



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

# **A SUBJETIVIDADE DOS MÉDICOS E A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO**

**Darlene Rodrigues de Alcantara**

**Orientação: Thamar Araújo**

**Rio de Janeiro  
2006**

**A SUBJETIVIDADE DOS MÉDICOS E A HUMANIZAÇÃO  
NO ATENDIMENTO**

**Darlene Rodrigues De Alcantara**

**Trabalho de conclusão do técnico de Gestão Hospitalar da  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**

**Orientação: Thamar de Araújo**

**Rio de Janeiro  
2006**

Darlene Rodrigues de Alcantara

**A Subjetividade dos Médicos e a Humanização no Atendimento**

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Nota: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Tamar Silva de Araújo  
FIOCRUZ – EPSJV – LABGESTÃO

---

Prof.<sup>a</sup> Adriana Geisler  
FIOCRUZ – EPSJV – LABGESTÃO

---

Prof.<sup>a</sup> Luciana Gomes  
FIOCRUZ – EPSJV – LABGESTÃO

RIO DE JANEIRO  
2006

## **OFERECIMENTO**

Ofereço a Deus, o autor de minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora Tamar que  
demonstrou a maior paciência comigo.

Aos meus pais e familiares que aturaram meu mau humor.

Aos amigos e em especial a Paloma que me ajudou e  
incentivou a prosseguir em busca de meus objetivos.

**Nada é impossível de mudar**

*Na aparência singelo.  
E examinai, sobretudo, o que parece  
habitual.  
Suplicamos expressamente:  
Não aceiteis o que é de hábito  
Como coisa natural,  
Pois em tempo de desordem sangrenta,  
De confusão organizada,  
De arbitrariedade desumanizada,  
Nada deve parecer natural*

---

## RESUMO

Esse trabalho visa discutir algumas questões acerca dos aspectos gerais da relação médico-paciente elucidando conceitos de extrema importância como a produção de subjetividade do profissional de saúde médico, visto que temos tal profissão como o objeto de nossa pesquisa. Todavia, essa produção nunca é encontrada inalterada, ou seja, a subjetividade é constantemente modificada pelo meio em que vivemos e pelas pessoas que estão ao nosso redor. Portanto, tal conceito é ao longo do trabalho substituído pelo termo de intersubjetividade. A partir desse conceito, surge um outro, a alteridade. Para tanto, cito Bahktin: *O processo de autocompreensão só se pode realizar através da alteridade, isto é, pela aceitação e percepção dos valores do Outro*, ou seja, o outro é um ser, e por isso, o outro não é um objeto para um sujeito.

E a alteridade nos interessa quando nos referimos à relação médico-paciente, visto que esta relação interfere de várias formas no quadro de evolução do paciente. Há uma necessidade deste em si sentir sujeito e agente do processo junto ao médico, onde a dependência do profissional seja reduzida e assim, se tornando habilitado para se queixar e contribuir para seu tratamento, ao contrário daqueles pacientes ditos “obedientes” que só fazem é seguir o estipulado pelo médico sem ao menos ter o entendimento do motivo das recomendações do profissional de saúde médico. No entanto, não questionamos o saber técnico destes profissionais, pelo contrário, estes possuem total capacidade cognoscível, porém, desde que haja a preocupação com um atendimento humanizado.

Além desses conceitos, abordaremos o grau de influência de alguns elementos do processo capitalista na contribuição a conturbação emocional e psicológica e, em última instância, a produção de stress de que essa categoria vive nos seus atos diários de exercício profissional. Mas, para tal afirmação, aplicamos questionários a dez médicos de distintas especializações a fim de que fosse avaliado quantitativamente cada ponto chave proposto nessa monografia. Em vista de tantos critérios, buscamos não a apresentação de soluções mais de alerta para esse tema.

**Palavra-chave:** médicos, humanização, relação médico-paciente, representação social.

---

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. A HISTÓRIA DOS HOSPITAIS E DOS MÉDICOS.....	13
2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	18
3. CLASSE MÉDICA.....	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	50

## HISTÓRIA DO HOSPITAL E DOS MÉDICOS

*"Há homens que lutam um dia e são bons.  
Há outros que lutam um ano e são melhores.  
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.  
Porém, há os que lutam toda a vida.  
Esses são os imprescindíveis."*

Bertolt Brecht

## **INTRODUÇÃO**

A idéia inicial para a realização do presente trabalho se deve, em boa parte, ao período de nove meses em que, na posição de estagiária, presenciei a intensa rotina dos médicos num Hospital Geral de Bonsucesso. Com isso, despertou em mim um desejo de entender o processo de trabalho dos médicos e, conseqüentemente, do hospital.

Assim, nosso primeiro capítulo apresenta um panorama básico da história do hospital, pois ao decorrer da história do hospital e, conseqüentemente dos médicos, poderemos constatar que o conceito do próprio hospital foi se modificando. Primeiramente, os hospitais eram casas filantrópicas, onde os bispos, freiras, dentre outros, com base na caridade, alojavam e cuidavam dos doentes, em nome da fé.

Porém, os cuidados eram limitados. Essas pessoas não possuíam o domínio da técnica de cura, ou seja, não eram médicos, apenas utilizavam ervas e afins, para cuidar dos enfermos.

Todavia, os anos foram passando e novos conceitos foram sendo adicionados e reestruturados no âmbito hospitalar. Os médicos passaram a ter reconhecimento e ganharam o status que possuem atualmente.

Em seguida, o trabalho mostra como o sistema único de saúde pode ser vinculado aos conceitos de trabalho e educação, visto que, para ser compreendido como um sistema aberto, só pode ser visto e entendido a partir desses elementos.

---

Outro mérito desse trabalho é referir-se a classe médica como uma pessoa detentora de subjetividade, anseios, individualidade, projetos, ou seja, um ser humano que respira, chora, se irrita e exercem as mesmas funções vitais dos demais seres racionais, denominados homens. Sendo assim, em relação à imagem de alguém inabalável que muitas das vezes a classe médica ostenta é na verdade uma grande ilusão. Para tanto, cito:

*“... muitos médicos não têm seu próprio médico...O autotratamento, consultas de corredor e demoras devido ao constrangimento relativo à cortesia profissional podem impedir o diagnóstico e o tratamento... Uma extensão patológica da negação é a “síndrome da invulnerabilidade médica” que se caracteriza pela convicção de que os problemas pessoais e familiares as complicações e as doenças que afetam outras pessoas não podem afetar o médico ou não irão fazê-lo.”*

*(CLEVER, 1990 apud NOGUEIRA-MARTINS: 2002)*

A qual define claramente que o médico é mortal e, portanto, também necessita de cuidados. Todavia, para que não fiquemos apenas no embasamento teórico, apresentamos neste mesmo contexto, uma pesquisa quantitativa relativa à

---

influência negativa e positiva dos valores objetivos e subjetivos, a relação médico-paciente: usuário e as diretrizes e política de humanização.

