

# Qualidade de Vida no Serviço Público de Saúde: As Representações Sociais de Profissionais da Saúde

Life Quality on the Public Service Context:  
A Social Representation Approach With Health Professionals

Calidad de Vida en el Servicio Público de Salud:  
Las Representaciones Sociales de Profesionales de la Salud

**Maria da Penha de  
Lima Coutinho**  
&  
**Ieda Franken**  
Universidade  
Federal da Paraíba

Artigo



**Resumo:** Atualmente, o termo “qualidade de vida” vem se tornando parte de interesse crescente para profissionais e pesquisadores dos mais variados espaços do conhecimento humano, especialmente nos serviços de saúde, junto a profissionais e usuários. O objetivo deste artigo é apresentar os resultados de uma investigação sobre as representações sociais dos profissionais da saúde acerca da qualidade de vida e de suas práticas nos serviços públicos. Trata-se de um estudo exploratório desenvolvido na cidade de João Pessoa/PB, ancorado na teoria das representações sociais e instrumentalizado pela entrevista semi-estruturada. Os dados coletados foram processados e analisados pela técnica de análise de conteúdo temática, de Bardin (2002), e mensurados por categorias que revelaram as dimensões objetivas e subjetivas dessa representação. No tocante ao atendimento público, evidenciou-se uma associação direta com as dificuldades e entraves que o serviço público apresenta e com a pequena valorização que recebe da sociedade e de seus órgãos gestores.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Representações sociais. Profissionais da saúde.

**Abstract:** Nowadays the expression “life quality” is getting an increasing interest of professionals and researchers from the most varied human knowledge fields, especially on health services together with professionals and users. The aim of this article is to present the results of a research about the social representations of health professionals about life quality and its practices in the public service. It is an exploratory study developed in João Pessoa/PB, based on the social representations’ theory and instrumented by a semi-structured interview. The data collected were processed and analysed by the technique of content analysis (Bardin, 2002) and dimensioned by categories that revealed the objective and subjective dimensions of these representations. Regarding the public service, it was clear that a direct association with the difficulties and obstacles that public service presents are of little value to society and to its manager institutions.

**Keywords:** Life quality. Social representation. Health professionals.

**Resumen:** Actualmente, el término “calidad de vida” se está convirtiendo en parte de interés creciente para profesionales y pesquisadores de los más variados espacios del conocimiento humano, especialmente en los servicios de salud, junto a profesionales y usuarios. El objetivo de este artículo es presentar los resultados de una investigación sobre las representaciones sociales de los profesionales de la salud acerca de la calidad de vida y de sus prácticas en los servicios públicos. Se trata de un estudio exploratorio desarrollado en la ciudad de João Pessoa/PB, fundamentado en la teoría de las representaciones sociales e instrumentalizado por la entrevista semi-estructurada. Los datos colectados fueron procesados y analizados por la técnica de análisis de contenido temática, de Bardin (2002), y medidos por categorías que revelaron las dimensiones objetivas y subjetivas de esa representación. En lo que se refiere al servicio público, se evidenció una asociación directa con las dificultades y obstáculos que el servicio público presenta y con la pequeña valorización que recibe de la sociedad y de sus órganos gestores.

**Palabras clave:** Calidad de vida. Representaciones sociales. Profesionales de la salud.

Na literatura especializada, o processo do desenvolvimento conceitual da qualidade de vida registra diversos obstáculos em sua precisão, visto que esse construto se apresenta como uma expressão dinâmica, polimorfa, incluindo necessidades extremamente heterogêneas e orientadas por opiniões dos vários autores (Fonseca et al., 2005; Pereira, 2002; Queiroz, Sá, & Assis, 2004; Zanei, 2006). Dentro desse contexto é que, desde o século passado, tem-se verificado um interesse crescente pela questão da qualidade de vida, que se traduz em numerosas reflexões e publicações sobre o tema; dessa forma, seu uso se tornou popular entre os investigadores da saúde a partir da década de 80 (Buss, 2000; Seidl & Zannon, 2004).

A partir de então, tem crescido o número de publicações centradas na qualidade de vida e em diferentes tópicos de saúde, tais como na relação saúde/doença e na efetividade dos atendimentos e tratamentos de enfermidades crônicas, que, com o aumento da esperança de vida, levou os profissionais da saúde a considerar também a satisfação com a vida na relação com os limites biológicos do paciente e na relação das dificuldades, inerentes ou situacionais, que se apresentam na práxis desses profissionais (Paschoal, 2000).

Estudos relatam a existência de dificuldades subjacentes à prática dos profissionais da saúde, entre elas, a convivência com o sofrimento, a ambigüidade de papéis, o excesso de

trabalho, a falta de pessoal e de material para atendimentos eficazes, e revelam o íntimo inter-relacionamento e a interdependência da saúde com o desenvolvimento econômico e social voltados para a progressiva melhoria da qualidade de vida da população em geral, enfatizando a necessidade das ações de saúde a serem desenvolvidas pelos governos locais, com a utilização dos recursos da comunidade (Ferreira Filha, Medeiros, & Lazarte, 2003; Sandala & Matias, 2000; Saupe, Nietche, Cestari, Giorgi, & Krahl, 2004). Essas dificuldades auxiliaram a proliferação de pesquisas e recebem hoje seu reconhecimento junto à comunidade científica a respeito do construto qualidade de vida.

