

QUALIDADE DE VIDA DE MÉDICOS E USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE: ENTREVISTA ETNOGRÁFICA¹

QUALITY OF LIFE OF DOCTORS AND USERS OF A HEALTH SERVICE: DEEP ETHNOGRAPHIC

Annatália Meneses de Amorim Gomes²
Escolástica Rejane Ferreira Moura³
Marilyn K. Nations⁴
Maria Teresa Moreno Valdés⁵

Resumo

Estudo descritivo realizado em março e abril de 2004, em um hospital público do sistema de saúde de Fortaleza-CE, Brasil. Os objetivos foram: identificar percepções de médicos e pacientes sobre qualidade de vida; identificar tipos de situações que infligem sofrimento; e verificar estratégias adotadas pelos mesmos sujeitos para superar dificuldades. Os dados foram coletados por meio de entrevista etnográfica com quatro informantes-chave. Na visão dos médicos, a história de vida interfere na qualidade de vida, sendo sua maior ameaça as condições inadequadas de trabalho (desorganização do sistema de saúde, condições de materiais e infra-estrutura precárias e demanda elevada de pacientes), determinando estresse diário. Estes procuram se resguardar do contato humano nos períodos de descanso e ter atividades de lazer. Para as pacientes, qualidade de vida pressupõe vida espiritual equilibrada e bom relacionamento com as pessoas. Esta é ameaçada pela violência familiar gerada por alcoolismo e medo de perder um ente querido. Para enfrentar os problemas da vida, procuram fortalecer as convicções religiosas e os laços espirituais com Deus. O reconhecimento dessas múltiplas visões é o primeiro passo para a promoção de qualidade de vida e relacionamentos mais próximos entre médicos e pacientes.

Palavras-chave: Etnografia; Qualidade de Vida; Relação médico-paciente

Abstract

This is a descriptive study, carried out between March and April 2004 in a public health system hospital in Fortaleza-CE, Brazil. The study was aimed at identifying the perceptions of both physicians and patients regarding their quality of life, identifying types of situations that cause suffering, and **checking** the strategies adopted by each of them to overcome their difficulties. Data were obtained through ethnographic interviews with four key informants. In the physicians' point of view, life history interferes with his or her quality of life, its biggest threat being the existing, inadequate working conditions (a disorganized health system, precarious material and infrastructure conditions and high patient demand), that lead to a daily stressful routine. They tend to avoid human contact during their resting time, and look for recreational activities. For the patients, quality of life means a balanced spiritual life and a good relationship with other people. It is mainly threatened by domestic violence due to alcoholism and the fear of losing a loved one. In order to confront problems in life, they find

¹ Apresentado no III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde e no XIX Outubro Médico tendo sido premiado como o melhor trabalho na área de Saúde Pública.

² Psicóloga e Assistente Social. Coordenadora da Política de Humanização na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. annataliagomes@secrel.com.br Av. Almirante Barroso, 600. Praia de Iracema. 60.060-440. Fortaleza-CE.

³ Enfermeira. Prof^ª. Dr^ª. do Departamento de Enfermagem da UFC. escolpaz@yahoo.com.br Av. Filomeno Gomes, 80. Apto. 401. Jacarecanga. 60.010-280. Fortaleza-CE.

⁴ Antropóloga. Prof^ª. Dr^ª. do Mestrado de Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza. mnations@unifor.br Av. Washington Soares, 1321. Edson Queiroz. 60.811-905. Fortaleza-CE.

⁵ Psicóloga. Prof^ª. Dr^ª. do Mestrado de Educação em Saúde da UNIFOR. maitemoreno19@yahoo.es Av. Washington Soares, 1321. Edson Queiroz. 60.811-905. Fortaleza-CE.

shelter in their religious beliefs and their spiritual bond to God. Recognizing such multiple views is the first step towards the promotion of quality of life and closer relationships between physicians and patients.

Key words: Ethnography; Quality of life; Physician-patient relationship

Introdução

O conceito de qualidade de vida (QV) utiliza definições de subjetividade e multidimensionalidade (SEIDL; ZANNON, 2004). O primeiro aspecto se refere à percepção da própria pessoa sobre sua QV, e o segundo se refere aos padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico adequado, apoio social às famílias e indivíduos, estilo de vida responsável, e adequado cuidado da saúde (BUSS, 2000). Portanto, a expressão qualidade de vida abrange significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, sendo uma noção eminentemente humana, a qual retrata o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos (MINAYO et al., 2000). Grupo de estudo ligado a Organização Mundial da Saúde (OMS) validou um constructo sobre QV baseado em seis domínios: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (DANTAS et al., 2003).

