

FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

*Dissertação de Mestrado*

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES QUE BUSCAM  
ATENDIMENTO GINECOLÓGICO**

LUCIANA BALESTRIN REDIVO

Orientadora: Prof<sup>fa</sup>. Dr<sup>a</sup>. Blanca Susana Guevara Werlang

Porto Alegre, março 2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES QUE BUSCAM ATENDIMENTO  
GINECOLÓGICO**

Dissertação de Mestrado

LUCIANA BALESTRIN REDIVO

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Blanca Susana Guevara Werlang  
Orientadora

Porto Alegre, março de 2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES QUE BUSCAM ATENDIMENTO  
GINECOLÓGICO**

LUCIANA BALESTRIN REDIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Blanca Susana Guevara Werlang

Orientadora

Porto Alegre, março de 2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Luciana Balestrin Redivo

**Qualidade de vida em mulheres que buscam atendimento ginecológico.**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Blanca Susana Guevara Werlang**  
**Presidente**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margareth Oliveira**  
**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS**

---

**Prof. Dr. Antônio Luis Frasson**  
**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS**

Porto Alegre, março de 2007

A minha irmã  
Carol, minha mãe e  
amigos, pela  
compreensão e  
incentivo.

## AGRADECIMENTOS

Este projeto de mestrado foi uma caminhada pessoal e profissional e por essa estrada muitas pessoas me deram apoio, a estas gostaria de expressar meu sincero muito obrigada!

À minha mãe e irmã pelo afeto e compreensão. Obrigada por me ajudarem a ser quem sou hoje.

Ao meu pai pelo carinho, escuta e preocupação.

Ao meu padrasto, pelas ajudas e discussões estatísticas.

À minha orientadora, Dra Blanca Susana Guevara Werlang pelo acolhimento no seu grupo, disposição e comprometimento com esse trabalho que já havia se iniciado. Com admiração a profissional que és, agradeço profundamente pelo conhecimento e ensinamento passados.

Agradeço a minha ex orientadora, amiga e mãe, Dra Marisa Campio Muller, pela aprendizagem afetiva e pelas trocas profissionais.

Às amigas do peito, Martha Wallig Brusius Ludwig, Hericka Zogbi Jorge e Débora Marcondes Farinatti pela ajuda, amizade, troca de conhecimento e momentos de descontração.

Ao Cássio pelo carinho e atenção dedicados e por entender meu afastamento nos momentos de trabalho intenso.

Às bolsistas de iniciação científica Tatiana Helena José Fachin e Julia Gaertner Geyer pelo comprometimento no auxílio para coleta dos dados, cuidado com as participantes e imenso carinho.

Às auxiliares de pesquisa do extinto grupo de pesquisa *Psicologia da Saúde na interdependência mente-corpo* Luciana Hauber, Rafaela Jarros e Rachel Rubin pelo apoio e amizade.

Às auxiliares de pesquisa do grupo *Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos*, Samanta Antoniazzi, Rafaela Degani, Caroline Cardoso, Mariana Baldo, Laura Tomazi, Larissa Bittencourt e Gabriela Lima pelo carinho como me receberam no seu espaço, ajuda e trocas realizadas.

Ao professor Brasília Cirillo da Silva, pelo auxílio e ensino estatísticos.

À CAPES e ao CNPq pela bolsa de fomento para a realização da pesquisa.

Ao Dr. Carlos Isaia Filho, Dra. Eliana Gonçalves Lordelo e sua equipe pelo carinho, reconhecimento e oportunidade da realização desta pesquisa.

À equipe do Ambulatório de Ginecologia do Hospital São Lucas da PUCRS pela oportunidade de acesso as pacientes para a realização desta pesquisa.

À Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e especialmente ao Programa de Pós Graduação em Psicologia pela oportunidade, estrutura e ensinamentos compartilhados.

A todas as mulheres que concordaram participar desta pesquisa e que muito me ajudaram na análise e atenção de suas queixas. Muito obrigada mesmo pela colaboração e confiança.

