

Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar¹

Foreigners physicians in Brazil: the art of knowing to look, listen and touch

João Bosco Feitosa dos Santos

Universidade Estadual do Ceará. Programa de Pós-Graduação de Sociologia. Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: feitosa.bosco@gmail.com

Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel

Universidade de Fortaleza. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: reginaheloisamaciel@gmail.com

Maria das Graças Guerra Lessa

Universidade Estadual do Ceará. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: gracinhalessa@yahoo.com.br

Ana Laís Lima Nunes Maia

Universidade Estadual do Ceará. Programa de Pós-Graduação de Sociologia. Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: laisnunesmaia@yahoo.com.br

Emanoella Pessoa Angelim Guimarães

Universidade Estadual do Ceará. Programa de Pós-Graduação de Sociologia. Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: e.angelim@hotmail.com

Correspondência

João Bosco Feitosa dos Santos

Universidade Estadual do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. CEP 60714-903.

Resumo

O programa Mais Médicos (PMM) faz parte de um amplo pacto de melhoria do SUS e pretende suprir a carência e diminuir a má distribuição de médicos entre as regiões do Brasil, fortalecer a atenção básica, aprimorar a formação médica e a política de educação permanente e promover a troca de experiências entre estrangeiros e brasileiros. Este artigo objetiva refletir sobre as peculiaridades do atendimento de médicos brasileiros e estrangeiros da primeira turma do PMM no Ceará. A metodologia utilizada é de natureza qualitativa, tendo como procedimentos: a observação direta dos equipamentos de saúde de doze municípios e entrevistas semiestruturadas com gestores (doze) e usuários (32) desses mesmos municípios que avaliaram o atendimento dos profissionais médicos. A cultura da prevenção e humanização no atendimento dos médicos estrangeiros é predominante, dentre os quais os cubanos são avaliados positivamente por usuários e gestores pela capacidade de *ver, ouvir e tocar* os pacientes. Esse comportamento mostra a necessidade de fortalecer a cultura do cuidado mais humanizado entre os médicos brasileiros.

Palavras-chave: Programas Nacionais de Saúde; Humanização da Assistência; Sistema Único de Saúde; Cuidados Médicos.

¹ Programas Nacionais de Saúde; Humanização da Assistência; Sistema Único de Saúde; Cuidados Médicos

Abstract

The More Doctors program is part of a broader pact for improving the Brazilian Unified Health System and aims to decrease shortages and improve the poor distribution of physicians among regions of Brazil, strengthen primary care, improve medical training and policies for continuing education and promote the exchange of experiences between foreigners and Brazilian doctors. This article addresses the peculiarities of Brazilian and foreign doctors' attendances of the first group of the program in Ceará, Brazil. A qualitative methodology was used, comprising: direct observations of health units of twelve municipalities, twelve semi-structured interviews with managers and 32 with users of the same municipalities, who evaluated the services of the medical professionals. The culture of prevention and humanization seems to be a priority in the care provided by foreign medical staff. Within these professionals, Cubans are positively assessed by managers and users in relation to their ability to *look, listen* and *touch* the patients. This behavior shows the need to strengthen the culture of a more humanized care among Brazilian doctors.

Keywords: National Health Programs; Humanization of Assistance; Unified Health System; Medical Care.

Introdução

A Declaração de Alma-Ata, assinada em 1978, enfocou a ideia de saúde para todos, enfatizando a atenção primária em saúde como prioridade e reforçando a necessidade de maiores investimentos na saúde preventiva. Essa mudança de orientação universal em relação às políticas de saúde destacou a saúde preventiva, o acesso igualitário, e a intervenção direta da população no meio social como determinantes do processo saúde/doença. As mudanças resultam na busca pela criação e implementação de programas, ações e estratégias que focalizam e priorizam a Atenção Básica de Saúde (ABS).

Na esteira de Alma-Ata, eventos importantes ocorreram no Brasil. Entre eles, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a importância dada à saúde na Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, sendo o SUS depois regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde de 1990. Esses eventos levaram a novas diretrizes para a reorganização do sistema de saúde brasileiro. O SUS tem como pressupostos básicos os princípios da universalização, integralidade, descentralização e a participação popular. Como consequência, incrementaram-se a interiorização das ações de saúde e a implantação de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) em centenas de municípios brasileiros.

As ações dos últimos vinte anos no cenário nacional da saúde, bem como diversas iniciativas de âmbito local, têm contribuído para a redefinição do perfil do profissional de saúde, em especial do médico. Nesse longo período, é preciso destacar, ainda, o fortalecimento crescente do setor privado de saúde, que, inegavelmente, vem colaborando para o gradativo assalariamento do médico (Machado, 2002; Santos et al., 2006). De fato, o mercado de trabalho para o médico segue os fluxos e tendências de determinadas conjunturas sociopolíticas e de eventos próprios ao campo restrito da saúde (Santos et al., 2006).

As mudanças no sistema de saúde não conseguiram, no entanto, reverter problemas estruturais, que ainda persistem. Em 2011, uma pesquisa realizada pelo Ipea revelou que 58,1% da população

apontava a falta de médicos como o principal problema do SUS (Ipea, 2013). O Brasil, na época, possuía apenas 1,8 médicos por mil habitantes. Esse índice era menor do que o de outros países, como a Argentina (3,2 por mil), Portugal e Espanha (ambos com 4 médicos por mil habitantes). Além disso, o Brasil sofria com uma distribuição desigual de médicos em suas regiões: 22 estados estavam abaixo da média nacional, sendo identificados municípios sem médicos ou enfermeiros. Ainda segundo o Ipea (2013), entre 48 carreiras universitárias, a medicina ocupava o primeiro lugar no ranking dos melhores salários, jornada de trabalho, taxa de ocupação e cobertura de previdência². O salário médio de médicos era de R\$ 6.940,12, considerando recém-formados. Para quem já estava no mercado de trabalho, a média salarial era de R\$ 8.459,45 (o salário mais alto entre as carreiras analisadas).

