de Bragança não vinha ao (...) de propósito fazer um curso de um dia. Eu vinha porque ficava em casa, tinha essa facilidade, e isso conta”* e *“(...) depois a distância para todo lado é grande, também influencia um bocadinho (...)”*.

Os fatores carga de trabalho, carga horária ou pouca flexibilidade de horário (condições\_internas\_trabalho), poucas oportunidades de exercer no privado, falta de emprego e poucas escolas para as crianças (sistema\_apoios\_família) e o distanciamento das universidades são citados por dois (15,38%) médicos internos, respetivamente, como fatores que não potenciam a fixação dos médicos em zonas carenciadas. Alguns destes profissionais destacam que *“para já é a carga de trabalho que existe, ou seja, hoje em dia o que eu noto é que o dinheiro não é tudo e que a qualidade de vida é mais pesada (...) a questão de haver pouca flexibilidade de horário”* e *“primeiro há pouco emprego é difícil fixar a família toda. Depois há pouca gente e há muita sobrecarga de trabalho”*. Destacam ainda que *“(...) oportunidades de trabalho na privada, mais proximidade das universidades, por exemplo, eu acho que a Covilhã tem ali um bom foco de captação (...) eu acredito que a universidade na Covilhã seja um bom motivo não é, até do que questões económicas”* e *“sinceramente é não terem outras fontes de sustento, só terem uma. Por exemplo, aí em Bragança se eu quisesse trabalhar num privado há o Terra Quente (...) acho que é o facto de a pessoa não poder trabalhar em vários sítios, digamos assim”*.

Por fim, a dificuldade na relação com as chefias, a realização da formação específica no litoral e a falta de incentivos são mencionados por um (7,69%) médico interno, respetivamente. Um afirma que *“(...) depois acho também que por ser um espaço mais pequeno acho que somos mal tratados pelas chefias”, “(...) há uma serie de vícios que se criam em hospitais assim, mais periféricos e, normalmente, quem vem de fora muitas vezes bate de frente com isso (...) os cursos são todos no litoral as pessoas tiram a especialidade no litoral e depois adaptam-se (...) eu não acho que as condições cá sejam fracas, acho perfeitamente adequado, vivi toda a minha vida no (...) e não sinto a falta de nada. Mas há um sentimento de interioridade das pessoas que são de cá e que quando*

vão para o litoral depois não querem voltar, isto é um ponto assente” e “não há incentivos assim tão fácil como parece”.

Uma vez identificados os fatores que dificultam a fixação dos médicos em zonas carenciadas, considerou-se igualmente oportuno questionar “o que poderia ser feito para incentivar os médicos a desenvolverem a sua atividade em zonas carenciadas?”. A Tabela 16 apresenta as principais medidas sugeridas pelos médicos internos da ULSNE.

Tabela 16: Medidas a desenvolver para a futura fixação em zonas carenciadas.

	fi (n=13)	fri (%)
<b>Incentivos financeiros</b>	5	38,46
<b>Investimento na saúde</b>	5	38,46
<b>Desenvolvimento das zonas rurais</b>	5	38,46
<b>Oportunidades de crescimento profissional</b>	3	23,08
<b>Oportunidades para o cônjuge e restante família</b>	3	23,08
<b>Carga horária reduzida</b>	1	7,69
<b>Estágios obrigatórios em zonas carenciadas</b>	1	7,69
<b>Alojamento</b>	1	7,69
<b>Diminuição da carga de trabalho</b>	1	7,69
<b>Autonomia por parte dos hospitais para a atribuição de incentivos</b>	1	7,69
<b>Melhorar os acessos (autoestradas gratuitas e melhor horários de autocarros) e melhorar o contacto transfronteiriço com Zamora</b>	1	7,69

Nota: fi – frequência absoluta | fri – frequência relativa

Fonte: Elaboração própria.

A análise às respostas permite verificar que na sua essência as medidas sugeridas pelos médicos internos enquadram-se em fatores extrínsecos, sendo estes os principais fatores que poderão influenciar uma futura fixação em zonas carenciadas. As medidas mais referenciadas são: i) o acréscimo remuneratório ou o aumento do número de anos de atribuição dos incentivos (incentivos\_financeiros), bem como o aumento do número de vagas carenciadas; ii) o investimento na saúde, quer em instalações da unidade e serviços, quer na maior diversidade de especialidades e contratação de profissionais (infraestruturas\_equipamento\_tecnologia); iii) desenvolvimento das zonas rurais, promovendo as oportunidades de emprego e o fortalecimento do tecido empresarial. Os médicos internos inquiridos evidenciam que “(...) *abrangerem as pessoas com esses incentivos, mais vagas, porque acho que uma pessoa tanto trabalha aqui como lá, sem esses incentivos também (...) o desenvolvimento da cidade, mas isso é para toda a gente em geral porque as pessoas que são daqui também saem por alguma coisa. Não há faculdade, não há nada*”. Outro considera que “*as instalações estão muito envelhecidas, este hospital praticamente está da mesma forma que estava quando foi construído, muitos serviços estão assim (...) se fixassem especialidades aqui também seria bom. Acho que o Governo em si era criar até incentivos e não só incentivos económicos, mas estruturais (...)*”. Referem, ainda, “(...) *a minha opinião é isso, é uma questão de investimento, ah, e depois eu acho que na cidade em si o fortalecimento do tecido empresarial, a melhoria das atividades de lazer, a questão do cinema, acho que é a única capital de distrito que não tem cinema*”. Outro médico atenta que o “*investimento, não é só incentivar os médicos, é investimento nos serviços porque uma pessoa, por exemplo, que faça (...) diferenciada nunca vai querer ir para o interior, não é? Agora se no interior houvesse lá um centro xpto com*

*tecnologia não sei quê e que a pessoa dissesse “não, epah, naquele sítio consigo fazer o que faço aqui vou ganhar o dobro, não é?” (...)*”.

As oportunidades de crescimento profissional (formação\_desenvolvimento\_profissional) e as oportunidades para o cônjuge e restante família (sistema\_apoios\_família) são apontadas por três (23,08%) médicos internos, respetivamente, como relevantes para a fixação em zonas carenciadas. Referem que *“se calhar a possibilidade de sermos ouvidos nos grande centros, imagina, que uma vez por ano vás a uma reunião (...) todos os anos num hospital de São João ou mesmo em Lisboa que vás lá para seres ouvido, para perceberes o que se faz lá e o que se faz cá, e as principais diferenças (...)”*. *“É assim, eu acho que os incentivos, tanto monetários como de ajuda à família, acabam por ser uma ajuda (...) e “facilitar a transferência da família para a cidade”*.