Obrigada!

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>09</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1 ESTUDO TEÓRICO A Psicologia da Saúde no Contexto do Feminino.....</b>	<b>13</b>
Introdução e objetivos.....	14
Contextualizando a Psicologia da Saúde.....	16
Psicologia da Saúde e saúde da mulher.....	19
Especificidades do atendimento ginecológico.....	23
<b>2 ESTUDO EMPÍRICO Qualidade de vida em mulheres que procuram atendimento Ginecológico.....</b>	<b>31</b>
Introdução.....	32
Material e Método.....	36
Participantes.....	36
Instrumentos.....	36
Procedimentos.....	37
Resultados.....	38
Discussão.....	46
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>62</b>
A. Ficha de dados pessoais e sociodemográficos.....	63
B. Questionário Genérico de Qualidade de Vida- SF-36.....	64
C. Aprovação Comitê de Ética.....	68
D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	69

## RESUMO

O papel da mulher na sociedade e o conceito de qualidade de vida são aspectos de extrema importância, tendo sido objeto de discussões e estudo. Com base nisso, esta dissertação aborda estes tópicos em duas sessões, uma teórica e outra empírica. No estudo teórico foi discutida a inter-relação entre o corpo e as emoções através do desenvolvimento da Psicologia da Saúde, aplicada à saúde da mulher. Refletiu-se também, sobre a integração de conhecimento e trabalho dos profissionais da saúde, mais especificamente da equipe de Ginecologia com o objetivo de beneficiar a vida das mulheres/pacientes. O estudo empírico, responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação, e teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de mulheres que procuram atendimento ginecológico e investigar se o motivo da procura por atendimento ginecológico está relacionado à qualidade de vida da mulher. O estudo foi quantitativo, com uma amostra de 200 mulheres que buscaram atendimento ginecológico em um ambulatório do sistema público de saúde (n=100) e no sistema privado (n=100) na cidade de Porto Alegre. Foi utilizada uma ficha de dados pessoais e sócio-demográficos e de percepção das participantes sobre sua saúde física e emocional, assim como, a respeito da sua situação conjugal e produtividade para o trabalho. Como medida de avaliação da qualidade de vida utilizou-se o Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36. Na amostra em estudo constataram-se diferenças importantes nos aspectos sócio demográficos das participantes. Foi 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. Os dados evidenciaram também para os diferentes domínios do SF-36, conforme os locais de coleta de dados que, as participantes atendidas no sistema de saúde público, tem 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. No grupo de participantes que consultaram no sistema público de saúde o resultado mais baixo locou-se no domínio dor (M= 49.29, DP= 24.10) e a média mais alta na sub-escala capacidade funcional (M=72.66, DP= 26.60). Já no grupo do sistema privado, os resultados nos diversos domínios não apresentaram muita variabilidade oscilando entre uma pontuação média de 61,66 (DP= 18.36), no domínio vitalidade a 78,95 (DP=21.60) na capacidade funcional. Quanto aos motivos de consulta um número maior de participantes que freqüentaram o sistema de saúde privado consultaram para realizar revisões ginecológicas, entretanto no sistema público, os principais motivos de atendimento foram sintomatologia e tratamento. Foram encontradas diferenças significativas entre o domínio da saúde geral (amostra atendida no sistema público) que buscou atendimento por sintomatologia (p= 0,042) e entre o domínio físico (amostra atendida no sistema privado) que consultou por revisão (p= 0,001). 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.

Palavras-chave: Psicologia, Qualidade de vida, Ginecologia.