Com relação à questão da distribuição desigual de médicos nas regiões, no estado do Ceará, um dos mais pobres dos estados do Nordeste brasileiro, a quantidade de médicos era de 1,05 por mil habitantes, bem abaixo da média nacional. O Ceará ocupava, em 2011, o 21º lugar no ranking do país em termos de desenvolvimento econômico. Este lugar justifica a necessidade de contratação de médicos para mostrar a defasagem comparada a estados como Rio de Janeiro (3,44 médicos por mil habitantes), Distrito Federal (3,46 por mil), São Paulo (2,43 por mil) e Rio Grande do Sul (2,23 por mil) (Ipea, 2013).

É cada vez mais recorrente a recusa de médicos para trabalhar em regiões longínquas, sem a menor infraestrutura física e sem possibilidades de oferecer as mesmas facilidades de usufruto das tecnologias modernas disponíveis em equipamentos de saúde nos centros urbanos desenvolvidos, sobretudo quando se trata de médicos jovens, com desejos de qualificação acadêmica, ascendência profissional e social.

Diante do desnivelamento regional e da necessidade de ampliação do número de profissionais para atender a população e melhorar os indicadores da saúde no Brasil, foi criado o programa Mais Médicos

(PMM), que faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS.

Além de suprir a carência de médicos apontada como o maior problema do SUS (Ipea, 2013), a criação do PMM pretende ainda diminuir a má distribuição de médicos entre as regiões do país; fortalecer a atenção básica; aprimorar a formação médica; ampliar a inserção do médico nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente; promover a troca de experiências entre estrangeiros e brasileiros; aperfeiçoar as políticas públicas de saúde no Brasil; e estimular a aplicação de pesquisas aplicadas ao SUS³.

Com a convocação de médicos para atuar na ABS de periferias de grandes cidades e municípios do interior do país, o governo federal esperava garantir mais médicos para o Brasil e mais saúde para a população, com a oferta de vagas priorizando os médicos brasileiros interessados em atuar nas regiões onde faltam profissionais. No entanto, não houve preenchimento de todas as vagas, o que resultou na abertura de postos de trabalho para estrangeiros nesses municípios não suficientemente atraentes para os médicos brasileiros.

Considerando-se o início do PMM e a vinda das primeiras turmas de profissionais médicos do exterior, iniciou-se uma pesquisa intitulada Estudo da sociabilidade de médicos do programa Mais Médicos nas Unidades Básicas de Saúde do Ceará: inserção, atuação e conflitos, que visa a analisar o PMM na perspectiva da organização, das condições de trabalho e do processo de sociabilidade intra e extra ambiente de trabalho dos médicos “migrantes” (brasileiros e estrangeiros), investigando, sobretudo, as impressões da comunidade atendida quanto ao desempenho profissional dos médicos e as repercussões para a saúde local. Para o texto deste artigo, foi realizado um recorte dos resultados desse projeto, tendo como foco apenas as impressões dos usuários e gestores de saúde sobre os médicos do programa. O objetivo é apresentar as impressões dos gestores e usuários do SUS sobre o desempenho dos médicos participantes do PMM, notadamente sobre os médicos estrangeiros.

² Em segundo lugar vem a odontologia e em terceiro as engenharias.

³ Sobre outras informações acerca do programa, cf. Portal Mais Médicos. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/>>.

O cenário para o surgimento do PMM

A criação do SUS surgiu com o intuito de democratizar a saúde, antes acessível apenas para alguns grupos da sociedade. Sua implementação mudou o conceito de saúde até então interpretado no país, no qual ela representava apenas um quadro de “não doença”, fazendo que os esforços e políticas realizadas se reduzissem ao tratamento de ocorrências de enfermidades. Com o SUS, a saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos passou a fazer parte do planejamento das políticas públicas, tornando-o, assim, um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo, segundo informações do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013b). O SUS beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros, realizando, por ano, 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade (Fiocruz, 2014)⁴.

Em 1991, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde como parte do processo de reforma do setor da saúde, com o objetivo de aumentar a acessibilidade ao sistema e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde.

Esse movimento de “olhar a família” se deu em muitos países e, em dezembro de 1993, surge o Programa Saúde da Família (PSF), a partir do êxito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com o intuito de incorporar novos profissionais às ações programáticas de saúde para que os agentes não atuassem de forma isolada. A formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro.

O PSF é uma estratégia que visa a prestar atendimento ao indivíduo e à família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. Assim, o PSF se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da ABS⁵

no Brasil, reconfigurando-se de PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF), reafirmando, assim, os princípios básicos do SUS. A ESF é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes têm, em sua composição básica, um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem, um cirurgião dentista e um técnico em saúde bucal, além de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Mesmo com muitos avanços na busca de “humanizar” o atendimento e focalizar a família e os determinantes sociais da saúde, o SUS apresenta diversos problemas que o distanciam de seus princípios, tais como: hierarquização, diferenças salariais, desvalorização profissional, desqualificação, centralização de serviços, subfinanciamento, grande rotatividade entre os profissionais e infraestrutura, entre outras complicações, reconhecidas por gestores públicos, por profissionais da saúde e, principalmente, pela própria população assistida (Carvalho, 1993).