Por último, medidas como redução da carga horária (condições\_internas\_trabalho), estágios obrigatórios em zonas carenciadas (antecedentes/estágios\_rurais), disponibilização de alojamento (alojamento\_gratuito\_qualidade), diminuição da carga de trabalho (condições\_internas\_trabalho), autonomia por parte dos hospitais para a atribuição de incentivos e criação de melhores acessos, melhorando igualmente o contacto transfronteiriço com Zamora são indicadas por um (7,69%) médico interno, respetivamente.

Um dos médicos internos refere que a flexibilidade do horário condiciona positivamente a qualidade de vida *“portanto, diminuir a carga horária, principalmente com a questão de urgência que desgasta bastante (...) a minha especialidade é um fator de desgaste (...) o dinheiro já não tem tanta influência, ou seja, a qualidade de vida valoriza-se mais (...) o alívio da carga horária do profissional e tempo para poder dedicar à formação, a outras coisas, isso é um fator. Se uma pessoa sabe que naquele hospital em vez de fazer 40 horas faz 35 horas e que os bancos de urgência não são de 24 são de 12 horas, ou seja, há um alívio, por assim dizer, que permite o profissional dedicar-se a outras coisas”*. Um outro médico considera importante *“(...) ter um estágio obrigatório num sítio carenciado, que era as pessoas verem como é a realidade, se calhar há coisas muito positivas (...)”*. Relativamente ao alojamento, um médico interno refere que, *“(...) por exemplo, do alojamento, eu tenho casa cá, a maioria das pessoas com quem tu falaste (...) têm casa cá, mas uma pessoa que vem de fora é muito difícil alugar uma casa em Bragança, por exemplo, e as casas que há muitas delas ou são caras ou não estão em condições, por isso”*. Quanto à carga de trabalho um médico interno destaca *“(...) a diminuição da carga de trabalho porque acredite em mim que se trabalha muito mais, vejo eu muitos mais doentes aqui do que se vê num hospital central, ponto. Por pessoa, a carga de trabalho é muito maior num hospital destes do que nos outros, como é óbvio, principalmente um especialista que sai dos outros já está com a carga a reduzir, não vai querer vir para aqui trabalhar que nem um mouro, não é? Ninguém quer isso. Porque aquele conceito de melhor qualidade de vida é só pelo trânsito ao chegar ao trabalho”*. Um outro médico interno atenta que *“devia haver, na parte dos concursos se calhar, uma entrevista não é? Em cada hospital e não ser só pelo concurso da nota como é agora para as pessoas também terem noção e terem conhecimento daquilo que eles poderiam desenvolver na área deles se viessem para um periférico, ou seja, o próprio, em vez de ser o Governo, o próprio hospital incentivar e dizendo: tu se vieses*

para aqui podés, imagina, abrir consulta nesta área, tentar abrir uma unidade nesta área, tentar pronto, acho que tinham de ser incentivos da parte do hospital do que da parte do Governo”. Por fim, outro médico destaca os melhores acessos, autoestradas gratuitas, horários diversificados de autocarros e a criação de uma parceria com Zamora quando refere que “(...) *bons acessos, melhorar a rede de comboios ou de autocarros, eu lembro-me que (...) os horários eram parcos (...) melhoria do contacto transfronteiriço com Zamora, não sei, haver aí algum tipo de parceria, poderemos recorrer a eles para algum tipo de abordagens médicas eles têm uma estrutura psiquiátrica extraordinária, do ponto de vista político também podia ser uma coisa a ser pensada*”.

Os médicos internos da ULSNE foram, igualmente, questionados quanto à pretensão de “*exercer noutra zona carenciada após o término da especialidade?*” A maioria dos médicos internos inquiridos – sete (53,85%) – parece querer exercer noutra zona carenciada caso não consigam continuar na ULSNE (ver Tabela 17). Registam-se os testemunhos de dois médicos internos que referem: “*é assim, outra zona carenciada em termos de interior sim, (...) mas é assim, se calhar para trocar para outra muito semelhante a esta preferia ficar nesta*” e “*estou um bocado avessa a grandes cidades para trabalhar. Eu estudei no (...), pronto e cansei-me daquilo, fui para a (...) no ano comum e agora estou cinco estrelas aqui*”. Por sua vez, a falta de vontade de exercer noutra zona carenciada é registada por quatro (30,77%) dos médicos internos. No que toca à indecisão, dois (15,38%) dos médicos internos referem que “*depende, lá está, depende se conseguisse levar (...) atrás*” (...) “*portanto, eu não sei o que me espera, eu se escolher um sítio não vou por ser carenciado e por ganhar mais dinheiro percebes? Isso para mim não é o fator que vai influenciar*”.

Tabela 17: Vontade de exercer em outras zonas carenciadas.

	Sim		Não		Indecisão		Total
	fi (n=13)	fri (%)	fi (n=13)	fri (%)	fi (n=13)	fri (%)	
<b>Exercer em outras zonas carenciadas</b>	7	53,85	4	30,77	2	15,38	13

Nota: fi – frequência absoluta | fri – frequência relativa

Fonte: Elaboração própria.

As respostas às duas últimas questões “*Considera que a realização, obrigatória, de estágios ou outras atividades em zonas carenciadas, no decorrer dos estudos, influenciaria a decisão dos médicos relativamente à prática nessas zonas após o internato médico?*” e “*Considera que a criação de uma rede que colocasse os médicos de todos os estabelecimentos em contato para partilharem casos e dúvidas que surjam durante a atividade profissional seria interessante para os médicos que exercem nas zonas carenciadas?*” constam da Tabela 18 e 19, respetivamente.

Tabela 18: Obrigatoriedade de estágios em zonas rurais e influência na escolha de zonas carenciadas.

	Sim		Não		Total
	fi (n=13)	fri (%)	fi (n=13)	fri (%)	
<b>Obrigatoriedade de estágios em zonas rurais</b>	11	84,62	2	15,38	13

Nota: fi – frequência absoluta | fri – frequência relativa

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à obrigatoriedade de realização de estágios ou outras atividades nas zonas carenciadas, durante o decorrer dos estudos, 11 (84,62%) dos médicos internos concordam com esta sugestão, mencionando que *"sim, um estágio obrigatório, acho que sim. Como já existiu, os médicos faziam sempre um ano à periferia depois queriam ou não queriam. Eu, em princípio, a partir do meu ano, vou ter de fazer obrigatoriamente um estágio num central, mas o contrário não é obrigatório. Não faz sentido"*. Um outro médico interno refere que *"é assim, sim, acredito que sim, aliás eu até acho que em termos de medicina interna, da mesma forma que acho que nos deveríamos ter um componente de estágio de medicina interna num hospital central, acho que eles deveriam ter um componente de estágio num hospital carenciado"*. Apenas dois (15,38%) médicos internos não parecem concordar com a relevância da sugestão para a fixação em zonas carenciadas, registando que *"não ia influenciar a decisão de ficar ou não, ia influenciar a maneira de trabalhar e de ver as coisas. Acho que era importante"*.