Para Fleck (2000), qualidade de vida é um conceito amplo, que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, crenças pessoais e relações sociais.

Segundo Moreira (2001), as noções, pré-noções e julgamentos em relação ao significado da expressão qualidade de vida não estão isentos de uma caracterização social, mas, pelo contrário, o meio social também forja os padrões de entendimento do que seja considerado um bom estilo de vida ou uma vida com qualidade. E mais, esses padrões e as definições sobre o que seja uma boa ou má qualidade de vida, além de dependerem da inserção do indivíduo em determinada classe social, comunidade ou grupo, estão também intimamente relacionados à época histórica e ao grau de desenvolvimento da sociedade como um todo. Para esse autor, “a qualidade de vida deve ser pensada e falada dentro de um contexto histórico social” (p. 10).

O conceito qualidade de vida implica a satisfação de diversas necessidades, primárias e secundárias, e é dependente da interação do comportamento individual e social nos

diversos contextos. Assim, esse construto, cada vez mais associado à saúde, ao ambiente e ao desenvolvimento, parece depender de fatores subjetivos e objetivos, implicando um estilo de vida individual e as condições materiais e sociais do meio onde o indivíduo se insere, que funciona, simultaneamente, como causa e efeito das práticas de vida (Campolina & Ciconelli, 2006; Paschoal, 2000).

Frente à necessidade de se trabalhar com questões sociais, práticas e subjetividades na área da saúde, a teoria das representações sociais (Moscovici, 1978) abriu as portas para as aplicações experimentais. O poder das crenças – que sempre interessou Moscovi – apresenta-se como outra forma de racionalidade, baseada em sentimentos socialmente compartilhados, que servem de motor para a ação de grupos e populações.

As representações constituem sistemas de interpretações que regem as relações dos sujeitos com o mundo e com os outros, orientando e organizando as suas condutas/comportamentos e as comunicações sociais; estudar as representações sociais do construto qualidade de vida entre profissionais da saúde, propiciará a compreensão de como é tratada a sua multidimensionalidade por esses atores sociais.

## Qualidade de vida - aspectos históricos e conceituais

No decorrer do século XIX, com o reconhecimento dos direitos do cidadão, as obrigações do Estado referentes à saúde coletiva e aos cuidados das pessoas firmam-se como um espaço público e político. Nesse contexto, têm-se os construtos básicos para a gênese da “qualidade de vida”, embora esse termo seja encontrado pela primeira vez somente no século XX (Seidl & Zannon, 2004).

Alguns autores (Diniz & Schor, 2005; Miranda & Gurian, 2006) afirmam que o

Para Fleck (2000), qualidade de vida é um conceito amplo, que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, crenças pessoais e relações sociais.

desenvolvimento inicial dos estudos sobre esse construto teve a priori destaque nas ciências médicas e ulterior na Psicologia e na Sociologia. No campo da saúde, a relação entre qualidade de vida e saúde existe desde o nascimento da Medicina social, nos séculos XVIII e XIX, cujo interesse tem se centralizado naqueles aspectos da qualidade de vida que estão sendo influenciados pela ocorrência ou pelo tratamento de doenças ou traumas.

No final da Segunda Guerra Mundial (1945), com a instauração da economia de mercado, a noção de qualidade de vida se associa ao desenvolvimento econômico - Produto Interno Bruto - PIB, à instauração de um mercado de consumo e à aquisição de bens materiais, privados e públicos. Nesse período, erroneamente, vinculou-se a qualidade de vida ao puro desenvolvimento material, esquecendo-se os aspectos mais subjetivos e mais qualitativos. O PIB, enquanto indicador de riqueza produzida, não contemplava diversos pontos fundamentais que permitissem analisar o desenvolvimento de uma sociedade, mostrando que o seu aumento era incapaz de gerar melhor qualidade de vida, pois não havia conseguido erradicar a ignorância, a violência e a pobreza; ao contrário, agravou a situação social e ambiental, e foram consolidadas enormes disparidades socio-espaciais em todos os aspectos (Kran & Ferreira, 2006; Santos et al., 2002).

Nesse desenrolar, surge a necessidade de encontrar meios satisfatórios que pudessem avaliar a qualidade de vida dos países. Esses meios se fizeram presentes através do desenvolvimento dos indicadores sociais, como, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil, a esperança de vida, os hábitos de consumo, a renda, os fatores do meio ambiente e as condições de existência de grupos minoritários, chegando-se até ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O IDH foi criado por Mahbub ul Haq, com a

colaboração do economista indiano Amartya Sen, e publicado pela primeira vez em 1990, e avalia três dimensões – longevidade, educação e renda – oferecendo, assim, um contraponto ao PIB, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento (<http://terramagazine.terra.com.br/interna/html>, e [www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br)).

O nível de qualidade de vida do ser humano tem caído, na atualidade, em função de diferentes fatores, entre eles, a automação de processos com utilização de máquinas cada vez mais complexas e eficientes, a especialização exagerada do trabalho, o grande aumento da produtividade, a elevada competitividade, o desemprego, o subemprego, o corre-corre do dia a dia, os problemas de trânsito, a poluição das cidades, o saneamento básico, as moradias e os serviços públicos ineficientes, como os da saúde e da educação, etc.; esses e outros têm contribuído para a queda do nível de qualidade de vida do ser humano (Barros, Henriques, & Mendonça, 2001).