Área conforme classificação CNPq:

7.07.00.00-1

Sub-área conforme classificação CNPq:

7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)

## ABSTRACT

The role of woman in society and the concept of life quality are extremely important aspects, having been the object of discussion and study. Based on this, the present thesis approaches these topics in two sections, theoretical and empirical. In the theoretical article, the inter-relation between the body and the emotions was discussed through the development of Health Psychology as applied to women's health. It also reflected upon the integration between the knowledge and the work of health professionals, more specifically the Gynecology staff, with the aim to improve the life of women/patients. The empirical paper responds to the research project that gave birth to the present thesis, and aimed at assessing the life quality of women who seek gynecological health care and investigating whether the motive to search for gynecological services is related to the life quality of women. The study was quantitative, with a sample of 200 women who called for gynecological health care in clinics within the public health system (n=100) and the private system (n=100), in the city of Porto Alegre. A form with personal, socio-demographical data and the perception patients had of their physical and emotional health, also concerning their marital condition and productivity at work, was used. As measure for assessing life quality, the Generic Life Quality SF-36 Questionnaire was used. In the sample studied, important differences were found regarding the socio-demographical aspects of participants. The lower education level, the less qualified occupational situation and the higher number of children of participants consulting the public health system were evident. The data also proved for the different SF-36 domains, according to the data collection sites, showing that participants given care by the public health system have, in general, lower values, which may be signaling indications for lower life quality when compared to the results obtained by the participants in the private health system. In the group of participants who consulted the public health system, the lowest result was found in the pain domain (A= 49,29, SD= 24,10) and the highest average in the functional capability sub-scale (A=72,66, SD= 26,60). As for the private system group, the results in the several domains did not present much variability ranging from an average score of 61.66 (SD= 18,36), in the vitality domain to 78.95 (SD=21,60) in functional capability. Regarding the motives for consulting, a higher number of participants searched for the private health system to carry out regular gynecological exams, however, in the public health system, the main reasons for services were symptomatology and treatment. Significant differences were found between the general health domain (sample provided care by the public system) that searched care for symptomatology ( $p= 0.042$ ) and between the physical domain (sample provided care by the private system) that consulted for regular exams ( $p= 0.001$ ). The data analyzed showed that the social discrepancies cut across the participants who search for medical care in the public and private health systems. There is the need for more democratic public policies that promote fairer benefits to the people within a same community.

**Key words:** Psychology; Life quality; Gynecology.

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado é uma produção que iniciou no “Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde” coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marisa Campio Muller, pertencente, até maio de 2006, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. No segundo semestre de 2006, a investigação que integra esta dissertação passou a ser orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Blanca Susana Guevara Werlang, coordenadora do grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenções em Grupos Clínicos e Não-Clínicos”.

Mesmo integrando agora um grupo que estuda, principalmente, a temática de comportamentos violentos, o tema da qualidade de vida e da Psicologia da Saúde conseguiu conquistar seu espaço nas discussões do grupo. Pode-se considerar que todos estes temas são de extrema importância no que se refere às ações no âmbito da saúde pública e, por isso, estão sendo objeto de estudo e investigação.

A Psicologia da Saúde, que tem como foco a prevenção, promoção e manutenção da saúde, foi a base, nesta dissertação, para o entendimento da unificação do binômio mente-corpo. Partindo dos pressupostos da Psicologia da Saúde, no que se refere ao processo saúde-doença e suas implicações na vida de cada sujeito, foi pensado o estudo empírico que compõe este trabalho, buscando identificar aspectos da qualidade de vida em mulheres que buscaram atendimento ginecológico. Discute-se, também, a importância da equipe de saúde no que se refere a sua prática, levando-se em consideração que existe um sujeito por trás de um órgão, e que, muitas vezes, o sintoma é uma das formas de se obter ajuda. Especificamente, na consulta ginecológica, podem estar depositadas muitas outras dificuldades femininas e que podem, junto com os demais âmbitos da vida da mulher, determinar a qualidade de vida.

Considerando estas colocações e a revisão de literatura realizada sobre Psicologia da Saúde, Qualidade de Vida e Ginecologia, esta dissertação se desenvolveu através do

projeto de Mestrado “Avaliação do Estado Emocional e da Qualidade de Vida de Mulheres que buscam atendimento ginecológico”. Com a operacionalização da pesquisa, observou-se que o estado emocional não poderia ser identificado através dos instrumentos escolhidos. A partir desse momento, passou-se, então, a eleger a qualidade de vida como objetivo principal dessa investigação.

