

## QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES QUE PROCURAM ATENDIMENTO GINECOLÓGICO

Luciana Balestrin Redivo, Blanca Susana Guevara Werlang, & Marisa Campio Müller  
Universidade Católica do Rio Grande do Sul- Porto Alegre- Brasil

---

**RESUMO:** Foi avaliada a qualidade de vida de mulheres que procuram atendimento ginecológico e se o motivo do atendimento estava relacionado à qualidade de vida. A amostra foi constituída por 100 mulheres do sistema público de saúde e 100 do sistema privado. Foi utilizada uma ficha de dados sócio-demográficos e o Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36. As participantes do sistema público apresentaram valores mais baixos no SF-36 sinalizando menor qualidade de vida que as participantes do sistema privado. Observou-se maior quantidade de atendimentos por revisões ginecológicas no sistema privado predominando no sistema público o atendimento por sintomatologia e tratamento. Encontraram-se diferenças significativas entre o domínio da saúde geral (sistema público) que buscou atendimento por sintomatologia ( $p= 0,04$ ) e entre o domínio físico (sistema privado) que consultou por revisão ( $p= 0,001$ ).

*Palavras-chave:* Qualidade de vida, Ginecologia, Sistema de saúde público e privado.

---

## LIFE QUALITY IN WOMEN WHO SEEK GYNECOLOGICAL HEALTH CARE

**ABSTRACT:** The life quality of women who seek gynecological health care was assessed investigating whether the motive to search for gynecological services is related to life quality. The sample was made up with 100 women in the public health system and 100 in the private system. A socio-demographical data form and the SF-36 Generic Life Quality Questionnaire were used. The participants in the public system showed lower values in the SF-36, signaling lower life quality than the participants in the private system. A higher amount of regular gynecological exam consultations was found in the private system, being the public system predominantly searched for symptomatology and treatment. Significant differences were found between the general health domain (public system) that called for symptomatology care ( $p= 0.04$ ) and between the physical domain (private system) that consulted for regular exams ( $p= 0.001$ ).

*Key words:* Life quality, Gynecology, Public and private health system.

---

Recebido em 7 de Outubro de 2007 / aceite em 15 de Fevereiro de 2008

Qualidade de vida é uma noção que pressupõe ter alcançado certo grau de satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. É um tema bastante discutido, na área da Medicina e Psicologia, em função de sua importância individual e social quanto à melhora das condições de vida dos indivíduos. O termo, segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em varia-

das épocas e histórias diferentes, sendo, para estes autores, uma construção social com a marca da relatividade cultural. Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde entende que a qualidade de vida é uma percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Whoqol Group, 1995). Para este organismo internacional, a qualidade de vida é uma construção subjetiva, multidimensional e composta por elementos positivos e negativos.

A área médica usou muito, na década de noventa, a expressão “qualidade de vida em saúde”, evidenciando uma visão medicalizada do tema, utilizando indicadores notadamente bioestatísticos, psicométricos e econômicos, fundamentados em uma lógica de custo-benefício (Durand et al. 1997; Hubert, 1997;), sem levar muito em conta o contexto cultural, social e o percurso da história de vida do indivíduo. De outro modo, nesse mesmo período, a Psicologia passa a marcar a existência de um sujeito por trás do órgão, especificando o alcance da subjetividade sobre o corpo. Este é um ponto essencial, segundo Bocchi, Salinas e Gorayeb (2003), na comunicação entre profissionais da área da saúde, bem como para a percepção dos pacientes em relação a si mesmos e para a inter-relação mente-corpo/saúde-doença. Esta visão do sujeito integrado auxilia as pessoas, no mundo atual, a entenderem que os sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais se desenvolvem conjuntamente, necessitando um olhar comum sobre todos. Neste sentido, os estudos na área da Psicologia da Saúde têm por finalidade a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da população tanto no processo saúde-doença quanto no desenvolvimento sadio da pessoa. De acordo com estas idéias, pode-se pensar que a qualidade de vida é um conceito que está relacionado ao bem-estar das pessoas em seus múltiplos contextos.

As atuais exigências sociais podem influenciar a qualidade de vida. Sem dúvida, determinam uma dedicação maior (em termos de tempo) às atividades laborais num mercado cada vez mais competitivo. Esta realidade pressiona os sujeitos em termos de eficiência e desempenho, exigindo a manutenção de um status físico, emocional e econômico para fazer frente aos compromissos pessoais e familiares, deixando certamente pouco espaço para atividades de lazer. Assim sendo, é difícil manter o equilíbrio entre os aspectos de saúde, sociais, familiares, financeiros, espirituais e emocionais para que as pessoas atinjam um grau satisfatório de bem-estar. Ainda, para as pessoas menos favorecidas socioeconomicamente, existe dificuldade no acesso aos meios de saúde, moradia e trabalho, sendo os níveis de bem-estar e felicidade mais difíceis de serem atingidos.

Especificamente pensando nas mulheres, verifica-se uma mudança no papel por elas desempenhado nas últimas décadas. A entrada no campo do trabalho tornou-as, também, participativas no orçamento familiar, exercendo elas a tarefa dupla de trabalho externo e no núcleo familiar. Durante longos anos, a luta da mulher foi para deixar de lado a situação secundária em que estava colocada, diante do homem, nas relações de poder (Fonseca, 1997). Hoje o movimento é por um maior cuidado com a sua própria saúde, com o corpo e com as qualidades das relações. Contudo, cabe lembrar que foi, só a partir do final do século XVIII, que aspectos como a menstrua-

ção, parturição, gravidez e corrimentos vaginais passaram a ser vistos como algo separado das representações entre Deus e o Diabo. O corpo feminino, a partir desse período, passou a ser pesquisado pela ciência do universo masculino, vindo a se desenvolver até chegar à ginecologia e obstetrícia da atualidade (Barreto, 2002). Muitas foram as mudanças ocorridas. De cuidadora do lar e dos filhos, a mulher passou a ajudar economicamente no ambiente familiar, desempenhando os mesmos papéis dos seus companheiros. Além disso, a sexualidade e o prazer sexual, por exemplo, que antes eram considerados pecado, hoje é examinado como algo necessário para o bem-estar das mulheres.