No Brasil, o Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH, 2006), divulgado pelo PNDU - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, revela que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) melhorou entre 2003 e 2004, e revela também que o País recuou uma posição no ranking mundial, caindo de 68 para 69 numa lista de 177 países. É importante salientar que as mudanças da posição de um país no ranking do IDH de um ano para outro são sempre relacionadas tanto ao desempenho nas três dimensões desse índice sintético – longevidade, educação e renda – quanto aos demais países nas mesmas dimensões do desenvolvimento humano. Portanto, ainda que um país melhore o valor de seu IDH, se outros se saírem melhor, aquele poderá subir pouco no ranking, ou até mesmo não subir.

Construído a partir de instrumentos limitados que refletem aspectos parciais da realidade

e sem abranger todos os aspectos de desenvolvimento, o IDH também não é uma representação da "felicidade" das pessoas, mas não se pode desconsiderar sua utilidade. Mesmo com as ressalvas, não há como negar que o IDH seja um dos melhores parâmetros de avaliação da eficácia das políticas públicas (<http://terramagazine.terra.com.br/interna>, acessado em 22 de maio de 2008).

Encontram-se nas definições da qualidade de vida os fatores objetivos e subjetivos que contribuem para o bem-estar e para o atendimento das necessidades humanas, apresentados nas pesquisas sociais e da saúde desde a década de 70.

Na atualidade, a qualidade de vida está relacionada à capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera padrão de conforto e bem-estar. Envolve muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e da coletividade que ao sujeito se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural, uma noção eminentemente humana (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

A necessidade do entendimento adequado do que é qualidade de vida possibilita a produção de conhecimento que subsidia propostas voltadas para políticas públicas que criem, recriem e desenvolvam o sentido de qualidade de vida como um direito do cidadão.

Segundo Minayo et al. (2000), deve-se

considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes. (p. 8)

Outras pesquisas (Minayo et al., 2000; Moreira, 2001) apontam também valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade da mesma forma que a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, elementos materiais que têm como referências noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Nesse direcionamento, pode-se entendê-la como uma dimensão eminentemente humana relacionada ao grau de satisfação vivenciada pelo indivíduo nos diferentes segmentos: familiar, social e ambiental, inserindo as normas culturais que normatizam o padrão de bem-estar e conforto de uma determinada comunidade (Minayo et al., 2000).

As investigações acerca da qualidade de vida, nos últimos anos, geraram muitas definições que expressam a inclusão da subjetividade, baseada na perspectiva do sujeito, em que a pessoa encontra a melhor forma (ou a única) para defini-la. Autores como Fayer (2000), Queiroz et al. (2004), Fonseca et al. (2005) e Zanei (2006) revelam ser de suma importância o estudo de seu componente subjetivo, avaliado pelo próprio indivíduo ao relatar sua própria qualidade de vida, suas expectativas, sua satisfação e bem-estar na vida.

No Dicionário de Educação Física e Esporte (Barbanti, 2003), encontramos o termo qualidade de vida como entusiasmo pela vida e um sentimento positivo geral, sem fadiga das atividades rotineiras, pois está intimamente ligado ao padrão de vida, ao nível de bem-estar que um indivíduo ou uma população pode desfrutar, incluindo aspectos de saúde física e mental, condições materiais,

Autores como Fayer (2000), Queiroz et al. (2004), Fonseca et al. (2005) e Zanei (2006) revelam ser de suma importância o estudo de seu componente subjetivo, avaliado pelo próprio indivíduo ao relatar sua própria qualidade de vida, suas expectativas, sua satisfação e bem-estar na vida.

infra-estrutura, condições sociais e relação com o meio ambiente.

De acordo com Gonçalves e Vilarta (2004), Guiselini (2004) e Nahas (2002), os conceitos qualidade de vida, saúde total, bem-estar e estilo de vida saudável apresentam dimensões e componentes similares que, na realidade, estão interligados uns aos outros. As dimensões são assim descritas: i) dimensão social – diz respeito à convivência com a família, com o círculo de amigos e com a importância da amplitude da esfera social; ii) dimensão emocional – refere-se ao desenvolvimento da autoconfiança, à forma de lidar com situações estressantes e, principalmente, à aceitação de suas próprias limitações; iii) dimensão física – está relacionada à capacidade de realizar atividades físicas, alimentar-se de forma balanceada, evitando hábitos considerados nocivos à saúde; iv) dimensão mental ou intelectual – faz alusão à habilidade de realizar tarefas que envolvam a cognição e o constante desenvolvimento do discernimento crítico, identificando soluções e utilizando-se de informações atualizadas para aumentar o conhecimento pessoal; v) dimensão espiritual – tem relação com a aptidão do indivíduo em encontrar significados na vida, em si próprio, na religião ou em crenças, aumentando, dessa forma, o desenvolvimento da empatia ética.

Essas dimensões citadas por Guiselini estão relacionadas ao conceito social, emocional, intelectual e espiritual, que, por sua vez, estão mais intimamente relacionados à mente, ao subjetivo, ao passo que a dimensão física é, prioritariamente, relacionada ao corpo.

Existe também outra dimensão, não apresentada por esse mesmo autor, que parece igualmente importante, a dimensão profissional, que, no mundo moderno, capitalista, neoliberal e privado, envolve

sub-repeticionalmente várias das dimensões acima descritas e, muito fortemente, a auto-estima, sem a qual nenhum indivíduo pode se considerar possuidor de uma vida de qualidade (Franken, Coutinho, & Ramos, 2007).