A partir da realização desta proposta de dissertação, foram elaborados duas sessões (seguindo a Resolução Nº. 002/2004 de 25/03//2004 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS) sobre o tema: uma teórica, intitulada “A Psicologia da Saúde no Contexto do Feminino”; e uma empírica, “Qualidade de Vida em Ginecologia: um Estudo na Rede Pública e Privada”.

Na sessão teórica, foi realizada uma produção de revisão de literatura sobre os temas da Psicologia da Saúde e Saúde da Mulher no que se refere, especificamente, às mulheres que procuram atendimento ginecológico. A sessão empírica responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação e teve como principais objetivos: avaliar a qualidade de vida de mulheres que buscam atendimento ginecológico e investigar se o motivo da procura por atendimento está influenciando a qualidade de vida dessas mulheres.

As duas sessões possibilitam, do ponto de vista teórico e empírico, uma contribuição ao campo de estudo da Psicologia da Saúde, Saúde da Mulher e Qualidade de Vida, considerando que estes tópicos devem ser, ainda, muito estudados e trabalhados para se alcançar um bem-estar maior da população como um todo.

## **1 ESTUDO TEÓRICO**

### **A Psicologia da Saúde no Contexto do Feminino**

## **A Psicologia da Saúde no Contexto do Feminino**

### **Introdução**

A Psicologia, como ciência do comportamento, tem muito para contribuir no campo da Saúde, e a Psicologia da Saúde, como especialidade, vem desenvolvendo, desde o final da década de setenta, uma abordagem multidisciplinar para a compreensão dos binômios “mente/corpo” e “saúde/doença”. Pode-se considerar que a Psicologia da Saúde é responsável pelo entendimento e auxílio do desequilíbrio físico e emocional de cada sujeito, levando sempre em consideração a história de vida de cada um deles. É dela a função de perceber o impacto da doença e, acima de tudo, as dificuldades provenientes da falta de saúde que atinge a vida das pessoas. A Psicologia da Saúde, sob diferentes aspectos, preocupa-se então: com os problemas psicológicos relacionados aos pacientes, às doenças e aos profissionais da área da saúde no âmbito das diferentes especialidades; com problemas psicológicos - que geram, precipitam e/ou agravam os problemas físicos; e com problemas físicos - que geram, precipitam e/ou agravam os problemas psicológicos.

A relação entre estresse, estilo de vida, qualidade de vida, comportamento, personalidade, apoio social e saúde constitui a base da área da Psicologia da Saúde. Sem dúvida, qualquer processo de estresse tem efeitos fisiológicos, emocionais, comportamentais e cognitivos, provocando vulnerabilidade a doenças. Por outro lado, determinados comportamentos e estilos de vida, assim como a falta de apoio social, também tem um impacto importante na saúde. Ainda, sabe-se, que a personalidade e os diversos tipos de enfrentamentos utilizados se associam com certos tipos de doenças.

Os psicólogos da saúde abordam uma ampla gama de problemas (tabagismo, obesidade, hipertensão, fibrose cística, úlceras, paralisias cerebrais, câncer, epilepsias, diabetes, disfunção sexual, dor crônica, asma, psoríase, entre outros), por meio de ações de

avaliação, intervenção e prevenção psicológica, que se refletem, mais especificamente, sobre a saúde/doença das mulheres; percebem-se algumas dificuldades na procura de atendimento tanto obstétrica como ginecológica. Muitas mulheres desenvolvem apreensão frente à necessidade de consulta e tratamento médico relacionados a sua própria saúde, e bem-estar físico/emocional. Por trás de gestações, partos, inflamações pélvicas, problemas sexuais, menopausa (entre outros), há um psiquismo, um mundo relacional, afetivo/psicológico que tem que ser considerado. Torna-se importante desenvolver um olhar mais integrado à mulher por parte das equipes médicas para, assim, identificar outras dificuldades nas pacientes que não só as físicas. O ginecologista/obstetra se torna, na maior parte das vezes, um referencial técnico de saúde para as mulheres que utilizam, muitas vezes, quase unicamente, esta especialidade médica.