Entretanto, para que possamos dar seguimento e compreendermos melhor o objetivo desse trabalho, todavia, necessitamos buscar na história, fatos que possam nos fundamentar para que possibilite-nos a compreender a importância do processo de surgimento e transformação do hospital e médicos ao longo dos anos. Para tanto, iniciaremos nossa jornada com uma breve introdução da história do hospital e dos médicos.

1.

## HISTÓRIA DO HOSPITAL E DOS MÉDICOS

*"Há homens que lutam um dia e são bons.  
Há outros que lutam um ano e são melhores.  
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.  
Porém, há os que lutam toda a vida.  
Esses são os imprescindíveis."*

Bertolt Brecht

---

## **1. Breve histórico do Hospital e dos médicos**

Na Idade Média o “hospital” tinha a função de acolher pobres, velhos e enfermos. O hospital é uma criação da cristandade da Alta Idade Média. Etimologicamente, a palavra vem do baixo latim *hospitale* (lugar onde se recebem pessoas que necessitam de cuidados, alojamento, hospedaria), do latim *hospitalis*, relativo a *hospites* ou *hospes*, hóspedes ou convidados; o trabalho era tido como caridade. A partir do século XVIII, o hospital torna-se de fato campo das práticas médicas, instrumento de treinamento e aprimoramento. Porém, todos os serviços eram problemáticos, com péssimas condições de higiene e alto índice de morte; o número de profissionais era insuficiente e mal qualificados (RIBEIRO, 1993 apud MOREIRA, 1997).

O que buscamos ressaltar nesse capítulo é a interface entre as mudanças dos hospitais ao longo da história e o papel dos médicos. Para tanto, esse trabalho não propõe abordar um estudo minucioso sobre o hospital, ou mesmo uma descrição cronológica. Mas, propõe ressaltar alguns aspectos em que é possível identificar mudanças essenciais para compreendermos o ambiente a qual estão inseridos os médicos e as suas práticas.

Ao longo dos séculos, os hospitais foram criados e tidos como um concesso de abrigo, comida e atenção médica aos que eram desprovidos de verbas para se manterem. Os cuidados eram tratados nos consultórios

particulares dos médicos ou no próprio abrigo dos pacientes, a qual remuneravam esse atendimento. Os hospitais começaram a se desenvolver e a atender os necessitados e carentes da população; essa assistência era baseada na solidariedade, ou seja, na caridade cristã e no sentimento de “amor ao próximo”. Majoritariamente, eram administrados por entidades religiosas, sendo normal a prevalência de hospitais de caridade e beneficentes. Além disso, cumpriam o papel de isolar os pacientes que possuíam doenças infecciosas como os leprosários.

Apenas no século XVIII, o hospital perdeu suas características de caridade e beneficência, adotadas na Idade Média, para ser incorporada a denominação atual: lugar destinado ao tratamento e a recuperação de enfermos. A partir da introdução dos conceitos científicos na medicina essas mudanças ganharam um aliado, porém como ainda tinha uma insuficiência de conhecimento, a atenção médica permaneceu limitada. Elevados índices de morte, infecções hospitalares, dentre outras deficiências mapeavam o atendimento hospitalar da época, fatos que ainda se encontra nos hospitais atuais.

Em relação à estrutura, esses hospitais eram, na verdade, “casas grandes”, com amplas salas, uma grande cozinha, camas dispostas uma ao lado da outra, a qual, os enfermos permaneciam até a morte. Além disso, esses ambientes possuíam falta de higiene e péssima ventilação, o que contribuíam para a circulação de diversas doenças, ou seja, um paciente que chegou com uma determinada doença podia, ao longo de seu estadiamento, adquirir outra, e assim,

morrer desse mal. A arquitetura dos hospitais era semelhante ao de templos religiosos, resultando na sensação de isolamento e exclusão do mundo externo.

Entretanto, em analogia aos médicos do século XVIII, podemos sublinhar que desenvolviam sua profissão com equipamentos e materiais escassos e rudimentares. O diagnóstico era obtido com base na experiência clínica do médico a qual era adquirida ao longo da prática (empirismo); como às atividades eram simples havia a idéia fortemente individualista, sem a preocupação de socializar o saber entre si; a compaixão e a caridade supriam a insuficiências técnicas científicas. As informações era exclusivamente oriundas dos exames físicos e perguntas feitas aos pacientes. A medicação era, exclusivamente, constituída por ervas medicinais e derivados, cultivados nas próprias hortas dos hospitais, pelos religiosos.

Ao adentrarmos na era contemporânea podemos observar que os Hospitais contemporâneos não se limitam ao rótulo de uma instituição que evoluiu. É muito mais, é uma instituição completamente nova. Com novas características, finalidades, profissionais, instrumentos e processos de trabalho.

A grande mudança talvez seja o reconhecimento universal do direito à saúde, “com o qual a filosofia de base dos hospitais se viu bruscamente enriquecida” (Nowinski, Ripa & Villar, 1971:438 apud MOREIRA, 1997). Assim, fica assegurado o direito de todo e qualquer cidadão ter acesso à saúde, com o devido tratamento de seus males caso venha a adquiri-las numa adversidade. Portanto, o hospital passa a incorporar a função de fornecer os serviços de atenção médica integral a toda comunidade a que presta serviços.

Sendo assim, o hospital deve atender aos requisitos da atenção médica: prevenção, proteção, recuperação e reabilitação. Não bastando apenas o tratamento da enfermidade.

É necessário, criar atividades dirigidas aos sãos, os informando sobre a prevenção das enfermidades e possibilitando a reabilitação e recuperação. Apesar de tudo, o hospital deve desenvolver projetos para o meio ambiente na qual vive a comunidade.

O Hospital Contemporâneo, além desses fatores, possui um cargo importante: o de formador de profissionais. Segundo Ribeiro (1993) o hospital é “um aparelho formador de profissionais em permanente qualificação, ou seja, uma escola”. Assim, atualmente, se observa a importância dos hospitais, ou seja, o Sistema de Saúde como um sistema aberto, só pode ser compreendido se articulado, do ponto de vista teórico e prático, aos campos do trabalho e independente do seu tipo, investir em educação, tanto na educação dos seus funcionários e educação sanitária da comunidade, como para os estudantes universitários e graduados de todas as profissões e modalidades referentes ao sistema de saúde.