Do mesmo modo, 11 (84,62%) médicos internos consideram relevante, para os médicos que exercem em zonas carenciadas, a criação de uma rede ou plataforma que coloque os médicos do país em contacto para partilharem casos e dúvidas durante a atividade profissional, referindo que *"(...) há fóruns, nas redes sociais, onde partilham algumas dúvidas e tudo mais, isso existe. Agora assim uma coisa organizada acho que não existe. Mas sim, acho que é claramente útil, não é? Acho que sim"*. No entanto, dois (15,38%) médicos internos atribuem pouca relevância à sugestão, argumentando que *"(...) não, só ia criar mais trabalho para quem estava do outro lado a responder, porque ia ser obrigado a responder"*.

Tabela 19: Criação de redes e a importância para quem exercer em zonas carenciadas.

	Sim		Não		Total
	fi (n=13)	fri (%)	fi (n=13)	fri (%)	
<b>Criação de redes de partilha</b>	11	84,62	2	15,38	13

Nota: fi – frequência absoluta | fri – frequência relativa

Fonte: Elaboração própria.

No ponto seguinte realiza-se a discussão dos resultados obtidos, assim como, a resposta aos pressupostos desta investigação.

## 4.2 Discussão dos Resultados

Após apresentação dos resultados obtidos, segue-se a sua análise com o intuito de dar resposta aos pressupostos que guiaram, no presente estudo, a questão de investigação: *Quais os fatores de atratividade para a fixação dos médicos internos em zonas carenciadas, especificamente na ULSNE?*. Assim, importa perceber quais os fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam a fixação de jovens médicos em zonas carenciadas e verificar se estes resultados estão alinhados com a literatura apresentada. Importa, também, compreender a opinião dos médicos internos inquiridos relativamente aos incentivos atribuídos pelo Governo.

Neste ponto será discutida e analisada a informação recolhida nas entrevistas aos médicos internos relativamente aos pressupostos definidos para a presente investigação:

- O1: *Apurar que fatores intrínsecos potenciam a fixação dos médicos internos em zonas carenciadas;*

Para este pressuposto foi possível observar que, considerando os resultados da informação sociodemográfica dos 13 médicos internos, a origem/educação\_rural parece ser decisiva para a escolha da ULSNE no exercício da prática médica. A maioria dos inquiridos que pertence ao interior e cujos estudos pré-universitários foram efetuados no interior (71,43%), parece pretender, no futuro, fixar-se na unidade em que frequenta a especialidade (todos os médicos internos do interior que pretendem ficar pertencem à região de Trás-os-Montes). Esta conclusão foi, também, verificada nas respostas à questão *“por que razão escolheu tirar a especialidade numa zona carenciada”*, uma vez que a origem/proximidade de casa foi o fator mais mencionado pelos médicos internos. A origem foi, igualmente, o segundo fator mais indicado como potenciador de uma possível fixação na respetiva unidade, bem como um fator que não promove a fixação para os médicos internos que não são da zona onde esta unidade se encontra. Esta conclusão parece corroborar a literatura, visto que, a maior parte dos autores atentam que a origem ou educação numa zona rural influencia, positivamente, a fixação em zonas carenciadas (Carson et al., 2015; Ebuehi & Campbell, 2011; Kapanda et al., 2016; Ossai et al., 2015; Sapkota & Amatya, 2015; Verma et al., 2016; Walker et al., 2012).

Outro fator abordado na literatura e que tem influência na fixação dos médicos nestas zonas é a residência dos pais. A análise da informação recolhida sugere que este fator parece influenciar a fixação destes médicos na ULSNE, uma vez que, os médicos internos têm família no interior. Posto isto, pode-se confirmar a consonância com os estudos que defendem que a residência dos pais tem influência na escolha do local onde os profissionais de saúde optam por exercer a sua atividade (Edwards et al., 2015; Kapanda et al., 2016). Esta conclusão é, igualmente, corroborada pelo estudo realizado em Portugal que sustenta que uma das motivações que leva os médicos a trocar o local de trabalho por outro é o afastamento da família (Veiga Branco et al., 2018).

Em sintonia com a literatura abordada indica-se, também, que o fator antecedentes/estágios rurais aparenta ter influência na fixação em zonas carenciadas (Saini et al., 2012; Verma et al., 2016).

83,33% dos médicos internos que já tinham contacto prévio com a unidade têm intenções de ficar após a formação específica.

No que diz respeito ao sexo, o sexo feminino parece mais predisposto a ficar na ULSNE com uma percentagem de 60%, em comparação com o sexo masculino em que apenas 33,33% apresenta intenções de permanecer. Esta evidência está em conformidade com os autores Borracci et al. (2015) e Boscardin et al. (2014) que defendem que os estudantes do sexo feminino estão mais predispostos a exercer em regiões carenciadas e, ao mesmo tempo, Miranda et al. (2012), que concluem que ser do sexo masculino reduz, consideravelmente, as oportunidades de escolher um emprego rural.

Adicionalmente, para o fator estado civil, 55,56% dos médicos solteiros apresentam vontade de permanecer na ULSNE e 50% dos médicos casados ou em união de facto mostram essa mesma vontade. Em comparação com os estudos da literatura abordados nesta investigação, estas percentagens não apresentam diferenças muito substanciais, pelo que pode-se verificar que a influência do estado civil varia consoante o país onde é realizado o estudo e que se relaciona com outros fatores, como por exemplo, o sexo e a idade (Blaauw et al., 2010).

No que concerne à formação dos pais, os resultados parecem não estar em concordância com a literatura, visto que, e segundo Borracci et al. (2015), médicos com progenitores sem formação académica representa uma forte motivação para exercer a prática médica em zonas carenciadas. Saini et al. (2012) afirma também que médicos cujos pais são altamente qualificados são significativamente menos propensos a praticar numa zona carenciadas.

- *O2: Averiguar que fatores extrínsecos potenciam a fixação dos médicos internos em zonas carenciadas;*

Para este pressuposto, e considerando os fatores extrínsecos abordados na literatura, observa-se que a existência de um sistema de apoio à família é decisiva para a fixação dos médicos em zonas carenciadas. Para além de ser referenciado como uma das principais medidas a desenvolver para a futura fixação em zonas carenciadas, 100,00% dos médicos internos apontam o sistema de apoio à família como relevante. Tais resultados corroboram a literatura que defende que a garantia de um sistema de apoio familiar é influente na retenção e fixação de profissionais médicos em zonas carenciadas (Buykx et al., 2010; Ebuehi & Campbell, 2011; Veiga Branco et al., 2018).