Questões emocionais e físicas se tornam muito próximas no campo da ginecologia e da obstetrícia. O exame ginecológico em si, por exemplo, pode ser um produtor de ansiedade, além de acessar diretamente a sexualidade, que, ainda nos dias de hoje, é um campo permeado por muitos tabus. As doenças ginecológicas permanecem também, ainda, com parte do estigma existente no século XIX, ligadas a algo moralmente feio, relacionando-se às doenças venéreas advindas da prostituição. É nesse momento que a Psicologia e a Ginecologia/Obstetrícia podem se complementar no sentido de poder não só tratar o sintoma, mas compreender e ajudar a paciente a entender a ligação destes, no que tange aos aspectos físicos e emocionais, refletindo numa só pessoa e num mesmo corpo.

Entendendo a importância da temática em questão, o presente estudo teórico, de forma teórica, a discussão da inter-relação entre o corpo e as emoções através do desenvolvimento da Psicologia da Saúde, aplicada à saúde da mulher. Reflete, também, sobre a integração de conhecimento e trabalho dos profissionais da saúde, mais

especificamente da equipe de Ginecologia com o objetivo de beneficiar a vida das mulheres/pacientes.

### **Contextualizando a Psicologia da Saúde**

Duas perspectivas influenciaram e/ou deram origem à Psicologia da Saúde. A primeira foi a tradição do Modelo Biomédico, que predominou durante longos anos, postulando uma separação entre a mente e o corpo, priorizando a doença sobre a saúde. Este modelo sustentado nos correlatos somáticos não considerava como importante as variáveis psicossociais. Este enfoque era reducionista e não conseguia explicar de forma adequada muitas das situações de doenças. A segunda influência foi a da Perspectiva Psicossocial, que passou a reconhecer que os aspectos psicológicos e sociais podem causar e influenciar doenças físicas. Na década de 40, esta concepção se amplia, surgindo um novo campo denominado de Medicina Psicossomática (Trull & Phares, 2002). Desenvolve-se assim, principalmente na Europa, o Modelo Psicossomático, formado por médicos e psiquiatras; alguns deles psicanalistas, que acreditavam na etiologia emocional das doenças orgânicas. Neste contexto, os psicólogos iniciam a estender seus métodos psicoterapêuticos aos chamados transtornos médicos. Sem dúvida, a passagem do modelo biomédico para o psicossomático deslocou o foco de atenção da saúde pública, da doença para a saúde, alertou para a necessidade de uma nova evolução quanto à identificação de problemas e soluções e modificou o trabalho e formação dos técnicos de saúde. Permitiu emergir um novo padrão de morbidade e mortalidade, mas ligado a fatores comportamentais, definindo como desafios em saúde os vinculados à longevidade, à destruição ecológica, à degradação do meio ambiente, ao desequilíbrio econômico e aos impactos destes na saúde (Matos, 2004).

Na década de sessenta, as doenças infecciosas (que assolaram por longos anos o mundo provocando inúmeras mortes), na sua maioria, estavam controladas. A atenção, então, passou a se focar nas doenças cardiovasculares e no câncer e, os comportamentos como comer, beber e fumar, em excesso, foram identificados como correlatos importantes de várias doenças. A atenção se fixou não só no processo da doença, mas também nos comportamentos associados. Ainda, as circunstâncias estressantes de vida foram consideradas fatores de risco; e a personalidade e o estilo de vida, como variáveis que influenciam a saúde. Surge, assim, o Modelo Biopsicossocial (Trull & Phares, 2002), que entende que a doença e a saúde são influenciadas por aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Na década de setenta, o Relatório Richmond (Richmond, 1979) e a Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) determinaram que o estudo e a intervenção da saúde passam a ser não apenas ausência de doença, mas também um estado positivo de bem-estar. O comportamento dos indivíduos passa a ser, a partir de então, uma das principais causas de morbidade e mortalidade humana, reconhecendo-se a necessidade de trabalhos interdisciplinares e intervenções preventivas e promocionais em toda a comunidade (Matos, 2004).