Um dos grandes problemas enfrentados pela ESF é a falta de médicos, o que dificulta a ampliação da cobertura do programa, levando à sua ineficiência. De acordo com Campos, Machado e Girardi (2009, p. 13): “o adequado provimento de serviços de saúde em regiões remotas, pobres e periféricas no meio urbano é um problema em quase todos os países do mundo”. Há no país uma desigual distribuição geográfica dos profissionais de saúde em exercício, que se exacerba quando se trata de profissionais médicos. De fato, como já comentado, as regiões que mais atraem os médicos são as que possuem boa infraestrutura, estabelecimentos de saúde devidamente equipados, maior financiamento público e privado, melhores condições de trabalho, remuneração, carreira e qualidade de vida (Scheffer, 2013).

Do mesmo modo, contrariando as necessidades de uma população carente e as políticas de saúde voltadas para seu atendimento, a ênfase da formação médica recai sobre uma sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos de curso, ou seja, sobre a organização minuciosa da assistência

4 Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/sus>>. Acesso em: 5 set. 2014.

5 Termo equivalente à Atenção Primária de Saúde.

médica em cada especialidade, sobre a valorização do ensino centrado no ambiente hospitalar e na atenção curativa, refletindo, desse modo, em um ensino dissociado das reais necessidades do sistema de saúde vigente. Ensino esse em que o modelo biologicista predomina e no qual o hospital e a medicalização ocupam um papel importante, enquanto as características culturais, econômicas, sociais, hábitos alimentares e modo de vida não são levados em consideração no diagnóstico e tratamento (Campos; Chakour; Santos, 1997; Cutolo, 2006).

Dessa forma, o ensino médico tem formado “profissionais carentes de mentes questionadoras, sem o desejo e a curiosidade de compreender os fenômenos com os quais se defrontam, incapazes de refletir sobre suas práticas e adequá-las às necessidades de suas comunidades” (Campos, 2013). Isso tem ajudado a manter uma distância entre o usuário e o médico. Assim, o médico formado nesses princípios passa uma imagem de veracidade e objetividade embasada na primazia dada às tecnologias pesadas (exames, por vezes complexos, com a utilização de equipamentos de última geração) em detrimento das leves, que priorizam as relações sociais e uma concepção de saúde como um processo que envolve determinantes sociais. Com essa formação, os médicos aprendem que devem trabalhar e morar em lugares onde possam recorrer às tecnologias como auxílio aos seus procedimentos, sobretudo porque, nesses lugares, é possível se atualizar constantemente, além de usufruírem da possibilidade de manterem multivínculos. Assim, os médicos preferem atuar em lugares onde é possível usufruir dessas facilidades (Amoretti, 2005).

O PMM

Antes da criação do PMM, o governo federal realizou um levantamento das necessidades de contratação de médicos no país. Assim, a criação do programa foi baseada em indicadores da Organização Mundial de Saúde e em estudos da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Girardi, 2010; Pierantoni et al., 2012), bem como das demandas de gestores municipais. O programa é a resposta

governamental a essas demandas, principalmente as relacionadas ao déficit de profissionais médicos, sendo de interesse geral da população brasileira que sofre com a precariedade do SUS.

Vale salientar que em 2011 foi criado, pelo governo federal, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica⁶. Cerca de 3 mil prefeituras solicitaram 13 mil médicos, mas apenas 4.392 profissionais se inscreveram e, desses, somente 3.800 assinaram contrato. Em outras palavras, apenas 29% das vagas abertas foram preenchidas. Diante dessa situação, o Ministério da Saúde lançou, em 2013, o PMM (Brasil, 2013a). A estratégia é vista pelo governo como uma alternativa de curto prazo até que as ações de ampliação da formação de médicos deem resultados.

Os municípios com prioridade para participar do programa são os que contam com 20% ou mais da população vivendo em vulnerabilidade social, periferias de capitais e regiões metropolitanas, e municípios com mais de 80 mil habitantes que possuem os mais baixos níveis de receita pública per capita do país. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas também participam do programa. Ao aderir ao programa, os municípios ficam responsáveis pela moradia e alimentação dos médicos. Os contratos feitos pelo programa têm validade de três anos, sendo prorrogáveis por mais três (Brasil, 2013a).

A implantação do programa provocou um embate do Ministério da Saúde com as representações da classe que rejeitam a decisão de “importação” de médicos, gerando vários argumentos, entre eles, o de que o programa é uma iniciativa com interesse político, que não considera a qualidade do atendimento médico prestado à população; que a proposta não atinge as reais necessidades do SUS; que é um desperdício de dinheiro público, uma vez que o certo seria investir em infraestrutura e políticas públicas de saúde. Ademais, os críticos defendem que a provisão de médicos não é a única solução para os problemas do SUS. O sistema necessita de mais tecnologias, insumos e outros recursos humanos. Na sua grande maioria, os críticos apontam a falta de preparação dos profissionais estrangeiros e sua

6 A proposta do programa era atrair médicos recém-formados para as regiões carentes, oferecendo-lhes uma bolsa de R\$ 8 mil, entre vários outros benefícios.

equiparação à formação dos médicos nacionais, que podem se tornar um risco à população. Por último, criticam a determinação de residentes serem obrigados a prestar serviço durante dois anos, não havendo a garantia de supervisão apta (Caramelli, 2013; Lopes, 2013).