A partir da Declaração de Alma-Ata sobre Promoção da Saúde ocorrida em 1978, saúde e doença passaram a constituir um processo dialético, social e histórico que se manifestam no biológico, expressão do padrão de vida e da estrutura social (BRASIL, 2001). Essa visão implica em uma percepção da totalidade do homem como ser social e histórico indissociável e não, simplesmente, ausência de doença. Considera-se, pois, que QV resulta das expectativas e do projeto de vida de cada indivíduo, pois os componentes individual, sociocultural e de cunho subjetivo são fundamentais na sua compreensão, ou seja, o que é uma vida de boa qualidade para um pode não ser para o outro. A esse respeito, Minayo (2003, p.19) declara que *o âmbito da qualidade de vida envolve o campo semântico das condições de vida, de trabalho e de reprodução social[...] diz respeito a sentimentos de prazer, felicidade e realização pessoal, devendo ser compreendidos por atribuição do próprio sujeito.*

No âmbito da saúde, QV se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, tendo na promoção da saúde seu principal canal de fortalecimento. Isso implica considerar, além do padrão definido pela sociedade, o conjunto de políticas públicas para o desenvolvimento humano que possibilitem melhoria das condições e estilos de vida; idéias de desenvolvimento sustentável, ecologia humana e garantia dos direitos humanos e sociais (MINAYO et al., 2000).

A necessidade de humanizar a interação entre profissionais e pacientes é tema emergente no contexto do SUS (BRASIL, 2006). Todavia, para que ocorra a humanização, não basta investir na eficiência técnico-científica e na racionalidade administrativa, é preciso aliar à qualidade técnica a qualidade interacional médico-paciente, pois qualquer atendimento à saúde é caracterizado pelas relações humanas que se estabelecem por meio de valores éticos.

É destacado que a Medicina perdeu seu caráter humanista, com a prática médica embasada em uma visão reducionista e mecanicista sobre o homem e a ciência. Ocorreram transformações no contexto de sua formação, que passou a ser cada vez mais especializada e as condições de trabalho tendeu a proletarizar o médico, submetendo-o a sobrecarga de trabalho que restringe seu contato com o cliente (MARTINS, 2001). O resultado dessa visão fragmentada e da super-especialização imprime maior importância à excelência técnica, tornando as emoções, crenças, valores, circunstâncias socioeconômicas e familiares, objeto de menor atenção no processo assistencial.

Guimarães e Luz (2000) levantam a necessidade de valorização da relação médico-paciente como elemento importante da cura, cabendo ao médico se situar de forma racional e emocional nesta relação, a fim de apreender os signos e significados trazidos pelo usuário. Paciente e profissional da saúde são sujeitos de um contexto pessoal, familiar e social próprios, cujas necessidades pessoais e sociais em interação no decorrer de um atendimento ou experiência terapêutica são diversificadas, convergentes ou divergentes, mas que precisam ser respeitadas, mediadas e negociadas por ambos.

Assim, conhecer as percepções sobre QV de diferentes atores sociais que interagem no dia-a-dia e, especialmente, na posição de quem assiste e de quem é assistido, constitui em fator-chave para a humanização dos serviços de saúde. Esse contexto conduziu à realização do presente estudo, que teve por objetivos identificar percepções de médicos e usuáries do SUS sobre qualidade de vida; verificar eventos e /ou situações que os afligem no cotidiano; e levantar estratégias adotadas pelos mesmos sujeitos para superar as dificuldades.

Materiais e método

Estudo descritivo, uma vez que o interesse do pesquisador não teve como foco o número de eventos ou o número de vezes em que uma variável apareceu, mas sim o que esta manifestou e significou para os sujeitos e para os objetivos da investigação (LEOPARDI, 2002). Este tipo de abordagem tem aplicação crescente em estudos que tratam sobre qualidade de vida (BROWN, 2004; DJIKERS, 2003; SCHALOCK ; VERDUGO, 2003).

A realização deste estudo ocorreu em um hospital público do sistema de saúde de Fortaleza-CE, Brasil, nos meses de março e abril de 2004. Os dados foram coletados por meio de entrevista etnográfica profunda, realizada com quatro informantes (dois médicos e duas usuárias), como um exercício prático da “Disciplina Antropologia Médica”, do Curso de Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Esses informantes foram escolhidos por serem os atores-chave da relação médico-paciente, não havendo preocupação com o número de sujeitos, mas com o exercício prático de realização da entrevista etnográfica. Por outro lado, na abordagem qualitativa não existe a preocupação com o número de sujeitos e a confiabilidade é confirmada quando os achados refletem, com exatidão, os pontos de vista dos participantes (POLIT et al., 2004). Neste sentido, uma atividade confirmatória foi realizada com os sujeitos médicos. Apresentado no XIX Outubro Médico, este estudo foi premiado como o melhor trabalho na área de Saúde Pública, uma vez que o público, predominante médico, manifestou forte identificação com os resultados.