De igual modo, outros fatores extrínsecos que parecem potenciar uma futura fixação em zonas carenciadas, apontados pelos médicos internos na pergunta *“Na sua opinião, o que poderia ser feito para incentivar médicos a fixarem-se nestas zonas?”* são os incentivos financeiros, traduzidos no acréscimo remuneratório ou no aumento do número de anos de atribuição dos incentivos. Tais resultados estão em consonância com a literatura. Segundo Kruk et al. (2010) e Nallala et al. (2018) a preferência dos estudantes pelo exercício da profissão em locais carenciados é influenciada pela atribuição de incentivos financeiros. No entanto, é importante referir que os médicos internos da

ULSNE que apontam este fator como relevante referem outros fatores de caráter não pecuniário como igualmente importantes, como é o caso do sistema de apoios à família.

Igualmente, na questão “*Na sua opinião, o que poderia ser feito para incentivar médicos a fixarem-se nestas zonas?*” os fatores extrínsecos que parecem potenciar uma futura fixação nas zonas carenciadas, apontados como determinantes pelos médicos internos são, também, o investimento na saúde que engloba melhores instalações e serviços, fixar especialidades, mais contratações e um desenvolvimento das cidades rurais aumentado o emprego, fortalecendo o tecido empresarial e melhorando as instalações de lazer. Reforçando esta opinião, os internos mostram, na sua maioria, descontentamento com as infraestruturas, equipamentos e tecnologias da unidade, assim como, com a falta de disponibilidade de pessoal de apoio, com uma percentagem de 69,54%. Verifica-se concordância com a literatura, visto que, por exemplo, os estudos de Buykx et al. (2010) e Dussault e Franceschini (2006) destacam que melhores instalações (e.g., infraestrutura apropriada, acesso a tecnologias de informação e comunicação e suporte técnico) influencia a satisfação dos médicos, condicionando assim, a escolha do local de trabalho por parte destes.

Relativamente aos incentivos atribuídos pelo Governo, através do Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro, estes profissionais de saúde aparentam dar mais relevância ao fator garantia de transferência escolar dos filhos de qualquer um dos cônjuges e um regime preferencial de colocação de mobilidade do mesmo, com uma percentagem de relevância de 92,31%. De seguida, o fator considerado mais relevante foi o aumento do período de férias com uma percentagem de 79,92% e a compensação de despesas de deslocação e transporte com 61,54%. Para o acréscimo remuneratório de 40% da remuneração base, a maioria considerou não ser suficiente, mas, justificam a resposta com o facto de que existem fatores mais importantes do que o dinheiro, ou que não seria o fator financeiro que iria influenciar a decisão de ficar ou que simplesmente esse valor não chega. No caso dos 15 dias de formação profissional por ano com ajudas de custo e transporte, os internos da ULSNE, na maioria, não consideram essa atribuição como suficiente, principalmente porque estão isolados e perdem dias nas deslocações. Para o período de vínculo contratual obrigatório, estes profissionais parecem considerar adequado o período de três anos, visto que, 61,54% respondeu que este é ajustado. Assim, tais conclusões parecem estar de acordo com os argumentos de Rockers *et al.* (2012) e Saini *et al.* (2012), que defendem que os estudantes de medicina afirmam preferir o compromisso contratual de dois anos em vez de cinco e revelam pouca vontade da fixação durante longos períodos nestas zonas carenciadas. Por fim, e questionados sobre a influência destes fatores na fixação em zonas carenciadas, dos médicos internos que manifestaram vontade de permanecer, a maioria (71,43%) parece não ser influenciada pelos incentivos na decisão de permanecer na unidade.

Após esta exposição e considerando que a política pública de incentivos existente em Portugal parece não atingir resultados positivos para os problemas da má distribuição geográfica dos médicos pelo país e que tais incentivos aparentam não influenciar os internos de formação específica da ULSNE a fixar-se futuramente, é conveniente reformular esta política pública com o intuito de atingir melhores resultados. Como foi referido anteriormente pelos médicos internos,

ninguém muda para o interior por algo transitório, pelo que seria de ponderar que a atribuição dos incentivos fosse por um período superior a três anos, mas sem obrigatoriedade de reembolso em caso de abandono da unidade de saúde e que o valor monetário seja decidido consoante as condições dos hospitais e a distância dos grandes centros. Assim, seria possível reduzir os contratos de prestação de serviço se a falta destes profissionais fosse colmatada por esta medida.

Relativamente à formação profissional, a maioria destes profissionais sugere mais dias. Verificam-se também sugestões como os dias de deslocação não serem contabilizados nesses 15 dias ou mesmo a existência de outro tipo de convívio ou partilha de informação. Sugere-se, assim, um aumento de número de dias, que não estejam incluídos os dias de deslocação e que, com o compromisso do estabelecimento de saúde, terá maior flexibilidade de horário para usufruir desses mesmos dias.

Por último, no âmbito do diploma, para as oportunidades para o cônjuge e restante família, sugere-se, apenas, que seja reforçada a ajuda, por parte do Governo, na procura de emprego nos casos em que a garantia de transferência não se verifique.

Não obstante, tendo em conta que foram realizadas questões aos médicos sobre algumas sugestões para a tentativa de colmatar as necessidades destes profissionais de saúde, recomenda-se a implementação de estágios ou rotações durante o internato nos estabelecimentos das zonas consideradas carenciadas pelo Despacho que se encontre em vigor à data. Assim, esta obrigatoriedade iria implicar que o Governo suportasse as despesas de alojamento e deslocação. Dos médicos internos da ULSNE, 84,62% consideram ser uma medida relevante para uma possível fixação. Igualmente, propõe-se a criação de uma plataforma formal de acesso a todos os médicos do SNS onde estes consigam expor dúvidas e casos raros com o intuito de combater o sentimento de isolamento dos médicos que exercem no interior. Para esta sugestão, obteve-se uma percentagem de relevância dos médicos internos de 84,62%. Acrescenta-se, a esta sugestão, uma possibilidade de “entrevista” a cada médico que se fixe na unidade com o intuito desta entender os seus objetivos e propor o que poderá oferecer a nível de diferenciação. Por fim, recomenda-se um investimento alargado nestes estabelecimentos de saúde carenciados, a nível de estruturas, equipamentos e contratações. Assim, pretende-se, com estas sugestões, contribuir para uma melhor distribuição geográfica de médicos no país.

## **Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação**

O acesso aos cuidados médicos exige um número adequado e uma distribuição equitativa de médicos em todas as partes do país. Tendo em conta os fatores de atratividade identificados na literatura, vários autores sugerem que todas as categorias de fatores estão relacionadas com a situação económica do país. Com efeito, cada país deve verificar os fatores individualmente e criar estratégias que apontem múltiplas influências com o intuito de ajudar os responsáveis pela formulação de políticas públicas. Neste enquadramento, diversos fatores, de carácter intrínseco ou extrínseco, têm sido identificados como influenciadores da decisão dos médicos em relação à escolha do local para a prática médica (e.g., Belaid et al., 2017; Borracci et al., 2015; Buykx et al., 2010; Goel et al., 2019; Misfeldt et al., 2014).