2

## **O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM SISTEMA ABERTO**

*É melhor tentar e falhar,  
que preocupar-se e ver a vida passar;  
é melhor tentar, ainda que em vão,  
que sentar-se fazendo nada até o final.*

*Eu prefiro na chuva caminhar,  
que em dias tristes em casa me esconder.*

*Prefiro ser feliz, embora louco,  
que em conformidade viver .*

*Martin Luther King*

---

Esse trabalho parte do conceito de que o sistema de saúde é acessível, qualificado, sensível e humanizado, o que, nos remete a reduzirmos tal sistema ao conceito de sistema aberto. Pois, essa idéia só pode ser plenamente compreendida se articulada, do ponto de vista teórico e prático, aos campos do trabalho e educação, além de ser vinculado ao Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde surge como uma inovação no sistema assistencial, pois permitiu a renovação de antigas práticas de gestão e atenção à saúde através da reconfiguração de seu modelo assistencial. Essa nova perspectiva possibilitou a descoberta de práticas como humanização, subjetividade, substituição do conceito de cliente pelo de usuário, qualidade técnica x qualidade dos serviços, reorganização do mundo do trabalho com ênfase na qualificação dos trabalhadores a fim de se obter a adequação desses novos processos ao sistema de Saúde.

No processo capitalista a educação ganha um status diferenciador, já que não se destina apenas a transmitir o saber, mas sim, para qualificar seus profissionais. Porém, há uma inversão nesse processo, já que, o que deveria está o qualificando está na verdade o desqualificando.

Contemporaneamente, a escola não vem desempenhando o papel natural de qualificar tanto intelectualmente como manualmente o profissional. Isso se deve ao método de ensino. Desde a década de 40 e 50, onde ocorreu a inserção

---

de empresas industriais e, portanto, novas técnicas de trabalho, junto à criação de escolas profissionalizantes como o SENAI, a educação passou a ser mérito de privilegiados e, não mais, a todos. Com isso, a escola começa a se dividir por duas modalidades: o saber manual e o saber intelectual. O saber manual é excluído do conhecimento técnico, o profissional é ensinado a ser disciplinado e ser submisso e obediente ao que possui saber intelectual. Já o que possui esse saber intelectual está apto para ocupar qualquer cargo, pois é dotado de inteligência, e em última instância tem a habilidade e o saber.

Para entendermos melhor a inserção da escola no mundo médico, necessitamos de lembrarmos a importância do período feudal nesse processo, pois sabemos que os hospitais tidos como atualmente não existiam. Eram casas de caridade, assim como outrora foi relatado, e o alvo dessas casas, não era a cura, mas a salvação. Ao longo do tempo os conceitos da medicina vão se modificando, e com isso novas concepções da medicina, relativas ao corpo e a enfermidade, foram surgindo devido ao avanço do saber médico. Todavia essas novas concepções passam a ser concebidas como elementos da natureza, originando a “natureza das espécies”. Para tanto faço referência a Lilia “(...) Segundo a medicina das espécies, a doença possui, por direito de nascimento, formas e momentos estranhos ao espaço das sociedades. Existe uma natureza ‘selvagem’ da doença que é, ao mesmo tempo, sua verdadeira natureza e seu mais sábio percurso: só, livre de intervenção, sem artifício médico, ela apresenta a

nervura ordenada e quase vegetal de sua essência. Mas quanto mais complexo se torna o espaço social em que está situada, mais ela se *desnaturaliza (...)*”. Esse trecho expressa claramente a idéia de que a doença deve ser curada sem a intervenção do médico, (para que não haja erro no seu diagnóstico), nem do meio hospitalar, (a fim de evitar contaminação com os resíduos presentes no mesmo e, assim, agravar o primeiro estado do enfermo), e do monitoramento intensivo do doente, sendo assim, a casa do paciente passa a ser o local ideal para a estadia do paciente.

No mundo do trabalho é possível também identificar um processo contínuo de mudança. O período taylorista/fordista, 50 e 70, foi marcado pelo autoritarismo, onde os trabalhadores não possuíam nenhuma autonomia, o processo contínuo e repetitivo alienava os trabalhadores e os limitavam aos comandos de seus superiores impossibilitando, portanto a criação de novos processos de trabalho. Porém, esse período sucumbiu entre as décadas de 80 e 90, a partir da introdução da tecnologia no período pós-industrial. Assim, surge a época da intelectualização, a qual, demanda profissionais qualificados que possam ser agentes de todo o processo produtivo com total mobilidade social.

Dessa forma, esse trabalhador passa a ser exigido em função dessas novas demandas, no qual, está inserida a valorização da capacidade cognitiva que compreende o domínio da escrita, da expressão oral e visual, ou seja, o domínio parcial ou funcional do saber, e a capacidade comportamental que sugere que o

profissional saiba expor suas idéias, tenha atitude crítica, saiba viver em equipe, tenha boa habilidade argumentativa, responsabilidade e pratique a autonomia em sua atividade de controle de qualidade do serviço. Todos esses procedimentos servem para que haja a ruptura com o sistema fragmentado, super especializado e repetitivo de produção.

Todavia, se observarmos a qualidade do trabalho humano como método de análise da qualificação coletiva teremos uma dúvida quanto à efetiva qualificação do processo de trabalho, visto que, nem todos os trabalhadores têm seus trabalhos flexibilizados, independentes do contato com as inovações tecnológicas. Logo, essas inovações não dependem da tecnologia nem do processo de trabalho, ou seja, não podem ser responsáveis pela mudança efetiva de toda a estrutura, até porque, ainda há atualmente a atuação de modelos inadequados, manipuladores como o taylorista, outrora já mencionado, pois induz ao trabalhador a se acostumar com o processo repetitivo e contínuo presente nesse modelo, o que serve para minimizar, portanto a conquista de se reconhecer em sua própria produção, ou seja, ser sujeito de seu processo de trabalho e, por conseguinte, não o incentiva a ter consciência da grande importância de se obter qualificação até para ascender em sua profissão.

3

## **CLASSE MÉDICA**

*“Aquele que pode curar enfermidades é  
Médico.*

*Nem os imperadores, nem os Papas, nem  
as academias podem criar médicos.*

*Poderão conferir privilégio e autorizar  
matar impunemente, porém, não podem  
outorgar o poder de curar.*

*Ninguém poderá ser médico verdadeiro se  
antes não foi ordenado por Deus,  
pois, só Ele dá a sabedoria médica que  
não se encontra na experiência dos livros”*

*(Paracelso)*

Nesse capítulo, nos remeteremos a abordar a questão mental dos profissionais de saúde, no qual, nos deteremos no profissional médico, objeto específico de nosso trabalho.

Na sociedade contemporânea, lidamos com a predominância de status e preconceitos. O status é concedido às pessoas que possuem reconhecimento num determinado grupos ou grupos sociais. Porém, o preconceito advém de visões, costumes, etnias, raças, idades, enfim, pontos de vista diferente.

Dessas diferentes perspectivas pode-se concluir que as representações constituem-se num instrumento para análise dos aspectos sociais, pois retratam a realidade. São de fato, uma forma de compreender a relação cotidiano/sociedade e de valorização da participação do indivíduo na reelaboração de significados para os fenômenos da vida cotidiana.

As representações sociais emergem como um fenômeno necessariamente colado ao tecido social. E que a análise de fenômenos psicossociais, pressupõe a análise do social, não como um agregado de indivíduos, mas como totalidade na qual se "expressam" os atores sociais.