A entrevista etnográfica profunda privilegia os aspectos subjetivos dos atores a fim de descobrir os significados e percepções a partir do ponto de vista do grupo pesquisado. Permite apreender algo mais que a simples informação, ou seja, atitudes, valores e verdades (VICTORA et al., 2000). Embora utilizando um roteiro semi-estruturado com questões norteadoras (O que é qualidade de vida para você? O que abala sua vida ou saúde? O que faz ou do que se utiliza para superar eventuais obstáculos?), a entrevista etnográfica exige uma interação face a face do entrevistado com a pesquisadora, ambiente de confiança e cumplicidade, favorecendo aflorar as reais percepções dos sujeitos investigados.

Os depoimentos dos informantes foram gravados. As transcrições foram organizadas pela Técnica de Análise Categorical da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). A pré-análise correspondeu a leituras repetidas do conteúdo, que identificou pensamentos e idéias dominantes. Estas foram reunidas a partir da relação de convergência entre os depoimentos, bem como por intuições e experiências das autoras, gerando as categorias: percepções de médicos e pacientes sobre qualidade de vida; eventos e/ou situações que ameaçam a qualidade de vida; e estratégias adotadas por médicos e pacientes como enfrentamento aos fatores que ameaçam a qualidade de vida.

Os princípios da Bioética, de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça que norteiam as pesquisas realizadas com seres humanos foram respeitados, conforme recomenda a Resolução 196/96 (BRASIL, 2000). O anteprojeto foi apreciado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral César Cals. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de participação no estudo e aos mesmos foram dados

nomes fictícios (médicos: Pedro e Paulo; pacientes: Zefinha e Joana) assegurando-lhes o anonimato.

Resultados

Os médicos tinham 36 e 46 anos de idade, pertenciam à classe socioeconômica média e ambos tinham se graduado há mais de 10 anos, sendo um clínico geral e um obstetra. As usuárias tinham 30 e 32 anos, eram de classe socioeconômica baixa e escolaridade de segundo grau completo. Uma informante era gestante de alto risco e a outra puérpera.

Percepções de médicos e pacientes sobre qualidade de vida (QV)

Qualidade de vida significa ter uma vida saudável, o que é resultado da história de vida de cada indivíduo, desde a infância. Implica em uma série de fatores, como hábitos alimentares saudáveis; boa orientação familiar; pensamentos positivos; e boas ações, que formam a personalidade e geram o aprendizado de cuidar de si. Esses elementos constituem a base para uma vida equilibrada e tranqüila, na compreensão do médico Paulo:

Acho que vida saudável hoje é o resultado da sua vida desde criança, adolescência, até os dias atuais... A sua infância é o alicerce de sua vida... A qualidade de vida é uma repercussão de toda a sua vida...É uma seqüência de bons hábitos, de bons pensamentos, de boas orientações familiares...A vida é um encadeamento de boas ações.

Sob o ponto de vista do médico Pedro, QV é estar de bem com a vida, na qual trabalho, lazer e amor constituem a tríade de sustentação do ser humano. Neste sentido, é importante que o médico estabeleça um padrão de vida próprio, para que seja favorecida uma vida tranqüila: *Acho que isso aí a gente tem que começar a aprender, que quem vai fazer os padrões de nossa vida somos nós mesmos... a gente vê o que realmente é necessário para se ter uma vida tranqüila, sem estar se agredindo.*

Na percepção de uma das pacientes, QV é estar em paz com Deus, com a família, com os amigos e ter saúde. O sucesso dos filhos também é um valor de realização e satisfação na vida: *Viver bem é estar sempre com Cristo, ter sempre a família caminhando nos bons caminhos... É isso, estar de bem com as pessoas, amigos, com o espírito e com a família (Zefinha).* Para ter qualidade de vida, a mesma paciente deseja ser menos estressada e se

melhorar como ser humano, atribuindo a Deus lhe conceder esta condição: *queria ser menos estressada, ser uma pessoa meiga e que Deus me desse mais sabedoria.*

De forma semelhante, Joana considera que QV está centrada na dimensão espiritual e na importância da família em sua vida, sendo secundário o fator econômico. Atribui o equilíbrio emocional e espiritual a Deus, provedor e cuidador de sua vida:

Viver bem não é ter milhões e milhões em dinheiro. Hoje é só ter saúde que a pessoa busca a essência das coisas nos mínimos. Porque a gente vive em busca de muito, muito, muito... Ambição! E às vezes, a felicidade está ao lado da gente e a gente não percebe (Joana).