Neste contexto, com o presente estudo empírico pretendeu-se averiguar quais os fatores de atratividade para a fixação dos médicos, que se encontram a frequentar o internato médico de formação específica, de modo a perceber o que os motivaria, após o término da especialidade, a

exercer em zonas carenciadas e, especificamente, na ULSNE. Ademais, pretende-se contribuir para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas de saúde pública mais adequadas para corrigir os desequilíbrios da distribuição geográfica destes trabalhadores médicos.

Tendo em conta as informações recolhidas nas entrevistas realizadas a 13 médicos internos, em formação específica na ULSNE, verificou-se que os fatores intrínsecos que parecem apresentar uma maior influência para uma futura fixação são a origem/educação em zonas carenciadas, a residência dos pais, antecedentes/estágios rurais e a própria especialidade. Também o sexo parece influenciar a escolha de zonas carenciadas para prática médica, com o sexo feminino mais predisposto a exercer nestas zonas. Por sua vez, a distância da família é apontada como principal justificação para não exercer a prática médica, no futuro, na ULSNE. Foram, também, apontadas como motivações para a escolha do local para a formação específica a facilidade de acesso a habitação na zona, a preferência pelo norte do país, a vontade de melhorar os cuidados de saúde da zona, a preferência por hospitais pequenos e o facto de o cônjuge também estar a trabalhar na zona.

Relativamente aos fatores extrínsecos, a existência de um sistema de apoios à família parece decisiva para a fixação dos médicos em zonas carenciadas. Outros fatores extrínsecos relevantes consideram a possibilidade de diferenciação e progressão na carreira, a boa equipa e bom ambiente de trabalho. Os médicos internos apontaram como incentivos à fixação, essencialmente, o acréscimo remuneratório, o investimento na saúde, o desenvolvimento das zonas rurais e as oportunidades de desenvolvimento profissional. Outros fatores, embora menos mencionados estão relacionados com a flexibilidade de horário, estágios obrigatórios nas zonas carenciadas, alojamento, diminuição da carga de trabalho, incentivos atribuídos pelos hospitais e melhoria dos acessos. Por sua vez, os fatores mais referidos como não motivadores estão associados à falta apoio estrutural e humano, seguido de má perceção de cidades pequenas e pouco atrativas, e o medo da não progressão. Foi possível verificar, também, que os incentivos atribuídos pelo Governo são considerados insuficientes e não decisivos para a fixação.

Assim, como principal contributo da dissertação são sugeridas algumas considerações no que toca à política pública e ao plano de internato médico, indicando a reformulação desta política com o intuito de atingir melhores resultados. Para tal, sugere-se que o incentivo seja atribuído durante mais anos, mas sem obrigatoriedade de reembolso em caso de abandono da unidade, e que o valor monetário seja decidido consoante as condições dos hospitais e a distância dos grandes centros. Sugere-se, igualmente, um aumento de número de dias para a formação profissional, excluídos os dias de deslocação, e o com compromisso do estabelecimento de saúde com a flexibilidade de horário para usufruir desses mesmos dias. Ainda, a política deve ser reforçada no que se refere às oportunidades para o cônjuge e restante família, devendo considerar o apoio, por parte do Governo, na procura de emprego nos casos em que a garantia de transferência não se verifique. Adicionalmente, recomenda-se um investimento alargado nestes estabelecimentos de saúde carenciados, a nível de estruturas, equipamentos e contratações, e uma possibilidade de “entrevista” a cada médico que se fixe na unidade com a finalidade de identificar os seus objetivos e o que a

unidade poderá oferecer a nível de diferenciação, ou seja, um novo projeto ou uma nova consulta. A implementação de estágios ou rotações durante o internato nos estabelecimentos das zonas consideradas carenciadas pelo Despacho que se encontra em vigor, à data, e que o Governo suportasse as despesas de alojamento e deslocação também parece ser relevante. Igualmente, propõe-se a criação de uma plataforma formal de acesso a todos os médicos do SNS onde estes consigam expor dúvidas e casos raros com o intuito de combater o sentimento de isolamento dos médicos que exercem no interior.

Este estudo, como todos os estudos desta natureza, não está isento de limitações que devem ser devidamente ponderadas aquando da análise das conclusões. Assim, trata-se de um estudo qualitativo, que se foca na análise dos médicos internos de uma unidade de saúde o que não permite a generalização dos resultados. Não obstante, os resultados obtidos são considerados relevantes e desafiam ao desenvolvimento de outros estudos que podem superar algumas destas limitações. Sugere-se, assim, a análise de outras unidades de saúde carenciadas para a triangulação dos resultados obtidos e a aplicação de um inquérito por questionário a todos os médicos internos destas unidades com o intuito de obter resultados com alguma significância estatística.

## Referências Bibliográficas

- Agyei-Baffour, P., Kotha, S. R., Johnson, J. C., Gyakobo, M., Asabir, K., Kwansah, J., ... Kruk, M. E. (2011). Willingness to work in rural areas and the role of intrinsic versus extrinsic professional motivations - A survey of medical students in Ghana. *BMC Medical Education*, 11(1).
- AMA. (2017). *Rural workforce initiatives - 2017*.
- Amalba, A., Abantanga, F. A., Scherpier, A. J. J. A., & Van Mook, W. N. K. A. (2018). Working among the rural communities in Ghana - Why doctors choose to engage in rural practice. *BMC Medical Education*, 18(1).
- Arshad, M., Arif, M. A., Riaz, S., Naz, K., Haseeb, M., Nazir, M., & Mukhtar, F. (2017). Medical students' preferences for working in rural areas after graduation: Results of a cross-sectional Study. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 11(3), 1032–1037.
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo* (4ª edição). Lisboa: Edições 70.
- Bärnighausen, T., & Bloom, D. E. (2009). Financial incentives for return of service in underserved areas: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 9(1).
- Belaid, L., Dagenais, C., Moha, M., & Ridde, V. (2017). Understanding the factors affecting the attraction and retention of health professionals in rural and remote areas: A mixed-method study in Niger. *Human Resources for Health*, 15(1).
- Blaauw, D., Erasmus, E., Pagaiya, N., Tangcharoensathein, V., Mullei, K., Mudhune, S., ... Lagarde, M. (2010). Policy interventions that attract nurses to rural areas: a multicountry discrete choice experiment. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 350–356.
- Blake, L. R., Charlton, M., Peal, R., Ramos, J., & Kaboli, P. (2012). Rural healthcare provider retention strategies. *VHA Office of Rural Health*.
- Borracci, R. A., Arribalzaga, E. B., Couto, J. L., Dvorkin, M., Ahuad Guerrero, R. A., Fernandez, C., ... Cerezo, L. (2015). Factors affecting willingness to practice medicine in underserved areas: A survey of Argentine medical students. *Rural and Remote Health*, 15.
- Boscardin, C. K., Grbic, D., Grumbach, K., & O'Sullivan, P. (2014). Educational and individual factors associated with positive change in and reaffirmation of medical students' intention to practice in underserved areas. *Academic Medicine*, 89(11), 1490–1496.
- Brown, M., & Hale, K. (2014). *Applied research methods in public and organizations*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Buykx, P., Humphreys, J., Wakerman, J., & Pashen, D. (2010). Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. *Australian Journal of Rural Health*, 18(3), 102–109.
- Carson, D. B., Schoo, A., & Berggren, P. (2015). The “rural pipeline” and retention of rural health professionals in Europe's northern peripheries. *Health Policy*, 119, 1550–1556.