## Representações sociais

Enquanto fenômenos típicos da consciência moderna, as representações sociais são consideradas produtos do confronto entre senso comum e conhecimento erudito, veiculados pelos meios de comunicação e, portanto, fenômenos distintos do senso comum e de outras épocas históricas. A representação social é definida como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos” (Moscovici, 1978, p. 31).

As representações sociais são conjuntos simbólicos/práticos/dinâmicos cujo status é o de uma produção, e não reprodução ou reação a estímulos exteriores, mas a utilização e seleção de informações a partir de repertório circulante na sociedade, e são destinadas à interpretação e à elaboração do real. Assim, representar um objeto, pessoa ou coisa não consiste apenas em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, mas em reconstruí-lo, retocá-lo e modificá-lo (Moscovici, 2003).

Nas representações sociais, a mídia exerce um importante papel na construção do senso comum, pois encarrega-se de boa parte da exposição desses nas práxis humanas. As representações que os profissionais de saúde constroem acerca do construto qualidade de vida, objeto deste estudo, encontram-se imersas nesse movimento contínuo de incessantes ondas de comunicação que circulam na mídia e nos discursos, por meio das idéias e das imagens que se materializam nas condutas.

Por conseguinte, a mídia exerce papel importante para a análise informacional das representações sociais, sendo os jornais, a internet e a televisão mediadores entre o conhecimento erudito e o conhecimento consensual a respeito de um dado objeto social (Camargo, 2003).

Para Jodelet (2001), as representações sociais são modalidades de conhecimento prático, que permeiam a história da humanidade, e sistemas de conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente, orientando comportamentos e intervindo na definição da identidade individual, social e na construção de objetos.

A noção de representação social favorece um melhor entendimento sobre as atividades cognitivas, simbólicas e afetivas dos indivíduos nas suas interações cotidianas e posicionamentos sociais. Ligam-se à linguagem, ao conhecimento, aos saberes, à ideologia, à cultura, ao simbólico, ao imaginário social e orientam as condutas e as práticas sociais; através das representações sociais, pode-se entender a forma como os indivíduos apreendem o mundo e o seu entorno, em um esforço para compreender e resolver seus problemas (Moscovici, 1981). Ainda sob o ponto de vista desse autor, são categorias que servem para classificar as situações, os objetos, os indivíduos com quem temos relações e as teorias que permitem formar conceitos sobre os fenômenos da vida cotidiana.

Para Arruda (2003), são três as propriedades principais que caracterizam as representações sociais: (i) elas são socialmente elaboradas e compartilhadas; (ii) têm uma função prática de organizar e estruturar o meio ambiente; (iii) fornecem ao grupo um sentido de identidade, na medida em que constroem uma realidade comum a um segmento social.

Moscovici (2003) identificou dois processos básicos na elaboração das representações

sociais: a ancoragem e a objetivação. A primeira é um processo que modifica algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias, e o autor compara-o ao paradigma de uma categoria que pensamos ser adequada; é o classificar, dar nome a alguma coisa, e, ao se nomear algo, destrói-se o anonimato perturbador, sendo-lhe atribuída uma genealogia a fim de incluí-lo em um complexo de palavras específicas para localizá-lo, de fato, na matriz de identidade de nossa cultura. Já a segunda une-se à idéia de não-familiaridade com a realidade; objetivar é descobrir o aspecto icônico de uma idéia ou ser mal definido, desenvolvendo fórmulas e clichês, simplificando e unificando as imagens que estavam, a princípio, desconectadas.

Vala considera o processo da ancoragem como a assimilação de um objeto novo por objetos já existentes no sistema cognitivo. Para esse autor, os objetos funcionam como âncoras que permitem a construção da nova representação. Então, estudar o processo de ancoragem significa inventariar as âncoras que, enquanto sustentáculos de uma representação, modelam os seus conteúdos semânticos. A seleção dessas âncoras não é neutra, e obedece a mecanismos sociais e aos contextos das comunicações.

Já o processo de objetivação se refere à forma como os elementos constituintes da representação se organizam e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade considerada natural, ou seja, consiste na concretização de um objeto abstrato e em fazer o abstrato tornar-se real, familiar e mais compreensível (Vala & Monteiro, 2004).

Para Moscovici (2003), o processo de objetivação envolve três momentos: (i) construção seletiva, ou seja, as crenças e idéias

acerca do objeto da representação sofrem um processo de seleção e descontextualização; (ii) esquematização (ou nó figurativo): são as noções básicas de uma representação que se encontram de forma a constituírem um padrão de relações estruturadas, e (iii) naturalização, pela qual os conceitos retidos na esquematização adquirem materialidade.

Para Moscovici, os processos de ancoragem e objetivação estão incluídos em universos de opiniões, e cada um desses universos envolve uma tridimensionalidade: a atitude, a informação e o campo de representação ou imagem. A primeira envolve uma tomada de posição em relação ao objeto, isto é, ser favorável ou desfavorável; a segunda está relacionada com o que um grupo sabe a respeito de um fenômeno ou objeto social, em termos de consistência e coerência; a terceira é a imagem formada a respeito do objeto social e indica o conjunto representado, mesmo que não esteja sistematizado ou organizado.