A visão das pacientes contrasta com a dos médicos, que, preocupados com o *status* social, assumem vários empregos para corresponder ao padrão econômico determinado socialmente para a classe médica (descrito na segunda categoria), ao passo que, para as pacientes, ter o seu lar, saúde e uma boa escola para os filhos são aspectos essenciais da QV:

Ter o seu lar sem precisar se preocupar, ter um filho, viver, é isso. Tô na maior expectativa de ter um filho com muita saúde, porque a saúde não tem dinheiro que se compre nesse mundo. Um pouco de estabilidade financeira pra poder dar uma boa educação, escola pra essa criança (Zefinha).

Assim, não é a quantidade de dinheiro, mas uma estabilidade que garanta boa educação aos filhos e a prática de valores espirituais que tornaria a vida de qualidade.

Eventos e/ou situações que ameaçam a qualidade de vida

A principal ameaça à QV dos médicos é o estresse, que tem início na formação acadêmica, incluindo o exame vestibular, estendendo-se para a vida profissional pelo baixo poder de resolução dos problemas dos clientes, sobretudo no serviço público, no qual há escassez de recursos e equipamentos, superlotação e sobrecarga de trabalho. Outro aspecto relatado recorreu sobre o acúmulo de empregos, pela necessidade internalizada em corresponder a um “padrão de vida elevado” determinado socialmente para a classe médica, cujos profissionais são pressionados para alcançarem e/ou manterem.

A busca por manter um padrão de vida exigido pela sociedade, leva o médico a ter vários empregos/atividades, como constata a fala a seguir: *A própria sociedade cobra, os*

próprios colegas cobram que o médico tem que ter um padrão de vida. Acho que acima de qualquer outro nível dos profissionais... (Dr. Pedro).

As condições apresentadas desencadeiam problemas à saúde física e mental, o que dificulta o envolvimento com outros tipos de atividades que promovam QV. Alguns aspectos dessa realidade podem ser reconhecidos nos depoimentos:

Do que eu mais adoeço e sofro é de problema gastro-intestinal devido a problemas de alimentação, junto com problema do estresse... Às vezes sinto problema de insônia também, cansaço físico, mental...(Dr. Paulo).

Só pra você ver: eu tenho várias atividades e com isso a gente vai perdendo assim algumas coisas que me tornariam mais humano, como esporte, lazer, passear com a família e com os amigos (Dr. Pedro).

Sob o ponto de vista do Dr. Pedro, o estresse se origina na educação médica como consequência da estrutura do curso e do método de ensino: o currículo é programado e imposto; as relações de pessoa a pessoa não são favorecidas; há predomínio de relações autoritárias professor-aluno; reforço do egocentrismo pela cobrança ao aluno para resolver problemas a partir de si mesmo (“estresse do eu”):

Na Faculdade, a relação professor-aluno é muito arcaica em nosso meio. O professor tá ali num local que você não pode, muitas vezes, nem tentar questionar...A grade curricular vem toda programada pra gente cumprir aquilo ali... Desde o início da Faculdade vai se formando um estresse voltado pro eu, pro egoísmo: eu tenho que resolver, eu tenho que fazer e isto dificulta o relacionamento interpessoal com o paciente (Dr. Pedro).

Os médicos também identificaram a precária estrutura dos hospitais e as limitadas condições de trabalho como causas de estresse, pois estas deixam o profissional em posição de embate com o paciente e com outros serviços. De um lado a escassez de vagas para transferir pacientes graves e, por outro, o desgaste médico em decidir quem será atendido primeiro ou quem não será atendido:

O que mais estressa nossa classe hoje em dia é a superlotação dos serviços. Acho descaso dos governantes com a saúde pública e quem tá na ponta é que sofre este embate com a população. Isso interfere no nosso dia a dia. É

uma verdadeira briga, realmente, para conseguir uma vaga pra uma pessoa necessitada. Vem a pessoa lhe pedir um atendimento, e você dizer que não tem vaga é o que causa mais estresse (Dr. Pedro).

Pra gente trabalhar mais, a gente se priva de alguns lazeres, se priva de ter uma melhor qualidade de vida e se a gente deixa de trabalhar, sai do mercado de trabalho ... para entrar fica mais difícil (Dr. Paulo).