- Cleland, J., Johnston, P. W., Walker, L., & Needham, G. (2012). Attracting healthcare professionals to remote and rural medicine: Learning from doctors in training in the north of Scotland.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas - teoria e prática* (2ª edição). Coimbra: Almedina.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3ª edição). London and Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Dalfovo, M. S., Lana, R. A., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2(4), 1–13.
- Darkwa, E. K., Newman, M. S., Kawkab, M., & Chowdhury, M. E. (2015). A qualitative study of factors influencing retention of doctors and nurses at rural healthcare facilities in Bangladesh. *BMC Health Services Research*, 15(1).
- Decreto-Lei n.º 101/2015 (2015, 4 de junho). Incentivos à Mobilidade Geográfica para Zonas Carenciadas. *Diário da República*, Iª Série, 108, 3604–3605.
- Decreto-Lei n.º 15/2017 (2017, 27 de janeiro). Incentivos à Mobilidade Geográfica para Zonas Carenciadas. *Diário da República*, Iª Série, 20, 523–527.
- Decreto-Lei n.º 67/2011 (2011, 2 de junho). Cria a Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. *Diário da República*, Iª Série, 107, 3032-3041.
- Despacho n.º 1788-B/2017 (2017, 27 de fevereiro). Define as zonas geográficas carenciadas, por estabelecimento de saúde e especialidade médica. *Diário da República*, IIª Série, 41, 3532-(6) a 3532-(8).
- Despacho n.º 9718/2015 (2015, 26 de agosto). Define as zonas geográficas carenciadas, por estabelecimento de saúde e especialidade médica. *Diário da República*, IIª Série, 166, 24460-24461.
- Despacho n.º 7082/2018 (2018, 26 de julho). Define as zonas geográficas carenciadas, por estabelecimento de saúde e especialidade médica. *Diário da República*, IIª Série, 143, 20137–20140.
- Despacho n.º 5854-A/2019 (2019, 25 de junho). Define as zonas geográficas carenciadas, por estabelecimento de saúde e especialidade médica. *Diário da República*, IIª Série, 119, 18338-(2) a 18338-(3).
- Ditlopo, P., Blaauw, D., Rispel, L. C., Thomas, S., & Bidwell, P. (2013). Policy implementation and financial incentives for nurses in South Africa: a case study on the occupation-specific dispensation. *Global Health Action*, 6.
- Dolea, C., Stormont, L., & Braichet, J. M. (2010). Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 379–385.
- Dussault, G., & Franceschini, M. (2006). Not enough there, too many here: understanding

- geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4(1).
- Ebuehi, O. M., & Campbell, P. C. (2011). Attraction and retention of qualified health workers to rural areas in Nigeria: A case study of four LGAs in Ogun State, Nigeria. *Rural and Remote Health*, 11(1).
- Edwards, S. L., Sergio da Silva, A. L., Rapport, F. L., Mckimm, J., & Williams, R. (2015). Recruitment of doctors to work in 'our hinterland': first results from the Swansea Graduate Entry Programme in Medicine. *Rural and Remote Health*, 15.
- Gagnon, M., Pollender, H., Trépanier, A., Dupl a, E., & Ly, B. A. (2011). Supporting health professionals through information and communication technologies: A systematic review of the effects of information and communication technologies on recruitment. *Telemedicine and E-Health*, 14(4), 269–274.
- Girasek, E., Eke, E., & Szocska, M. (2010). Analysis of a survey on young doctors' willingness to work in rural Hungary. *Human Resources for Health*, 8(1).
- Goel, S., Angeli, F., Dhirar, N., Sangwan, G., Thakur, K., & Ruwaard, D. (2019). Factors affecting medical students' interests in working in rural areas in North India-A qualitative inquiry. *PLoS One*, 14(1).
- Hasan Salih Suliman, A.-Q. (2011). Impacts of new recruited doctors refrain from working in rural remote areas at Jordan Southern Badia Region. *International Journal of Business and Social Science*, 2(3), 186–194.
- Holte, J. H., Kjaer, T., Abelsen, B., & Olsen, J. A. (2015). The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. *Social Science and Medicine*, 128, 1–9.
- Huicho, L., Molina, C., Diez-Canseco, F., Lema, C., Miranda, J. J., Huayanay-Espinoza, C. A., & Lescano, A. G. (2015). Factors behind job preferences of Peruvian medical, nursing and midwifery students: A qualitative study focused on rural deployment. *Human Resources for Health*, 13(1).
- Kapanda, G. E., Muiruri, C., Kulanga, A. T., Tarimo, C. N., Lisasi, E., Mimano, L., ... Bartlett, J. A. (2016). Enhancing future acceptance of rural placement in Tanzania through peripheral hospital rotations for medical students. *BMC Medical Education*, 16(1).
- Kruk, M. E., Johnson, J. C., Gyakobo, M., Agyei-Baffour, P., Asabir, K., Kotha, S. R., ... Dzodzomenyo, M. (2010). Rural practice preferences among medical students in Ghana: A discrete choice experiment. *Bull World Health Organization*, 88, 333–341.
- Lima, J.  . de. (2013). Por uma análise de conteúdo mais fi vel. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 7–29.
- Liu, J., Zhu, B., & Mao, Y. (2018). Association between rural clinical clerkship and medical students'