É nesse cenário que surgiu a Psicologia da Saúde. Seus principais conceitos e pilares de trabalho têm sido divulgados pelo periódico oficial “*Health Psychology*”, desenvolvido por Joseph Matarazzo. Foi descrita, por este expoente, como um agregado de contribuições para: a promoção e manutenção da saúde; a prevenção e tratamento de doenças; a identificação de etiologias e diagnósticos voltados à saúde, doença e disfunções relacionadas; a análise e promoção do sistema de cuidados com a saúde e a formação de políticas da saúde. A Psicologia da Saúde é uma subárea da Psicologia, que se formou a partir de pressupostos dos campos da Psicologia: clínica, desenvolvimental, experimental,

fisiológica e social. Utilizou-se, também, de outras áreas como a Medicina, Biologia, Epidemiologia, Saúde Pública, Sociologia e Antropologia (Enumo, 2003).

Hoje a Psicologia da Saúde pode ser dividida em três abordagens. A primeira, voltada para a Psicologia da Saúde Clínica, tem sua atuação no sistema de saúde (hospitais, clínicas e centros) e dedica-se, mais especificamente, ao atendimento a grupos de pacientes com disfunções específicas. A segunda área, Psicologia da Saúde Pública, direciona-se mais às ações de melhoria da saúde na população geral, utilizando métodos epidemiológicos em grupos vulneráveis e de risco. E, a última visa promover a saúde mental e física de famílias e comunidades, objetivando a emancipação e mudança social, sendo chamada de Psicologia da Saúde Comunitária (Araújo, 2001).

A Psicologia da Saúde se dirige, principalmente, a doenças e a seu tratamento; enfoca a prevenção, os cuidados para um estilo de vida saudável, a adesão ao tratamento, colocando mais ênfase no processo de aprender os comportamentos necessários, analisando-se as condições existentes (Kerbaui, 2002). Assim, tem a função de entender o processo saúde-doença e suas implicações na vida de cada sujeito. Contudo, essa visão não pode estar restrita ao trabalho do psicólogo da saúde; deve, também, envolver os demais profissionais, assim como o próprio paciente. Para Angerami-Camom (2000), também, torna-se importante a prática de levar o paciente a procurar seu bem-estar físico, mental e social; este exercício deveria ser realizado da mesma forma por outros profissionais da área da saúde; e não só por psicólogos. O paciente, a partir desse ponto, passaria a ser entendido de maneira plena, considerando tudo o que faz parte de sua vida, podendo, assim, influenciar sua saúde como um todo.

Por outro lado, Bocchi, Salinas e Gorayeb (2003) consideram que a Psicologia é um dos campos de conhecimento mais influentes no saber médico, na medida em que marca a existência de um sujeito por trás do órgão, e que especifica todo o alcance da subjetividade

sobre o corpo. Este é um ponto essencial tanto a comunicação entre profissionais da área da saúde, quanto para a percepção dos pacientes em relação a si mesmos e para a inter-relação mente-corpo/saúde-doença. Essa visão do sujeito integrado auxilia as pessoas a entenderem que os sintomas físicos, emocionais e sociais se desenvolvem conjuntamente, necessitando um olhar comum sobre todos esses aspectos quando se procura saúde.

Sem dúvida, a Psicologia da Saúde tem fundamental importância no contexto atual, realizando suas práticas nos centros de saúde e produzindo pesquisas básicas e aplicadas que comprovem os benefícios das intervenções. Os técnicos que trabalham nesta área do conhecimento na atualidade reconhecem que ainda há uma longa caminhada para a operacionalização desta modalidade de trabalho (Smith & Suls, 2004). Os psicólogos da saúde precisam desenvolver uma educação continuada com o objetivo constante de aprimorar as competências necessárias para responder aos avanços da medicina e às novas tecnologias da saúde (Saab et al, 2004).