Dr. Paulo expressou preocupação com o amanhã, traduzindo o sentido do trabalho excessivo como uma preparação para o futuro, sendo necessário constituir algum patrimônio para ter uma assistência médica e segurança mais tarde na vida, considerando que o governo não garante essa seguridade: *É preciso trabalhar hoje pensando no amanhã, pois a política do governo não garante o nosso futuro (Dr. Paulo)*. Outra perspectiva revelada por esse informante disse respeito ao contexto social: *hoje há um crescente aumento da violência urbana, desigualdades sociais e a falta de oportunidades para a maioria, o que gera tensões nas pessoas, afetam a saúde e constituem-se em obstáculos a uma vida equilibrada.*

Ao contrário da óptica dos médicos, a principal ameaça à saúde e à QV das usuárias não é o estresse ligado ao trabalho ou preocupações com o padrão de vida, ou fazer jus à postura cobrada pela sociedade, mas o “medo” relacionado a dois eventos: morte de pessoa querida e desemprego, sendo este último razão de insegurança para com o sustento da família:

Eu tive uma perda, eu fico com medo de perder minhas tias de uma hora para outra, porque eu sou insegura, apesar de eu ter perdido uma pessoa que eu gostava muito, depois conheci essa... Mas perdas pra mim é um sofrimento muito grande (Zefinha).

Sinto insegurança no trabalho, assim, né, que hoje o índice de desemprego tá muito alto e faz com que as pessoas se sintam muito inseguras. Muitas pessoas entram em depressão devido à preocupação de não poder manter a família (Joana).

Destacaram também um cotidiano violento, que *abala os nervos*, marcado por alcoolismo do companheiro, agressões verbais e físicas que originam sofrimento psicológico, dificuldades no relacionamento interpessoal; e despreparo para lidar com filho adolescente: A

única coisa que dá medo é isso, de eu não saber criar meu filho pro mundo...Pro mundo melhor...Ser uma boa pessoa, estudar para ser alguém na vida (Zefinha).

Além desses aspectos, o mau hábito alimentar foi revelado pelas mulheres informantes como outro fator que perturba a QV, associando-o a alguns problemas do trato gastrointestinal como a indigestão. Esse aspecto foi sentido também por Dr. Paulo, afirmando ter uma sensibilidade a certos tipos de alimentos. Ambos nem sempre conseguem resistir ao consumo dos alimentos que os prejudicam, pela dificuldade em controlar-se diante do que gostam de comer.

Estratégias adotadas por médicos e pacientes para superar as ameaças à QV

Um dos médicos externou ser um desafio à relação com o paciente, sobretudo no atendimento público, pois, de um lado, encontra-se a usuária com sua dor, necessidade e estresse e, do outro, o profissional, impotente para solucionar os problemas das pacientes pelas condições precárias de trabalho:

Na hora do parto, por exemplo, uma paciente com toda aquela dor... não teve acesso antes ao serviço, então ela vai projetar naquele profissional que tá ali assistindo e altamente estressado as dificuldades que passou. Então fica difícil a relação humana entre os dois (Dr. Pedro).

O mesmo médico afirma que parturientes chegam no atendimento, agredindo, gritando, inseguras (precisando de apoio emocional), mas são tratadas por alguns membros da equipe de saúde como “bonequeira” ou “que bota boneco”, o que demonstra despreparo ético para lidar com a realidade da paciente. Essa expressão destacada é de criação e uso cearense e refere-se a comportar-se fora dos padrões da sociedade, com gritos, palavrões e atitudes demonstrativas de falta de educação. É uma alusão ao teatro de marionetes (bonecos), no qual, freqüentemente, o bonequeiro cria histórias que levam seus bonecos (marionetes) a se “comportarem” de tal forma. Ao mesmo tempo, o médico atribui à falta de preparo da paciente a fragilidade da atenção primária que deveria prevenir essas angústias com orientações prévias. Na sua visão, a maioria das pacientes se coloca como mendiga, faltando-lhe consciência de cidadania para usufruir de seus direitos:

Muitas vezes, na Faculdade, o paciente é colocado como ser inferior. O médico sai da Faculdade, hoje, achando que é dono da Ciência, tem o

poder de resolver o problema daquele ser que está ali mendigando. Em nível de atendimento público, realmente as pessoas mendigam um atendimento (Dr. Pedro).

Neste caso, se o médico se posiciona dono do poder e a paciente como mendiga, torna-se difícil uma relação sujeito-sujeito, e embora ocorra, aparentemente, um entendimento entre ambos, há um confronto travado entre alguém que domina e outro que se deixa dominar, estando comprometidas a qualidade de vida e a humanização nesta relação.

O médico também procura conciliar as várias atividades profissionais com a vida pessoal, definindo o que é mais importante para sua felicidade: *Vou tentando negociar comigo mesmo os empregos que tenho pra poder ter uma vida melhor (Dr. Pedro).*

O Dr. Paulo procura viver o presente, desligando-se do trabalho quando não está em atividade profissional: *o que diminui muito o nível de estresse é fazer o que gosto nas horas livres. Nem sempre é possível, mas a gente vai tentando.*

Esse desligamento do trabalho é alcançado pelo Dr. Paulo, ao deslocar-se para sua casa de praia, “deserta”, “calma”, onde pode cuidar de pássaros:

Eu gosto muito de ir para minha casa de praia no fim de semana. É um local de muita paz, de muito sossego. É bem deserta, a gente não vê gente, nem carro. Relaxo muito cuidando dos meus pássaros (Dr. Paulo).