- intentions to choose rural medical work after graduation: A cross-sectional study in western China. *Plos One*, 13(4).
- Liu, X., Dou, L., Zhang, H., Sun, Y., & Yuan, B. (2015). Analysis of context factors in compulsory and incentive strategies for improving attraction and retention of health workers in rural and remote areas: A systematic review. *Human Resources for Health*, 13(1).
- Miranda, J. J., Diez-Canseco, F., Lema, C., Lescano, A. G., Lagarde, M., Blaauw, D., & Huicho, L. (2012). Stated preferences of doctors for choosing a job in rural areas of Peru: a discrete choice experiment. *Plos One*, 7(12).
- Misfeldt, R., Linder, J., Lait, J., Hepp, S., Armitage, G., Jackson, K., & Suter, E. (2014). Incentives for improving human resource outcomes in health care: Overview of reviews. *Journal of Health Services Research and Policy*, 19(1), 52–61.
- Mohamed, A. M. (2013). Willingness and professional motivations of medical students to work in rural areas: a study in Alexandria, Egypt. *Healthcare in Low-Resource Settings*, 1(1), 11–17.
- Nagai, M., Fujita, N., Diouf, I. S., & Salla, M. (2017). Retention of qualified healthcare workers in rural Senegal: Lessons learned from a qualitative study. *Rural and Remote Health*, 17.
- Nallala, S., Swain, S., Das, S., Kasam, S. K., & Pati, S. (2015). Why medical students do not like to join rural health service? An exploratory study in India. *Journal of Family and Community Medicine*, 22(2), 111–117.
- Natanzon, Szecsenyi, Ose, & Joos. (2010). Future potential country doctor: the perspectives of German GPs. *Rural and Remote Health*, 10.
- Ono, T., Schoenstein, M., & Buchan, J. (2014). *Geographic imbalances in doctor supply and policy responses*.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Acedido a 8 de novembro de 2019 em: <https://www.oecd-ilibrary.org/>
- Ossai, E., Anyanwagu, U., Azuogu, B., Uwakwe, K., Ekeke, N., & Ibiok, N. (2015). Perception about Working in Rural Area after Graduation and Associated Factors: A Study among Final Year Medical Students in Medical Schools of Southeast Nigeria. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 8(2), 192–205.
- Pedersen, L. B., & Nexøe, J. (2016). Preference for practice - Recent evidence. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(1), 1–2.
- Potter, A. J., Mueller, K. J., Mackinney, A. C., & Ward, M. M. (2014). Effect of tele-emergency services on recruitment and retention of US rural physicians. *Rural and Remote Health*, 14.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. Van. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais* (3ª Edição). Gradiva.
- Ramos, P., Alves, H., Guimarães, P., & Ferreira, M. A. (2017). Junior doctors' medical specialty and practice location choice: simulating policies to overcome regional inequalities. *European*

*Journal of Health Economics*, 18, 1013–1030.

Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, de junho de 2015.

Relatório de Gestão e Contas da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, de 2018.

Relatório de Governo Societário da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, de 2016.

Rockers, P. C., Jaskiewicz, W., Wurts, L., Kruk, M. E., Mgomella, G. S., Ntalazi, F., & Tulenko, K. (2012). Preferences for working in rural clinics among trainee health professionals in Uganda: a discrete choice experiment. *BMC Health Services Research*, 12(1).

Saini, N. K., Sharma, R., Roy, R., & Verma, R. (2012). What impedes working in rural areas? A study of aspiring doctors in the National Capital Region, India. *Rural and Remote Health*, 12(1).

Sapkota, B. P., & Amatya, A. (2015). What factors influence the choice of urban or rural location for future practice of Nepalese medical students? A cross-sectional descriptive study. *Human Resources for Health*, 13(1).

Schafer, H.-M., Becker, A., Krentz, H., & Reisinger, E. (2008). Wie zufrieden sind hausärzte im nordosten deutschlands mit ihrem beruf? – ein survey zur berufszufriedenheit von allgemeinärzten in mecklenburg-vorpommern. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 102, 113–116.

Sibbald, B., Slater, J., Gosden, T., Williams, A., Parke, S., & Philpin, S. (2002). Solving inequities in provider distribution: Loan repayment. *Health and Social Care in the Community*, 10(3), 162–167.

Silvestre, H. C., & Araújo, J. F. (2012). *Metodologia para a investigação social*. Lisboa: Escolar Editora.

Sirili, N., Frumence, G., Kiwara, A., Mwangi, M., Anaëli, A., Nyamhanga, T., ... Hurtig, A. K. (2018). Retention of medical doctors at the district level: A qualitative study of experiences from Tanzania. *BMC Health Services Research*, 18(1).

Smitz, M. F., Witter, S., Lemiere, C., Eozenou, P. H. V., Lievens, T., Zaman, R. U., ... Hou, X. (2016). Understanding health workers' job preferences to improve rural retention in Timor-leste: Findings from a discrete choice experiment. *Plos One*, 11(11).

Snow, R. C., Asabir, K., Mutumba, M., Koomson, E., Gyan, K., Dzodzomenyo, M., ... Kwansah, J. (2011). Key factors leading to reduced recruitment and retention of health professionals in remote areas of ghana: A qualitative study and proposed policy solutions. *Human Resources for Health*, 9.

Torgerson, R., Lait, J., Armitage, G. D., Linder, J., Hepp, S., Jackson, K., & Suter, E. (2012). *Incentives for health care providers: An overview of reviews*. Alberta Health Services and Institute for Public Health: Alberta, Canada.

Veiga Branco, M., Façanha, A., Nunes, A., Pires, A. C., Andrade, A., Jorge, C. E., ... Pires, R. (2018). Determinantes da fixação no espaço laboral - uma perspetiva dos profissionais de medicina.

*Revista Da Secção Regional Do Norte Da Ordem Dos Médicos*, 16–19.

Verma, P., Ford, J. A., Stuart, A., Howe, A., Everington, S., & Steel, N. (2016). A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Services Research*, 16.

Walker, J. H., DeWitt, D. E., Pallant, J. F., & Cunningham, C. E. (2012). Rural origin plus a rural clinical school placement is a significant predictor of medical students' intentions to practice rurally: A multi-university study. *Rural and Remote Health*, 12(1).

# Apêndices

## Apêndice A – Guião de Entrevista

### 1.ª Parte: Fatores Intrínsecos e Caracterização Sociodemográfica e Profissional

Especialidade médica carenciada:

Idade:

Estado Civil:

Naturalidade:

Residência atual:

Localidade onde realizou os estudos até à entrada na Faculdade:

Faculdade de Medicina:

Experiência profissional antes de entrar na faculdade:

Experiência profissional nesta zona carenciada (e.g., estágio, ano comum):

Habilitações literárias da Mãe:

Habilitações literárias do Pai:

Profissão do cônjuge (se casado(a)):

Local de exercício da profissão do cônjuge (se casado(a)):

Residência familiar:

### 2.ª Parte: Fatores Extrínsecos (Decreto-Lei 15/2017, de 27 de janeiro)

Sabia que a especialidade que se encontra a frequentar é considerada carenciada pelo Governo nesta Unidade de Saúde?

Está informado sobre os incentivos que o Governo atribui aos médicos que aceitam exercer nas zonas consideradas carenciadas?

Estes incentivos são de carácter pecuniário e não pecuniário. Considera que um acréscimo ao vencimento em 40% da remuneração base é suficientemente atrativo?

Considera que o facto de o Governo atribuir uma compensação das despesas de deslocação e transporte relevante?