Com esse aporte teórico em tela, objetiva-se apreender as representações sociais acerca da qualidade de vida dos profissionais de saúde dos serviços públicos, buscando um significado que possibilite maior compreensão do universo social e das suas condutas de atendimento público. Procura-se entender a tradução que os profissionais fazem de sua práxis, do conhecimento do qual se apropriam e do impacto desses conteúdos na condução de seus atendimentos nesses serviços.

## Método

Trata-se de um estudo de campo – de cunho exploratório/descritivo qualitativo e quantitativo – cujo objetivo é levantar, descrever e analisar as representações sociais dos profissionais da saúde acerca do construto qualidade de vida.

## Lócus

O lócus deste estudo foi cinco unidades públicas de saúde localizadas na cidade de João Pessoa, PB, selecionadas de acordo com o interesse que profissionais e administradores de saúde dessas unidades demonstraram em conhecer o universo representacional acerca da qualidade de vida dos profissionais da saúde a elas vinculadas, com vistas ao planejamento ou redirecionamento de ações para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais e de suas práticas nessas unidades.

## Participantes

Participaram 15 profissionais da área de saúde; desses, 45% são médicos, 26,7%, dentistas, 15%, enfermeiros e 13,3%, bioquímicos. Os critérios de inclusão dos participantes na constituição da amostra foram: i) aceitar participar do estudo e ii) ter no mínimo um ano de trabalho.

## Instrumentos

Para a coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: um questionário socio-demográfico e uma entrevista semidirigida. No questionário, foram levantadas as variáveis sócio-demográficas da amostra, tais como: idade, sexo, tipo de escola e tempo de serviço, entre outros. A entrevista continha perguntas abertas, por meio das quais se buscou levantar os construtos representacionais dos profissionais sobre a qualidade de vida nas seguintes dimensões estruturais, conforme a teoria das representações sociais:

- a) Perguntas relacionadas às informações que os sujeitos possuíam sobre a qualidade de vida.
- b) Perguntas relacionadas ao campo das representações dos sujeitos acerca da qualidade de vida, expressas por meio de frases, sentimentos ou palavras que a definem.
- c) Perguntas nas quais se buscou averiguar quais as atitudes dos profissionais diante dos atendimentos realizados.

As questões formuladas foram as seguintes: O que é qualidade de vida para você? Em que aspecto da vida se aplica qualidade de vida? O que é atendimento público para você? O que é atendimento público de qualidade? Seu trabalho oferece atendimento público de qualidade?

## Procedimentos

Após o estabelecimento do contato com os participantes, foram discutidas questões sobre participação, consentimento informado e informações relevantes sobre o estudo e seus objetivos, momento no qual foi garantido o anonimato.

As informações apreendidas através do questionário foram analisadas através dos cálculos de freqüências percentuais, e os conteúdos apreendidos por meio das entrevistas foram codificados pela análise de conteúdo temática (Bardin, 1977/2002), que permite a compreensão crítica do sentido das comunicações e de suas significações.

## Resultados e discussão

A análise dos dados sociodemográficos dos participantes desta pesquisa exibiu o seguinte perfil: 46,7% são do sexo feminino; 53,3%, do sexo masculino; com faixa etária dos 26 a 36 anos, 13,4%, e, acima de 36 anos, 86,7%. No que se refere ao estado civil, 73,3% são casados, 7%, solteiros, e 19,7% registraram outros. No que diz respeito ao tempo de exercício da prática profissional, 53,3% possuem entre 6 e 11 anos de vínculo; 33,3%, mais de 12 anos, e 13,4%, entre 1 a 5 anos na instituição pública.

Em relação ao construto qualidade de vida, as interlocuções resultantes das questões norteadoras permitiram a construção de um conhecimento prático veiculado no grupo de afiliação e na inter-relação do contexto social, que propiciou a emergência de três categorias – concepção, implicações sociais e econômicas e práticas profissionais – com oito subcategorias: 1 físico-orgânica; 2 psico-afetiva; 3 psicossociais; 4 condições de vida favoráveis e desfavoráveis; 5 condições de trabalho; 6 vínculo funcional e 7 qualificação profissional, conforme a Tabela 1, a seguir:

**Tabela 1** - Categorias e subcategorias acerca da qualidade de vida elaborada pelos profissionais de saúde.

| Eixo temático     | Categoria                        | Subcategorias                   | f.             | %    |
|-------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------|------|
| Qualidade de vida | Concepção                        | Físico/orgânica                 | 34             | 12,2 |
|                   |                                  | Psico-afetivo                   | 33             | 11,8 |
|                   |                                  | Psicossociais                   | 56             | 20,1 |
|                   | Implicações sociais e econômicas | Condições de vida favoráveis    | 29             | 10,4 |
|                   |                                  | Condições de vida desfavoráveis | 31             | 11,5 |
|                   | Práticas profissionais           | Condições de trabalho           | 33             | 11,8 |
|                   |                                  | Vínculo funcional               | 33             | 11,8 |
|                   |                                  | Qualificação profissional       | 29             | 10,4 |
|                   |                                  |                                 | $\Sigma = 278$ | 100  |

Na primeira categoria, concepção de qualidade de vida, emergiram 123 vocábulos extraídos das unidades temáticas das três subcategorias: com 34 elementos, físico/orgânica, com 33,

psico-afetivo, e com 56, psicossociais. Na segunda categoria, implicações sociais e econômicas, foram apreendidos 60 vocábulos, extraídos das unidades temáticas das duas subcategorias: condições de vida favoráveis, com 29 vocábulos, e condições de vida desfavoráveis, com 31 vocábulos. Na terceira categoria, práticas profissionais, emergiram 95 vocábulos, extraídos das unidades temáticas das três subcategorias: condições de trabalho e vínculo funcional, com 33 elementos cada, e a subcategoria qualificação profissional, com 29 elementos, registrando-se, assim, um somatório de 278 elementos para a representação do construto qualidade de vida.