Sob o ponto de vista de Dr. Pedro, a forma de enfrentar os problemas recebe influência familiar, considerando-a importante para definir a maneira como o cotidiano é percebido. Acrescenta, ainda, que o nível socioeconômico, a estrutura, formação e educação familiar, a formação da personalidade e a genética constituem a base da constituição da pessoa. É o que possibilita perceber os problemas da vida de modo a causarem ou não sofrimento, ou ainda, interferindo no comportamento de cuidar de si.

Para enfrentar os problemas que afetam a saúde, Dr. Paulo também procura fazer suas atividades com amor e prazer, sendo útil, ajudando as pessoas que o procuram como orientador e conselheiro. Isso lhe traz bem-estar e satisfação:

Tudo que a gente faz com amor, com prazer, a gente relaxa, esquece os problemas. Ajudar as pessoas como médico, como conselheiro, como orientador da vida particular me faz muito bem. Muitas pessoas me procuram e contam seus problemas particulares e me pedem opinião, porque confiam em mim e me têm como uma pessoa de mais alto nível com

relação a eles. Isso é agradável, bom fazer, pois a gente se sente útil não só na profissão, mas de outro modo, né?

Para as usuárias, Deus é o único caminho, e a fé representa a proteção necessária para caminhar na vida. O apoio espiritual, emocional e de informação para viver bem é procurado na participação em grupos religiosos:

Eu me entrego nas mãos de Deus porque acho que é o único caminho...A gente ter fé em Deus e entregar nossos filhos nas mãos do Senhor. Só ele pode defender, né? Faço parte de um grupo de orações exatamente pra eu aprender mais como viver bem com a minha família (Zefinha).

Procurei buscar Deus, entrar numa religião, comecei a participar de cultos evangélicos e graças a Deus superei, né? (Joana).

Para enfrentar as ameaças à QV as usuárias também procuram o atendimento médico e praticam atividade física. Recentemente, Joana descobriu a importância de se cuidar. Adotou, por exemplo, o uso de preservativo, evitando problemas maiores à sua vida e à sua saúde.

Discussão

Com relação às dimensões que compõem o constructo de QV da OMS, de um modo geral, os médicos participantes do estudo destacaram as dimensões da saúde física (bons hábitos alimentares), relacionamento social (orientações familiares), características ambientais (referentes ao trabalho) e estado psicológico (bons pensamentos, lazer e amor). Identificou-se, ainda, nos médicos participantes da pesquisa, uma consciência formada quanto à influência das condições sociais e políticas sobre QV e uma visão ecológica da saúde.

As mulheres elegeram o padrão espiritual (relação com Deus e fé), o relacionamento social (família e amigos) e características ambientais (relativas às condições do ambiente onde vivem) e níveis de independência (financeira). Estes correspondem aos achados da OMS acerca da presença da espiritualidade como um aspecto que forma parte da qualidade de vida de pessoas de países e culturas diferentes, sendo incluído como um domínio integrante do construto QV (FLECK et al., 1999).

O estresse do médico na vida cotidiana foi a principal ameaça à sua QV, decorrente de fatores que envolvem desde a sua formação acadêmica até o cotidiano profissional, pelas inadequadas condições de trabalho, superlotação dos serviços e baixa resolubilidade dos problemas que essa demanda acarreta.

Autores afirmam que 80% dos médicos brasileiros consideram a atividade médica desgastante, estando estes insatisfeitos e estressados pelos motivos: excesso de trabalho/multi-emprego, baixa remuneração, más condições de trabalho, responsabilidade profissional, área de atuação/especialidade, relação médico-paciente, conflito/cobrança da população e perda da autonomia (NOGUEIRA-MARTINS; NOGUEIRA-MARTINS, 1998). Esses problemas provocam sofrimento psíquico e tensão constante no médico, pela impotência de resolução diante do estrangulamento do sistema de saúde. Assim, esse dilema entre a onipotência (poder de resolver) e impotência pelas condições reais ocasiona desgaste psicológico nos informantes.

Essas condições estressantes ensejam à síndrome do estresse profissional, reconhecida como condição que o profissional, sobretudo aquele que atua em atividades de alto grau de contato, experimenta com outras pessoas, ou de sua luta para alcançar uma grande realização (PIZZOLLI, 2005). Nestas situações, o contato humano é contaminado por pensamentos e atitudes negativas, desumanizadas, freqüentemente, com perda de aspectos humanitários na interação interpessoal.