Nessa perspectiva, podemos destacar que a representação é um sistema de categorização. Não há a possibilidade de "não rotulagem", pois cada ser, ou ação do ser, deve receber um valor positivo ou negativo num determinado lugar na escala hierárquica social. Pois, ao avaliarmos uma pessoa estamos agregando valor, positivo ou negativo, a mesma.

Parece-nos evidente que a representação social permite compreender como o sujeito, em sua relação com o mundo, constrói e atribui significados às

---

suas ações, experiências e projetos pessoais. Mas isso não significa que as representações expliquem as condutas, propriamente ditas, ou excluam por si a utilização de outros elementos que possam ajudar a elucidar os fenômenos sociais, pois são, ao mesmo tempo, "ilusórias, contraditórias e verdadeiras" (MOSCOVICI, 1978 apud COSTA 2006).

Assim, representação social trata-se de categoria de pensamento que expressa a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a (MINAYO: 1995 apud COSTA). Para trabalhar essa categoria de análise, foi desenvolvida por Serge Moscovici (MOSCOVICI: 1978 apud COSTA: 2006), na França, uma teoria chamada Teoria das Representações Sociais. Para Moscovici, o pai dessa teoria, representar significa:

*“... A uma vez e ao mesmo tempo, trazer presentes as  
coisas ausentes e apresentar coisa  
de tal modo que satisfaçam as condições de  
uma coerência argumentativa, de uma racionalidade e  
da integridade do grupo [...] que isso se dê de forma comunicativa e difusiva,  
pois não há outros meios, com exceção do discurso  
e dos sentidos que ele contém, pelos quais as pessoas  
e os grupos sejam capazes de se orientar*

---

*e se adaptar a tais coisas”.*

*(MOSCOVICI: 2003 apud COSTA, 2006).*

Então, a representação social nada mais é que o senso-comum. O somatório das informações, junto a uma análise do que é comum, gera o corpo informacional da representação social (COSTA, 2006).

Todavia, para que a representação social seja realmente uma representação de respeito à singularidade, acoplada ao acolhimento e qualificação de cada indivíduo no âmbito hospitalar é necessário que a classe médica esteja em plena condição mental e psicologia, já que, a influência no estado emocional pode ser crucial para a relação médico-paciente, dentre outros efeitos que poderemos observar ao longo do trabalho.

Um desses efeitos a qual atinge mundialmente milhares de profissionais é a síndrome da estafa profissional ou em outras palavras, síndrome de burnout. Segundo Martins, a Síndrome de Burnout é uma resposta ao estresse ocupacional crônico e caracterizada pela desmotivação, ou desinteresse, mal estar interno ou insatisfação ocupacional que parece afetar, em maior ou menor grau, alguma categoria ou grupo profissional. Trata-se de um conjunto de condutas negativas, como por exemplo, a deterioração do rendimento, a perda de responsabilidade, atitudes passivo-agressivas com os outros e perda da motivação, onde se relacionariam tanto fatores internos, na forma de valores individuais e traços de personalidade, como

---

fatores externos, na forma das estruturas organizacionais, ocupacionais e grupais.

Essa síndrome traz conseqüências não só do ponto de vista pessoal, mas também, do ponto de vista institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente quando esta atividade é considerada de ajuda, assim como, a dos médicos.

A chamada Síndrome de Burnout é definida por alguns autores como uma das conseqüências mais marcantes do estresse profissional, e se caracteriza por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade com relação à quase tudo e todos (até como defesa emocional).

O termo Burnout é uma composição de *burn* = queima e *out* = exterior, sugerindo, portanto que essa pessoa, no nosso caso o médico, tenha um tipo de estresse que a consome física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento agressivo e irritadiço.

Definida como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto, excessivo e estressante com o trabalho, essa doença faz com que o médico perca a maior parte do interesse em sua relação com o trabalho, de forma que as coisas deixam de ter importância e qualquer esforço pessoal passa a parecer inútil.

Assim, os médicos emocionalmente alterados expressam ações incorretas que se revelam através de algumas características comportamentais, das quais (NOGUEIRA-MARTINS, 1991) destacou:

A construção de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos, que se expressam por um embotamento emocional traduzido por uma aparente “frieza”

no contato com os pacientes e com as pessoas de um modo geral. Este embotamento se manifesta também através de um progressivo afastamento emocional da vida familiar, que equivale a um verdadeiro divórcio afetivo. O convívio familiar é interrompido ou postergado em função dos chamados e da agenda profissional; plantões freqüentes e visitas hospitalares em finais de semana e feriados afastam profissional deste convívio.

Todavia, o isolamento social é uma outra característica de uma inadequada adaptação profissional. À forte expectativa social de que o médico coloque as necessidades e a vida dos pacientes em primeiro lugar, acrescenta-se o desejo e a necessidade do médico de sentir-se necessário e insubstituível. Esta simbiose entre o médico e os usuários ou o hospital – onde não se discrimina quem precisa mais de quem – impede o profissional de desfrutar outros aspectos da vida não médica.

Por seguinte, a negação ou minimização dos problemas inerentes à profissão, ou seja, das dificuldades, incertezas, limitações e complexidades da tarefa médica é outro mecanismo que se destaca. A hesitação de se aproximar e refletir sobre as limitações do exercício profissional, levam o médico a alimentar expectativas irrealistas que completam os anseios dos pacientes e da sociedade, numa verdadeira conspiração contra os fatos da vida. O comportamento de negação das limitações torna-se cada vez mais rígido e estereotipado, com o desenvolvimento de atitudes arrogantes e aparentemente insensíveis.

Há ainda, a ironia e o humor negro que os médicos desenvolvem é outra expressão de uma inadequada adaptação aos rigores da profissão. O

---

desenvolvimento crescente de um humor negro através de uma linguagem irônica, amarga e do uso de um jargão onde predominam rótulos depreciativos revela, em realidade, uma incapacidade de lidar com as frustrações, tristezas e vicissitudes da tarefa profissional. Traduz, basicamente, a ausência de um repertório de mais amadurecido para lidar com os sentimentos de vulnerabilidade e impotência diante da vida.

E uma outra característica que revela desadaptação pode ser observada na atitude do profissional frente aos cuidados com a própria saúde (MELEIRO, 1999). Esta deformação adaptativa profissional se expressa pela tendência do médico a se auto-diagnosticar e se auto-medicar. A busca de ajuda profissional de outro colega, na condição de paciente, representa um caminho muito difícil; o médico reluta em percorrê-lo.

Por fim, uma variante do mesmo tema que pode ser encontrada no profissional que, além de médico de si mesmo, se transforma em médico da própria família, dos amigos e conhecidos. Atrás e ao lado deste personagem bondoso e solícito, encontra-se também outra face: a de um médico arrogante e competitivo, que parece viver uma espécie de estado messiânico.

O assunto que se trata esses padrões comportamentais dos médicos psicologicamente e emocionalmente alterados relata a sensibilidade de que esses profissionais estão propensos ao stress da atividade médica.

Todavia, com base na importância da síndrome da estafa profissional e na escassez de estudos na literatura nacional a este respeito, aplicamos um questionário a um grupo de médicos, avaliando suas opiniões quanto a fatos e

---

relações interpessoais estressantes, estado emocional, relação paciente médico, e conceito de humanização.

Em vista de todos esses conceitos buscamos confirmar ou ao menos indicar, através de um estudo quantitativo, realizado no período de setembro de 2006 a novembro de 2006, envolvendo um grupo de médicos lotados no Hospital geral de Bonsucesso, a base para nossas afirmações.

Foi realizado um questionário quantitativo (vide anexo) composto por variáveis qualitativas como nome, idade, sexo, área de atuação, ano em que se formou. Porém, os apresentados no Universo da Pesquisa (SEXO, IDADE e ANO DE FORMAÇÃO) constituem dados que não foram interpretados no presente estudo, devido à ausência de representatividade da amostra e à ausência de hipóteses a serem verificadas a partir da confrontação entre grupos distintos. Pois, foram colhidos com a finalidade de servirem como material para a elaboração de um instrumento de avaliação posterior. Outro questionário foi o Maslach Burnout – composto por cinco perguntas. A primeira, dentre essas, se referente à influência da carga horária, remuneração, nº de atendimentos e condições de trabalho na realização de trabalho. A segunda se remete ao relacionamento interpessoal que gera maior stress para os médicos. A terceira e quarta, indaga a concepção do usuário para o médico. E, finalmente, a quinta, se remete à importância, dada pelos médicos, as Políticas de Humanização do Sistema de Saúde e seus princípios norteadores.

Participaram desta pesquisa dez médicos lotados no Hospital Geral de Bonsucesso, sendo cinco especializados em oncologia, quatro em anatomia

---

patológica e um em pediatria. Quanto ao gênero cinco são do sexo feminino e cinco do sexo masculino, com idades variando de 28 a 54 anos.

## **TRATAMENTO DOS DADOS**

### **01- UNIVERSO DA PESQUISA**

#### SEXO

Feminino	50%
Masculino	50%

#### IDADE

Até 30	20%
De 31 a 40	50%
De 41 a 50	0%
De 51 a 60	30%
De 61 a 70	0%

#### ANO DE FORMAÇÃO

De 1960 a 1969	0%
De 1970 a 1979	30%
De 1980 a 1989	0%
De 1990 a 1999	40%
De 2000 em diante	30%

**02 - FATORES OBJETIVOS:**CARGA HORÁRIA

Influência NEGATIVA	Muita	17,64%
	Razoável	17,64%
	Pouca	11,76%
	TOTAL	47,04%
Influência POSITIVA	Muita	5,88%
	Razoável	23,52%
	Pouca	11,76%
	TOTAL	41,16%
NENHUMA INFLUÊNCIA		11,76%

REMUNERAÇÃO

Influência NEGATIVA	Muita	33,33%
	Razoável	5,55%
	Pouca	11,11%
	TOTAL	49,99%
Influência POSITIVA	Muita	0%
	Razoável	16,66%
	Pouca	5,55%
	TOTAL	22,21%
NENHUMA INFLUÊNCIA		27,77%

NÚMERO DE ATENDIMENTOS

Influência NEGATIVA	Muita	42,85%
	Razoável	21,42%
	Pouca	0%
	TOTAL	64,27%
Influência POSITIVA	Muita	0%
	Razoável	14,28%
	Pouca	0%
	TOTAL	14,28%
NENHUMA INFLUÊNCIA		21,42%

CONDIÇÕES DE TRABALHO

Influência NEGATIVA	Muita	17,64%
	Razoável	17,64%
	Pouca	11,76%
	TOTAL	47,04%
Influência POSITIVA	Muita	11,76%
	Razoável	35,29%
	Pouca	5,88%
	TOTAL	52,93%
NENHUMA INFLUÊNCIA		0%

**03 - FATORES SUBJETIVOS:**ESTADO EMOCIONAL

Indicadores Positivos	Alegre	9,30%
	Animado	11,62%
	Realizado	2,32%
	Tranquilo	9,30%
	<b>TOTAL</b>	<b>32,56%</b>
Indicadores Negativos	Ansioso	11,62%
	Cansado	20,93%
	Desmotivado	2,32%
	Exausto	2,32%
	Insone	4,64%
	Irritado	6,97%
	Preocupado	11,62%
	Triste	0%
	Com muita fome	4,64%
	Com pouca fome	2,32%
	<b>TOTAL</b>	<b>67,44%</b>

FATORES ESTRESSANTES: RELACIONAMENTO

Com os outros MÈDICOS	0%
Com os outros PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÃO-MÈDICOS	10%
Com os outros TRABALHADORES DE SAÚDE	10%
Com os USUÁRIOS	10%
Com os GESTORES	40%
TODOS os relacionamentos acima	20%
NENHUM dos relacionamentos acima	10%

---

#### **04 – RELAÇÃO MÈDICO-PACIENTE: USUARIO**

##### IDENTIFICAÇÃO COM O USUÁRIO

Identificação PLENA	60%
Identificação PARCIAL	40%
SEM IDENTIFICAÇÃO	0%

##### PROMOÇÃO DE SAÚDE PELO USUÁRIO

PLENAMENTE capaz	0%
RAZOAVELMENTE capaz	50%
INCAPAZ	0%
Não respondeu	50%

#### **05 – DIRETRIZES E POLÍTICA de HUMANIZAÇÃO**

##### ACOLHIMENTO para um ATENDIMENTO com QUALIDADE

ESSENCIAL	30%
IMPORTANTE	20%
DESNECESSÁRIO	0%
NÃO SEI	0%
Não respondeu	50%

##### POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO

ESSENCIAIS	40%
IMPORTANTES	60%
DESNECESSÁRIAS	0%
NÃO SEI	0%

---

## **DISCUSSÃO**

O presente estudo, apesar de limitado, pela pequena parcela de entrevistados, pode ter um considerável indicativo em vista das semelhanças nas respostas dos entrevistados.

Uma das limitações em nosso trabalho foi à dificuldade de disponibilidade dos médicos para responderem ao questionário. Esperamos, entretanto, que este estudo reflita num indicativo das características da síndrome de exaustão do universo mais amplo de todos os tipos de especializações médicas participantes. Alguns dos resultados observados no questionário serão objetos de análise de um estudo posterior, pois acreditamos serem importantes diferenciações quanto ao gênero, especialidade médica, a idade e o contexto formal de capacitações dos entrevistados.

Assim, concluímos que a síndrome de estafa profissional é freqüente em médicos brasileiros. Esperamos que essa pesquisa sirva também para a prevenção desta síndrome no meio dos médicos e suas respectivas especialidades, já que será fundamental para a manutenção da qualidade do atendimento dos pacientes do Rio de Janeiro e que haja mais estudos, até de maiores dimensões, para que estes dados sejam confirmados e estendidos por todo o país.

Essa pesquisa apenas demonstrou em pequenas proporções estatísticas o que se pode observar no cotidiano desses profissionais. Mas afinal, quais são as

---

características contidas no âmbito hospitalar que acabam por viabilizar ou contribuir para o estado de stress dos médicos? Veremos a seguir.

Segundo (NOGUEIRA-MARTINS: 1991) o contato íntimo com a dor e o sofrimento, o atendimento e afeição, muita das vezes, a pacientes terminais ou, ao contrário, o atender pacientes queixosos, rebeldes e indiferentes ao tratamento, hostis, auto-destrutivos e cronicamente deprimidos ou ainda, lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias, compõem o painel de estímulos ao quadro de stress.

Além desses fatores, podemos enumerar vários outros, tais como, pressão psicológica, o convívio com a morte ou mesmo, fatores que Martins sublinhou: medo de cometer erros, fadiga, cansaço, plantão noturno, falta de tempo de lazer, com a família, amigos e de necessidades pessoais.

A qualidade de vida dos médicos está em constante ameaça o que, caso não seja tratado logo, poderá resultar numa crise muito maior do que a vivenciada atualmente no sistema público de saúde.

Em procedência a esse estudo podemos observar que um dos fatores influentes para a estafa profissional é a atual crise da saúde pública, a qual, cada vez mais se difunde, seja na crise do modelo assistencial ou na crise do sistema econômico. Em vista disso, aparecem várias propostas do desenvolvimento da assistência, de produção de conhecimento ou de organização dos serviços. Essas propostas são evidências de que existem procedimentos errôneos nas práticas de

---

saúde que necessitam ser revistas. Enfim, para o senso comum, vivemos um momento crítico na área da saúde.

Os três princípios nos quais a saúde pública se alicerça (princípio de autonomia e da co-responsabilidade, da transversalidade e da inseparabilidade) de nada adiantariam se não tivessem imediatamente ação política, ou seja, ação sobre os processos de constituição da cidade e dos sujeitos e, além disso, os eixos de universalidade, equidade e integralidade só se efetivam ao possuírem o ponto de intercessão da psicologia e, conseqüentemente, da subjetividade.

Segundo Ayres e Teixeira o sujeito é um elemento, a subjetividade é efeito de um campo de produção. A conceituação de subjetividade em que existe a idéia de constância deve ser substituída pela contínua reconstrução de identidades de subjetivação.

O conceito de sujeito individual não deve ser comparado fora do contexto social. A construção de identidades é um processo de abdicar de algo e reconhecer-se em outro, já que somos sempre influenciados pelo o que há em nossa volta.

Todavia, nos dias atuais, se trata o sujeito como um núcleo individual, alheio à produção de coisas, o transformamos em mais um objeto no mundo. Tornamo-nos menos capazes de chegar à essência dos processos mais vivos de sua constituição. Com isso, enfraquecemos o poder transformador dos indivíduos.

Assim, define Ayres e Teixeira, subjetividade é, portanto, um processo de constante mudança, sempre ligada às relações intrapessoais e de

---

intersubjetividade. O sentido existencial desta relação se dá pelo ato de se colocar diante do outro e gerar as possibilidades de ambos compartilhar o mundo.

Não se trata, portanto, do sujeito de alguma ação, mas sim da subjetividade como coisa produzida por um ente. Um grande equívoco que os profissionais de saúde cometem é tentar estabelecer um diálogo ignorando o fato de já estamos imersos em um mundo com diversas subjetividades, a qual sabemos que todos estamos inseridos num mundo onde subjetividade é sempre relação (intersubjetividade) e, portanto, o conceito de um ser individual, se torna inviável.

É necessário, basear nossas propostas numa efetiva constituição dialógica de subjetividades, cabendo aos profissionais de saúde capacitados perceber que não basta querer abrir um diálogo com os pacientes, pois isto já existe, mas sim criar uma relação de escuta do outro, para que assim haja a promoção da saúde, visando não só a cura, mas também e, principalmente, a prevenção.

No contexto atual, as escolas médicas têm uma grande responsabilidade: precisam capacitar seu aluno, desenvolvendo um currículo que contemple os conhecimentos técnicos necessários, bem como os saberes humanísticos. Cabe lembrar que as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina, estabelecem que a estrutura do curso de Medicina deverá incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania. O momento atual é pleno de discussões sobre novas possibilidades de mudança de currículo nas escolas médicas brasileiras. Conforme Martins, um médico não precisa, apenas, ter habilidades técnicas, mas é necessário que tenha:

*(...) formação generalista, humanista, crítica e reflexiva,  
que seja, sobretudo, capacitado a atuar,  
pautado em princípios éticos, no processo de  
saúde-doença em seus diferentes  
níveis de atenção, com ações de promoção,  
prevenção, recuperação e reabilitação à saúde,  
na perspectiva da integralidade da assistência,  
com senso de responsabilidade social e compromisso  
com a cidadania, como promotor  
da saúde integral do ser humano.*

*(MARTINS, 2001: 96)*

Pensando na formação ética e humanista dos médicos, enfatiza-se o ensino da relação médico-paciente. Esta área do conhecimento engloba o fazer ético e humano do profissional e, além disso, a sociedade contemporânea vem discutindo formas valores humanísticos, morais e éticos, corrompidos pelo sistema neoliberal, que impõe sua lógica mercantilista extremamente forte.

Na prática do dia-a-dia, a relação médico-paciente ajuda ou não a melhorar a adesão do paciente ao tratamento, a fazer com que o leigo volte ao médico com suas dúvidas, antes de parar por conta própria um tratamento.

O atendimento humanizado na saúde também envolve uma série de questões que extrapolam a relação médico e paciente. Compreende a maneira e a forma com que o paciente é tratado, incluindo-se nesse contexto uma conscientização sobre a importância de vê-lo globalmente, ou seja, o paciente não é uma doença ou um doente apenas. É um ser humano, um indivíduo que tem família, que estuda, trabalha, tem planos, sonhos e sofre por ser, de uma hora para outra, extraído de sua vida e de sua rotina para dentro de um hospital.

O Governo Federal, através do Ministério da Saúde, implementou o programa HUMANIZASUS: uma série de políticas que visam, em última análise, dar atendimento de qualidade a todos os usuários do Serviço Público de Saúde. Não se trata apenas de atender à doença do paciente; mas sim, reverter esta lógica, de forma a levar em conta, também, as questões psicológicas e culturais, para um atendimento integral ao cidadão.

Portanto, os objetivos dos grupos de trabalho de humanização, no sentido geral, tem o papel de um processo permanente de mudança da cultura de atendimento a saúde, promovendo o respeito à dignidade humana. Porém, no sentido mais específico, os objetivos dos grupos de Trabalho de humanização hospitalar poderiam ser assim definidos:

Por constituir-se de um espaço coletivo democrático, de escuta, análise, elaboração e decisão sobre os projetos de humanização, além de promover um fluxo de propostas e deliberações; pelo fato de avaliar projetos em desenvolvimento e a serem desenvolvidos nas instituições em relação aos critérios de humanização e à sua eficiência na promoção da humanização; e ainda

---

pelo apoio e ressonância às diversas iniciativas humanizadoras dentro do hospital, cuidando das articulações necessárias para sua sobrevivência, integração e ampliação somado ao trabalho em colaboração com a gestão hospitalar; pela concessão de estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores (reconhecendo-se, ela própria, como um dos mais significativos instrumentos de integração entre os diferentes setores e existentes no hospital); pela concessão de formas de participação da comunidade, buscando os pontos de interseção com entidades da sociedade civil, com o poder público, e outras instituições; por causa da organização de oferta de trabalho voluntário, além do vínculo a Rede nacional de humanização voltada para o programa nacional de humanização da Assistência hospitalar estabelecendo, portanto, um fluxo de propostas entre os setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; e, enfim, pelo acompanhamento da construção de indicadores, do processo de avaliação e de divulgação dos resultados.

Porém, para que todos esses pontos sejam efetivamente contemplados é necessário que o médico faça a sua parte: atenda o paciente com respeito e atenção. E ao paciente, por sua vez, deve perder o medo do médico. Passar a perguntar, tirar as dúvidas.

O desafio está na união equilibrada entre uma atitude humanizada e socialmente responsável com atualização do conhecimento e da capacidade de contínuo avanço tecnológico e científico. Além disso, conseguir manter na relação médico-paciente a questão da autonomia. O médico é o detentor de conhecimento e tende a fazer o paciente, seguir os procedimentos recomendados. Porém, se

---

torna difícil para o médico se conscientizar de que o paciente é um ser humano autônomo.

Autonomia em saúde é o poder que tem o usuário de decidir que profissional escolher para atendê-lo, que tratamento aceita ou admite, determinando os seus interesses, que exerce de forma independente. Funda-se no respeito à pessoa humana, à individualidade, implicando no direito à escolha, à manifestação de vontade. Já que a escolha de cada pessoa é decorrente do exercício de sua autonomia, uma pessoa não tem o direito de impor sua vontade a outrem, apesar de muitas vezes, o paciente está vulnerável, devido à doença.

Mas, independente disso, se o paciente sentir-se acolhido e respeitado, e entender corretamente a doença que possui e o que precisa fazer para sua melhora – orientado pelo médico – boa parte das complicações, incapacitações e mortes, provavelmente, poderiam ser evitadas. E, nesse contexto, outros tantos benefícios poderiam ser conquistados a favor da Saúde Pública.

Nesse contexto, a moderna Medicina preconiza que a relação médico-paciente é um encontro entre dois especialistas: um é o técnico e o outro o conhecedor da queixa e das implicações em sua vida.

Em relação ao paciente, há a necessidade de respeitar todas as áreas da sua subjetividade – psíquicas, familiares, culturais e sociais. O enfermo, vendo deteriorar gradativamente o seu estado de saúde, se sente sem valor e, de forma manifesta ou não, passa a lidar com a questão ao se deparar com a morte de pacientes com quadros semelhantes no local onde é tratado.

A relação médico-paciente é decisiva nos resultados do tratamento, uma vez que o objetivo deste é sempre que possível à cura e a melhor qualidade de vida para o paciente.

Esse vínculo entre o profissional da saúde e o paciente necessita de muita honestidade e empatia, franqueza e humanidade, respeito e compreensão, além dos quesitos técnicos e éticos de cada situação. Por exemplo, o saber ouvir tem sido considerada uma das tarefas mais complexas e desafiantes na relação médico-paciente. Com isso, nos serviços públicos um novo personagem emerge – o médico que ouve – no sentido de “ouvir” o discurso do paciente, também o papel de ouvidor tem sido o canal possível de fala do paciente. Assim, a relação entre o médico e o paciente vem sendo, atualmente, modificada por tais critérios definidos pela prática de humanização.

Quando o paciente percebe que o profissional, de fato, o atendeu com atenção, preocupado com o seu sofrimento, conquista-se meio caminho. O enfermo fica pré-disposto a saber o que tem, conhecer melhor a sua doença, compreender a importância de seguir as orientações do médico.

Além disso, a debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, repercutindo de forma negativa no cuidado prestado. O desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveriam a violência, comprometeriam a qualidade do atendimento e manteriam o profissional de saúde refém das condições inadequadas que não raro lhe imputam desgaste e mesmo sofrimento

---

psíquico. Assim, a humanização também é vista como ampliação do processo comunicacional, sendo esta sua diretriz mais central da proposta de humanização.

## **CONSIDERAÇÃO FINAL**

O Sistema de Saúde, em relação ao âmbito hospitalar, abriga vários atores sociais, os gestores, os usuários, os médicos, enfim, todos os profissionais de saúde. Porém, entre todos esses atores, nesse trabalho priorizamos um ator em específico, o médico.

Ao longo da História da medicina pudemos observar que o médico, ou mesmo a figura de um, sempre esteve presente em todas as épocas, décadas e séculos na sociedade. O médico sempre foi e ainda é requisitado e procurado na primeira suspeita de enfermidade. Mas por que será que só pensamos no ser médico como alguém que se dedica a cuidar de enfermos, alguém que representa um ser, algumas vezes até frio, (devido à convivência diária com a morte), e não em alguém que chora, que rir, que tem emoções, sentimentos, família, subjetividade, enfim uma vida que merece também ser cuidada e tratada? Enfim são tantas perguntas e hipóteses.

Mas esse trabalho se dedicou, justamente, a sublinhar a importância que esse assunto merece ser dado. A fim de que a sociedade e os próprios médicos percebam que estes últimos se encontram doentes e reféns de seu próprio trabalho e que, além disso, a saúde pública, de fato, necessita de médicos

capazes e eficientes, mas também, carecem muito mais, de profissionais conscientes de suas limitações como ser humano. Dessa forma, a possibilidade de formar profissionais médicos humanizados, que saibam ouvir seus pacientes os incentivando a serem autônomos e ativos em seu tratamento, poderá ser muito mais significativa.

Assim, o fato do médico parecer ser resistente, é mera representação. Precisamos começar a nos preocupar com o que há no mundo subjetivo do médico, no stress cotidiano que este enfrenta, e principalmente na repercussão de tais malefícios para a atenção ao paciente, a instituição, aos gestores, enfim, a todo o complexo sistema de saúde pública.