### **Psicologia da Saúde e saúde da mulher**

Da antiguidade aos dias de hoje, a mulher evoluiu em termos sociais, adquirindo direitos em todas as áreas, inclusive quanto aos cuidados com sua saúde. De maneira geral, na maioria dos países do mundo ocidental, durante muito tempo, o contexto da mulher era apenas o casamento, a procriação e a criação dos filhos. No Brasil, a situação feminina não foi diferente. Com o passar do tempo, os progressos científicos e os investimentos para a melhoria na qualidade de vida possibilitaram mudanças significativas para a mulher. Assim, a mulher foi agregando papéis, conquistando espaços, obtendo reconhecimentos que levaram a um redimensionamento de sua identidade e de seu lugar no mundo. O trabalho, cada vez mais, tem se tornado elemento fundamental para a realização pessoal da mulher, configurando-se em um veículo que lhe tem permitido assumir uma posição mais

ativa de protagonista de sua própria história (Gonçalves, 2002). A mulher do século XXI encontra-se, segundo Carreira, Ajamil e Moreira (2001), em um momento de transição de paradigmas ou modelos culturais, com algumas atitudes e crenças de uma sociedade patriarcal, mas, ao mesmo tempo, com uma inserção na vida pública e social, trazendo contribuições, com sua visão sistêmica e relacional, para as novas lideranças nas organizações.

As mulheres são, hoje no Brasil, 86 milhões, representando 50.7% dos habitantes brasileiros (IBGE, Censo Demográfico, 2000). A expectativa de vida feminina tem aumentado principalmente nos últimos 40 anos. Esse fato exige mais atenção dos serviços de saúde, que devem estar preparados para atender, em todos os seus aspectos, as necessidades de saúde geradas por essas mulheres (Pedro, Pinto-Neto, Costa-Paiva, Osis & Hardy, 2002). A vida da mulher brasileira, no plano político, cultural, econômico ou social, tem passado por grandes mudanças que se refletem na organização da vida doméstica e no espaço público. A participação feminina na economia do país cresce a cada ano, e um número cada vez maior de mulheres assume a chefia da família. Assim, os problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva vêm sendo tratados no contexto dos direitos humanos, e tem se reivindicado dos governos a garantia das condições para o exercício pleno desses direitos (Ministério da Saúde (s/d).

Considerando aspectos da saúde da mulher no mundo, Matos (2004) refere que, no relatório da Organização Mundial da Saúde de 2002, evidencia-se a importância da promoção da saúde e da prevenção dos fatores de risco, como sexo não protegido, uso de tabaco, abuso de álcool, hipertensão, entre outros. O sexo não protegido é apontado como o principal fator responsável por mortes em países em desenvolvimento. O descuido com a sexualidade é um provocador de doenças letais. Embora tenha se dado bastante atenção a este aspecto nos últimos anos, ainda se constata a carência de políticas efetivas, uma vez

que as taxas de mortalidade por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) permanecem altas. O descuido com a sexualidade, no Brasil, é mais percebido na rede pública de saúde. Contudo, Pinotti, Faúndes e Zeferino (1988) alertavam, já no final da década de oitenta, que eram (e continuam sendo) escassos os cuidados efetivos à mulher, independente do tipo de atendimento prestado, referindo que a mulher como “ser que pensa, sente e tem uma cultura própria está longe do pensamento rotineiro que preside as consultas do sistema de saúde público e privado” (p. 22).