Atualmente, a mulher é considerada um elemento fundamental na sociedade. Desempenha papéis relacionados ao trabalho, à família, à sexualidade e à função reprodutiva. A ginecologia tem acompanhado as mudanças do mundo feminino, acolhendo as queixas e inquietações trazidas pelas mulheres como uma via de ajuda, contextualizando uma área da saúde que, ao longo do tempo, tem conquistado a confiança do público feminino. A ginecologia é a especialidade da área médica que trata do aparelho genital feminino (no aspecto curativo como preventivo), da infância à terceira idade sem descuidar os aspectos emocionais que atingem as pacientes. Acredita-se que, considerando a mulher de forma inteira (aspectos físicos, afetivos e sociais) os diagnósticos e tratamentos podem tornar-se mais precisos e efetivos.

Os centros de atendimento à mulher devem estar atentos às outras necessidades, além das relacionadas ao campo orgânico e reprodutivo. Sem dúvida, os problemas físicos relatados pelas mulheres necessitam de uma atenção especial, pois esses sintomas orgânicos causam sofrimento e podem estar influenciando outros âmbitos na vida das pacientes. Um estudo desenvolvido na Inglaterra revelou que sintomas físicos, emocionais e sociais influenciam-se mutuamente, sugerindo que mulheres com dispareunia apresentam mais problemas emocionais, aumento de ansiedade e depressão e piora nos relacionamentos interpessoais quando comparadas às controles saudáveis (Green & Hetherington, 2005). Esses aspectos evidenciam a necessidade de um apoio completo (físico e psicológico), bem como de um trabalho integrado entre as equipes de saúde no que tange às queixas ginecológicas.

A saúde física e emocional pode ser trabalhada de forma conjunta para se atingir o bem-estar feminino. Isso pode acontecer com a diminuição dos sintomas físicos - quando tratadas emocionalmente; ou com uma diminuição de sintomas depressivos ou ansiosos - com um atendimento médico atencioso. Um estudo realizado na Alemanha, em 2003, investigou sintomas de ansiedade e depressão e a necessidade de um atendimento psicossomático em clínicas de ginecologia (Kollner, et al., 2003). Como resultado, os pesquisadores demonstraram que 40% das mulheres tinham desordem de ansiedade e/ou depressão e preferiam ter recebido um atendimento com enfoque psicossomático no centro de saúde que frequentaram. Os mesmos autores ainda afirmam que, quando questionados sobre este tipo de atendimento, os médicos menosprezavam essa necessidade das pacientes.

Souza e Venâncio (2005) comentam que, para humanizar os centros de saúde, tem-se tentado minimizar os impactos negativos dos problemas físicos na vida das

mulheres. Com o mesmo intuito, também se faz necessário a valorização da ética, considerando a assimetria da relação da mulher e de seus cuidadores de saúde. Isso porque, conforme Seixas (2005), a modernidade trouxe dificuldades no atendimento médico, como a redução do tempo para um relacionamento interpessoal e a segmentação no relacionamento ocasionada pelo desenvolvimento técnico-científico. Neste contexto, os pacientes não contam diretamente com o médico, mas sim com os meios materiais de terapias e diagnósticos. Esse fator pode influenciar negativamente a escuta das queixas da paciente para seu cuidador, nesse caso, o médico ginecologista.

Em relação à saúde da mulher, acredita-se ser um tema de extrema relevância considerando-se as modificações que tem passado ao longo dos anos e as implicações dessa na qualidade de vida feminina. Além disso, a Ginecologia e a Psicologia podem formar uma grande parceria no sentido de proporcionar uma melhora no bem-estar das mulheres no que tange aos aspectos físicos e emocionais. Em função do que foi exposto, desenvolveu-se o presente estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de mulheres que procuram atendimento ginecológico e de investigar se o motivo da procura por atendimento está relacionado à qualidade de vida da mulher.

## MÉTODO

### Participantes

A amostra foi constituída por conveniência, por 200 mulheres (alfabetizadas e de qualquer classe social) com idade entre 18 e 65 anos, sendo 100 do sistema público de saúde e 100 do sistema privado. Os critérios de exclusão da amostra foram: estar realizando tratamento para infertilidade; e ser menor de 18 anos. Como critérios de inclusão, considerou-se: estar em acompanhamento ginecológico em ambulatório de ginecologia do sistema de saúde público e privado, em qualquer etapa do tratamento, estando a paciente sintomática ou assintomática.

### Material

Para caracterizar a amostra, foi utilizada uma ficha de dados pessoais e socio-demográficos e de percepção das participantes sobre sua saúde física e emocional, assim como a respeito da sua situação conjugal, influência dos sintomas ginecológicos na qualidade de vida e produtividade para o trabalho. Como medida de avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36, instrumento, originariamente americano, adaptado e validado para o Brasil por Cicconelli (1997). O SF-36 apresenta resultados psicométricos satisfatórios e tem por objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, em termos de funcionamento físico e psicológico. Através de trinta e seis questões, o questionário avalia oito diferentes componentes de qualidade de vida, denominadas, na versão brasileira,

como: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O levantamento dos dados é realizado estabelecendo escores que variam entre zero a 100, sendo os resultados mais próximos de 100 sugestivos de uma melhor qualidade de vida do respondente.

### Procedimentos

O estudo foi desenvolvido num ambulatório de ginecologia de um Hospital Geral e em uma clínica privada de ginecologia (ambos na cidade de Porto Alegre), após aceitação das respectivas chefias e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. As pacientes foram abordadas individualmente nas salas de espera, antes de se submeterem ao atendimento médico-momento em que foram explicitados os principais objetivos do estudo. Após a concordância em participar da pesquisa, as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A aplicação dos instrumentos foi realizada na própria sala de espera, num único encontro de, aproximadamente, 20 minutos. Para análise e processamento dos dados foram utilizadas técnicas descritivas (média e distribuição de frequências) e inferenciais (*Kruskal- Wallis*, *Teste t*, *Mann Whitney*, *Exato de Fisher*, *Coefficiente de Spearman* e ANOVA). O nível de significância adotado foi de 5%.

## RESULTADOS

Considerando a amostra total em estudo, a idade das participantes variou de 18 a 65 anos ( $\underline{M}$ =38,51,  $\underline{DP}$ =11,81). Dados sobre grau de escolaridade, atividade ocupacional e situação conjugal podem ser visualizados no quadro 1. Quanto ao número de filhos, a oscilação foi entre zero e 7. A média de filhos entre as participantes que consultaram no sistema de saúde público foi de 2,42 (máximo 7) e de 0,69 (máximo 3), entre as participantes do sistema privado.

*Quadro 1* – Frequência e percentagens sobre o grau de escolaridade, atividade ocupacional e situação conjugal da amostra em estudo ( $\underline{N}$ =200).