Essas argumentações perdem força quando se constata a rejeição de muitos médicos brasileiros em assumir postos de trabalho em cidades longínquas, pelo fato de não oferecerem tecnologia de auxílio ao atendimento nem perspectivas de crescimento acadêmico e profissional. Além disso, os médicos brasileiros e suas representações de classe veem no médico imigrante um concorrente que pode diminuir a prática do multiemprego, comum a essa categoria profissional (Santos et al., 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, os médicos brasileiros tiveram prioridade no preenchimento das vagas ofertadas, sendo as remanescentes oferecidas, primeiramente, aos brasileiros graduados no exterior e, em seguida, aos estrangeiros. Os médicos com diplomas do exterior atuam com autorização profissional provisória, restrita à atenção básica e às regiões onde serão alocados pelo programa⁷, até a revalidação de seus diplomas.

Os profissionais cubanos, entretanto, fazem parte de um regime de contratação diferenciado. Enquanto venezuelanos, argentinos e espanhóis se inscreveram voluntariamente no programa, os cubanos atuam como prestadores de serviço de um pacote oferecido pelo governo de Cuba ao Ministério da Saúde, sob intermediação da Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Na primeira turma do PMM, em 2013, foram registrados 3.664 médicos em 1.098 municípios e em 19 distritos sanitários indígenas. Desse contingente, 819 médicos eram brasileiros e os demais, 2.845, eram intercambistas (Morais et al., 2014). No Ceará, a primeira turma homologada foi formada por 107 médicos, distribuídos em 61 municípios, incluindo a capital do estado. Foi sobre esse primeiro contingente que a pesquisa teve por objetivo descrever as opiniões de gestores e usuários do SUS, ressaltando

o desempenho dos médicos estrangeiros contratados pelo PMM.

Procedimentos metodológicos

A pesquisa teve como opção metodológica um estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa. Foram realizadas observações diretas nos equipamentos de saúde onde os médicos trabalham, bem como entrevistas semiestruturadas com usuários e gestores dos municípios onde existiam médicos do PMM.

Foram entrevistados doze gestores (secretários municipais dos doze municípios da pesquisa) e 32 usuários selecionados, aleatoriamente, três em cada município, no momento de visita ao equipamento de saúde onde trabalhavam os médicos do PMM. As entrevistas, com roteiro, foram gravadas e transcritas. Os dados das entrevistas e observações foram avaliados por meio de uma análise de conteúdo temática. Os gestores foram selecionados em doze municípios diferentes. Possuíam faixa etária entre 40 a 50 anos e ocupavam o cargo por, no mínimo, um ano. Os usuários eram selecionados no local de atendimento, sendo considerados: município de regiões de saúde diferentes e de tamanhos distintos; sexo; tipo de procura de atendimento; e, sobretudo, tempo e frequência de utilização daquele equipamento de saúde, tendo em vista que eles teriam de conhecer sua dinâmica antes do PMM.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, CAAE 27715114.9.0000.5534, sob o parecer nº 1.082.844.

Resultados e discussão

Narrativa dos gestores: “compromisso e disciplina” é a característica principal dos estrangeiros

O discurso inicial de médicos brasileiros insistia em desqualificar os estrangeiros, principalmente os cubanos, por razões técnicas ou, por vezes, políticas. De fato, a perspectiva da medicina cubana é

⁷ A jornada de trabalho do médico do programa é de 40 horas semanais, para as quais têm direito a uma bolsa de R\$ 10 mil, paga pelo Ministério da Saúde, além de ajuda de custo para moradia e alimentação, de responsabilidade dos municípios. Os médicos cubanos possuem diferente contratação: recebem cerca de US\$ 400 (R\$ 933) e mais US\$ 600 (R\$ 1,4 mil), que ficam depositados em uma conta em Cuba. O município auxilia com hospedagem e alimentação.

a prevenção e a conversa com os pacientes “olho no olho” – procedimentos que auxiliam no diagnóstico e, via de regra, podem evitar a efetivação de exames de ultrassom e imagem, bem como a utilização de medicamentos de última geração.

Os gestores, em sua maioria, elogiam o PMM. A primeira vantagem, para eles, é ter médicos contratados no município sem onerar demais o setor de saúde local, livrando-os das punições da Lei de Responsabilidade Fiscal. Os médicos do PMM são bolsistas do governo federal e oneram menos os municípios em seus gastos com o setor de saúde.

Apesar de a classe médica criticar a formação e a forma de contratação dos médicos estrangeiros, especialmente os cubanos, nos municípios visitados pela equipe de pesquisadores os secretários de saúde foram unânimes em elogiar a postura dos estrangeiros diante da medicina preventiva e, sobretudo, sua forma de atendimento, que muito difere da prática dos médicos brasileiros.

No início eu não era de acordo de trazer esses médicos. Achava que teríamos problemas com a língua, mas agora, pode mandar mais cubanos que eu aceito [risos] (Gestor municipal 1).

Há um cubano no meu município que não se conforma em não ir ao encontro dos pacientes na casa de cada um. Lá seria possível verificar os hábitos alimentares, entre outros, que são importantes no diagnóstico e cura (Gestor de saúde 3).

Dentre outras observações dos gestores sobre o programa, destacam-se: suprimento de médicos em lugares onde antes não havia médicos e o relacionamento mais “humanizado” dos médicos estrangeiros com a população. Segundo os entrevistados, os cubanos são mais “afetuosos” que os brasileiros. A importância dada à ABS e a facilitação do acesso das populações carentes ao médico têm sido os elogios mais recorrentes. O sentido atribuído à humanização está próximo ao que Oliveira (2001) define:

humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir

com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano (p. 104).

Diferentemente do Brasil, em Cuba o médico que atende família é reconhecido e valorizado, pois presta o primeiro atendimento de forma integral, com qualidade, solucionando as demandas, acompanhando os pacientes e interagindo com os demais níveis de atenção em saúde (Aguilar, 2001). Os médicos cubanos reconhecem e dão importância à cultura e hábitos locais. Em países como o Brasil, em desenvolvimento, o nível educacional da população mais carente faz que a necessidade de educação em saúde seja diferenciada das dos países desenvolvidos. No entanto, no Brasil, tanto a medicina ensinada nas faculdades quanto aquela que os médicos brasileiros gostariam de praticar é uma medicina voltada para uma população mais desenvolvida do que a realidade da população brasileira. No modelo voltado a populações mais desenvolvidas, não é necessário educar para a saúde nas questões mais básicas, pois, até certo ponto, esses cuidados são culturalmente transmitidos pelas famílias.

Nesse sentido, o atendimento mais humanizado foi apontado pelos gestores, bem como observado pelos pesquisadores. No entanto, os profissionais brasileiros se defendem afirmando não terem tempo de conversar nem de olhar para os pacientes em virtude das metas de 16 consultas por expediente. Enquanto isso, segundo eles, os médicos estrangeiros têm mais tempo para o atendimento pelo fato de não falarem português, assim podendo atender menos pacientes durante seus turnos.

Em verdade, conforme ressaltou Schraiber (1993), o ato médico também não escapou das mudanças no mundo do trabalho, configurando-se como ato repetidor dos conhecimentos habilitados pela ciência, tendo, assim, entrado no universo das séries de produção, ou seja, aquelas que marcam a sociedade industrial-tecnológica. Isso faz que o atendimento humanizado e a cobertura da demanda nem sempre sejam coincidentes. Assim, embora a queixa dos médicos seja pertinente, é preciso, da

parte dos profissionais, pelo menos uma mudança de atitude na tentativa de procurar realizar esse atendimento mais humanizado.

Os gestores também ressaltaram outros aspectos positivos do PMM, relacionados aos índices de atendimento e a uma possível solução para os problemas do sistema - discurso que ressalta, portando, que o incremento de médicos na ABS tem trazido diversos benefícios para o Brasil, como aumento de 34,9% das consultas (jan./2013-jan./2014); diminuição de encaminhamentos hospitalares em 20,8% (20.170 encaminhamentos em janeiro de 2013 e 15.969 em janeiro de 2014 no Brasil) e diminuição de doenças relacionadas às condições sensíveis à atenção primária. Ampliaram-se, também, os atendimentos a pessoas com diabetes, que aumentou cerca de 45%;

a pacientes com hipertensão arterial, em 5%; e consultas de pré-natal, em 11% - dados confirmados por um gestor: *“Depois do programa percebemos que houve diminuição de problemas muito comuns, como as diarreias e febres em crianças e controle de hipertensão em adultos”* (Gestor).

De fato, observa-se, no Ceará, que a presença do PMM diminuiu o fluxo de envio de pacientes para os centros urbanos para exames e atendimentos, já que nem sempre é necessária a realização de exames de ultrassom e imagem, como se tem hábito de prescrever.

Conforme demonstra Brito (2014) no quadro a seguir, o Ceará apresentou desempenho positivo em variáveis de saúde no período de um ano (2013-2014).

Quadro 1 – Programa Mais Médicos: indicadores de saúde no período 2013-2014 no Ceará.

Variável	Resultado
Ampliação do n de médicos	86
Assistência médica	Cerca de 2,9 milhões de cearenses
Redução de encaminhamento a hospitais	Redução de 18,2% (de 1.127 em 2013 para 922 em 2014)
Atendimento de diabéticos	Aumento de 19,4% (de 57.928 em 2013 para 69.181 em 2014)
Atendimento de hipertensos	Aumento de 67,5% (de 197.648 em 2013 para 331.069 em 2014)
Atendimento de saúde mental	Aumento de 46,5% (de 19.191 em 2013 para 28.110 em 2014)
Atendimento a usuários de álcool	Aumento de 50,2% (de 1.613 em 2013 para 2.423 em 2014)
N de consultas na atenção básica	Aumento de 39% (de 409.431 em 2013 para 569.141 em 2014)
Consultas por demanda imediata	45,2% (de 136.018 em 2013 para 197.564 em 2014)
Consultas agendadas	32,5% (de 156.499 em 2013 para 207.405 em 2014)
Consultas de cuidado continuado	38,7% (de 92.478 em 2013 para 128.277 em 2014)

Fonte: Elaboração a partir de dados apresentados por Brito (2014).

Rebatendo as críticas sobre os empregos de médicos brasileiros estarem sendo ocupados por estrangeiros, uma secretária de saúde explica:

Foi realizado concurso para médicos trabalhem em lugares desprovidos desses profissionais e os brasileiros que prestaram concurso não quiseram ir para esses municípios. Como dizer que estão tomando os empregos? A carência de médicos é grande e os que se formam não querem ir para lugar sem desenvolvimento (Gestora de saúde 8).

Os gestores indicaram que os médicos intercambistas não possuem multivínculos por ser uma prática proibida, dedicando-se mais ao atendimento em locais superlotados, ao passo que os brasileiros sempre assumem outros empregos, o que provoca absenteísmo, aligeiramento das consultas e, por conseguinte, insatisfação dos usuários:

Por mais que eu tenha médico dedicado, ele acaba aceitando as propostas de municípios vizinhos e até mesmo de outros lugares no próprio município... é impossível proibir, senão perde o médico de vez (Gestor municipal 4).

Narrativas dos usuários: a capacidade de ouvir, tocar e olhar

A avaliação dos usuários sobre o SUS é essencial para o monitoramento e a tomada de decisão das políticas e programas de saúde implantados. A política Humaniza SUS foi criada para incentivar o acesso mais dialogal entre profissionais de saúde e pacientes. Segundo a política Humaniza SUS, a humanização supõe troca de saberes, incluindo a do usuário e sua rede social, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe (Brasil, 2005).

Mota, Martins e Vêras (2006) asseveram que humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo sejam humanizados, é preciso tanto que as palavras expressas pelo sujeito sejam entendidas pelo outro quanto que este ouça do outro palavras de seu conhecimento. Sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes. Desse modo, embora o PMM possibilite a oportunidade de trazer profissionais que veem a humanização no trabalho como principal postura de atendimento, pelo que se percebe, o Brasil ainda deve percorrer um longo caminho para que as universidades consigam instituir essa cultura da comunicação humanizada entre médicos e usuários brasileiros:

Os cubanos ficam angustiados porque são obrigados a ficar por trás do balcão e não vão às casas das famílias. Os cubanos entendem saúde pública para ir às casas das famílias, conhecer seus hábitos e refletirem seu estado de saúde a partir do cotidiano dessas pessoas (Gestora municipal 6).

Essa postura foi relatada pelos usuários e observada nos postos de atendimento: há diferenças no comportamento dos profissionais; os pesquisadores ouviram essas críticas nas antessalas de atendimento dos postos e nas filas de espera.

Kleinman, Eisenberg e Good (1989) sugerem que o médico procure compreender, em primeiro lugar, o modo de vida do paciente e de seus familiares e, em segundo, observe como interpretam a doença. Esse processo de estabelecimento de relações humanas

com os pacientes - que os cubanos também defendem -, concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente.

Outro fato indicado pela pesquisa foi a percepção de que os usuários não sabem descrever o programa Mais Médicos. Os que se arriscam a definir afirmam ser o programa que “trouxe médicos estrangeiros”, porém avaliam que algo diferente está acontecendo naqueles estabelecimentos de saúde com a chegada desses médicos. Indagados sobre o PMM, eles respondem: “Ah, aquele negócio de trazer os médicos de outro país, não é isso? É desse programa que saem os mais médicos?” (Entrevistado 1) ou “É do governo, que traz médico para os postos. É muito bom... eles são muito bons” (Entrevistado 2).

Nesse espírito de avaliação, os usuários percebem nitidamente a diferença entre os médicos brasileiros e os estrangeiros, notadamente em relação aos cubanos:

Tinha médico, mas a ficha acabava logo e eu trabalhava até seis horas, aí não dava tempo de me tratar. Só quando eu tava muito ruim que faltava no trabalho. Mas eu era atendido. Só que esse médico é melhor porque ele é mais amigo da gente. Eu não tenho vergonha dele (Entrevistado 3).

Esse novo é muito bom. Ele atende todo mundo. Até quando termina o horário dele ele atende. Ele não faz outra coisa, não vai pra outro canto. Ele disse que só trabalha aqui. Os outros sai correndo pros hospitais e aí as vezes não dá tempo direito (Entrevistado 4).

Pessini (2002) afirma que a humanização ocorre mediante adequação do exercício daquele olhar que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade, principalmente na presença solidária do profissional, que se reflete na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado. Nesse aspecto, os estrangeiros, especialmente os cubanos, são bastante experientes e vocacionados. E, independente das barreiras da língua - que não chega a ser um problema, como se pensou -, os estrangeiros

se comunicam perfeitamente com os usuários, que reconhecem a sua intensa capacidade de *ouvir, tocar e olhar* seus pacientes - três atitudes dificilmente encontradas nos profissionais brasileiros.

O fato de atender olhando no olho do usuário prende a atenção dessas pessoas, que não se envergonham de perguntar novamente quando não entendem e terminam mantendo um nível de conversação amigável: *“Fala do jeito dele, mas eu entendo. Quando eu não entendo eu digo: ‘Doutor, eu não entendi nada’. E ele faz é rir e diz tudo de novo até eu dizer que entendi. Eles têm paciência comigo”* (Entrevistado 3).

Em depoimentos de pesquisas anteriores (Andrade et al., 2008), foi identificada a importância da atenção humanizada a pacientes que nem sempre buscam o serviço de saúde com problemas físicos, mas, geralmente, por questões emocionais que reverberavam no corpo. No entanto, a falta de sensibilidade de profissionais que têm metas a cumprir, multivínculos, e nem sempre estão dispostos a *olhar, tocar e ouvir*, faz que a prescrição de remédios seja a forma mais prática de resolver o problema.

Eu acho que eles têm mais tempo pra conversar. Eles não são apressados pra ir embora. Sempre escutam a gente, eles perguntam das coisas de casa. Um dia eu tinha brigado com meu marido porque ele tava com outra mulher e eu fui me consultar porque tava com dor de barriga e ele perguntou porque eu tava triste, até que eu disse o que tava acontecendo e ele disse que era meu emocional que tava causando essas doenças. Achei diferente porque eu nem ia contar isso pra ele (Entrevistada 6).

Nesse aspecto, a cultura da prevenção e da humanização médica, comum aos cubanos, tem feito a diferença no atendimento e satisfação do usuário:

Mas eu gosto mais desse que não é daqui. O que é daqui ele não pergunta muita coisa não. Ele é mais sério. Ele também sabe o que a gente tem, ele estudou né? (Entrevistado 5).

O doutor conversa com a gente. E eu fico boa com

os remédios dele. Ele é muito engraçado. Ele fala diferente mais é bonito. Eu gosto dele. O povo aqui tudo gosta dele... Ele pergunta o que a gente comeu, o que a gente faz, se a gente tá dormindo... Ele pergunta é tudo (Entrevistado 2).