Vê-se que, desde a formação acadêmica, o médico recebe informações para decidir por ele mesmo as questões ligadas ao paciente, o que é reforçado também na lógica de organização do trabalho em saúde, que produz fragmentação, dificulta o trabalho multiprofissional e o estabelecimento de relações horizontais entre os profissionais, atitude que centraliza o poder nas mãos do médico, sem levar em consideração uma relação de trabalho em equipe. Essas condições sobrecarregam esse profissional que poderia ter seu saber profissional enriquecido com os demais e suas decisões compartilhadas por uma responsabilidade coletiva e não somente individual. Para Gallian (2000), há uma necessidade de se “re-humanizar” a Medicina, de desenvolver e fornecer recursos humanísticos para o processo de formação e atuação do médico e dos cientistas da saúde em geral, pois só se pode falar em verdadeira evolução do conhecimento biológico-médico quando se procura a integração dos saberes que extrapolam o campo eminentemente físico-experimental e isso requer a percepção da necessidade, sem preconceitos e com espírito aberto, de definir canais comuns de estudo, discussão e troca de experiências.

Percebe-se, pois, que, para os médicos, manter a QV enquanto se luta para ganhar a vida, é tarefa complexa, pois acarreta abrir mão da realização de outras necessidades sociais, além de que a competitividade os obriga a manterem-se em situação de evidência para que o seu trabalho possa ser reconhecido e valorizado e produza empregabilidade permanente.

Para as usuárias, os principais problemas à QV são preocupações associadas à família, educação dos filhos e as suas condições de sobrevivência. Minayo et al. (2000) assinalam que valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem a concepção de QV. Esse predomínio da dimensão psicossocial e espiritual poderia também ser atribuído à situação das mulheres em momento de internação, diferente dos médicos que estão saudáveis, sendo a concepção em dado momento afetada pela subjetividade implicada no momento de hospitalização. Ou mesmo, pode-se dizer que, apesar de as mulheres pertencerem a uma classe social de baixa renda, a dimensão das necessidades materiais neste momento, não predominou e sim a dimensão psicossocial, estando os médicos mais influenciados pelo padrão cultural, ou seja, pelas pressões da sociedade e modelo hegemônico ocidental, baseado em símbolos materiais que demonstrem *status* social.

Diante dessas questões, algumas estratégias de enfrentamento são adotadas pelos participantes do estudo, como formas de superação. Para os médicos, a busca por fazer o que gostam nas atividades de lazer é uma forma de relaxar e de esquecer os problemas, buscando viver o momento. Para dispor, entretanto, deste tempo livre precisam definir o necessário para sua vida, colocando limite à cobrança social do padrão de vida e elegendo suas prioridades. Neste caso, seria uma tentativa de equacionar esse dilema entre o seu próprio projeto de vida e o padrão social imposto para a classe médica.

Afastar-se de pessoas e ir para um ambiente natural como forma de relaxamento, tem uma significação importante para o médico. Este considera que sua principal tarefa é cuidar de pessoas doentes e vulneráveis, acreditando, pois, que esse desligamento do contato humano mais intenso o ajuda.

Apesar de o lugar de quem assiste ser favorecido pelo papel profissional e pelas características pessoais, Dr. Paulo pensa a relação de ajuda como atividade não esperada no exercício médico. Pareceu que, ao exercer a escuta ativa e dar orientações para melhoria da qualidade de vida e saúde do cliente, não estivesse sendo médico. Reflete-se na idéia de que essa percepção poderia revelar a concepção do modelo biomédico subjacente.

Enquanto os médicos tentam conciliar atividade profissional com lazer e vida pessoal, as pacientes buscam fazer o que gostam e viver no presente para se esquecerem dos problemas, como principal forma de lidar com o estresse no cotidiano.

Se para os médicos há uma socialização comprometida desde a sua formação profissional, dificultando os relacionamentos entre si e com o cliente, para as pacientes, no enfrentamento dos problemas à saúde, o fator principal é o desenvolvimento das qualidades

peçoais para se melhorar como pessoa, possibilitando uma convivência caracterizada por mais aceitação, perdão, sabedoria e menos estresse relacional. A importância da estabilidade financeira é revelada não como fator de posição social, como se mostrou para o médico, mas como forma de garantir a educação dos filhos e o sustento da família.

A maneira de perceber os problemas que afetam a vida e a saúde e as formas desenvolvidas para superar esses desafios cotidianos estão relacionadas com a concepção de QV e noção de viver bem, que cada um estabelece para si a partir da sua relação com o contexto sociocultural, econômico e político no qual a pessoa está inserida. Neste contexto, Costa Neto e Araújo (2003) anotam reiteradamente que a percepção de QV pelos doentes pode ser extremamente variada e combinada com fatores psicológicos ou sociais (as estratégias de enfrentamento psicológico, as expectativas, o *locus* de controle e a rede de suporte social por exemplo), sendo esses mediadores de que a maioria lança mão para o seu bem-viver.