Variáveis	Amostra Total ( $\underline{N}$ =200)		Amostra Sistema Público ( $\underline{n}$ =100)		Amostra Sistema Privado ( $\underline{n}$ =100)		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Escolaridade	Fundamental Incompleto	34	17,8	34	35,8	-	-
	Fundamental Completo	33	17,3	30	31,6	3	3,1
	Médio Incompleto	10	5,2	9	9,5	1	1,0
	Médio Completo	39	20,4	19	20,0	20	20,8
	Superior Incompleto	27	14,1	2	2,1	25	26,0
	Superior Completo	37	19,4	1	1,1	36	37,5
	Pós-graduação concluído	11	5,8	-	-	11	11,5

*Quadro 1 (Cont.)* – Frequência e percentagens sobre o grau de escolaridade, atividade ocupacional e situação conjugal da amostra em estudo (N=200).

Variáveis		Amostra Total (N=200)		Amostra Sistema Público (n=100)		Amostra Sistema Privado (n=100)	
		n	%	n	%	n	%
Atividade ocupacional	Trabalho não especializado	86	46,2	62	68,9	24	25,0
	Trabalho especializado	73	39,2	16	17,8	57	59,4
	Estudantes	14	7,5	3	3,3	11	11,5
	Aposentadas	10	5,4	6	6,7	4	4,2
	Desempregadas	3	1,6	3	3,3	-	-
Situação Conjugal	Solteiras	74	37,6	32	33,0	42	42,0
	Casadas/Companheiro estável	97	49,2	51	52,6	46	46,0
	Separadas/sem companheiro	20	10,2	10	10,3	10	10,0
	Viúvas	6	3,0	4	1,1	2	2,0

No quadro 2, apresentam-se os resultados referentes ao motivo geral pela busca de atendimento ginecológico e os de autopercepção acerca da saúde física, emocional, influência dos sintomas ginecológicos na qualidade de vida, preocupação em relação à consulta ginecológica e disposição para o trabalho das participantes.

*Quadro 2* – Frequência e percentagens sobre o motivo geral da consulta e sobre a auto-percepção de aspectos físicos, emocionais, influencia dos sintomas ginecológico e disposição para o trabalho (N=200).

Variáveis		Amostra Total (N=200)		Amostra Sistema Público (n=100)		Amostra Sistema Privado (n=100)	
		n	%	n	%	n	%
Motivo geral do Atendimento	Revisão	87	45,3	16	17,2	71	71,7
	Sintomatologia	71	37,0	53	57,0	18	18,2
	Tratamento	34	17,7	24	25,8	10	10,1
Preocupação em relação a consulta	Não preocupada	163	81,9	79	79	84	84,8
	Preocupada	36	18,1	21	21,0	15	15,2
Percepção da saúde física	Positiva	166	88,81	73	81,1	93	95,9
	Negativa	21	11,2	17	18,9	4	4,1
Percepção da saúde emocional	Positiva	152	79,2	67	72,0	85	85,9
	Neutra	40	20,8	26	28,0	14	14,1
Disposição para o trabalho	Avalia positiva	132	66,3	66	66,0	70	70,7
	Avalia neutra	49	24,6	26	26,0	23	23,2
	Avalia negativa	18	9,0	12	12,0	6	6,1
Influencia dos sintomas gineco- lógicos na quali- dade de vida	Influencia muito	55	30,2	26	28,6	29	31,9
	Infl. as vezes	76	41,8	40	44,0	36	39,6
	Influencia pouco	51	28,0	25	27,5	26	28,6

*Quadro 4* – Frequência e percentagens dos diagnósticos ginecológicos apresentados pelas pacientes que consultaram por sintomatologia ou tratamento, no sistema de saúde público e privado.

Categorias Diagnósticas	Sistema Público e Privado (n=105)		Amostra Sistema Público (n=77)		Amostra Sistema Privado (n=28)	
	n	%	n	%	n	%
	1. Vaginites e infeções pélvicas; Dispareunia; HPV e câncer uterino e lesões precursoras; Distúrbios urinários	26	23,6	21	27,3	5
2. Dor pélvica; Distúrbios ovarianos; Distúrbios uterinos e miomatose uterina; endometriose	46	41,8	30	39,0	16	48,5
3. TPM e distúrbios do ciclo menstrual; Anticoncepção geral e DIU; Anticoncepção irreversível Ligadura Tubária	27	24,5	18	23,4	9	27,3
4. Menopausa e climatério	9	8,2	6	7,8	3	9,1
5. Outros diagnósticos (câncer não ginecológico e lupus)	2	1,8	2	2,6	-	-

No quadro 4, constam os resultados obtidos pela amostra total e dos subgrupos por local de atendimento (público e privado) para os domínios do SF-36. No grupo de participantes que consultaram no sistema público de saúde, o resultado mais baixo localiza-se no domínio dor ( $M=49,72$ ,  $DP=24,10$ ); e a média mais alta, na subescala capacidade funcional ( $M=72,66$ ,  $DP=26,60$ ). Já no grupo do sistema privado, os resultados, nos diversos domínios, não apresentam muita variabilidade, oscilando entre uma pontuação média de  $M=61,66$  ( $DP=18,36$ ) no domínio vitalidade a  $78,95$  ( $DP=21,60$ ) na capacidade funcional. Os dados desta tabela evidenciam valores médios para os diferentes domínios do SF-36, conforme os locais de coleta de dados, retratando que as participantes, atendidas no sistema de saúde público, têm, de maneira geral, valores mais baixos, o que pode estar sinalizando indicativos de menor qualidade de vida, quando comparados aos resultados obtidos pelas participantes atendidas no sistema privado de saúde.

*Quadro 4* – Médias e Desvio Padrão da variável em estudo (qualidade de vida) através dos domínios do SF-36 na amostra total e por locais de atendimento, e significância estatística das diferenças ( $N=200$ ).

Domínios SF-36	Amostra Total (N=200)		Amostra Sistema Público (n=100)		Amostra Sistema Privado (n=100)		p
	M	DP	M	DP	M	DP	
Capacidade funcional	75,87	24,32	72,66	26,60	78,95	21,60	0,07
Aspectos físicos	61,48	39,71	52,04	41,03	70,75	36,24	0,001

*Quadro 4 (Cont.)* – Médias e Desvio Padrão da variável em estudo (qualidade de vida) através dos domínios do SF-36 na amostra total e por locais de atendimento, e significância estatística das diferenças (N=200).