Na primeira subcategoria, físico/orgânica, a concepção da qualidade de vida foi objetivada através das expressões: “ter boa saúde, estar fisicamente bem, em primeiro lugar a saúde, ter um bom funcionamento físico e biológico, inicialmente estar biologicamente bem, ter boa alimentação, ter um organismo saudável, cuidar da saúde, ter uma atividade física, é estar fisicamente sem problemas”. Na segunda subcategoria, psico-afetivo, emergiram unidades de significação objetivadas por meio das expressões: “estar bem emocionalmente, satisfeito com a vida, gostar de viver, estar feliz consigo mesmo, satisfeito com seu dia a dia, ter equilíbrio, gostar do que tem e do que faz, estar bem com o seu mundo, sentir prazer no dia a dia, atender bem os outros, expressar carinho e fortalecer as amizades”. Na terceira subcategoria, aspectos psicossociais, as unidades semânticas foram objetivadas em “relacionamento familiar equilibrado, ter um bom trabalho, ter lazer, relacionar-se bem com outras pessoas, ter bons amigos, ser reconhecido no seu ambiente, ser querido pelas pessoas de modo geral”. Como se vê nessa primeira categoria, denominada concepção, os participantes da pesquisas ancoraram a qualidade de vida nas esferas

físico-orgânica, psicoafetiva e psicossocial, veiculando uma concepção multifacetada que se coaduna com o conhecimento erudito, demonstrando que esses profissionais têm acesso às informações disponíveis acerca do objeto e reorganizam seus elementos não de forma aleatória, mas revelando valores grupais.

Esses resultados corroboram os estudos de Auray e Duru (1995), Minayo (2000), Vilarta (2004) e Guiselini (2004), que destacam a multidimensionalidade desse construto, que envolve valores não materiais e materiais. Os primeiros são representados por amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade, e os segundos, representados pela satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, tais como acesso à água potável, alimentação, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; os elementos materiais têm como referência noções relativas a conforto, bem-estar subjetivo, realização individual e coletiva. Para esses participantes, a qualidade de vida contribuiu para mobilizar o interesse para desfrutar novas interações sociais, fazendo com que mantivessem uma relação com o sentimento de bem-estar social, o que demonstra uma percepção positiva quanto à representação da qualidade de vida na inter-relação com a saúde física, psíquica e social.

Para esse mesmo construto, na segunda categoria, implicações sociais e econômicas, foram detectados 60 vocábulos retirados das unidades temáticas enunciadas pelos participantes e associadas a duas subcategorias: condições de vida favoráveis e condições de vida desfavoráveis. Na primeira subcategoria, as implicações sociais da qualidade de vida foram objetivadas por meio dos seguintes recortes temáticos “ter bom trabalho, ter um salário que possa oferecer uma vida digna, ter dinheiro para sustentar o seu desenvolvimento e o dos seus, ter uma

boa casa, poder educar os filhos, estar bem materialmente”.

Observa-se claramente, na formação das representações sociais desses participantes acerca do construto qualidade de vida, a construção seletiva da objetivação, visto que as informações sofreram um processo de seleção, o que implica a utilização de apenas uma parte da informação disponível acerca do objeto. Nesse caso, a objetivação realizada é contextualizada unicamente no sistema capitalista vigente, que aduz que o acesso a qualquer bem facilitador para a qualidade de vida se atrela obrigatoriamente às condições econômicas. Pode-se inferir que, para esses profissionais da saúde, o bom trabalho oferece uma estabilidade social que facilita a aquisição de bens materiais e sociais. Nesse ponto, a naturalização das representações do construto qualidade de vida se processa ligada aos aspectos econômicos da vida, e esses participantes a ancoram nos fatores socioeconômicos.

A segunda subcategoria, condições de vida desfavoráveis, apresenta-se objetivada pelos seguintes recortes temáticos: “não ter benefícios, não ter uma boa educação, ser uma pessoa irritada, usufruir um ambiente físico sem conforto” são elementos que impedem a qualidade de vida. É interessante observar como esses participantes objetivam o construto em pauta, metaforicamente, através de elementos contrários ao que apregoa tanto o conhecimento erudito quanto o consensual. Dessa forma, a ancoragem leva à produção de transformações já constituídas, usando, na representação do construto, uma metáfora que evoca algo de conhecido, isto é, a instrumentalização social do objeto representado. Com esses elementos, verifica-se que a associação da qualidade de vida se realizou na evitação das condições de vida desfavoráveis, retratando, assim, a realidade, fruto de vivências e contradições que permeiam cotidianamente a prática desses profissionais.

Na terceira categoria, práticas profissionais, foram detectados 95 vocábulos extraídos das unidades temáticas enunciadas pelos participantes, que resultaram em três subcategorias: condições de trabalho, vínculo funcional e qualificação profissional.

Na primeira subcategoria, condições de trabalho, os participantes representam a impossibilidade de usufruírem de qualidade de vida, o que foi objetivado nas expressões: “condições de trabalho desfavoráveis, falta material para um atendimento de qualidade, o número de profissionais é insuficiente para a população e não há espaço físico que proporcione bem-estar, tanto para o profissional como para o usuário”. Para esses profissionais, a qualidade de vida revela significados do senso comum elaborados a partir de suas experiências e utilizados como sistema de referência e interpretação do local de trabalho, o que vem corroborar as afirmações de Moscovici (2003), que ressalta que as representações sociais são conjuntos simbólicos/práticos/dinâmicos cujo status é o de uma produção, e não de reprodução ou de reação a estímulos exteriores, com a utilização e a seleção de informações a partir de repertório circulante na sociedade destinado à interpretação e à elaboração do real.

Na segunda subcategoria, vínculo funcional, emergiram unidades de significação objetivadas por meio das expressões: “necessidade de assumir muitos empregos, trabalhar em outras cidades distantes, diferenças entre serviços públicos”. Essas interlocuções levam a inferir que as práticas profissionais desses participantes são mediadas por condições adversas que interferem diretamente na qualidade de vida. São profissionais de serviços públicos de saúde submetidos a políticas salariais acanhadas, o que os leva a aceitar muitos empregos como forma de atender suas necessidades básicas. A diversidade dos vários vínculos os deixa mais

expostos aos riscos dos deslocamentos que fazem entre várias cidades. Eles ainda criticam as diferenças existentes nas condições de trabalho, nos salários e nos benefícios entre os profissionais da saúde vinculados aos diferentes Poderes, Executivo, Legislativo e Judiciário. Tanto o esgotamento como o estresse profissional têm se tornado cada vez mais sérias ameaças para os profissionais da área da saúde, podendo afetar sua saúde, sua qualidade de vida, o rendimento e a eficiência no trabalho, além de causar dificuldades de comunicação.

Na terceira subcategoria, qualificação profissional, a objetivação dos participantes emerge representada pelos seguintes recortes temáticos: "... falta curso de atualização, incentivo por parte dos agentes empregadores, tempo e recursos econômicos". Tais representações surgem como conseqüência da ausência de políticas públicas voltadas para a qualificação dos profissionais da saúde, que vivenciam a dicotomia entre as exigências da praxis e as reais condições que lhes são oferecidas.

As interlocuções acerca da qualidade de vida emergiram de forma indissociável com a prática profissional – atendimento público. Para os atores sociais, o atendimento público foi objetivado nos recortes temáticos: "pouca valorização, produtividade acima da qualidade, ambientação, treinamento, condições de trabalho desfavoráveis, falta material para um atendimento de qualidade, o número de profissionais é insuficiente para a população, e não há espaço físico que proporcione bem-estar tanto para o profissional quanto para o usuário", e tais recortes se fundem na mesma rede de significados pertinente ao eixo temático qualidade de vida, conforme pode ser observado na categoria práticas profissionais e nas subcategorias vínculo funcional/condições de trabalho, já mencionadas. Evidencia-se, ainda, uma associação direta com a

responsabilidade social e com as dificuldades que o serviço público apresenta para os profissionais e usuários.

Para os participantes, a dificuldade no atendimento público de saúde tem origem complexa e disseminada – implantação e fiscalização de serviços em saúde, atuação de governantes, controle da corrupção, entre outros – e, na maioria, é provocada pela ausência de políticas públicas bem executadas e comprometidas com a responsabilidade social que lhe é imposta pela Constituição Federal.

## Conclusão

Ao analisar os dados obtidos, pode-se inferir que as representações sociais acerca do construto qualidade de vida elaboradas pelos participantes deste estudo apresentaram um conceito plural, multifacetado e ancorado nos aspectos psico-bio-socioeconômicos.

Já em relação ao construto atendimento público, observa-se que, para esses profissionais da saúde, é impossível associar atendimento público a atendimento de qualidade devido às sub-condições que vivenciam na prática.

A situação atual de profunda desigualdade social brasileira contrasta com os dados estatísticos que mostram evolução, pois ainda se percebe a ausência ou o empobrecimento das atenções sociais de saúde, o que impede a equidade e a qualidade nos serviços prestados e os resultados desses, transferindo assim, para a população credora de impostos, o risco da sobrevivência, e, para os profissionais de saúde, a vergonha e a indignação por não dispor de instrumentos necessários que possam garantir uma prática profissional com qualidade e efetividade. O trabalho constitui uma necessidade básica humana que deve

ser atendida para que se possa edificar uma vida com qualidade; assim, a pessoa que não realiza um trabalho satisfatório poderá ter entraves, e dificilmente terá uma vida digna ou aceitável.

Apesar das dificuldades conceituais, parece claro que qualidade de vida é um conceito eminentemente interdisciplinar. Conhecer as representações a respeito do construto qualidade de vida oferece sustentação para o planejamento e para a implementação de novas estratégias políticas administrativas voltadas para a melhoria das condições de

vida e trabalho o que, sem dúvida, poderá trazer um impacto nas ações por eles desempenhadas.

Além de poder servir de motivação para novas pesquisas, utilizando-se combinação de outros instrumentos para coleta de dados bem como outras abordagens metodológicas, os resultados obtidos servem como estímulo para a realização de uma nova pesquisa com a ampliação da amostra, visando a maior generalização dos resultados.

**Maria da Penha de Lima Coutinho\***

Doutora em Psicologia clínica pela USP.  
Universidade Federal da Paraíba.

**Ieda Franken -UFPB**

Doutoranda em Psicologia clínica e da saúde pela UAL. Pt.  
Universidade Federal da Paraíba.  
E-mail: ieda@gmail.com.br

**\*Endereço para envio de correspondência:**

Rua da Candelária, 25. Apto. 1702. Manaíra, João Pessoa – PB – Brasil, CEP: 58038-620  
E-mail: penhalcoutinho@yahoo.com.br

Recebido 24/09/2007 Reformulado 22/07/2008 Aprovado 24/07/2008

## Referências

- Arruda, A. (2003). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas*, 117, 127-147.
- Auray, J., & Duru, G. (1995). Qualité de vie. In Moto (Org.), *Santé et multidisciplinarité. Choix et décisions* (pp. 83-128). Paris: Hermès.
- Barbanti, V. J. (2003). *Dicionário de educação física e esporte* (2a ed.). Barueri, SP: Manole.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo* (L. Antero Reto & A. Pinheiro, trans.). Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977)
- Barros, R. P., Henriques, R., & Mendonça, R. (2001). A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil. In R. Henriques, *Desigualdade e pobreza no Brasil* (Cap. 1). Rio de Janeiro: IPEA.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Camargo, B. V. (2003). A televisão como vetor de difusão de informação sobre a AIDS. In M. P. L. Coutinho, A. S. Lima, F. B. Oliveira, & M. L. Fortunato, *Representações sociais: abordagem interdisciplinar* (pp. 130-152). João Pessoa: Universitária.
- Campolina, A. G., & Ciconelli, R. M. (2006). Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 19(2), 128-136.
- Diniz, D. P., & Schor, N. (2005). *Guia da qualidade de vida*. São Paulo: Manole.
- Ferreira Filha, M. O., Medeiros, A. T., & Lazarte, R. (2003). *Saúde mental e pobreza no Brasil: desafios atuais*. Disponível em [www.consciencia.net/2003/12/12/saudemental.html](http://www.consciencia.net/2003/12/12/saudemental.html)
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Fonseca, E. S. M., Camargo, A. L. M., Castro, R. A., Sartori, M. G. F., Fonseca, M. C. M., & Lima, G. R. et al. (2005). Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 27, 235-242.
- Franken, C., & Ramos. (2007). Migração internacional, qualidade de vida e representação social. In *Saúde Coletiva* (Coletânea do Departamento de Psicologia, UFPB).
- Gonçalves, A., & Vilarta, R. (2004). *Qualidade de vida e atividade física – explorando teorias e práticas*. São Paulo: Manole.
- Guiselini, M. (2004). *Aptidão física, saúde e bem-estar – fundamentos teóricos e exercícios práticos*. São Paulo: Phorte.
- Jodelet, D. (Org.). (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet, *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: UERJ.
- Kran, F., & Ferreira, F. P. M. (2006). Qualidade de vida na cidade de Palmas, TO: uma análise através de indicadores habitacionais e ambientais urbanos. *Ambiente e Sociedade*, 2, 9.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 7-18.
- Miranda, A. P. B., & Gurian, M. B. F. (2006). Qualidade de vida em paciente com síndrome de Moyamoya através da hidroterapia. In *IX Encontro AAARL de Medicina Esportiva* (p. 8). Ribeirão Preto, SP: Faculdades de Medicina de Ribeirão.
- Moreira, W. W. (Ed.). (2001). *Qualidade de vida: complexidade e educação*. Campinas, SP: Papiurus.
- Moscovici, S. (1978). *Representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (1981). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Press Universitaires de France.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Nahas, M. I. P. (2002). Metodologia de construção de índices e indicadores sociais como instrumentos balizadores da Gestão Municipal da Qualidade de Vida Urbana: uma síntese da experiência de Belo Horizonte. In D. J. Hogan, *Migração e ambiente nas aglomerações urbanas* (pp. 465-487). Campinas, SP: NEPO.
- Paschoal, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pereira, P. A. P. (2002). *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez.
- Queiroz, C. M. B., Sá, E. N. C., & Assis, M. M. A. (2004). Qualidade de vida e políticas públicas no Município de Feira de Santana. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(2), 411-421.
- Sandala, M. L. A., & Matias, L. O. (2000). Os significados atribuídos ao cuidar de pacientes com Aids. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1(34), 1-8.
- Santos, J. A., Martins, P. C., Avelar, P. S., Cabrini, D., Costa, A. G. V., Priore, S. E. et al. (2002). A importância da equipe multidisciplinar na melhoria da qualidade de vida e inclusão social de indivíduos portadores de necessidade assistidas pela APAE de Viçosa MG. In *Anais do I Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*. João Pessoa.
- Saupe, R., Nietche, E. A., Cestari, M. E., Giorgi, M. D. M., & Krahl, M. (2004). Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 4(12), 636-642.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Vala, J., & Monteiro, M. (2004). *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vilarta, R. (Org.). (2004). *Qualidade de vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física*. Campinas, SP: IPES.
- Zanei, S. S. (2006). *Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.