---

## **BIBLIOGRAFIA**

- ARAÚJO, Francisco André Corrêa. O Mercantilismo na Relação Médico-Paciente. Rio de Janeiro: NUTES, 2000.
- BALINT, Enid. Seis Minutos para o Paciente: Estudos sobre as Interações na Consulta da Clínica Geral. São Paulo: Manole, 1987.
- BALINT, Michael. O Médico, seu Paciente e a Doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.
- BOESI, Maria Lúcia, UCHIMARA, Kátia. Qualidade e Subjetividade na Avaliação de Programas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BONET, Octávio Andrés Ramon. Os Médicos da Pessoa: Um Estudo Comparativo sobre a Construção de uma Identidade Profissional. Brasília: CFM, 2004.
- BONET, Octávio Andrés Ramon. O Médico e o seu Trabalho: Aspectos Metodológicos e Resultados do Brasil. Brasília: CFM, 2004.
- COSTA, Ana Maria da. Representação social e participação social: conceitos sinônimos. Vitruvius, nº 077, out.2006. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/arquitextos>> . Acesso em: 20 out. 2006.
- DEFINIÇÃO de Grupos de Trabalho de Humanização. Portal Humaniza, São Paulo. Disponível em: <<http://portalhumaniza.org.br>> Acesso em 31 out. 2006.
- DESLANDES, Suely. Análise do Discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência Hospitalar. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- FERLA, Alcinda, MARTINS, Júlio Fernando. Remuneração dos Prestadores Diretos de Ações: do Financiamento dos Direitos Privados à Garantia de Qualidade, Acesso e Humanização. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- FREYRE, Gilberto. Médicos, Doente e Contextos Sociais: Uma Abordagem Sociológica. Rio de Janeiro: Globo, 1985.

- 
- GONZALES, Rita Francis e BRANCO, Rodrigues. A Relação com o Paciente: Teoria, Ensino e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
  - JUNIOR, Kenneth Rachel de Camargo. (Ir) Racionalidade Médica: os Paradoxos da Clínica. Rio de Janeiro, UERJ, 1990.
  - LOURAU; Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1993.
  - LUZ, Helio de Souza. Médico: essa Droga Desconhecida. São Paulo: Atheneu.
  - MACHADO, Maria Helena. Os Médicos no Brasil: um Retrato da Realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
  - MACHADO, Maria Helena. Perfil dos Médicos no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/ ICFM\_MS/ NUD, 1996.
  - MARTINS, Cyro. Perspectivas da Relação Médico- Paciente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
  - MATTA, Juliana. A (In) de Humanização da Saúde: algumas Reflexões e Rexperiências da Saúde Pública Brasileira. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
  - NETO, Pereira e FARIA, André de. Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
  - NOGUEIRA – MARTINS, L. A, - Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: BOTEGA, N. J. (org) Prática Psiquiátrica no Hospital geral: Interconsulta e Emergência. Porto Alegre, Artmed Editora, 2002, págs.130-144
  - OLIVEIRA, Durval Pessoa. O “Ser Doente”: Dimensão Humana na Formação do Profissional de Saúde. São Paulo: Moraes, 1985.
  - PENHA, Maria Alcione Santos. O Processo de Humanização do atendimento na saúde – um esboço acadêmico. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.
  - PUCCINI, Paulo de Tarso, CECILIO, Luiz. A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

- 
- ROSA, Maria Inês. Trabalho Subjetividade e Poder. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
  - SCHAIBER, Lilia Blima. Educação Médica e Capitalismo: um Estudo das Relações. [Educação e Prática Médica na Ordem Social Capitalista]. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1989.
  - SCHARAIBER, Lilia Blima. O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade. São Paulo, Hucitec, 1993.
  - SOLIANE, Maria Luisa Carvalho. O Mal – Estar na Medicina: Reflexões sobre o Ser e o Fazer Médicos. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.
  - SILVA, Claudia Osório da. Vida de Hospital: a Produção de uma Metodologia para o Desenvolvimento da Saúde do Profissional de Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.
  - SILVA, Dayse de Paula Marques da. Relações de Gênero no Campo Profissional da Medicina. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998
  - SILVA, Maria da Glória Ribeiro da. Prática Médica: Dominações e Submissões: Uma Análise Institucional. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
  - TRAVERSO-YEPES, Martha e MORAIS, Normanda Araújo de. Reivindicando a Subjetividade dos Usuários da Rede Básica de Saúde: para uma Humanização do Atendimento. *Cad. Saúde Pública*. [online]. jan./fev. 2004, vol.20,no.1 [citado 02 Dezembro 2005], p.80-88.
  - VIANA, Reijani. A Humanização no Atendimento à Saúde. Construindo uma Nova Cultura. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

## ANEXOS

### QUESTIONÁRIO

01 – Nome: \_\_\_\_\_

02 – Idade: \_\_\_\_\_

03 – Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

04 – Área de atuação: \_\_\_\_\_

05 – Ano em que se formou: \_\_\_\_\_

06 – De que forma as situações abaixo influenciam na realização de seu trabalho?

Situações	Influência Negativa	Influência Positiva
Carga Horária	( ) Muita ( ) Razoável ( ) Pouca ( ) Nenhuma	( ) Muita ( ) Razoável ( ) Pouca ( ) Nenhuma
Remuneração	( ) Muita ( ) Razoável ( ) Pouca ( ) Nenhuma	( ) Muita ( ) Razoável ( ) Pouca ( ) Nenhuma
Nº de atendimentos	( ) Muita ( ) Razoável ( ) Pouca ( ) Nenhuma	( ) Muita ( ) Razoável ( ) Pouca ( ) Nenhuma
Condições de Trabalho	( ) Muita ( ) Razoável ( ) Pouca ( ) Nenhuma	( ) Muita ( ) Razoável ( ) Pouca ( ) Nenhuma

07– Como é que você tem se sentido atualmente? (Marque todas as opções que se adequem a sua situação atual, ainda que contraditórias.)

( ) Alegre            ( ) Cansado (a)            ( ) Insone            ( ) Realizado (a)  
 ( ) Animado (a)    ( ) Desmotivado (a)    ( ) Irritado(a)    ( ) Tranquilo (a)  
 ( ) Ansioso (a)    ( ) Exausto (a)            ( ) Preocupado (a)    ( ) Triste

---

08– Para você, quais dos fatores abaixo são atualmente estressantes:

- relacionamento com os outros médicos
- relacionamento com os outros profissionais de saúde não- médicos
- relacionamento com os outros trabalhadores de saúde
- relacionamento com os usuários
- relacionamento com os gestores

09– Para você, o usuário é alguém:

- com quem você se identifica plenamente.
- com quem você se identifica apenas parcialmente.
- com quem você não se identifica.

10– Em sua concepção, o usuário, na promoção de sua própria saúde é:

- incapaz.
- razoavelmente capaz.
- plenamente capaz.

11– Em sua opinião, as Políticas de Humanização do Sistema de Saúde e seus princípios norteadores são:

- essenciais
- importantes
- desnecessários
- não sei