Domínios SF-36	Amostra Total (N=200)		Amostra Sistema Público (n=100)		Amostra Sistema Privado (n=100)		p
	M	DP	M	DP	M	DP	
Saúde geral	70,48	19,20	65,91	20,96	75,00	16,15	0,001
Vitalidade	58,35	20,40	54,94	21,89	61,66	18,36	0,02
Aspecto social	70,25	24,41	65,75	23,54	74,75	24,55	0,009
Aspecto emocional	57,16	40,56	51,00	41,69	63,33	38,63	0,03
Saúde mental	61,54	21,66	56,71	22,80	63,33	19,42	0,002
Dor	57,72	24,83	49,29	24,10	65,15	22,70	0,0001

As diferenças entre os domínios do SF-36 e o motivo geral da consulta podem ser visualizados no quadro 5. Empregando o teste de *Kruskal Wallis* e ANOVA, conclui-se haver diferença significativa entre o domínio da saúde geral (amostra atendida no sistema de saúde público), que buscou atendimento por sintomatologia (p= 0,04), e entre o domínio físico (amostra atendida no sistema de saúde privado), que consultou por revisão (p= 0,001).

*Quadro 5* – Diferenças entre os domínios do SF-36 e o motivo de atendimento geral das pacientes atendidas no sistema de saúde público e privado.

Domínios SF-36	Motivo de busca de atendimento	n	Md	M	DP	p
<b>SISTEMA PÚBLICO</b>						
Saúde	revisão	15	57,00	57,73	20,83	<b>0,04<sup>p</sup></b>
	sintomatologia	51	72,00	71,20	20,12	
	tratamento	23	62,00	62,65	19,03	
Vitalida	revisão	14	55,00	51,43	19,75	0,6 <sup>p</sup>
	sintomatologia	53	55,00	57,36	21,76	
	tratamento	23	50,00	53,70	23,12	
Mental	revisão	16	48,00	50,50	22,76	0,32 <sup>p</sup>
	sintomatologia	50	60,00	59,68	22,68	
	tratamento	22	60,00	59,82	20,78	
Dor	revisão	16	62,00	59,13	16,68	0,21 <sup>p</sup>
	sintomatologia	53	51,00	48,79	26,11	
	tratamento	24	41,00	45,67	24,18	
Cap Funcion	revisão	16	72,50	33,41	27,74	0,12 <sup>np</sup>
	sintomatologia	48	85,00	46,90	26,00	
	tratamento	20	80,00	39,23	27,92	
Físico	revisão	16	25,00	38,09	42,78	0,38 <sup>np</sup>
	sintomatologia	52	50,00	47,33	40,13	
	tratamento	23	75,00	48,52	39,48	

*Quadro 5 (Cont.) – Diferenças entre os domínios do SF-36 e o motivo de atendimento geral das pacientes atendidas no sistema de saúde público e privado.*

Domínios SF-36	Motivo de busca de atendimento	n	Md	M	DP	p
Social	revisão	16	56,25	40,41	22,11	0,29 <sup>np</sup>
	sintomatologia	53	62,50	50,69	22,77	
	tratamento	24	62,50	43,25	23,16	
Emocional	revisão	16	33,33	40,88	22,76	0,33 <sup>np</sup>
	sintomatologia	53	66,66	43,34	41,65	
<b>SISTEMA PRIVADO</b>						
Saúde	revisão	69	72,00	74,28	15,88	0,52 <sup>p</sup>
	sintomatologia	17	82,00	79,28	17,44	
	tratamento	10	77,00	75,00	15,49	
Vitalida	revisão	70	60,00	62,50	17,12	0,87 <sup>p</sup>
	sintomatologia	18	67,50	60,55	18,69	
	tratamento	10	75,00	60,00	26,45	
Mental	revisão	68	72,00	67,00	18,68	0,90 <sup>p</sup>
	sintomatologia	17	76,00	66,58	21,49	
	tratamento	10	72,00	64,00	21,74	
Dor	revisão	71	72,00	67,80	21,61	0,56 <sup>p</sup>
	sintomatologia	18	51,00	61,44	27,45	
	tratamento	10	74,00	65,40	21,84	
Cap Funcion	revisão	68	87,50	47,01	22,60	0,81 <sup>np</sup>
	sintomatologia	18	87,50	49,31	17,08	
	tratamento	9	95,00	52,89	23,24	
Físico	revisão	71	75,00	43,87	37,76	<b>0,001<sup>np</sup></b>
	sintomatologia	18	100,00	65,08	26,04	
	tratamento	10	100,00	66,35	16,83	
Social	revisão	70	75,00	49,01	23,71	0,45 <sup>np</sup>
	sintomatologia	18	87,59	59,00	21,95	
	tratamento	10	62,50	42,15	32,30	
Emocional	revisão	71	66,66	48,78	38,74	0,23 <sup>np</sup>
	sintomatologia	18	100,00	59,00	35,80	
	tratamento	10	66,66	42,45	42,16	

np - não paramétrico; p - paramétrico

No quadro 6, constam os resultados alcançados nas subescalas do SF-36, conforme os diagnósticos ginecológicos das pacientes do sistema de saúde público e privado. Assim como no quadro 4, ficam evidentes, de maneira geral, resultados médios mais altos nos diferentes domínios do SF36 para a amostra atendida no sistema privado (exceto no domínio aspecto emocional na categoria diagnóstica 4), mesmo quando analisando somente as pessoas que apresentavam sintomatologia e as que realizavam tratamento. Os resultados sugerem, ainda, um maior prejuízo na qualidade de vida (baixa pontuação nos domínios: vitalidade, aspecto emocional, saúde mental e dor) para as pessoas que apresentavam os diagnósticos da categoria 1 (vagini-

tes e infecções pélvicas; dispareunia; HPV, câncer uterino e lesões precursoras) e maior prejuízo nos domínios físico, emocional e dor para os diagnósticos da categoria 4 (menopausa e climatério).

*Quadro 6* – Comparação entre as médias obtidas nas dimensões do SF-36, nas participantes atendidas no serviço de saúde público e privado, segundo as categorias diagnósticas ginecológicas ( $n=105$ ).