Considerações finais

A entrevista etnográfica proporcionou aprofundar-se no ponto de vista dos informantes, aspecto confirmado na apresentação do estudo no XIX Outubro Médico, arrancando aplausos e premiação por parte de um público predominantemente médico. Essa experiência foi significativa para as autoras que desenvolviam um processo de aprendizagem na aplicação da técnica de pesquisa qualitativa que se valida com a identificação dos sujeitos aos resultados divulgados.

Na visão dos médicos QV compreendeu uma vida saudável, resultante do processo histórico de vida do sujeito, envolvendo estar de bem com a vida, trabalho e lazer. Para as pacientes, QV representa estar de bem com Deus e com a família, necessitando de sabedoria para se melhorar como pessoa.

Enquanto a QV dos médicos é ameaçada pelo estresse no cotidiano profissional causado pelo baixo poder de resolução dos problemas das pacientes, superlotação nos serviços, sobrecarga de trabalho, acúmulo de empregos e atividades para manter o padrão médico estabelecido pela sociedade, para as pacientes, o medo da perda de pessoas queridas e do desemprego, somado às dificuldades na convivência familiar, foram os aspectos mais destacados.

As estratégias de superação por parte dos médicos incluíram conciliar trabalho e vida pessoal, buscando fazer o que gostam e viver o presente. Para as pacientes, a entrega a Deus e

a busca de apoio espiritual, emocional e de conhecimento, além do desenvolvimento de qualidades pessoais para melhorar os relacionamentos, foram as principais estratégias.

As pacientes apresentaram uma visão de QV baseada em valores, atribuindo à dimensão espiritual o componente principal deste equilíbrio em suas vidas, despertando a atenção para valorização da essência da vida, expressando receios quanto à educação dos filhos, e trouxeram a necessidade de se aperfeiçoarem como pessoas para melhor se relacionarem. Essas mulheres que vivem situações adversas em seu cotidiano, têm idéias e experiências de vida que acrescentam aos médicos a percepção do que seja viver bem, levá-los a refletir sobre as imposições a que se submetem e ambos aprenderem com o compartilhar de suas múltiplas visões e formas de bem-viver.

Considerando a importância de conhecer os significados e sentidos de QV para favorecer o encontro entre o médico e o paciente, o desenvolvimento de mais estudos neste campo será de relevância para a superação de concepções predominantemente biomédicas, favorecendo uma compreensão da relação médico-paciente, de maneira a considerar os diferentes fatores implicados nesta relação, na recuperação da saúde e na QV (socioeconômicos, psicossomáticos e culturais).

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 196/96**. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**. Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santa Fé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses. Declaração do México, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização: HumanizaSUS**, documento base. 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BROWN, M.; GORDON, W.A. Empowerment in measurement: muscle, voice, and subjective quality of life as a gold standard. **Arch. Phys. Méd. Rehabil.**, n. 2, p.13-20, 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n.1, p. 163-177, 2000.

COSTA NETO, S. B.; ARAÚJO, T. C. C. F. A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida em saúde. **Est. Goiânia**, n. 1, p.153-164, 2003.

DANTAS, R. A. S. et al. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das Universidades Públicas do Estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enf.**, Ribeirão Preto, n. 4, p.532-538, 2003.

DJKERS, M. Individualization in quality of life measurement: Instruments and approaches. **Arch. Phys. Méd. Rehabil.**, n. 2, p. 3-14, 2003.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, n. 1, p.19-28,1999.

GALLIAN, D. M. C. A (re) humanização da Medicina. **Rev. Psiquiatr. Prát. Méd.**, n. 2, p.5-8, 2000.

GUIMARÃES, M. B. L.; LUZ, M. T. Intuição e arte de curar: pensamento e ação na clínica médica. In: SEMINÁRIO DO PROJETO RACIONALIDADES MÉDICAS, 8, Rio de Janeiro, 2000. **Resumos do ...** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2000. p.3-28. (Série Estudos em Saúde Coletiva).

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Pós-graduação em Enfermagem, 2002.

MARTINS, M. C. F. M. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MINAYO, M. C. S. et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Orgs.) **Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. O exercício atual da Medicina e a relação médico-paciente. **Rev. Bras. Clín. Terapêut.**, n. 2, p. 59-64, 1998.

POLIT, D. F. et al. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PIZZOLI, L. M. L. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 4, p.1055-1062, 2005.

SCHALOCK, R.; VERDUGO, M. A. **Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales**. Madrid: Alianza Editorial, 2003.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, n. 2, p. 580-588, 2004.

VICTORA, C. G. et al. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

Submissão: janeiro de 2007

Aprovação: abril 2007