Garantia de transferência escolar dos filhos de qualquer um dos cônjuges, acrescido de um regime preferencial de colocação e mobilidade do cônjuge, é significativo?

O diploma atribui, também, um aumento da duração do período de férias, em dois dias, acrescidos de mais um dia de férias por cada cinco anos de serviço prestado e a possibilidade de gozar o período de férias em simultâneo com o cônjuge e o gozo de 11 dias úteis consecutivos do período de férias durante as férias escolares dos seus filhos ou dos filhos do cônjuge. Para si, é influenciador para a escolha do local?

Relativamente à formação profissional, o diploma atribui 15 dias por ano, com ajudas de custo e transporte, para os médicos participarem em atividades de investigação ou desenvolverem competências e qualificações profissionais. Considera suficiente? (Sim; Não). Se não, como poderia ser ajustada esta medida?

O tempo mínimo de vínculo contratual do médico com o estabelecimento para receber a atribuição destes incentivos é de 3 anos. Concorde? (Sim; Não).

No final da especialidade estaria interessado(a) em desenvolver a sua atividade profissional nesta unidade de saúde? (Sim; Não). Se sim, os incentivos anteriores são determinantes nessa escolha?

### **3.ª Parte: Fatores Extrínsecos (Literatura)**

Considera que a existência de alojamento gratuito influenciaria, de alguma forma, a escolha da prática nestes locais?

Considera que a existência de oportunidades de emprego para o cônjuge, a atribuição de subsídio educacional para as crianças e melhores oportunidades de educação para as crianças influenciaria, de alguma forma, a escolha da prática nestes locais?

Considera que as instalações de lazer e as condições de vida existentes nesta região carente influenciaria, de alguma forma, a escolha da prática nestes locais?

A carga de trabalho é adequada?

Existe disponibilidade suficiente de pessoal de apoio?

No que toca à carga horária, é adequada?

Considera que as suas expectativas de progressão na carreira e desenvolvimento profissional, nesta unidade de saúde, são boas?

Qual a sua opinião relativamente aos equipamentos, tecnologia e infraestruturas da unidade em que se encontra?

### **4.ª Parte: Outras Considerações e Fatores**

Por que razão escolheu tirar a especialidade numa zona carente? Ou não teve alternativa?

Qual seria, para si, a principal motivação para se fixar na área onde se encontra a frequentar a especialidade?

Na sua opinião, qual a principal razão para os médicos não se sentirem motivados a exercer a profissão em zonas pouco povoadas?

Na sua opinião, o que poderia ser feito para incentivar os médicos a desenvolverem a sua atividade em zonas carentes?

Considera que a realização, obrigatória, de estágios ou outras atividades em zonas carentes, no decorrer dos estudos, influenciaria a decisão dos médicos relativamente à prática nessas zonas após o internato médico?

Considera que a criação de uma rede que colocasse os médicos de todos os estabelecimentos em contato para partilharem casos e dúvidas que surjam durante a atividade profissional seria interessante para os médicos que exercem nas zonas com pouca população?

## **Apêndice B - Pedido de Autorização para Aplicação de Inquérito por Entrevista**

Exmo(a). Sr(a).,

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de inquérito por entrevista.

Sofia Alexandra Lourenço Mesquita, aluna do Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão Pública – da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Bragança (ESTiG-IPB), ministrado no âmbito da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), encontra-se a desenvolver a Dissertação de Mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Cláudia S. Costa e do Mestre Rui Alexandre R. Pires.

No âmbito desta Dissertação, subordinada ao tema “Fatores de Atratividade para a Fixação de Jovens Médicos: (Velhos) Dilemas entre o Interior e o Litoral”, pretende-se verificar quais os fatores de atratividade para a fixação de jovens médicos que se encontram a frequentar a especialidade médica, considerada carenciada, na Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. e no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., de modo a perceber o que os motivaria, após o término da especialidade médica, a exercer a sua atividade nestas zonas consideradas geograficamente carenciadas, conforme o Despacho n.º 7082/2018, de 26 de julho. Espera-se, desta forma, contribuir para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas de saúde pública mais adequadas para corrigir os desequilíbrios da distribuição geográfica dos médicos.

Deste modo, solicita-se autorização para a realização de entrevistas aos jovens médicos que se encontram a frequentar a especialidade médica, considerada carenciada, na Instituição que V.<sup>a</sup> Exca. dirige, bem como a indicação/confirmação do número de médicos nesta situação.

Salienta-se, ainda, que o V/ contributo é fundamental para o desenvolvimento/conclusão desta investigação, garantindo o anonimato e confidencialidade dos inquiridos.

Agradece-se, antecipadamente, a V/ colaboração e disponibilidade. Remete-se em anexo o modelo do consentimento informado, esclarecido e livre a disponibilizar aos participantes.

Certa da atenção de V.<sup>a</sup> Exca., pede-se deferimento.

Bragança, 13 de junho de 2019.

Sofia Alexandra Lourenço Mesquita (a28818)

Prof.<sup>a</sup> Doutora Cláudia S. Costa

Mestre Rui Alexandre R. Pires.

## Apêndice C – Consentimento Informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

Título do estudo: “*Fatores de Atratividade para a Fixação de Jovens Médicos: (Velhos) Dilemas entre o Interior e o Litoral*”

**Enquadramento:** Este estudo realiza-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Gestão Pública – da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Bragança (ESTiG-IPB), ministrado no âmbito da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), sob a orientação da Professora Doutora Cláudia S. Costa e do Mestre Rui Alexandre R. Pires. O estudo em questão pretende compreender quais os fatores de atratividade para a fixação de jovens médicos que se encontram a frequentar a especialidade médica, considerada carenciada, na Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E, de modo a perceber o que os motivaria, após o término da especialidade médica, a exercer a sua atividade nestas zonas consideradas geograficamente carenciadas. Espera-se, desta forma, contribuir para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas de saúde pública mais adequadas para corrigir os desequilíbrios da distribuição geográfica dos médicos.

**Explicação do estudo:** O universo alvo da realização de entrevistas, semiestruturadas e gravadas (áudio), serão todos os jovens médicos que se encontram a frequentar a especialidade médica, considerada carenciada, nas entidades identificadas no ponto anterior, conforme o Despacho n.º 7082/2018, de 26 de julho.

**Condições e financiamento:** A participação neste estudo é de caráter voluntário, pelo que não há lugar a qualquer tipo de financiamento ou despesa.

**Confidencialidade e anonimato:** Todas as informações recolhidas no âmbito da realização das entrevistas serão anónimas e confidenciais, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados em vigor.

Agradece-se a colaboração e disponibilidade,

Sofia Alexandra Lourenço Mesquita

Aluna do Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Gestão Pública – da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Bragança (ESTiG-IPB)

Tel. 918205142 | [sofia\\_mesquita@outlook.pt](mailto:sofia_mesquita@outlook.pt)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE