



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA  
AFRO-BRASILEIRA  
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM HUMANIDADES**

**MARIA ADRIANA FELIPE SANTANA**

**SAÚDE PÚBLICA E HUMANIZAÇÃO:  
UM OLHAR SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM MULUNGU-CE.**

**REDENÇÃO-CE**

**2016**

MARIA ADRIANA FELIPE SANTANA

**SAÚDE PÚBLICA E HUMANIZAÇÃO:  
UM OLHAR SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM MULUNGU-CE.**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Humanidades.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Vera Rodrigues.

REDENÇÃO-CE

2016

MARIA ADRIANA FELIPE SANTANA

**SAÚDE PÚBLICA E HUMANIZAÇÃO:  
UM OLHAR SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM MULUNGU-CE.**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Humanidades.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Vera Regina Rodrigues da Silva – Orientadora  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Violeta Maria de Siqueira Holanda – Antropóloga e Docente no Mestrado  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)

---

Prof. Dr. James Ferreira Moura Júnior – Psicólogo e Docente na Graduação  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)

Dedico esta monografia à minha família que tem me dado apoio e suporte moral, às famílias de minha área de cobertura, enquanto Agente Comunitária de Saúde, por terem despertado em mim o interesse de dissertar sobre a importância da humanização na saúde pública, aos profissionais da Atenção Básica que exercem seu papel com um olhar humanizado e com isso tratam não somente as dores físicas, mas inclusive as da alma.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus em primeiro lugar, por que: “dele e por ele, e para ele, são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém.” (Rm 11:36). À minha família por me apoiar e transmitir valores e princípios morais indispensáveis para a formação de meu caráter.

À minha orientadora, professora Dr<sup>a</sup> Vera Rodrigues, por seu carinho e parceria no desenvolvimento desse trabalho.

Às famílias entrevistadas, peças chaves que motivaram esse trabalho e com quem pude ter o prazer de compartilhar um pouco de suas percepções a respeito da saúde pública em meu município e ouvir suas histórias de vida.

À médica Mirolaisi Barallobre Mendoza, com quem pude ter o privilégio de conhecer um pouco sobre saúde pública em outro país e que me recebeu de uma forma tão amigável.

E às minhas amigas, pessoas especiais que me deram apoio e me encorajaram a chegar até aqui.

*“A esperança tem duas filhas lindas, a indignação e a coragem; a indignação nos ensina a não aceitar as coisas como estão; a coragem, a mudá-las.”*

*(Agostinho de Hipona)*

## RESUMO

A presente monografia analisa o processo de implementação do Programa “Mais Médicos” no município de Mulungu-Ce, tendo como eixos analíticos a expansão do acesso à saúde pública na região e a dinâmica de interação social entre uma médica cubana e a população atendida por ela. Esta pesquisa parte da temática do processo de humanização das práticas em saúde pública no Brasil em interface com o Programa Saúde da Família no município. A metodologia da monografia contempla a revisão bibliográfica num recorte histórico da saúde pública brasileira e entrevistas baseadas em questionários semiestruturados com a médica e quatro famílias diversificadas em sua estrutura familiar atendidas por ela, sendo assim também um estudo interdisciplinar.

**Palavras chaves:** Saúde pública. Programa Mais Médicos. Humanização.

## **ABSTRACT**

This monograph analyzes the process of implementation of the program "more doctors" in the municipality of Mulungu-Ce, with analytical axes to expanding access to public health in the region and the dynamics of social interaction between a Cuban physician and the population answered for her. This research is part of the process of humanization of practices in public health in Brazil in interface with the family health Program in the municipality. The methodology of the monograph includes a literature review in a historic public health brazilian clipping and interviews based on semi-structured questionnaires with the doctor and four diverse families in their family structure served by her, so also an interdisciplinary study.

**Key words:** Public Health. Most Doctors. Humanization.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

|      |  |
|------|--|
| ESF  | Estratégia Saúde da Família            |
| OMS  | Organização Mundial da Saúde           |
| PACS | Programa Agentes Comunitários de Saúde |
| PNH  | Política Nacional de Humanização       |
| PSF  | Programa Saúde da Família              |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                 |
| UBS  | Unidades Básicas de Saúde              |

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 - Médico por habitantes .....                              | 22 |
| Tabela 2 - Índices de Desenvolvimento do Município de Mulungu ..... | 30 |
| Tabela 3 - Emprego e Renda .....                                    | 30 |
| Tabela 4 - Indicadores de Saúde .....                               | 31 |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Avaliação do Programa Mais Médicos .....   | 25 |
| Figura 2 - Grau de escassez de médicos em Atenção Primária .....  | 26 |
| Figura 3 - Taxa de Mortalidade Infantil para Menores (por mil nascidos vivos)<br>de 1 Ano de Vida – Brasil, Nordeste e Ceará .....  | 27 |
| Figura 4 - Taxa de Mortalidade Infantil para Menores (por mil nascidos vivos)<br>de 5 Anos de Vida – Brasil, Nordeste e Ceará ..... | 28 |
| Figura 5 - Localização de Mulungu-CE .....  | 29 |
| Figura 6 - Taxa de Mortalidade Infantil .....   | 31 |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>1. SAÚDE E HUMANIZAÇÃO NO BRASIL: RECORTE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA</b> ..... | <b>14</b> |
| 1.1 Política Nacional de Humanização: uma aliada à Estratégia Saúde da Família (ESF) .....   | 19        |
| 1.2 Estratégia Saúde da Família em outros países: um breve histórico .....                   | 20        |
| <b>2. O QUE É O PROGRAMA MAIS MÉDICOS? REPERCUSSÕES E ANÁLISES</b> .....                     | <b>22</b> |
| 2.1 Repercussões do Programa Mais Médico no Brasil: algumas análises ..                      | 24        |
| 2.2 Programa Saúde da Família no Ceará (PSF): mudanças e desafios .....                      | 26        |
| <b>3. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MULUNGU: AVANÇOS E DESAFIOS</b> .....                   | <b>29</b> |
| 3.1 Assentamento dos Bastiões: conhecendo o campo de pesquisa.....                           | 32        |
| 3.2 Entre a teoria e a prática: análises e percepções do outro .....                         | 33        |
| 3.3 Saúde e Humanização: perspectivas de um entrelaçamento necessário .....                  | 37        |
| <b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | <b>41</b> |
| <b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....   | <b>42</b> |
| <b>ANEXOS</b> .....  | <b>46</b> |

## INTRODUÇÃO

A presente monografia aborda a implantação do Programa Mais Médicos na cidade de Mulungu-CE, partindo da recorrência das discussões sobre a entrada de profissionais estrangeiros no território brasileiro, fato bastante debatido e repercutido em diversos meios de comunicação. Nesse contexto ressaltamos a acolhida a esses profissionais por parte de alguns médicos brasileiros, especialmente no Ceará, destacando-se casos lamentáveis como o desembarque de alguns médicos cubanos no aeroporto de Fortaleza, onde foram hostilizados por médicos locais. Também analisamos algumas opiniões vindas de diversas pessoas, desde os mais leigos a jornalistas.

A escolha do tema deve-se ao meu despertar enquanto profissional atuando como Agente Comunitária de Saúde em Mulungu e em minhas visitas domiciliares, acompanhando diariamente diversas famílias atendidas pelo PSF, observando o quanto é importante a humanização na saúde pública. A vinda de uma médica estrangeira instigou ainda mais essa preocupação influenciando essa pesquisa de forma a analisar em que medida o tratamento oferecido nas UBS a partir do Programa Mais Médico, muda a percepção e nos faz enxergar a saúde pública com outros olhares.

Para compreender os impactos decorrentes dessas ações fez-se necessário conhecer os fatores históricos da formação do Brasil, Luz (1991) traça o processo de construção das políticas em saúde pública no Brasil desde a primeira República (1889-1930) passando pelo período populista (anos 30 aos 50), o período desenvolvimentista (anos 50 a 60), as ações do estado militarista (1964-1984) e o período da nova república e luta pela reforma sanitária (1985-1989), como uma série de tentativas de reorganização do país frente à necessidade de que tal política constituísse uma ordem mais justa e democrática para a população brasileira. De acordo com Schwarcz (1993), essas medidas foram sendo adotadas conforme o crescimento e desenvolvimento do país, sem levar em consideração a participação da população nas discussões de como essas medidas deveriam ser postas em prática.

A pesquisa procura avaliar os impactos do Programa Mais Médicos na cidade de Mulungu a partir da importância do PSF, percebendo a importância da implantação de estratégias voltadas ao atendimento, identificação das causas de

problemas de saúde e acompanhamento das populações mais carentes. A pesquisa parte do princípio da importância das políticas públicas em saúde no Brasil, a partir do momento em que se afirma que a saúde é direito de todos, indistintamente.

O trabalho está dividido em três capítulos, no primeiro faz-se um recorte histórico da evolução da saúde pública no Brasil levando em consideração nossa formação histórica como nação, pois a saúde gradualmente passou de uma prática baseada no tratamento curativo para preventivo e as implicações dessas mudanças, tem permitido vislumbrar novos olhares quando se fala em saúde pública.

No segundo capítulo apresentamos o Programa Mais Médicos, como funcionam seus benefícios e fragilidades, bem como as repercussões da entrada de médicos estrangeiros no território brasileiro, levando-se em conta o perfil das regiões atendidas pelo programa e seu impacto, especificamente no estado do Ceará.

No terceiro capítulo contemplamos a cidade de Mulungu, base da pesquisa, a área e UBS em que foram realizadas as entrevistas com as famílias atendidas pelo programa. Nesse capítulo, fundamental para a monografia, podemos nos deter na análise de quem realmente vivencia em seu dia a dia a busca por uma saúde pública de qualidade e também como as relações interpessoais desenvolvidas entre médico/paciente colaboram nessa busca.

## 1. SAÚDE E HUMANIZAÇÃO NO BRASIL: RECORTE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”*

*(Carl Gustav Jung)*

A noção de humanização aplicada à saúde vem sendo discutida como elemento primordial para que haja uma real participação dos atores envolvidos em sua execução, desde o médico ao paciente, quando ambos são impelidos a desenvolver uma maior aproximação entre si em busca de qualidade no acesso a saúde, hoje entendida não somente como bem estar físico, mas inclusive como a soma de vários fatores, incluindo nesses o psicológico. Nesse sentido é importante ressaltar como ao longo dos anos esse interesse vem sendo integrado ao cenário da saúde pública brasileira, pois nem sempre foi assim em nosso contexto histórico de formação enquanto nação, essa preocupação dá-se num momento ímpar em que o Brasil deixa de ser colônia de Portugal e passa a ser império, sendo necessárias diversas mudanças num país basicamente agrário e escravocrata.

A vinda da família real para o Brasil entre 1808 e 1821 torna-se nesse contexto o principal fator a mover esses interesses. A questão higiênica torna-se obrigatória não pelo bem estar social conforme ressalta Galvão (2009), na análise do que motivava as autoridades durante o império a desenvolver ações voltadas à melhoria da saúde pública, de acordo com ele:

A saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado; só é percebida negativamente por causa da realidade representada pela doença. Pelas análises da fisicatura (*Sic*) e das câmaras municipais, ficou clara a inexistência, no período citado, de um projeto de medicina social, principalmente de acordo com o nosso interesse, no que tange ao campo da saúde pública. (GALVÃO, 2009. p.10)

Percebe-se, portanto, uma clara elucidação dos motivos que levaram à preocupação com a saúde pública no Brasil como um fator de limpeza ligado a interesses do império e posteriormente também usado durante a república no cenário de desenvolvimento, procurando imitar padrões dominantes na França como

ênfatiza Mallmann (2010) em *Pelos becos e pela avenida da belle époque carioca*, quando nos diz que:

A cidade deveria refletir a imagem do progresso: higiênica, linda e ordenada. Assim, o discurso higienista não hesitou em apontar as formas populares de moradia localizadas no centro da cidade como a principal fonte de diversas doenças que assolavam a cidade na época (...). Cada vez ficava mais nítida a incompatibilidade da estrutura da velha cidade colonial com as novas formas de articulação urbana impostas pela nova ordem econômica, deixando aberto o caminho para a realização das grandes reformas urbanas que viriam a inserir a cidade e o país nos novos modelos de modernidade predominantes na Europa do século XIX. (MALLMANN, 2010. p. 5)

A preocupação com a saúde pública nesse contexto dá-se muito mais voltada à idealização de um país ligado ao progresso, ao contrário da belle époque francesa que constituiu uma época de grandes mudanças, inclusive no campo educacional, embora houvesse internamente uma luta constante da massa popular por alcançar seus direitos de cidadania e melhorias trabalhistas, enquanto no Brasil procurava-se substituir rapidamente um modelo pautado na escravidão por outro que resolvesse os problemas dele decorrentes. Com a falta de modelos sanitários eficientes durante a república, várias medidas foram tomadas para evitar a propagação de epidemias, ficando como marco em nossa história o controle à febre amarela e à varíola, com dura resistência da população.

Lilia Moritz Schwarcz em sua obra *O espetáculo das raças* (1993), também destaca que no início da abolição da escravidão no Brasil as ações voltadas ao saneamento básico estavam muito ligadas a essa ideia de progresso, de acordo com ela:

Longe do caso exemplar do saneamento da febre amarela e revelando um discurso cada vez mais autoritário, a medicina carioca partia para um projeto de intervenção que mais uma vez negava a liberdade individual, em nome do conhecimento científico. Não se trata de questionar a eficácia das vacinações, ou mesmo a realidade das epidemias, mas de destacar a construção de um discurso radical que tinha na prática médica sua base de legitimação. Não havia, nesse momento, espaço para instrução da população ou explicação das medidas. (SCHWARCZ, 1993, p.300)

A autora esclarece assim que, as primeiras práticas ligadas ao saneamento básico não tinham caráter realmente humanitário, pois não havia a participação da população na adoção dessas medidas e nem sequer explicação de seu uso. Dentre as medidas forçadas para o povo nesse período, especificamente na cidade do Rio

de Janeiro destaca-se a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola desencadeando a conhecida revolta da vacina em 1904, despertando assim a população e entrando na história do Brasil como uma das principais mobilizações urbanas.

As políticas públicas em saúde no Brasil têm uma mudança de curso a partir de 1920, quando são promovidas campanhas voltadas à educação sanitária da população e não mais a um controle forçado, como nos casos citados acima, são criados órgãos especializados no combate a diversas doenças como tuberculose, dentre outras que acometiam principalmente as camadas mais pobres da sociedade brasileira. Essas mudanças foram aperfeiçoadas levando à criação do ministério da educação e saúde pública e a partir de 1950 com a crescente urbanização, a reivindicação popular por melhores condições da saúde no trabalho (COSTA, 2013, p. 19).

O cuidado com a saúde pública, no entanto, restringia-se apenas ao uso da medicina curativa para minimizar a propagação de doenças, que levou o sistema a desgastar-se principalmente durante a ditadura militar, pois:

“[...] o sistema baseado quase que integralmente na medicina curativa mostrava-se incapaz de solucionar problemas de epidemias e de saúde coletiva, excluindo do sistema uma camada da população que se encontrava desempregada e marginalizada.” (POLIGNANO apud COSTA, 2013, p. 20)

Nesse sentido, foram necessárias sucessivas mudanças no cenário de ampliação das políticas em saúde pública que exerceram papel fundamental, principalmente quando nos detemos na promulgação da Constituição de 1988 no art. 196, ao tratar a saúde como:

“[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988)

Nesse mesmo viés é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela lei nº. 8.080/90 tendo como princípios e diretrizes a universalidade, integralidade, igualdade, participação social e descentralização da saúde pública. Baseado nesses princípios é bastante relevante a declaração da Organização Mundial da Saúde

(OMS) ao tratar a saúde como um estado de bem estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doenças ou enfermidades.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é criada então como forte aliada à integração da população no tratamento e principalmente na prevenção de doenças, levando em conta um constante redirecionamento nas medidas que permitam o acesso de todos os cidadãos à saúde pública de qualidade, baseada na equidade explicitada como “[...] uma forma de compensação da justiça legal [...] a partir da perspectiva da distribuição de bens sociais primários, por parte do Estado democrático, neste caso a garantia de direitos em saúde” (COSTA, 2013, p. 24).

A garantia desses direitos perpassa pela elaboração de estratégias visando alcançar todas as camadas da população brasileira, dentre as quais se destaca a criação do PACS em 1988, implantado primeiramente no Ceará em regiões afetadas pela seca e do PSF em 1994, em que os profissionais da saúde são conclamados a manterem um maior vínculo com os usuários do SUS, levando em consideração os aspectos sociais em que vivem esses sujeitos através do mapeamento dos territórios em cada estado ou município.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vai assim ganhando aderência de vários outros municípios, sendo também bastante efetiva no combate a mortalidade infantil, dentre outros fatores que afetavam a população, tanto cearense como brasileira no geral. A participação popular torna-se forte aliada na prevenção não somente de males físicos como sociais, uma vez que sua interação com os profissionais de saúde permite a estes desenvolver junto a outros órgãos, como os de assistência social, táticas para melhoria social de grupos marginalizados, que conseqüentemente levam a uma melhor noção de democracia e cidadania conforme ressaltam Costa e Lionço (2006) em *Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?* que de acordo com eles:

A participação social nos processos de gestão ou na defesa do SUS tem acumulado um importante patrimônio na democracia participativa em nosso país. Os Conselhos de Saúde, hoje presentes no universo dos municípios brasileiros, embora apontem muitos desafios ao seu aperfeiçoamento, apresentam inegável contribuição nos avanços do SUS, e a realização das Conferências de Saúde têm mobilizado grandes contingentes da população de todo o país na discussão dos rumos da saúde. (COSTA e LIONÇO, 2006. p. 5)

Percebe-se, portanto, a importância de agregar a população brasileira como um todo ao aperfeiçoamento do SUS, pois, ao contrário da medicina curativa predominante nos primeiros séculos do Brasil, a medicina preventiva requer uma visão holística das pessoas como corresponsáveis por sua saúde.

Nesse aspecto cabe ressaltar como a própria noção de cidadania vem sendo aplicada ao longo dos anos no Brasil, levando em consideração mais uma vez o contexto histórico da formação brasileira, baseada num regime escravocrata onde o público e o privado são tantas vezes confundidos como demonstra Roberto da Matta (2004) em sua análise do que é o Brasil, em que o pertencimento a um grupo familiar ocupa lugar de destaque nessa abordagem, pois é nesse recinto em que se desenvolve algo extremamente importante na construção de identidade.

A cidadania ou como o autor melhor coloca a “supercidadania”, uma vez que os indivíduos são reconhecidos e exercem seus papéis de acordo com suas individualidades, sem, no entanto deixarem de serem vistos no âmbito coletivo. A rua contrasta com essa visão de tranquilidade, pois é o lugar onde predomina o oposto da cidadania, cada um tem que se enquadrar em algum tipo de “batalha”, pois as pessoas não são vistas como na casa, são apenas mais um corpo a procura de um meio para sobreviver.

Se analisarmos os períodos de transição no Brasil passando pela monarquia, império e república perceberemos que o direito de ser considerado cidadão destinava-se apenas a algumas pessoas e por isso a importância de estratégias voltadas a inserir todos como cidadãos no âmbito da saúde, de forma a permear as demais áreas sociais. Entende-se nesse sentido que, a luta pela democracia brasileira deu-se a *priori* no campo da democratização da saúde, segundo Fleury (1997):

A constituição da Saúde Coletiva como campo do saber e espaço de prática social foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social, a organização social da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta. (FLEURY, 1997. p. 26)

A saúde, enquanto direito de todos previsto pela constituição brasileira de 1988, ganha assim um teor político visando associá-la à estrutura social de cada estado ou município, visto que a questão higiênica e estrutural em lugares

desamparados socialmente contribui para a proliferação de várias doenças e é nesse sentido, que a criação de uma política sobre humanização nas práticas em saúde pública exerce grande influência como demonstramos a seguir.

### **1.1 Política Nacional de Humanização: uma aliada à Estratégia Saúde da Família (ESF).**

A humanização no tratamento dos pacientes é um dos principais princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo aderida de forma mais enfática a partir de 2003 com a formulação da Política Nacional de Humanização (PNH), visando estender essa noção às regiões em que o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda carece de melhores investimentos e onde se encontram populações em sua maioria marginalizadas e desamparadas socialmente, quer sejam na esfera federal, estadual ou municipal.

Nesse sentido, precisamos entender o SUS como um forte aliado no campo das políticas públicas, pois:

“[...] a PNH é uma política do SUS, apresentando suas inspirações, conquistas e desafios. Nesta discussão é que se apresenta a PNH, tomando por referência sua construção discursiva e metodológica, bem como seus desafios para a qualificação da produção de saúde.” (PASCHE; PASSOS, 2008, p. 92)

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) é uma estratégia de fortalecimento do Sistema Público de Saúde, em curso no Brasil desde meados de 2003. Contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2008a). Os princípios norteadores da Política de Humanização envolvem:

[...] - Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações negras, do campo, extrativistas, povos indígenas,

remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc.); - Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; - Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; - Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; - Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; - Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; - Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente; - Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. (BRASIL, 2006. p. 17 e 18)

Essa política não vê a Humanização como um programa, mas sim uma política que busca influenciar diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, entendendo-a como:

[...] Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; - Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; - Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde; Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2006. p. 15)

A humanização na saúde perpassa assim pela importância da ação conjunta entre os sujeitos envolvidos nessas práticas por meio da corresponsabilização, envolvendo nesse sentido o homem comum com suas singularidades numa configuração em que haja o que realmente caracterize o termo, que segundo Vaitsman & Andrade apud Pereira e Barros (2005) diz respeito à “ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde”. Fato esse que nem sempre ocorre e para que tal aconteça é necessário que ocorram mudanças, principalmente entre os sujeitos implicados nas práticas em saúde pública, daí o fato relevante do constante chamado para que o próprio SUS seja humanizado.

Nesse contexto, percebe-se que a saúde pública precisa ser vista como elemento pontual para o desenvolvimento de outras áreas sociais, pois esta também foi uma das áreas mais enfatizadas em outros países, conforme notamos a seguir.

## 1.2 Estratégia Saúde da Família em outros países: um breve histórico.

O cuidado com a saúde da família tendo como estratégia a divisão de áreas nos municípios vem de um longo histórico, através de uma série de modificações na construção social de diversos países. As primeiras ideias aparecem no Canadá, onde o modelo é mais voltado à ideia de cidades saudáveis, com ênfase também no desenvolvimento econômico, mas igualmente preocupado com a noção de prevenção e participação social. Na Inglaterra e Cuba os médicos são dedicados à assistência familiar, servindo como modelos para a criação em outros países, como no caso do Brasil.

Na Inglaterra, esses médicos da família são conhecidos como General Practitioner - GPS e assim como os médicos brasileiros fazem a ponte entre o atendimento dos pacientes e o encaminhamento para serviços especializados. Nos Estados Unidos, esse cuidado é bastante frágil, pois a saúde ainda é incumbência do setor privado e por isso muitos americanos são descobertos pelo sistema de saúde. Outros países, como Dinamarca e Portugal, caminham para enfrentar os desafios que surgem para uma plena efetivação dessa estratégia.

A América Latina nesse contexto é a pioneira quando se trata de efetivar um cuidado realmente eficaz no intuito de alcançar todas as classes, principalmente as menos favorecidas com o uso da medicina familiar. O primeiro programa teve início no México em 1971, na Bolívia em 1974 e no Panamá em 1976, contribuindo assim na melhoria da atenção básica. Em 1984, Cuba entra nesse cenário como um dos países com maior número de profissionais formados em saúde da família, dando-se atenção aos cuidados primários, em que cada morador é cadastrado de acordo com sua condição de saúde, favorecendo a divisão de médicos e enfermeiras por atendimento nos territórios delimitados previamente pela equipe de saúde, de forma que:

Em termos de programação, o conceito de medicina familiar não estabelece uma relação de subordinação entre partes ou níveis, e sim uma matriz de inter-relações de apoio e fortalecimento, o que não é confundido com a quebra de hierarquização dos níveis de atenção. (SILVEIRA, p.7)

Analisando o modelo adotado hoje no Brasil, observa-se a grande influência cubana no mesmo. A região do Nordeste brasileiro é a mais afetada com a falta de

profissionais nessa área, no Ceará temos visto alguns avanços com investimentos para formação de mais equipes especializadas nesse cuidado e também muitas metas a serem alcançadas e é nesse sentido que o Programa Mais Médico é implantado, para somar forças junto a ESF como será demonstrado abaixo.

## 2. O QUE É O PROGRAMA MAIS MÉDICOS? REPERCUSSÕES E ANÁLISES.

*“As pessoas olham o médico como se estivesse acima dos outros, não vejo essa diferença, acho importante a capacidade de estudar, o conhecimento, vejo a medicina como qualquer outra profissão, não como sendo superior.”*

*(Mirolaisi Barallobre Mendoza)*

Lançado em 08 de julho de 2013, o programa Mais Médicos, segundo o Ministério da Saúde, faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões com carência de profissionais. O programa permite de forma prioritária o ingresso de médicos brasileiros para o preenchimento das vagas, mas também conta com a atuação de médicos estrangeiros, visando sobretudo atingir regiões menos favorecidas em que há uma distribuição desigual de médicos por habitantes. De acordo com o Ministério da Saúde, atualmente o Brasil possui 1,8 médicos por habitante, sendo esse um índice bem menor que outros países, conforme podemos notar logo abaixo:

**Tabela 1- Médico por habitantes.**

| <b>PAÍSES</b> | <b>Médico por 1.000 hab.</b> | <b>PAÍSES</b>  | <b>Médico por 1.000 hab.</b> |
|---------------|------------------------------|----------------|------------------------------|
| Peru          | 0,9                          | Estados Unidos | 2,4                          |
| Chile         | 1                            | Reino Unido    | 2,7                          |
| Paraguai      | 1,1*                         | Austrália      | 3                            |
| Bolívia       | 1,2*                         | Argentina      | 3,2*                         |
| Colômbia      | 1,4*                         | Itália         | 3,5                          |
| Equador       | 1,7                          | Alemanha       | 3,6                          |
| <b>Brasil</b> | <b>1,8</b>                   | Uruguai        | 3,7                          |
| Venezuela     | 1,9*                         | Portugal       | 3,9                          |
| México        | 2                            | Espanha        | 4                            |
| Canadá        | 2                            | Cuba           | 6,7                          |

**Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).**

Dado esses fatores, a maior parte dos médicos que atendem pelo Programa Mais Médico estão sendo alocados nas áreas mais pobres do Brasil, tendo as regiões Norte e Nordeste como principais focos, por ter a maior porcentagem de população vivendo na pobreza ou extrema pobreza e com os piores índices de desenvolvimento humano do país. A distribuição de médicos nessas regiões transforma aos poucos a forma como se enxerga a medicina no Brasil e juntamente a disposição desses profissionais no atendimento em unidades básicas de saúde favorece o ingresso dos mesmos nas residências, valoriza e fortalece o cuidado na atenção básica, aperfeiçoa e aprimora a formação dos médicos em saúde pública, melhora o atendimento e funcionamento aos usuários do SUS, diminui a carência de médicos em regiões antes esquecidas, reduzindo as desigualdades regionais, e proporciona maior experiência aos médicos promovendo troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais da saúde.

O programa tem sido bastante debatido e sua repercussão no país, de forma mais notória no nordeste brasileiro, nos faz refletir sobre a importância que se dá ao atendimento das populações mais pobres, tendo como proposta a humanização na saúde pública. Convém ressaltar que juntamente com o programa, diversas medidas de investimento em infraestrutura nas unidades básicas de saúde dos municípios atendidos vêm sendo tomadas. Segundo dados fornecidos pelo Ministério da Saúde foram investidos R\$ 15 bilhões até 2014 em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde. Desses, R\$ 2,8 bilhões foram destinados a obras em 16 mil Unidades Básicas de Saúde e para a compra de equipamentos para 5 mil unidades; R\$ 3,2 bilhões para obras em 818 hospitais e aquisição de equipamentos para 2,5 mil hospitais; além de R\$ 1,4 bilhão para obras em 877 Unidades de Pronto Atendimento. Além disso, estão previstos ainda investimentos pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Os recursos novos compreendem R\$ 5,5 bilhões para construção de 6 mil UBS e reforma e ampliação de outras 11,8 mil unidades, a construção de 225 UPAs e R\$ 2 bilhões em 14 hospitais universitários.

O programa tem sido fonte de muitas discussões, sendo que algumas delas não se restringem apenas a questões ligadas ao quadro de saúde pública no Brasil, mas somam-se a elas diversos fatores como preconceito, dentre outros como veremos a seguir.

## 2.1 Repercussões do Programa Mais Médicos no Brasil: algumas análises.

A recorrência das discussões sobre a implantação do Programa Mais Médicos no Brasil nos permite refletir sobre alguns aspectos relevantes, principalmente no que se refere à importância da expansão no acesso a saúde pública em regiões carentes, onde há relutância de médicos em oferecer seus serviços, muitas vezes pela falta de estrutura de hospitais e Unidades Básicas de Saúde despreparadas para oferecer atendimento de qualidade para a população. No outro extremo está a falta de disposição dos médicos em sair de sua “zona de conforto” e estabelecer uma relação mais próxima com os pacientes, pois é comum ouvir relatos de pessoas que ao procurarem atendimento em hospitais e UBS muitas vezes são ignorados e quando é atendido o médico não lhes dá atenção, apenas passam o tratamento ao qual devem ser submetidos sem maiores preocupações.

A repercussão da entrada de profissionais estrangeiros, especificamente cubanos negros no território brasileiro enseja também outras discussões ligadas ao preconceito, pois essa característica ficou notável em diversos comentários como, por exemplo, o caso lamentável da jornalista potiguar Micheline Borges numa declaração postada em sua página pessoal de uma rede social e divulgada como principal notícia no impresso Diário de Pernambuco com a manchete intitulada “Preconceito à brasileira” e repercutida em grandes portais de notícias e impressos de outros estados. Segue abaixo a declaração da jornalista:

“[...] empregadas domésticas”. “Me perdoem se for preconceito, mas essas médicas cubanas têm uma cara de empregada doméstica. Será que são médicas mesmo? Afe, que terrível. Médico, geralmente, tem postura, tem cara de médico, se impõe a partir da aparência. Coitada da nossa população. Será que eles entendem de dengue? E febre amarela? Deus proteja O nosso povo!”(CARVALHO, 2013)

A jornalista pouco tempo depois retirou seus comentários devido a críticas e se esquivou negando ser preconceituosa, declarando: “Não agi, de forma nenhuma, com preconceito. Só acho que a aparência conta, sim. Que é algo importante”.

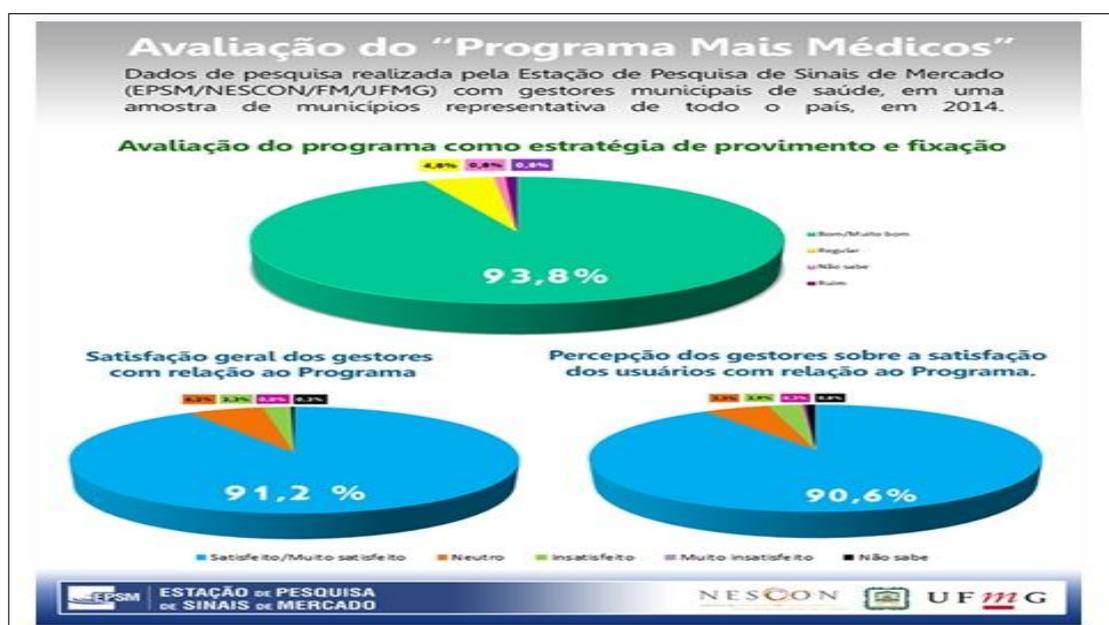
Outro caso de repercussão nacional foi o desembarque de setenta médicos cubanos em 25 de agosto de 2013 no aeroporto Pinto Martins em Fortaleza, episódio esse marcado por protestos de alguns médicos brasileiros que cobravam do Ministério da Saúde que os profissionais do Programa Mais Médicos passassem

pela revalidação de seus diplomas. Nesse caso, a acolhida a esses profissionais também deixou evidente o preconceito latente de uma parte da categoria médica brasileira ao chamarem os médicos cubanos de escravos.

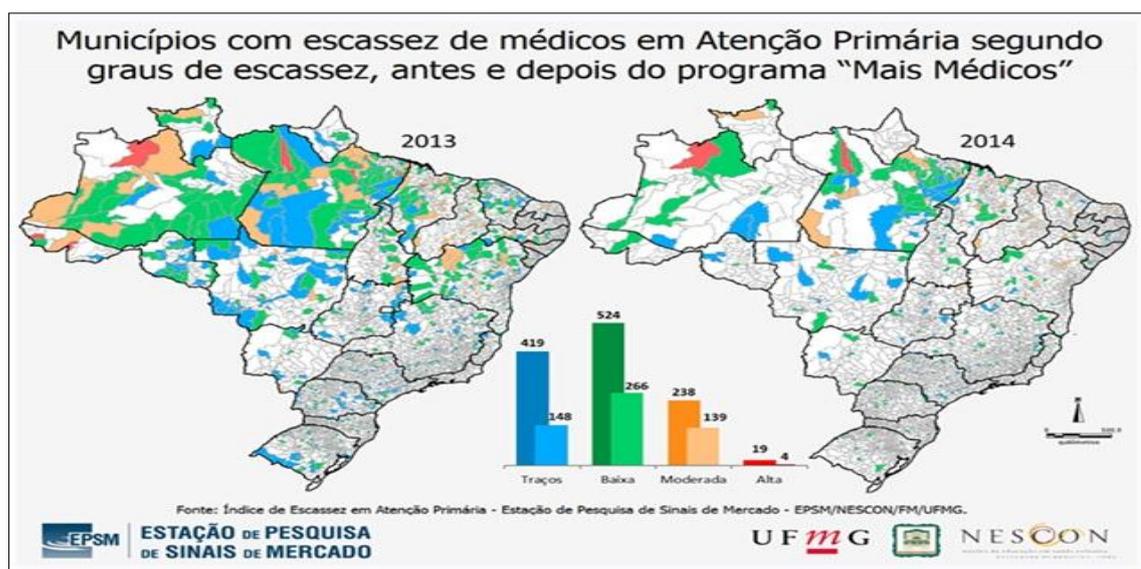
Esses comentários, portanto, deixam transparecer claramente o preconceito escancarado existente em nosso país, que segundo Santos (1984) tendem a aparecer em momentos em que há situações de conflito ou competição, como se já existisse um lugar como que “predestinado” para que certas pessoas exerçam determinados trabalhos e nisso também concorda Guimarães (2012) ao traçar uma linha tênue entre a noção de raça e classes sociais, em que nos mostra que as relações de conflito estão também ligadas a posições privilegiadas que vêm sendo ocupadas por pessoas que não permitem ter seus cargos disputados por aqueles que na sua visão deviam ocupar trabalhos subalternos.

Os posicionamentos que mostramos acima nos servem de base para que reflitamos sobre os rumos ainda estereotipados pelos quais a medicina no Brasil ainda é vista, pois não se tem levado em consideração a proposta de humanizar a saúde pública e nem a importância dos sujeitos em sua efetivação. Dois anos após o lançamento do programa, podemos analisar alguns impactos decorrentes de sua implantação conforme mostramos logo abaixo numa pesquisa feita pela Universidade Federal de Minas Gerais:

**Figura 1 – Avaliação do Programa Mais Médico.**



Fonte: Estação de pesquisa de sinais de mercado - EPSM.



**Figura 2 – Grau de escassez de médicos em Atenção Primária.**

**Fonte: Índice de escassez em atenção primária - Estação de pesquisa de sinais de mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG.**

Notamos que o nível de aprovação do programa encaixa-se num contexto bem mais amplo quando se fala em saúde pública, pois os municípios beneficiados tem tido alterações na área da Atenção Básica, mantendo um bom atendimento e distribuição de médicos voltados principalmente à humanização, fato que tem feito com que os pacientes atendidos deem sua aprovação. A humanização ainda está como um dos principais quesitos para que tenhamos uma saúde pública de qualidade, garantida como direito ao povo brasileiro.

Os desafios e avanços decorrentes da implantação do Programa Mais Médicos, portanto, precisam ser avaliados em concordância com a ESF e como vem exercendo mudanças em nosso país. Nesse sentido, o estado do Ceará é pioneiro na luta para tornar a saúde pública mais humanizada, como veremos adiante.

## **2.2 Programa Saúde da Família no Ceará (PSF): mudanças e desafios.**

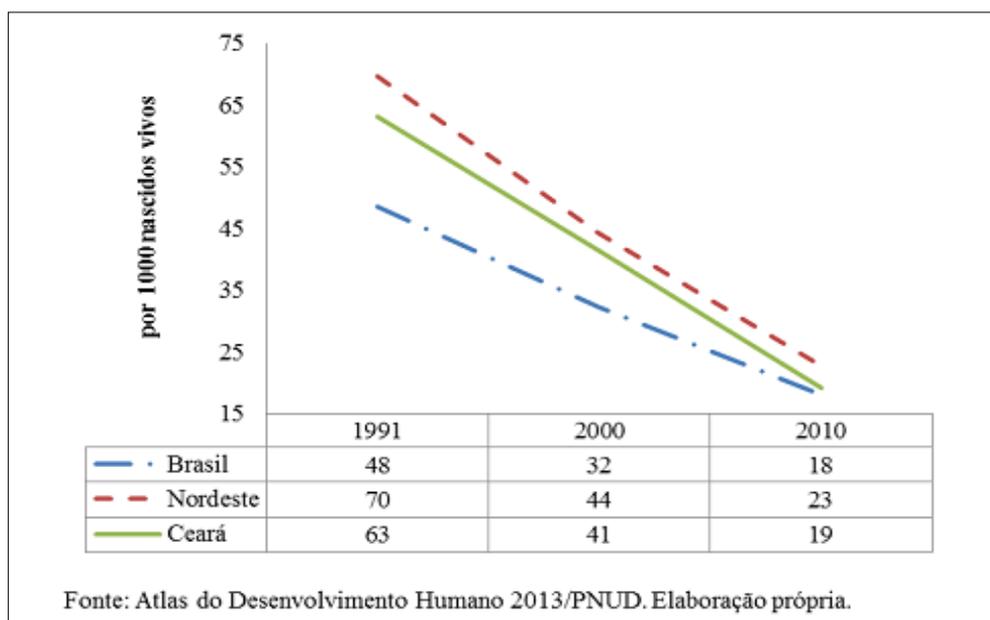
As primeiras estratégias ligadas à expansão da saúde pública no Brasil acontecem no estado do Ceará, assolado na época pela seca, com a implantação do PACS (Programa Agentes Comunitários de Saúde) em 1991, como precursor do PSF (Programa Saúde da Família) que é implantado em 1994. A saúde pública até então era vista de forma fragmentada em seu atendimento, não havendo equipes de

profissionais trabalhando conjuntamente para que o cuidado com a saúde fosse visto não somente no âmbito da medicina curativa, mas sobretudo preventiva, como atualmente é enfatizada, passando assim de um modelo pautado no foco às doenças para um modelo de assistência visando à prevenção na atenção básica.

O município de Quixadá foi o pioneiro nessa implantação, seguida por Beberibe, pois se vê na atenção básica uma via aberta para a propagação de diversas doenças e por isso, onde deveria haver uma maior preocupação no que se refere à prevenção e posteriormente agregado a essa lógica um cuidado humanizado.

O combate à mortalidade infantil tem se constituído como um dos pontos mais fortes do ESF no Ceará, segundo os gráficos abaixo:

**Figura 3 - Taxa de Mortalidade Infantil para Menores (por mil nascidos vivos) de 1 Ano**

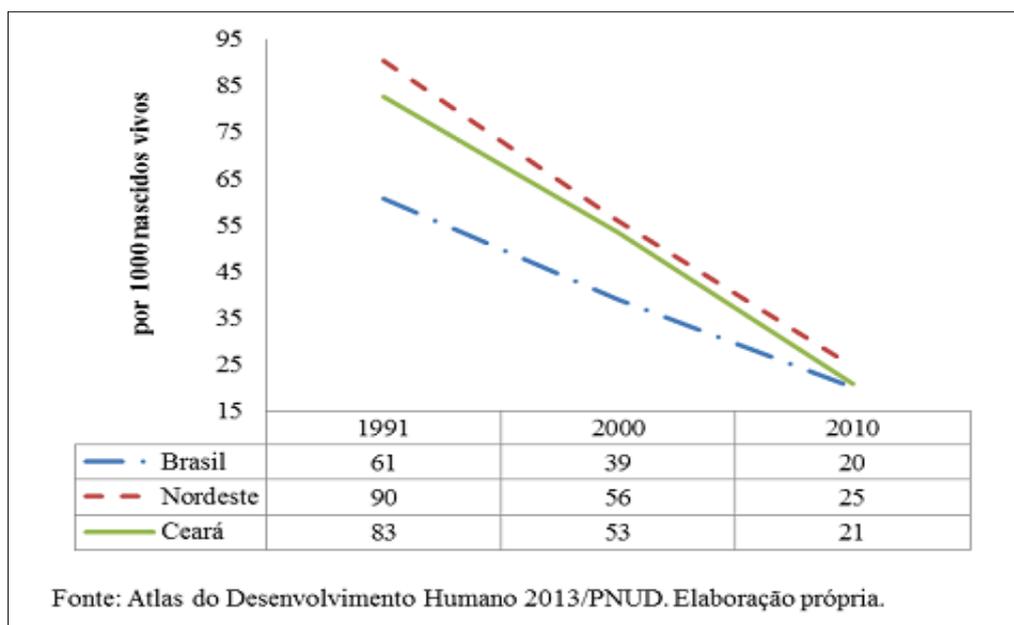


de Vida – Brasil, Nordeste e Ceará.

Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE).

A redução da mortalidade infantil é visivelmente constante no Brasil, sendo ainda mais enfática no Ceará, aproximando-se cada vez mais do nível nacional e sendo ainda mais expressiva no segundo gráfico, na faixa etária das crianças menores de cinco anos.

**Figura 4 - Taxa de Mortalidade Infantil para Menores (por mil nascidos vivos) de 5 Anos de Vida – Brasil, Nordeste e Ceará.**



**Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE).**

A proposta do Ministério da Saúde é que todas as regiões do Brasil tenham uma cobertura de 100% em seus territórios, no Ceará contamos atualmente com 80% de cobertura, que conseqüentemente somam-se as frequentes dificuldades que aparecem, desde a falta de médicos em regiões interioranas a improbidades administrativas de alguns municípios.

No ano de 2013 contamos com a ampliação das equipes de saúde da família com o objetivo de reduzir as desigualdades regionais e oferecer uma atenção maior às populações, em especial do interior nordestino. Em 2012 a Estratégia Saúde da Família completou 20 anos, mantendo como slogan primordial a humanização no tratamento dos pacientes. Nesse contexto, o Programa Mais Médico aparece como forte aliado nessa cobertura, pois se espera que áreas socialmente mais vulneráveis sejam as que possuam uma maior cobertura. Dentre essas áreas, a cidade de Mulungu entra nesse cenário e torna-se uma boa fonte para a pesquisa.

### 3. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MULUNGU: AVANÇOS E DESAFIOS.

*“O que fazemos por nós mesmos morre conosco. O que fazemos pelos outros e pelo mundo permanece e é imortal.”*

*(Albert Pine)*

**Figura 5 – Localização de Mulungu-Ce.**



**Fonte: Google Maps.**

A cidade de Mulungu data do final do século XVIII, período em que muitos romeiros pertencentes a várias cidades do Ceará formavam caravanas para irem à cidade de Canindé aos tradicionais festejos de São Francisco de Assis. Com o passar dos anos, esses mesmos aventureiros passaram a construir cabanas próximas a árvores denominadas de pés de Mulungu, depois dessas cabanas foram feitas casas e com base em uma pequena vila é formado o distrito de Mulungu, ficando nessa época sob tutoria do município de Pacoti, até tornar-se independente em 14 de março de 1947. A principal fonte de renda na cidade, por muito tempo, era proveniente da produção de café.

O município conta atualmente com uma população estimada em 11.684 habitantes, de acordo com o último censo do IBGE, apresentando características condizentes com a implantação do Programa Mais Médicos, como notamos logo abaixo:

**Tabela 2 – Índices de Desenvolvimento do Município de Mulungu.**

| Índices de Desenvolvimento                                   |       |  |                    |  |
|--|-------|--|--------------------|--|
| Índices  | Valor |  | Posição no ranking |  |
| Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) – 2010             | 19,79 |  | 102                |  |
| Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – 2010                | 0,607 |  | 107                |  |
| Índice de Desenvolvimento Social de Oferta (IDS-O) – 2009    | 0,404 |  | 51                 |  |
| Índice de Desenvolvimento Social de Resultado (IDS-R) – 2009 | 0,494 |  | 85                 |  |

Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

População extremamente pobre: (com rendimento domiciliar *per capita* mensal de até R\$ 70,00) - 2010

| Discriminação | População extremamente pobre |       |           |       |
|---------------|------------------------------|-------|-----------|-------|
|               | Município                    | %     | Estado    | %     |
| Total         | 3.426                        | 29,83 | 1.502.924 | 17,78 |
| Urbana        | 797                          | 18,99 | 726.270   | 11,44 |
| Rural         | 2.629                        | 36,08 | 776.654   | 36,88 |

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo Demográfico 2010.

**Fonte: Instituto de pesquisa e estratégia econômica do Ceará (IPECE).**

**Tabela 3 – Emprego e Renda.**

| Saldo de empregos formais - 2013          |                           |            |       |           |            |        |
|---|---------------------------|------------|-------|-----------|------------|--------|
| Discriminação                             | Saldo de empregos formais |            |       |           |            |        |
|   | Município                 |            |       | Estado    |            |        |
|   | Admitidos                 | Desligados | Saldo | Admitidos | Desligados | Saldo  |
| Total das Atividades                      | 35                        | 32         | 3     | 579.568   | 524.755    | 54.813 |
| Extrativa Mineral                         | -                         | -          | -     | 1.544     | 1.091      | 453    |
| Indústria de Transformação                | 1                         | -          | 1     | 108.482   | 101.727    | 6.755  |
| Serviços Industriais de Utilidade Pública | -                         | -          | -     | 1.998     | 1.451      | 547    |
| Construção Civil                          | -                         | -          | -     | 85.629    | 78.661     | 6.968  |
| Comércio                                  | 21                        | 18         | 3     | 126.026   | 112.798    | 13.228 |
| Serviços                                  | 9                         | 2          | 7     | 211.108   | 190.219    | 20.889 |
| Administração Pública                     | -                         | -          | -     | 1.970     | 1.608      | 362    |
| Agropecuária                              | 4                         | 12         | -8    | 14.898    | 14.181     | 717    |

Fonte: Ministério do Trabalho (MTb) – CAGED.

**Fonte: Instituto de pesquisa e estratégia econômica do Ceará (IPECE).**

A cidade de Mulungu está inserida num perfil ainda muito comum em algumas regiões do Nordeste brasileiro, apresentando um baixo índice de desenvolvimento humano e com isso muitos desafios a serem enfrentados, principalmente no que tange ao quadro da saúde pública. Nesse sentido é que a ESF propõe-se a atuar de forma concisa no combate, não somente de doenças físicas, mas também no cuidado humanizado, melhorando os indicadores na saúde.

O atendimento na atenção básica em Mulungu está distribuído na atuação de cinco equipes de saúde da família, sendo as equipes compostas por médicos, enfermeiras, dentistas, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde,

fazendo a cobertura da população e contribuindo assim na melhoria dos indicadores da saúde do município, conforme demonstrado abaixo.

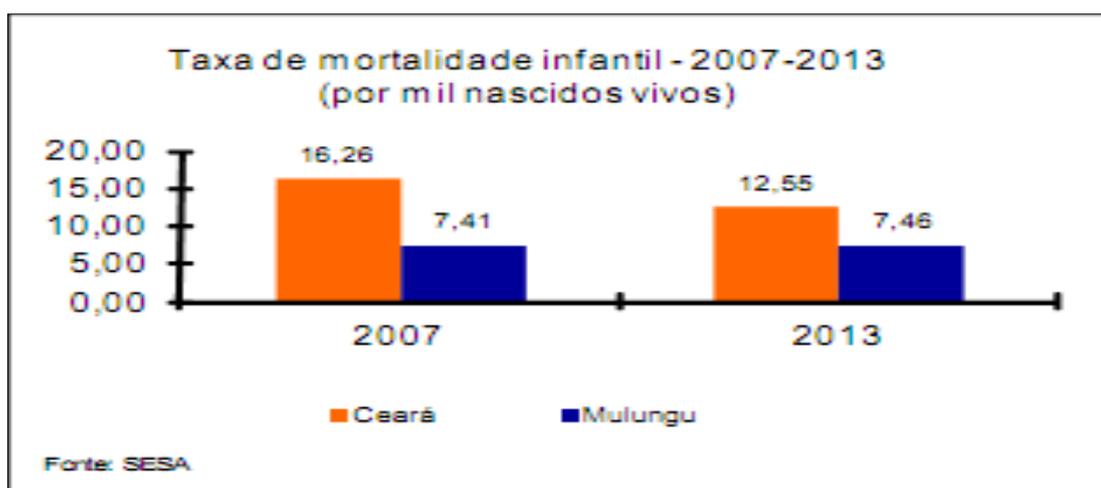
**Tabela 4 – Indicadores de Saúde.**

| Discriminação  | Principais Indicadores de Saúde |         |
|--|---------------------------------|---------|
|  | Município                       | Estado  |
| Médicos/1.000 hab.                                       | 1,39                            | 1,27    |
| Dentistas/1.000 hab.                                     | 0,49                            | 0,34    |
| Leitos/1.000 hab.  | 0,74                            | 2,37    |
| Unidades de saúde/1.000 hab.                             | 0,66                            | 0,42    |
| Taxa de internação por AVC (40 anos ou mais)/10.000 hab. | 21,77                           | 28,28   |
| Nascidos vivos   | 134                             | 124.583 |
| Óbitos   | 1                               | 1.564   |
| Taxa de mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos        | 7,46                            | 12,55   |

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA).

Fonte: Instituto de pesquisa e estratégia econômica do Ceará (IPECE).

**Figura 6 – Taxa de Mortalidade Infantil.**



Fonte: Instituto de pesquisa e estratégia econômica do Ceará (IPECE).

A taxa de mortalidade infantil como visto acima, ainda requer atenção, pois mesmo contando com a atuação das equipes de saúde da família, a cidade tem desafios e metas a alcançar a fim de obter mudanças mais significativas nesse quesito. A municipalização nesse contexto, também exerce grande influência, pois de acordo com Gouvêa *et al* apud Magalhães (2011):

A municipalização da assistência no Brasil, transferiu às autoridades municipais e à comunidade local a responsabilidade de definir os rumos e as prioridades dos programas de saúde em cada município. Para eles essa foi uma medida inteligente e necessária, uma vez que ninguém melhor do que o prefeito, os vereadores e a própria comunidade para decidirem sobre

como aplicar os recursos de saúde, de acordo com as necessidades percebidas pela população. (MAGALHÃES, Patrícia Lima, 2011, p. 28)

A responsabilidade das autoridades municipais, portanto, permite que o quadro da saúde pública evolua ou decline, tornando-se assim um grande desafio a ser também enfrentado contribuindo para o atual quadro da saúde pública brasileira, pois quando os recursos repassados pelo Ministério da Saúde são devidamente utilizados na atenção básica, havendo responsabilidade primeiramente com a prevenção e com o bem estar da população, notaram repercussões também a nível nacional. Após nos determos anteriormente no contexto histórico da saúde pública brasileira, passando pela explanação do que consiste o Programa Mais Médico tendo como eixo principal de análise a humanização na saúde pública, passaremos agora a analisar de forma mais concisa esses elementos na UBS da pesquisa em questão.

### **3.1 Assentamento dos Bastiões: conhecendo o campo de pesquisa.**

O assentamento dos Bastiões, hoje conhecido como sítio Bastiões, é uma pequena comunidade localizada a 2 km de distância do centro da cidade de Mulungu. A comunidade atualmente atendida pelo Programa Mais Médico conta com uma população estimada em pouco mais de 500 famílias.

A existência da comunidade data do ano de 1998, nesse período, algumas famílias sem moradia fixa construíram barracas em terras que não tinham uso, passando por muitas dificuldades até poderem construir suas casas, principalmente durante o inverno, conforme foi relatado durante as entrevistas realizadas. O nível socioeconômico de boa parte das famílias provém de programas assistenciais como o Bolsa família.

A comunidade conta também com o auxílio do programa Minha casa, Minha vida, que no mês de dezembro de 2015 beneficiou 21 famílias. Atualmente, as principais queixas da população referem-se ao fato de não terem um lugar fixo para o atendimento médico da Unidade Básica de Saúde, sendo atendidos provisoriamente em uma casa alugada, até que seja inaugurada a UBS, que ainda está em fase de construção. O acompanhamento da população na área da saúde, embora tenha enfrentado essas dificuldades, mostra-se favorável, conforme os

relatos das famílias entrevistadas, expondo que nunca foram barradas quando necessitaram de atendimento.

O assentamento conta com uma população crescente de jovens e adolescentes, outro fator relevante nessa comunidade é o fato de boa parte das famílias não serem constituídas em relações estáveis, fazendo com que muitas mulheres assumam sozinhas o papel de responsáveis por seus lares, tanto na questão da educação de seus filhos como no sustento financeiro de suas casas.

A saúde pública, sem dúvidas, exerce um papel de suma importância em nossas vidas e está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento social e cultural de um lugar, como no caso dessa comunidade em que percebemos a soma de vários fatores, não se restringindo apenas a nível econômico, conforme nos deteremos na análise das entrevistas e suas implicações para efeitos dessa pesquisa.

### **3.2 Entre a teoria e a prática: análises e percepções do outro.**

A humanização como podemos notar, é a formação de um vínculo capaz de transformar as relações entre diversas pessoas, envolvendo nessa perspectiva um elemento essencial que é a empatia, ou seja, a capacidade de se imaginar no lugar do outro, de sentir sua dor e com isso poder ajudar, no caso da saúde oferecendo um cuidado digno e, portanto, humanizado. Nesse sentido, o conceito de empatia segundo Hoffman apud Camino, Sampaio e Roazzi (2009) é também compatível com um sentimento de altruísmo, em que se tem maior preocupação com a dor alheia do que com a própria, nos fazendo ter um sentimento de pesar pelo sofrimento do outro, influenciando inclusive na área fisiológica e, principalmente, psicológica.

A compreensão do outro nos faz pensar na maneira como enxergamos o conceito de sociedade, e nesse sentido, a análise do sociólogo Norbert Elias sobre as redes de interdependências formadas nessa “Sociedade dos indivíduos” (1992), se faz bastante relevante, pois para ele a sociedade é vista como uma imensa teia, em que cada indivíduo está envolvido e se influenciam através de suas ações e, portanto, não é uma pessoa em particular que mantém essa teia funcionando. Fato esse ressaltado também por Carneiro (2001), que segundo ele: “[...] o social é um conjunto de relações. O grupo é um todo relacional. O que o constitui é o conjunto

das relações que se estabelecem, em todo o momento, entre o conjunto de elementos que o compõe” (p.3). Nessa gama de relações passamos a perceber diversos elementos quando nos detemos na análise de uma pequena comunidade.

Norbert Elias e John L Scotson (2000) nos trazem por meio de sua pesquisa, numa pequena comunidade da Inglaterra na década de 1950, de nome fictício Winston Parva, vários elementos importantes para compreendermos como são estabelecidas relações hierárquicas, que muitas vezes podem estar dissociadas do caráter econômico e ter suas razões em outras fontes, como o fato de pertencer por um longo período de tempo a um determinado lugar.

Através de pesquisas, entrevistas e dados estatísticos, eles procuraram compreender o funcionamento da configuração estabelecida naquela pequena comunidade, como a violência, a discriminação, estigmatização, dentre outras. Winston Parva dividia-se em três zonas: na zona 01 moravam pessoas com um grau maior de ascensão econômica, enquanto nas zonas 02 e 03 residiam operários de fábricas locais. Embora nessas duas últimas não houvesse grandes diferenças a nível econômico, existia discriminação dos habitantes das zonas 01 e 02 quanto aos da zona 03, pelo fato desses serem recém-chegados à região, enquanto os demais ali viviam por bastante tempo. No estudo percebeu-se que o alto grau de coesão por parte dos habitantes das zonas 01 e 02 era um dos fatores que influenciava em vários aspectos da forma de convivência na comunidade e também funcionava como elemento de exclusão, para com aqueles que viviam de forma diferente.

Partindo da análise de Elias e voltando à pesquisa em questão, também podemos perceber que no caso da saúde pública e os indivíduos que a compõem há igualmente a formação de um vínculo ímpar, ainda que muitas vezes imperceptível somado a diversos fatores, fazendo com que pacientes e médicos interliguem-se na busca e efetuação de uma saúde de qualidade.

Procurando compreender esses fatores, realizaram-se entrevistas baseadas em questionários semiestruturados, acreditando ser esse um meio muito relevante, pois na análise dessas relações é fundamental ouvir o que os sujeitos abordados na pesquisa têm a dizer, de forma a contribuir nessa discussão, uma vez que: “A essas pessoas, damos voz, não por caridade, mas por convicção de que têm coisas a dizer. E essa voz não é monológica, é dialógica” (URIARTE, 2012).

Refletindo ainda sobre o quesito de Humanização que embasa essa pesquisa, tem-se como ponto primordial a importância dos indivíduos na constituição dessas redes de relações, pois:

O que costumamos denominar 'ponto de vista do nativo', não deve jamais ser pensado como atributo de um nativo genérico qualquer, negro, de classe popular, ilheense, baiano, brasileiro ou uma mistura judiciosa de tudo isso. Trata-se sempre de pessoas muito concretas, cada uma dotada de suas particularidades, e sobretudo, agência e criatividade. (GOLDMAN apud URIARTE, 2003. p.5)

Na primeira etapa da pesquisa foi feita entrevista com a médica Mirolaisi Barallobre Mendoza, médica cubana que chegou a cidade de Mulungu em novembro de 2013, formada em medicina geral integral, atuou também em outros países como Paquistão (durante um terremoto) e Venezuela (Programa Bairro à dentro). A entrevista foi realizada no período vespertino, na casa da enfermeira da UBS em que ela atua num clima de muita descontração, sendo-nos oferecida até uma boa xícara de café. Tendo apresentado a mim e o tema da pesquisa, falamos um pouco de sua chegada à cidade, dentre alguns aspectos, ela me falou de sua dificuldade com a adaptação da língua portuguesa, que com o tempo foi amenizada com a ajuda da enfermeira de sua área de atuação, com quem mantém uma ótima relação de amizade.

O atendimento médico implica em situações que muitas vezes não se prendem a regras fixas, como a médica relatou quando questionei sobre o que ela considerava essencial em seu atendimento, ela falou: “Não gosto de dizer não quando sou procurada por pacientes, não pode faltar comunicação e principalmente humanização, entender o que o paciente está necessitando”. E prossegue sobre a relação que mantém com seus pacientes e sua equipe: “Tenho uma boa relação ligada não só ao atendimento, mas até relação de amizade, tive muita ajuda da enfermeira e de toda equipe mesmo sem ter um lugar próprio para funcionamento da UBS”.

Essas respostas nos fazem refletir sobre a importância das redes de interdependência que constituímos com as pessoas que nos cercam, nesse caso é visível o entrelaçamento necessário entre médico e paciente, para que se tenha um tratamento humanizado na rede pública. A saúde pública brasileira, ao longo dos anos como temos visto até aqui, tem passado por uma série de adaptações e criado

estratégias para alcançar todas as camadas sociais, no entanto, ainda enfrenta muitas dificuldades em sua expansão, quer seja pela burocracia do sistema público no que se refere a tratamentos especializados ou pela improbidade administrativa dos entes responsáveis, quer a nível federal, estadual ou municipal.

Nesse sentido, retorno à entrevista com a médica, onde dessa vez pergunto qual a sua percepção a respeito da saúde pública ao ingressar em outro país. Ela cita que:

Há grande diferença entre a saúde pública brasileira e a cubana, pois há muita burocracia no Brasil, principalmente nos encaminhamentos para especialistas, os pacientes muitas vezes tem que pagar os exames e esse não é nosso objetivo, nós queremos resolver os problemas deles, em Cuba, saúde pública é tudo de graça (MIROLAISI, 2015).

As filas de espera na rede de saúde pública no Brasil, somado a outros fatores, realmente tem dificultado o acesso a tratamentos necessários e deixado muitas famílias sem assistência, por não terem condições de pagar suas consultas e eventuais exames. Dr<sup>a</sup>. Mirolaisi também faz referência a essas dificuldades, nas palavras dela:

Há dificuldades no Brasil quando não há assistência para a realização do trabalho, lugar apropriado, material de trabalho... Inicialmente quando começou o programa falaram que tinha tudo, todas as condições. (MIROLAISI, 2015)

O Programa Mais Médicos, conforme notamos no segundo capítulo, faz parte de uma estratégia que visa diminuir essas carências através de investimentos na rede pública de saúde, que na visão da entrevistada:

O programa ajuda o Brasil, é uma fase para melhorar o serviço público [...] não está perfeito com todas as condições que tem que ter, mas ainda está na primeira etapa, é um processo gradual, tem que continuar aperfeiçoando. (MIROLAISI, 2015)

Os fatores econômicos sem dúvidas são relevantes nessas observações, mas não podemos considerá-los determinantes, pois como temos visto a humanização, a forma como pacientes são tratados influencia igualmente na expansão e oferta de um serviço público de qualidade. E nesse aspecto, a visão de superioridade entre médicos e pacientes enraizada em nossa cultura precisa ser

desmistificada, pois quanto mais forte o vínculo formado entre ambos, mais possibilidades terão de ver mudanças num quadro tão carente de pessoas que enxerguem no outro não somente mais um corpo sentado em um consultório médico, mas alguém com necessidades singulares em busca muitas vezes de um simples bom dia dado com atenção.

A próxima fase da pesquisa consiste nas entrevistas realizadas com famílias assistidas pelo Programa Mais Médico, até aqui temos percebido a importância da humanização na saúde pública brasileira, mas nada como ouvir de quem vivencia em seu cotidiano suas reais necessidades e anseios sobre esse tema conforme veremos logo abaixo.

### **3.3 Saúde e Humanização: perspectivas de um entrelaçamento necessário.**

A saúde enquanto conceito de bem estar não somente físico, mas sobretudo psicológico, em que há um constante fluxo e refluxo de pessoas em busca de soluções para os males da vida, nos faz pensar na importância que o cotidiano exerce em nossas vidas, pois é no dia a dia que ocorrem mudanças significativas que moldam nosso futuro. Nesse aspecto, são relevantes as observações de Martins (1998) ao traçar uma linha tênue entre as várias áreas de conhecimento sociológico e as desilusões que as mesmas exerceram para aqueles que nelas depositaram sua esperança, fazendo com que o cotidiano outrora ignorado se tornasse um refúgio e também nova fonte de descobertas, pois:

“Se a vida de todo o dia se tornou o refúgio dos céticos, tornou-se igualmente o ponto de referência das novas esperanças da sociedade. O novo herói da vida é o homem comum imerso no cotidiano.” (MARTINS, 1998, p.2)

Na estreita relação da saúde e humanização enquanto política pública, percebemos igualmente a importância das pessoas imersas em seu cotidiano, dando sentido a dimensões tão complexas em suas mais diversas configurações e para efeitos dessa pesquisa, o senso comum nos forneceu percepções ímpares para compreendermos essa ligação necessária.

A segunda etapa da pesquisa consistiu em entrevistas realizadas com quatro famílias do assentamento dos Bastiões. As três primeiras foram feitas no domingo

pela manhã, pois nesse dia foi possível encontrar as famílias reunidas, a aproximação com elas deu-se por intermédio de colegas de trabalho, agentes comunitárias de saúde que fazem a cobertura dessa área de abrangência.

A primeira entrevista foi realizada no domingo pela manhã com Maria<sup>1</sup>, funcionária pública no município, trabalha como gari, vive em uma relação consensual, tem 31 anos e duas filhas. A entrevista foi realizada na residência vizinha, onde sua mãe reside, pois sua casa estava em reforma. Inicialmente, lhe foi explicado o tema da pesquisa, perguntando-lhe se concordava em conceder uma entrevista. Após sua confirmação positiva, falamos um pouco de sua visão a respeito da saúde pública em Mulungu, em especial enquanto moradora no assentamento.

Dentre algumas perguntas, questionei-a sobre o que ela considera essencial no atendimento médico, que segundo ela tem que ter: “Prioridade, saber receber bem os pacientes”. Em seguida, perguntei o que ela achou da nova médica e como foi ser atendida por ela, respondendo: “É uma boa médica, respeita a gente, é muito paciente, atende mesmo sem estar em um consultório se a gente precisar”.

Sobre o Programa Mais Médicos, quando lhe perguntei se já tinha ouvido falar, se sabia o que era, ela respondeu que não tinha conhecimento, então expliquei os objetivos do Programa e lhe falei que a médica que a atendia veio por meio dele.

Baseada nessa pergunta questionei se havia mudanças no quadro da saúde pública em Mulungu depois do Mais Médicos e ela respondeu que sim, principalmente devido o atendimento da nova médica, de acordo com ela “Houve mudança sim, tem atendimento todo mês, antes se a gente precisasse tinha que ir no hospital, mesmo se a gente para ela na rua, ela chama num cantinho e ajudando o diagnóstico”.

A Humanização conforme notamos no decorrer da pesquisa e durante as entrevistas faz toda diferença quando falamos em saúde pública de qualidade, pois a forma como pacientes são tratados reflete na melhoria de um sistema tão carente de humanidade.

A segunda entrevista foi realizada na casa de Francisca, também no domingo pela manhã. Dona de casa, trabalha como doméstica pra dar sustento à sua família, tem 51 anos e cinco filhos, a mesma é mãe da primeira entrevistada. Apresentei-me e falei sobre minha pesquisa e se ela aceitava participar, tendo sua

---

1 Os nomes utilizados são pseudônimos para proteger a identidade dos entrevistados.

confirmação iniciei pelo atendimento médico e o que ela considera essencial nele, respondendo que é a “Atenção da doutora, Graças a Deus ela atende bem”.

Sobre a nova médica, as duas filhas que residem com a mesma relataram suas percepções, dizendo que “Ela atende bem, faz bastantes perguntas, não é como outros médicos que só olham pra gente e passam a receita”. Prosseguindo a entrevista, perguntei se já tinham ouvido falar do Programa Mais Médico e elas responderam que viram na televisão, sendo que para uma das filhas é “Aquele lançado pela Dilma”.

Finalizei perguntando se tinham notado mudanças no atendimento médico depois da vinda da médica, e Francisca respondeu que “Mudou pra melhor, temos atendimento todo mês”.

O fato de ser bem tratadas reflete nas falas dessas mulheres como a saúde nem sempre está ligada a condições favoráveis, mas, sobretudo, a disposição e principalmente a empatia pelo outro, fatores que nos fazem pensar e lutar por uma sociedade mais justa e humanizada.

Na terceira entrevista, tive a participação de João, casado com Paula, tendo respectivamente 48 e 43 anos, eles residem próximos às demais entrevistadas. João falou um pouco de sua experiência como morador na localidade, desde o período em que ainda não haviam casas construídas, nesse período, na terra até então sem uso, muitas famílias incluindo a sua fizeram barracas improvisadas, que com o passar do tempo deram lugar às casas em que hoje eles residem.

O atendimento médico para eles é muito importante, pois ambos têm hipertensão arterial e João, além disso, é diabético. A entrevista foi iniciada como as demais, falei sobre o tema da pesquisa e ambos concordaram em responder as perguntas. Segundo eles, o atendimento é muito bom, todos os meses são bem acolhidos e recebem seus medicamentos. Para João, o atendimento da nova médica é muito bom, por que “Ela conversa com a gente, ela dá atenção à gente, por não ser brasileira, né?”.

Eles também só ouviram falar do Programa Mais Médico pela televisão, mas não souberam explicar do que se tratava. A respeito das mudanças com o atendimento da médica, relataram estarem muito satisfeitos, para Paula a vinda da nova médica melhorou muito a forma de atendimento, já para João há uma diferença

entre o atendimento de um médico brasileiro e de um estrangeiro, segundo ele “Os médicos brasileiros não atende a gente bem não, às vezes são ignorantes, os médicos desse programa ai atende bem”.

Mais uma vez podemos notar nesses depoimentos a importância do bom tratamento oferecido aos pacientes, refletindo em seu bem estar físico e emocional, uma vez que gostamos de ser bem tratados e nos sentimos bem quando acolhidos com atenção.

A quarta entrevista foi realizada em uma sexta-feira, no período vespertino com a família de Cláudia. Ela tem 44 anos, casada e mãe de três filhos, assim como nas demais, apresentei-me e falei sobre o tema de minha pesquisa, tendo uma ótima recepção, nos dirigimos à sala de estar e iniciamos a entrevista. Para minha surpresa quando comecei as indagações sobre a percepção deles a respeito da saúde pública em sua localidade com o atendimento da médica estrangeira, ouvi relatos totalmente opostos aos anteriores, questionada a esse respeito, Cláudia falou que não gostou do atendimento da médica, pois segundo ela: “Ela nem sabe falar direito e não trata a gente bem”.

Prosseguindo, a filha que está gestante também compartilha da opinião da mãe e relatou que só vai para o atendimento porque “não tem outro jeito”, além de ser próximo à sua casa. Esses relatos me surpreenderam, pois até o momento tinha ouvido opiniões contrárias, mas com isso é possível perceber que não há somente uma forma de analisarmos a saúde pública e que é preciso atentar para os diversos fatores que influenciam em sua efetuação, sendo estes bons ou não.

Na compreensão das entrevistadas acima, a linguagem torna-se um fator importante no atendimento, uma vez que elas queixaram-se de não ter diálogo. Quando perguntei se já tinham ouvido falar do Programa Mais Médico, elas disseram que ouviram só pela televisão, mas não sabiam do que se tratava e que com sua implantação não viram mudanças, pois a UBS em que são atendidas não oferece condições dignas para médicos e pacientes.

Por fim, na análise das entrevistas percebe-se que há diversos fatores como a falta de estrutura e locais apropriados para um bom funcionamento de uma UBS e, sobretudo, um cuidado humanizado oferecido aos pacientes, fator esse visto até aqui como um dos mais requisitados, por isso, a humanização torna-se indispensável quando falamos em saúde pública, pois não é algo abstrato, mas consiste também numa relação ímpar e num vínculo capaz de transformar vidas.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Enquanto houver vontade de lutar haverá esperança de vencer.”*

*(Agostinho de Hipona)*

A importância da humanização na saúde pública como podemos notar torna-se no cenário atual um dos eixos mais relevantes na concretização da oferta de uma saúde de qualidade, em que se possa olhar para o outro e não somente ver suas necessidades, mas senti-las. A empatia enquanto conceito nos remete à ideia de nos colocarmos no lugar do outro e tentar compreender seus anseios e sofrimentos e nesse aspecto, as dores da alma por vezes se sobrepõem às do corpo fazendo com que este adoença.

A Estratégia Saúde da Família tem se tornado essencial na luta pela preservação de um sistema fragilizado como é o SUS e oferecido por meio de alguns programas, como o Mais Médico, a oportunidade do encontro com o novo e a esperança de dias melhores. A atenção somada à dignidade faz com que outros fatores até passem despercebidos quando falamos em atendimento na saúde pública e com isso percebemos o quão gritante se faz hoje necessário abraçarmos a causa da humanização, sabendo que mais cedo ou mais tarde seremos surpreendidos por sua existência ou não em alguma eventualidade.

Sabemos que assim como num quebra-cabeça, é preciso que todas as partes estejam em seus lugares adequados e exercendo suas funções também nesse aspecto da saúde, suas partes precisam ser vistas como tendo cada uma seu lugar, sem sobreposição de uma em detrimento das demais e para isso é necessário investimento em outras áreas como educação e infraestrutura. Por fim, espero ter colaborado na análise de um tema ainda pouco discutido, no caso, o Programa Mais Médico, e ofertado minha contribuição enquanto profissional da saúde e estudante universitária, sabendo que as percepções aqui apresentadas não são e nem poderiam ser absolutas e determinantes no assunto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 3 ed. 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008a. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/8962-documentos-da-pnh>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

CAMINO, Cleonice Pereira dos Santos; SAMPAIO, Leonardo Rodrigues; ROAZZI, Antonio. **Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia**. *Psicologia, ciência e profissão*, n. 29 (2). 2009, p. 212 - 227.

CARNEIRO, Deivy Ferreira. **Interacionismo e interdependência: Uma breve análise das contribuições de Norbert Elias para a história social**. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/lahes/files/2010/03/c1-a16.pdf>>. Acessado em: 03 mai. 2015.

CARVALHO, Igor. **Jornalista causa revolta ao afirmar que médicas de Cuba “têm cara de empregada doméstica”**. Publicado em: 27.08.2013. Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/2013/08/27/jornalista-causa-revolta-ao-afirmar-que-medic-as-de-cuba-tem-cara-de-empregada-domestica/>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

COSTA, Ana Maria, LIONÇO, Tatiana. **Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902006000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902006000200006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 out.2014.

COSTA, Simone Gomes. **A equidade na saúde Brasileira: Uma análise da política nacional de saúde integral da população negra**. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/96161/000917549.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 19 out. 2014.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1992, p. 193.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FLEURY, Sônia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: Do Brasil- Colônia a 1930**. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem\\_politicas\\_saude\\_publica\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf). Acesso em: 19 out. 2014.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Classes, raças e democracia**. 2 ed. São Paulo: Editora 34, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Perfil Básico Municipal 2014 - Mulungu/Ceará**. Disponível em: <[http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil\\_basico/pbm-2014/Mulungu.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm-2014/Mulungu.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). Enfoque Econômico Nº 81. Publicado em: Outubro de 2013. **Comparando as Taxas de Mortalidade Infantil dos Estados Brasileiros entre 1991 e 2010**. Disponível em: <[http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/enfoqueeconomico/EnfoqueEconomicoN81\\_10\\_10\\_2013.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/enfoqueeconomico/EnfoqueEconomicoN81_10_10_2013.pdf)>. Acesso em: 04. mar. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Distribuição desigual de médicos**. Carta Capital. Publicado em: 28.08.2013. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/participacao/noticiasmidia/direitos-humanos/786-distribuicao-desigual-de-medicos-no-brasil>>. Acesso em: 29. Abr. 2016.

MAGALHÃES, Patrícia Lima. **Programa saúde da família: uma estratégia em construção**. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.

MALLMANN, Marcela Cockell. **Pelos becos e pela avenida da belle époque carioca**. SOLETRAS Ano X, Nº 20, jul./dez.2010. São Gonçalo: UERJ, 2010. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/soletras/article/view/5168/3791>>. Acesso em: 19 out. 2014.

MARTINS, José de Souza. **O senso comum e a vida cotidiana**. *Tempo Social*, São Paulo, vol.10, n.1. P.1-8, mai.1998.

MATTA, Roberto da. **O que é o Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2004. PASCHE, Dário Frederico, PASSOS, Eduardo. **A importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/cedap/images/Arquivos/Importancia\\_humanizacao\\_SUS.PDF](http://www.saude.ba.gov.br/cedap/images/Arquivos/Importancia_humanizacao_SUS.PDF)>. Acesso em: 19 mar. 2016.

SANTOS, Joel Rufino dos. **O que é racismo**. 4 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças**. São Paulo: Companhia das letras, 1993.

SILVEIRA, Cláudia Hausman. **Falando de modelos de assistência à saúde e do programa de saúde da família do Ministério da saúde- Brasil**. *R. Inter. Interdisc. INTERthesis*, Florianópolis, vol. 05, p. 78-103, Jan./ Jul. 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Faculdade de Medicina - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON). **Dados estatísticos da estação de pesquisa de sinais de mercado (epsm/nescon/fm/ufmg) sobre o impacto do Programa Mais Médicos no cenário de escassez de médicos em Atenção Primária no Brasil.** Publicado em: Setembro de 2014. Disponível em: <[http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa\\_Andamento/Impacto\\_Programa\\_Mais\\_Medicos.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa_Andamento/Impacto_Programa_Mais_Medicos.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Faculdade de Medicina - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON). **A saúde antes e depois do Programa Mais Médicos.** Publicado em: 14.10.2014, 13h41min. Disponível em: <<http://brasildebate.com.br/a-saude-antes-e-depois-do-programa-mais-medicos/>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

URIARTE, Urpi Montoya. **O que é fazer etnografia para os antropólogos.** Disponível em: <<http://www.pontourbe.net/edicao11-artigos/248-o-que-e-fazer-etnografia-para-os-antropologos>>. Acesso em: 13 abr. 2014.