Em verdade, o modelo de saúde de Cuba é voltado para atenção básica, com foco na qualidade de vida, promoção e prevenção. Esses profissionais, diferentemente dos brasileiros, desde o início da formação são preparados para atuar como generalistas na medicina de família, além de participar de um programa de educação permanente, em que são acompanhados desde a residência e ao longo da atuação profissional.

Paciência, diálogo e respeito têm sido os pontos fortes desses profissionais. A população reconhece o esforço em atender. Conforme o diário de campo de um dos entrevistadores, quando em visita a um posto de saúde na periferia de Fortaleza, faltou energia no início da tarde. Lá havia três médicos, dois brasileiros e um cubano. Com quinze minutos sem energia, os brasileiros foram embora e o cubano abriu a janela e atendeu por mais três horas. De fato, se fossem abertas as janelas dos consultórios, pelo menos os casos menos graves poderiam ser resolvidos, mas os brasileiros preferiram remarcar as consultas. Embora esse detalhe pareça sem importância, os usuários percebem, avaliam e verbalizam esse descaso perante o esforço que empreendem para se deslocar de casa, doentes, para se consultarem ou mesmo serem atendidos, depois de dias ou meses de espera por uma consulta marcada com antecedência. Remarcação de consulta é sempre um transtorno.

Esse episódio retrata bem o descaso que alguns profissionais demonstram para com os usuários. Por esse e outros exemplos, o argumento de que os estrangeiros são mais atenciosos pelo tempo maior que dispõem para a consulta não se sustenta.

É tudo diferente. O outro médico acertava minhas doenças também. Mas esse aqui parece que ele gosta mais de mim [risos]. Tem dia eu cheguei aqui toda cheia de coceira porque eu fui pegar em uns tecidos novos lá na fábrica e me deu coceira. Aí eu cheguei aqui toda me coçando,

toda papocada de ferida e ele olhou e pegou e conversou. Mas ele pegou e disse que era uma alergia. Aí eu achei bom porque ele pegou e viu o que era... Ele pega na gente, ele gosta da gente... (Entrevistada 9).

A observação do usuário de que “ele pega na gente” pode parecer trivial, mas, para o usuário que desde a marcação de consultas já se sente desrespeitado, distante do poder médico, e que, ao comparecer à consulta, é habituado a não ser encarado pelo médico, nem tocado ou ouvido, mediante o aligeiramento das consultas, elimina qualquer possibilidade de diálogo e reflexão conjunta sobre a queixa de adoecimento. Encontrar alguém que, mesmo sendo médico, diminua o distanciamento, pergunte sobre a vida, examine e ouça com atenção as queixas, tem significado extremamente importante para eles.

Em verdade, segundo Caprara e Franco (1999), o ensino médico predominante tem propiciado a formação de profissionais cuja relação pode ser do tipo paternalista ou informativa. No primeiro, o médico informa muito pouco ao paciente sobre seu estado, deixando-o completamente dependente do julgamento e ideias do próprio médico. Depois de diversas lutas contra essa postura, reivindicando a condição de consumidor do tratamento e, por isso, o direito à informação, surge o modelo informativo, em que o médico funciona como simples técnico, fornecedor de informações corretas para o paciente. O autor compreende a necessidade da superação desse modelo e defende um processo de comunicação que implique na passagem de um modelo de comunicação unidirecional para um modelo bidirecional, que vai além do direito à informação. Esse terceiro modelo, intitulado comunicacional, exige mudança de atitude do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir a escolha do tratamento.

Considerações finais

O PMM tem apresentado avanços significativos, sobretudo no que se refere ao provimento de médi-

cos no país. Tanto o Ministério da Saúde quanto os relatórios das organizações da categoria apontam esses avanços (Scheffer, 2015). O aumento no número de médicos por mil habitantes, que era 1,8 para o Brasil, aparece no documento Demografia médica no Brasil de 2015 com 2,11. O que significa aumento de profissionais atendendo nos quatro cantos do país e, conseqüentemente, transformando positivamente os indicadores de saúde do SUS.

Apesar dos avanços, há que se reconhecer que o PMM não consta apenas de suprimento de recursos humanos, mas promove a possibilidade de os médicos brasileiros conhecerem a cultura de atendimento e cuidado dos médicos cubanos, que tem superado a barreira da língua e promovido grande satisfação, tanto dos gestores municipais quanto dos usuários. Pela atitude da escuta, do olhar e do examinar, esses estrangeiros reforçam a característica de considerar o diálogo com o paciente uma forma de compreender seu sofrimento e encontrar soluções que, muitas vezes, independem de exames de som e imagem e até mesmo de fármacos. Nem sempre o usuário tem recursos para se deslocar a outro município para fazer exames e tampouco condições de comprar remédios em farmácias locais. Não obstante, um diferencial observado em relação aos médicos cubanos é a diminuição de medicalização e a busca de resoluções a partir de mudanças de hábitos alimentares, entre outros procedimentos ligados mais ao modo de vida do que a cura por medicamentos.

Nessa perspectiva, o SUS tem sido beneficiado com a diminuição de transferência de pacientes de cidades pequenas para atendimento em municípios maiores, mais bem equipados. Com o PMM, os gestores conseguem resolver, nos pequenos municípios, problemas de saúde menos complexos sem ter de recorrer a grandes centros por contarem com médicos que jamais existiram.

Os usuários demonstraram experimentar a oportunidade de serem vistos como pessoas que têm desejos, histórias e perspectivas. Não são apenas corpos portadores de doenças, cuja única forma de cura é o fármaco - ao contrário: muitos esperam a palavra, o olhar, o toque e, sobretudo, o reconhecimento de que os médicos não são seres superiores,

a ponto de se irritarem para esclarecer dúvidas ou ouvir as vicissitudes dos seres que buscam mais que um “remédio de farmácia”, mas uma palavra, um gesto de respeito e consideração. Suas mazelas nem sempre são passíveis de controle farmacológico, pois são sanadas com a capacidade dos profissionais de humanizar o atendimento.