DIAG		Diag 1		Diag 2		Diag 3		Diag 4		Diag 5	
		M	DP								
Capacidade funcional	Pu+ Pri	75,43	27,87	75,34	24,71	76,62	22,42	66,25	29,12	85,00	0,00
	Público	74,16	30,25	75,34	26,31	71,00	24,36	<b>52,00</b>	26,83	85,00	0,00
	Privado	80,00	18,70	75,33	22,15	83,33	17,32	90,00	13,22	-	-
Aspectos físicos	Pu+ Pri	64,00	40,23	67,93	40,02	69,23	34,86	<b>33,33</b>	41,45	37,50	17,67
	Público	<b>55,00</b>	40,22	60,00	41,83	61,76	36,56	<b>12,5</b>	30,61	<b>37,50</b>	17,67
	Privado	100,00	0,00	82,81	32,55	83,33	27,95	75,00	25,00	-	-
Saúde geral	Pu+ Pri	70,43	22,36	74,79	18,11	65,84	17,38	65,88	19,32	57,00	7,07
	Público	68,61	22,72	73,21	19,81	61,41	16,74	57,00	17,60	57,00	7,07
	Privado	78,00	21,33	77,53	14,63	74,22	16,22	83,66	2,88	-	-
Vitalidade	Pu+ Pri	<b>48,84</b>	21,41	63,26	19,44	51,92	21,63	61,25	18,27	57,50	10,60
	Público	<b>48,09</b>	21,99	62,83	21,15	<b>48,52</b>	19,66	59,00	20,43	57,50	10,60
	Privado	<b>52,00</b>	20,79	64,06	16,35	58,33	24,87	65,00	17,32	-	-
Aspecto social	Pu+ Pri	65,86	23,86	73,91	21,54	66,20	25,66	65,27	33,52	68,75	44,19
	Público	62,50	24,04	70,83	21,60	67,36	22,74	58,33	33,22	68,75	44,19
	Privado	80,00	18,95	79,68	20,84	63,88	32,14	79,16	36,08	-	-
Aspecto emocional	Pu+ Pri	<b>44,87</b>	43,14	60,14	38,88	58,02	41,95	<b>48,14</b>	44,44	100,00	0,00
	Público	<b>42,85</b>	42,35	<b>53,33</b>	39,73	55,55	42,77	<b>50,00</b>	49,94	100,00	0,00
	Privado	<b>53,33</b>	50,55	72,91	34,89	62,96	42,30	<b>44,44</b>	50,91	-	-
Saúde mental	Pu+ Pri	<b>54,56</b>	23,23	63,44	21,35	57,12	21,15	64,88	21,61	76,00	0,00
	Público	<b>52,38</b>	22,90	62,42	22,13	53,00	19,34	63,33	24,84	76,00	0,00
	Privado	66,00	24,76	65,33	20,43	64,44	23,36	68,00	17,43	-	-
Dor	Pu+ Pri	<b>49,88</b>	26,98	56,97	26,71	53,48	24,44	52,00	28,88	61,00	55,15
	Público	<b>44,47</b>	26,19	<b>52,90</b>	24,79	<b>47,22</b>	21,35	<b>38,66</b>	23,32	61,00	55,15
	Privado	72,60	17,94	64,62	29,26	66,00	26,63	78,66	19,42	-	-

Legenda: Pu+ Pri= participantes do sistema público e privado que apresentavam sintomatologia ou tratamento como motivo de consulta ( $n=105$ ); Diag 1= vaginites e infecções pélvicas; dispareunia; HPV, câncer uterino e lesões precursoras; Diag 2= dor pélvica; distúrbios ovarianos; distúrbios uterinos e miomatose uterina; endometriose; Diag 3= TPM e distúrbios do ciclo menstrual; anticoncepção geral, anticoncepção irreversível; Diag 4= menopausa e climatério; Diag 5= outros: câncer não ginecológico e lupus

Os dados visualizados no quadro 7 registram algumas relações significativas entre os aspectos de autopercepção das participantes quanto à preocupação quanto à

consulta ginecológica, saúde física, emocional, disposição para o trabalho, influência dos diagnósticos ginecológicos na qualidade de vida com os domínios vitalidade, dor, capacidade funcional e aspecto social do SF-36. Assim, constata-se que as pacientes atendidas no sistema público e que avaliaram sua saúde física de forma negativa demonstraram pontuação maior no domínio dor ( $p=0,04$ ,  $M=40,52$ ,  $DP=23,54$ ) do SF-36. Também, no sistema público, parece existir uma tendência a ter menor pontuação no domínio dor (maior prejuízo) para quem avalia negativamente sua saúde emocional ( $p=0,05$ ,  $M=42,23$ ,  $DP=22,71$ ). Ainda, as mulheres que avaliam uma disposição negativa para o trabalho, em comparação às que avaliam de forma neutra, apresentam pontuações que sugerem pior vitalidade ( $p=0,02$ ,  $M=40,00$ ,  $DP=15,66$ ) e pior relato de dor ( $p=0,001$ ,  $M=30,83$ ,  $DP=25,91$ ). Além disso, quem teve valores baixos no domínio social são as pacientes que avaliam negativamente sua saúde física ( $p=0,01$ ,  $M=31,88$ ).

Por outro lado, as mulheres que consultaram no sistema privado de saúde e que indicavam ter maior prejuízo no domínio dor do SF36 demonstraram maior preocupação em relação a sua consulta ginecológica ( $p=0,01$ ,  $M=53,26$ ,  $DP=24,22$ ). No mesmo grupo, quem avaliou a sua saúde física negativamente obteve pontuação baixa no domínio dor ( $p=0,02$ ,  $M=41,25$ ,  $DP=18,46$ ). Repete-se essa situação para quem avaliou sua saúde emocional de forma negativa ( $p<0,001$ ,  $M=49,28$ ,  $DP=15,26$ ). Por outro lado, as participantes que mencionaram menor disposição para o trabalho pontuaram valores médios baixos para o domínio dor, quando comparadas com as que avaliaram positivamente este aspecto ( $p=0,01$ ,  $M=51,16$ ,  $DP=27,06$ ). Quem demonstrou menor capacidade funcional são aquelas pacientes que avaliaram negativamente sua saúde física ( $p=0,002$ ,  $M=6,75$ ). Por fim, pode-se inferir que quem considerou que os sintomas ginecológicos, apresentados no momento da consulta, não interferiam na sua qualidade de vida, demonstrou resultados que indicam pior capacidade funcional ( $p=0,004$ ,  $M=32,92$ ). Buscou-se identificar a associação entre as variáveis demográficas, como idade, filhos, estado civil, trabalho e escolaridade com os domínios de qualidade de vida. Através do Teste t de Student, verificou-se somente uma correlação entre o domínio da dor em relação à disposição para o trabalho, mostrando que quem não trabalha tem pior qualidade de vida em relação à dor ( $p=0,02$ ,  $M=67,63$ ).

*Quadro 7 – Comparação entre os a autopercepção das participantes em relação a saúde física, saúde emocional, disposição para o trabalho e influencia do diagnóstico com os domínios do SF-36 para sistema público e privado.*

PÚBLICO		Vitalidade <sup>p</sup>			dor <sup>p</sup>			cap funcional <sup>np</sup>		aspecto social <sup>np</sup>	
		M	DP	p	M	DP	p	Media de ranks	p	Media de ranks	p
Saúde física	positiva	56,21	22,59	0,17	53,67	23,57	<b>0,04</b>	42,47	0,71	48,67	<b>0,01</b>
	negativa	47,81	20,24		40,52	23,54		40,03		31,88	
Saúde Emocional	positiva	55,46	23,39	0,74	53,2	24,5	<b>0,05</b>	40,35	0,06	49,19	0,20
	negativa	53,75	18,19		42,23	22,71		51,18		41,35	

*Quadro 7 (Cont.)* – Comparação entre os a autopercepção das participantes em relação a saúde física, saúde emocional, disposição para o trabalho e influencia do diagnóstico com os domínios do SF-36 para sistema público e privado.

PÚBLICO		Vitalidade <sup>p</sup>			dor <sup>p</sup>			cap funcional <sup>np</sup>		aspecto social <sup>np</sup>	
		<u>M</u>	<u>DP</u>	p	<u>M</u>	<u>DP</u>	p	Media de ranks	p	Media de ranks	p
Disposição trabalho	positiva	55,34	21,39	<b>0,02</b>	55,74	22,85	<b>0,001</b>	45,96	0,89	48,31	0,45
	Neutra	60,96	22,89		42,34	20,32		48,54		51,56	
	negativa	40	15,66		30,83	25,91		82,94		76,07	
PRIVADO		<u>M</u>	<u>DP</u>	p	<u>M</u>	<u>DP</u>	p	Media de ranks	p	Media de ranks	p
Preocup. consulta	n preocup	61,07	18,56	0,78	68,04	21,64	<b>0,01</b>	48,67	0,58	50,12	0,92
	preocup.	62,5	15,03		53,26	24,22		44,43		49,33	
Saúde física	Positiva	61,73	18,44	0,72	67,91	22,12	<b>0,02</b>	48,81	<b>0,002</b>	48,4	0,29
	Negativa	65	10,8		41,25	18,46		6,75		63	
Saúde Emocional	positiva	62,5	18,16	0,42	69,22	22,51	<b>0,002</b>	49,43	0,18	49,67	0,77
	negativa	58,21	19,57		49,28	15,26		38,13		52	
Disposição trabalho	positiva	61,85	19,48	0,91	70,21	21,47	<b>0,01</b>	52,22	<b>0,05</b>	52,34	0,15
	Neutra	63,18	14,27		57,34	22,57		38,73		40,57	
	negativa	60	15,16		51,16	27,06					
Influencia sintomas ginecol.	Muito	66,72	14,65	0,11	66,72	21	0,10	56,19	<b>0,004</b>	50	0,51
	as vezes	61,14	21,21		69,02	25,14		42,89		42,54	
	Pouco	56,34	18,19		57	20		32,92		46,33	

Legenda: <sup>p</sup>= Teste t; <sup>np</sup> = Mann Whitney

## DISCUSSÃO

Existem abundantes evidências científicas (Buss, 2000) que apontam a contribuição da saúde física e mental para se ter qualidade de vida. Mas, também, é sabido que muitos componentes da vida social contribuem para uma vida com qualidade. Assim, o conceito qualidade de vida, sem dúvida, abrange uma multicausalidade de aspectos para o entendimento do bem-estar de cada sujeito, unindo, como expressam Seidl e Zanon (2004), subjetividade e multidimensionalidade.

Na amostra em estudo, constataram-se diferenças importantes nos aspectos sociodemográficos das participantes. É evidente o menor nível de instrução, a situação ocupacional menos qualificada e o número maior de filhos nas participantes que consultaram no sistema público de saúde. Isso retrata, certamente, a realidade brasileira, em que o serviço público de saúde está mais voltado para pessoas com maiores dificuldades no acesso à educação e ao trabalho especializado (Pedro, Pinto-Neto, Paiva,

Osis & Hardy, 2002). A baixa escolaridade e a pior situação ocupacional podem estar relacionadas ao maior número de filhos. Para Fonseca (1997), a força capitalista e a ordem social acontecem pelo controle da sexualidade e maternidade feminina. Sendo assim, pode-se entender que, no contexto das camadas menos favorecidas, não se tem ainda um adequado controle social que diminua o índice de natalidade.

Aspectos, como vitalidade, disposição, motivação e força para a vida, presentes nas mulheres da sociedade atual, ficam, de alguma forma, constatados neste estudo, pela maior frequência de respostas positivas, tanto nas participantes do sistema público quanto nas do privado, para os aspectos de autopercepção da saúde física, emocional e disposição para o trabalho. Contudo, as possibilidades de cuidado com a própria saúde, em termos preventivos (revisão), ficou mais evidente nas participantes do sistema privado de saúde. O motivo de procura por atendimento nas pacientes do sistema público deveu-se a sintomatologia e tratamento, principalmente (ver quadro 2).

Há vários modelos teóricos para conceitualizar o que se entende por qualidade de vida (Lima, 2002), não havendo consenso sobre qual é a melhor definição. Ware (1984), por exemplo, entende que, no conceito de qualidade de vida, as variáveis devem ser agrupadas em domínios, começando pelos parâmetros fisiológicos (vinculado a doenças) e difundindo-se para o funcionamento pessoal, o bem-estar, sofrimento psicológico, percepção geral de saúde e funcionamento social. Este autor enfatiza uma hierarquia em que o domínio físico possui um papel central, mas cada outro domínio influencia na avaliação global da qualidade de vida. Seguindo nessa concepção multidimensional da qualidade de vida, os resultados do quadro 4 mostram que as participantes que consultaram no sistema de saúde privado apresentam, de maneira geral, indicativos de uma melhor qualidade de vida. Os domínios dor e aspectos físicos apresentam resultados médios próximos aos dos domínios aspecto emocional, social, vitalidade e capacidade funcional, observando-se, assim, que a multidimensionalidade foi avaliada de forma integrada, havendo homogeneidade entre a avaliação do aspecto físico e os outros determinantes. Mas o que será que contribui para o fato de as participantes que consultaram no sistema privado apresentarem melhores resultados quanto à qualidade de vida?

Considerando que o termo “qualidade de vida” pode ser interpretado com base em vários significados, alguns estudiosos o relacionam às estratificações ou classes sociais. Assim, Minayo, Hartz e Buss (2000) lembram que, para aqueles que analisam a sociedade em termos das desigualdades e heterogeneidades, os padrões e as concepções de bem-estar são estratificados, e a idéia de qualidade de vida é relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro. Na presente pesquisa, os domínios com maior prejuízo entre as participantes que consultaram o sistema público de saúde foram: dor (intensidade e interferência da dor física), aspecto emocional (impacto psicológico no bem-estar), aspecto físico (limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho) e vitalidade (energia/fadiga). Isso pode estar relacionado à maior frequência de pacientes sintomáticas no sistema público, o que pode ter refletido em maior intensidade de dor que, talvez, influencie

negativamente o aspecto físico e o emocional das mesmas. Especificamente sobre esse último aspecto, Glover, Novanovik e Hunter (2003) identificaram em pacientes inglesas, independente da presença ou não de sintomatologia, sentimentos de tristeza, ansiedade e depressão em mulheres que buscavam atendimento em clínicas ginecológicas.

Outro dado interessante está relacionado às participantes que consultaram no sistema público de saúde e obtiveram resultados no SF-36 que indicam maior prejuízo na subescala dor, sendo domínio mais preservado o da capacidade funcional (quadro 4). Isso pode parecer incongruente, pois a dor poderia diminuir a capacidade da mulher em desenvolver suas atividades habituais. Por outro lado, pode-se pensar que, como se trata de pessoas menos favorecidas social e economicamente, o trabalho e as obrigações para o sustento familiar não permitam que a limitação da dor seja um obstáculo para suas atividades diárias. Ainda, analisando-se a relação entre os domínios de qualidade de vida com o motivo geral (revisão, sintomatologia e tratamento) da consulta ginecológica, foi possível evidenciar que existe uma correlação significativa entre o domínio “estado geral de saúde” do SF-36 e quem buscou atendimento em função de sintomatologia nas participantes do sistema público, mostrando uma melhor qualidade de vida neste domínio (quadro 5). Assim, é possível pensar, conforme Manda e Silva (2000), que certamente os valores e as práticas das mulheres das camadas mais pobres da população, relativos aos cuidados da saúde e ao gerenciamento da vida no dia-a-dia, revelam um modo peculiar de fazer frente aos desafios e necessidades vivenciadas.

Mesmo que os dados do quadro 4 mostrem, de maneira geral, resultados que indiquem melhor qualidade de vida nas participantes do sistema de saúde privado, a Tabela 6 permite visualizar uma correlação significativa entre o domínio físico para quem procura atendimento por revisão ginecológica no sistema privado, mostrando certo prejuízo na qualidade de vida no que se refere ao aspecto físico. Sem dúvida, procurar atendimento por revisão é um indicativo de que a saúde é considerada um valioso estado de existência (Nunes, et al., 1999) precisando, de maneira preventiva, eliminar o fantasma ou a real possibilidade de doença. Pode-se pensar que a paciente que está buscando na consulta (neste estudo, ginecológica), uma confirmação de que sua saúde está preservada, esteja subjetivamente percebendo em parte, alguma limitação no aspecto físico. O impacto da possível comunicação de um diagnóstico pode estar interferindo em algum dos domínios da qualidade de vida, preparando a mulher, de certa maneira, para a possibilidade de receber a confirmação de uma doença (Morgado & Coutinho, 1985).

Quando realizada a análise da qualidade de vida, conforme as categorias diagnósticas em que estão locadas as 105 participantes que consultaram por sintomatologia e tratamento (quadro 6), percebe-se, de maneira geral, nas participantes do sistema público, resultados compatíveis com menor qualidade de vida nos domínios: capacidade funcional na categoria diagnóstica 4; aspectos físicos com os diagnósticos das categorias 4 e 5; vitalidade com as categorias diagnósticas 1 e 3; dor com os diagnósticos das categorias 1, 2, 3 e 4; e o domínio aspecto emocional com as cate-

gorias diagnósticas 1, 2 e 4. Dados de literatura, segundo Oskan, Alatas e Zencir (2005), mostram resultados diferenciados entre qualidade de vida e a presença ou ausência de sintomas ginecológicos. Torna-se difícil generalizar ou particularizar a medida de qualidade de vida em relação a determinados diagnósticos porque, certamente, a sensação subjetiva de bem-estar está relacionada (Bowling, 1997) mais com o estado de saúde geral da pessoa, que, por sua vez, relaciona-se com prejuízos e incapacitações, de acordo com o estado psicológico/emocional de cada sujeito.

Priorizando os aspectos que, temporalmente, cercam um sintoma, um diagnóstico, uma consulta médica, entende-se que a qualidade de vida é influenciada por aspectos relacionados com o estilo de vida pessoal, familiar, da comunidade e por aspectos socioeconômicos. A qualidade de vida consiste, segundo Caixeta (2005), na posse dos recursos necessários para a satisfação das necessidades e desejos individuais, participação e atividades que permitem o desenvolvimento pessoal, a auto-realização e uma comparação satisfatória entre si mesmo e os outros. Assim, envolveria as expectativas individuais dentro do contexto da realidade do indivíduo. Neste sentido, os dados do quadro 7 mostram uma associação significativa, tanto para as participantes do sistema público como do privado, entre um certo prejuízo no domínio dor do SF-36 e a autopercepção negativa das participantes em relação à saúde física, saúde emocional, disposição para o trabalho e influência do diagnóstico ginecológico. A dor é um sintoma que contribui para o estabelecimento de um diagnóstico, possibilitando, na maioria das vezes, a indicação de um tratamento específico. É uma sensação que interfere muito, na rotina de quem a relata e tem, sem dúvida, um alto valor social. A percepção da dor é uma função complexa, e sua intensidade depende não só do estímulo que a causa, mas também de fatores culturais, sociais, ambientais e, principalmente, do estado emocional do indivíduo. Então entende-se, que a dor física é, também, uma vivência psicológica (Werlang, Fensterseifer & Borges, 2006). A dor parece ser, neste estudo, um fator que gerou preocupação e, provavelmente, a procura pelo atendimento ginecológico.

A qualidade de vida nas questões femininas que requerem atendimento médico ginecológico é um tema pertinente de investigação. Os dados analisados revelaram que as discrepâncias sociais atravessam as participantes que procuram cuidados médicos no sistema de saúde público e privado. Há necessidade de políticas públicas mais democráticas que promovam benefícios mais equitativos para as pessoas de uma mesma comunidade. A OMS incluiu, na sua definição para qualidade de vida, a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive e em relação a seus objetivos. Isso se torna, cada vez mais, difícil dentro de um contexto social excludente que valoriza a beleza e o sucesso econômico para alcançar paz existencial e forte auto-estima. Problemas ginecológicos podem interferir na qualidade de vida das mulheres. A prevenção destas moléstias e a identificação precoce e seu tratamento é de fundamental importância. Contudo, certamente, o mais importante não é só identificar doenças, mas também assegurar meios e situações que ampliem, através de programas educativos, a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar.

## REFERÊNCIAS

- Bacchi, J., Salinas, P. & Gorayeb, R. (2003). Ser mulher dói: relato de um caso clínico de dor crônica vinculada à construção da identidade feminina. *Revista latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, 6, (2), 26-35.
- Barreto, R. (2001). Corpo da mulher: a trajetória do desconhecido na Bahia do século XIX. *História: Questões e debates*, 34, 127-156.
- Bradley, S., Rose, S., Lutgendorf, S., Costanzo, E. & Anderson, B. (2006). Quality of life and mental health in cervical and endometrial câncer survivors. *Gynecologic Oncology*, 100, 479-486.
- Bowling, A. (1997). *Measuring Health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- Buss, P. M. (2000). Health promotion and quality of life. *Ciência e saúde coletiva*, 5 (1), 163-177.
- Chaaya, M. M., Bogner H. R., Gallo, J. J. & Leaf, P. J. (2003). The association of gynecological symptoms with psychological distress in women of reproductive age: a survey from gynecology clinics in Beirut, Lebanon. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, 14(3), 175.
- Caixeta, M. (2005). *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ciconelli, R.Z., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I. & Quresma, M.R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39 (3), 143, 150.
- Ciconelli, R.M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de qualidade de vida do Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)*. Tese de Doutorado-Escola Paulista de Medicina-São Paulo: UNIFESP.
- Fonseca, R. M. G. S. (1997). Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. *Revista latino americana de enfermagem-Ribeirão Preto*, 5(1), 5-13.
- Glover, L., Novakovic, A. & Hunter, M. S. (2003). Women's needs and preferences for psychological help and support in a gynaecological outpatient service. *Journal of reproductive and infant psychology chichester*, 21,(3), 195-206.
- Gonçalves, R. A. (2002). *Vivências do climatério*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós Graduação em Psicologia.
- Green, J. & Hetherington, J. (2005) Psychological aspects of vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, 2 (26), 101-106.
- Haidar, F. H., Oliveira, U. F. & Nascimento, L. F. C. (2001). Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Caderno de Saúde Pública*, 17(4), 1025-1029.
- Heinisch, L. M. M. (2003). *Otimização da entrevista médica*. Tese de Doutorado em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.
- Kollner, V., Einsle, F., Haufe, K., Weidner, K., Distler, W. & Joraschky, P. (2003). Psychosomatic Complaints and utilization of psychosomatic consultation services in gynecology and obstetrics. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 53, 485-493.
- Leal, E. A. S., Junior, O. S. L., Guimarães, M. H., Vitoriano, M. N., Nascimento, T. L. & Costa, O. N. (2003). Lesões precursoras do colo do útero em mulheres adolescentes e adultas Jovens no Município de Rio Branco- Acre. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25 (2), 81-86.
- Lima, A.F.B.S. (2002). *Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Lobato, O. (1992). O problema da dor. In: J. M. Mello. *A Psicossomática Hoje* (pp. 165-178). Porto Alegre: Artes Médicas Sul,

- Manda, E. N. T. & Silva, G. B. da (2000). Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres nos segmentos populares. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 8(4), 15-21.
- Matta, A. Z. (2005). *Aspectos psicológicos de Mulheres com endometriose*. Dissertação de mestrado. Pós Graduação em Psicologia PUCRS.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2005). Quality of life and health: a necessary debate. *Ciência e saúde coletiva*, 5 (1), 7-18.
- Morgado, A. F. & Coutinho, E. S. F. (1985). Dados de Epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1(3), 327-347.
- Moscucci, O. (1996) *The science of woman: gynecology and gender in England (1800-1929)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nunes, S.O.B., Onishi, L.O., Hashimoto, S.M., Kikuchi, R., Toledo, L.G.M., Koike, A. (1999). A história familiar e a prevalência de dependência de álcool e tabaco em área metropolitana na região Sul do Brasil. *Revista Psiquiatria Clínica*, 26(3) 84-89.
- Ozkan, S., Alatas, E. S., Zencir, M. (2005). Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Quality of life research*, 14, 1795-1801.
- Pedro, A. O., Pinto-Neto, A. M., Paiva, L. C., Osis, M. J. & Hardy, E. (2002). Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 484-90.
- Pilkington, F. B. & Mitchell, G. J. (2004). Quality of life for women living with gynecologic cancer. *Nursing Science Quarterly*, 17(2), 147-155.
- Rohden, F. (2002) Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*, 17(8), 101-125.
- Schroll, M. (2003). Physical activity in an ageing population. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 13, 63-69.
- 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.
- Seixas, L. C. (2005). Humanização da Assistência à Saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*, 36, 4-5.
- Souza, S. R. & Venâncio, S. I. (2005). Humanização do parto e do nascimento no Estado de São Paulo. *Boletim do Instituto de Saúde*, 36, 25-26.
- Uskul, A. K. & Ahmad, F. (2003). Physician- patient interaction: a gynecology clinic in Turkey. *Social Science & Medicine*, 57, 205-215.
- Vitorino, D. F. M., Martins, F. L. M., Souza, A. C., Galdino, D. & Prado, G. F. (2004). Utilização do SF-36 em ensaios clínicos envolvendo pacientes fibromiálgicos: determinação de critérios mínimos de melhora clínica. *Revista Neurociências*, 12 (3), 147-151.
- Werlang, B., Fensterseifer, L & Borges, V. R (2006). Dor psicológica e suicídio: aproximações teóricas. In: B. Werlang & M. F. Oliveira (Edt) *Temas em Psicologia Clínica*(pp.67-76), São Paulo: Casa do Psicólogo,.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 41(10), 403-409.
- Wonjar, M., Drozd, W., Araszkiwics, A., Szymanski, W., Nawacka-Pawlaczyk, D., Urbanski, R. & Hegedus, A. M.(2003). Assessment and prevalence of depression in women 45-55 years of age visiting gynecological clinics in Poland. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 193-201.