No Ceará, os objetivos do PMM têm sido atingidos em sua maioria. Diminuiu a carência de médicos e aumentou a relação médico por habitante. Em um ano, o número de médicos aumentou (107 na ABS), melhorando sua eficiência e eficácia. A experiência prática do PMM tem promovido uma qualificação complementar nos postos, já que muitos médicos só sabem clinicar e se comunicar com o paciente com o apoio de exames de som e imagem.

Apesar de alguns médicos brasileiros não valorizarem a característica do tratamento mais humanizado dos estrangeiros, se percebeu, de algum modo, a troca de conhecimento entre brasileiros e estrangeiros, mesmo sem muita intensidade. Exemplos de atendimento do tipo comunicacional, refletido na satisfação dos usuários, ficam como contribuição do saber médico cubano, em que a cultura da prevenção é prioridade. O modelo de comunicação “médico estrangeiro x paciente” pode ser uma pista para se instituir a cultura do cuidado cada vez mais humanizado entre médicos brasileiros. Nesse aspecto, os médicos cubanos podem ensinar, com seus exemplos e expertises, a arte de olhar, ouvir e tocar.

Referências

AGUIAR, J. M. M. *O Programa Saúde da Família no Brasil: a resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2001. Disponível em: <<http://bit.ly/2g66RGi>>. Acesso em: 12 de maio de 2013.

AMORETTI, R. A Educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.

29, n. 2, p. 136-146, 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/2g4jVOA>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

ANDRADE, J. T. et al. Humanização: centros de saúde da família em Fortaleza. In: SANTOS, J. B. F. (Org.). *Recursos Humanos em Saúde: diagnósticos e reflexões*. Fortaleza: Eduece, 2008. p. 99-128.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 out. 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 2 nov. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. *Nota Técnica 23/2013: Programa Mais Médicos*. 2013b. Disponível em: <<http://bit.ly/2fDKPvN>>. Acesso em: 2 nov. 2016.

BRASIL. *Política nacional de humanização: humaniza SUS*. 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/1yDTVwt>>. Acesso em: 2 nov. 2016.

BRITO, L. M. *Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico*. 2014. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/2fDMW2Q>>. Acesso em 12 maio 2015.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1XtQPnh>>. Acesso em: 13 out. 2015.

CAMPOS, G. W. S. *A saúde, o SUS e o programa Mais Médicos*. 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/2foXzUi>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. *Cadernos de*

- Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n1/0233.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2014.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.
- CARAMELLI, B. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 407-408, 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/2eOyPZt>>. Acesso em: 20 out. 2014.
- CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993.
- CUTOLO, L. R. A. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/2fMYQoH>>. Acesso em: 20 set. 2014.
- GIRARDI, S. N. (Coord.). *Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde*. Belo Horizonte: Nescom: UFMG, 2010. Disponível em: <<http://bit.ly/2fMUA8D>>. Acesso em: 9 set. 2014.
- IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Agenda Federativa*. Brasília, DF: Ipea, 2013.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Cultura, stato di sofferenza e cure: lezioni cliniche dalla ricerca antropologica e transculturale. *Sanità Scienza e Storia*, Milano, v. 1, p. 3-26, 1989.
- LOPES, A. C. Programa Mais Médicos II e a saúde no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 1-3, 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/2g381AR>>. Acesso em: 1 ago. 2014.
- MACHADO, M. H. Programa de Saúde da Família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUZA, M. F. (Org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 125-132.
- MORAIS, I. et al. Jornais Folha de S. Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa Mais Médicos? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 48, p. 107-115, 2014. Número Especial 2.
- MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. de M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006.
- OLIVEIRA, M. E. Mais uma nota para a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRUGGEMANN, O. M. *A melodia da humanização: reflexos sobre o cuidado durante o processo do nascimento*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 142 p.
- PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. *Bioética*, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 51-72, 2002.
- PIERANTONI, C. R. et al. *Graduações em saúde no Brasil: 2000-2010*. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS: UERJ, 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/2f8nPkX>>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- SANTOS, J. B. F. et al. O trabalho do médico: de profissional liberal a assalariado. In: SANTOS, J. B. F. (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde: estação CETREDE/UFC/UECE: reflexões de pesquisas*. Fortaleza: Eduece, 2006. p. 4-35.
- SANTOS, J. B. F. et al. Recursos Humanos, usuários e indicadores de precarização do sistema de saúde do Ceará: vítimas ou responsáveis? In: SANTOS, J. B. F. (Org.). *Recursos Humanos em Saúde: diagnósticos e reflexões*. Fortaleza: Eduece, 2012. p. 55-118.
- SCHEFFER, M. (Coord.). *Demografia Médica no Brasil*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo, v. 2, p. 1-256, fevereiro de 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/18U3cCw>>. Acesso em: 4 de abril de 2014.

SCHEFFER, M. (Coord.). *Demografia Médica no Brasil*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo, v. 2, p. 1-256, fevereiro de 2015. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/>

DemografiaMedica3onov2015.pdf>. Acesso em: 4 de janeiro de 2016.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

Contribuição dos autores

Santos foi o proponente e coordenador da pesquisa, participando de todas as fases e redação do texto final. Maciel, Lessa, Maia e Guimarães participaram da coleta e análise de dados, elaboração do manuscrito, interpretação dos resultados e revisão final.

Recebido: 02/05/2016

Reformulado: 17/10/2016

Aprovado: 26/10/2016