É de extrema importância considerar a mulher de forma inteira, atendendo tanto aspectos físicos, como afetivos e sociais; o que tornaria os diagnósticos, tratamento e indicações mais precisos e efetivos. Os centros de atendimento à mulher devem estar sempre 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 estes sintomas orgânicos podem estar influenciando outros âmbitos na vida da mulher. Um estudo desenvolvido na Inglaterra revelou que sintomas físicos, emocionais e sociais influenciam-se mutuamente, sugerindo que mulheres com dispareunia têm mais problemas emocionais, aumento de ansiedade e depressão e pioram nos relacionamentos interpessoais quando comparadas a controles saudáveis (Green & Hetherington, 2005). Esses dados permitem concluir que, quando existem problemas físicos, os emocionais e sociais também estão implicados. Estes aspectos devem ser considerados com atenção pelas equipes de saúde a fim de proporcionar ações que melhorem o bem-estar geral das mulheres que procuram atendimento. Apesar da importância de uma visão integral à saúde feminina, ocorre, muitas vezes, que as próprias mulheres pouco tratam de sua saúde, deixando para o médico essa responsabilidade. Cheida e Furegato (1999) investigaram, num serviço de saúde da cidade de Ribeirão Preto, a percepção das pacientes sobre o exame ginecológico, encontrando manifestações que evidenciavam (em todas as

classes sociais e independem do grau de escolaridade) que a sexualidade e o corpo feminino são assuntos sistematicamente silenciados. Esse achado mostra a importância do trabalho do profissional da saúde em estimular a própria mulher ao cuidado com seu próprio corpo.

Os serviços de atendimento à saúde da mulher no Brasil, tradicionalmente se destinam aos atendimentos de pré-natal, parto e puerpério, anticoncepção, detecção precoce de câncer nos órgãos reprodutivos e tratamento para infertilidade (Silver, 1999). A ginecologia, sendo uma área importante na saúde da mulher, enfrenta questões peculiares por lidar com aspectos íntimos e carregados de tabus. Fica mais próxima desta área médica a possibilidade de identificar outras dificuldades nas mulheres, como as emocionais e sociais, que podem influenciar e ser influenciadas pelos sintomas ginecológicos. Por outro lado, ocorre também, muitas vezes, que a equipe de saúde tem um olhar reduzido sobre suas pacientes, esquecendo-se delas como um ser integrado nos mais diversos âmbitos, priorizando a mulher como ser reprodutivo, deixando de lado suas demais necessidades físicas. Nesse sentido, Nascimento e Rodrigues (2003) lembram, com base no trabalhos por eles desenvolvidos, que a visão não integrada à mulher permanece até os dias de hoje, predominando a “concepção do feminino como frágil, instável emocionalmente e, de forma irremediável, destinada à maternidade” (p. 163). Desta forma, o olhar do profissional da saúde, segundo estes autores, ainda permanece reduzido a um único foco: o gerar filhos; e não ao feminino como um todo.

Certamente, não se pode mais priorizar a mulher só como ser reprodutivo. Hoje em dia, inclusive, muitas delas não têm interesse na gestação, mas desejam ser saudáveis procurando auxílio médico para as questões de prevenção e para a possível sintomatologia apresentada. Por outro lado, também ocorre o fato algumas mulheres desejarem filhos e não conseguirem ter êxito. Em situações como estas, parece ficar mais evidente para a

equipe de saúde a ligação dos aspectos físicos e emocionais. Em relação a isso, Ávila (2001) considera que corpo e mente são entrelaçados, sendo influenciados mutuamente; o que também pode estar relacionado à infertilidade. Essa ligação é agente tanto na causa como na conseqüência do processo saúde-doença, sendo uma tarefa impossível dissociar os aspectos emocionais dos físicos. Desta maneira, as questões do corpo e da mente tornam-se muito próximas na área da ginecologia. Vários estudos (Wonjar, et al. 2003; Oskan, Alatas & Zencir, 2005; Chaaya, Bogner, Gallo & Leaf, 2003; Bradley, Rose, Lutgendof, Costanzo & Anderson, 2006) demonstraram, através da percepção das mulheres, que existe grande quantidade de distúrbios obstétricos e ginecológicos que afetam a qualidade de vida e os sentimentos de bem-estar emocional de mulheres. Acredita-se que é possível obter, com mais facilidade, melhora nos problemas apresentados pela paciente mulher, quando as equipe de profissionais da saúde observam de maneira integrada os aspectos físicos, emocionais e sociais de cada paciente. Nesse sentido, Rauchfuss, Kentenick, Siedentopf e Danzer (2005) comentam que as intervenções psicossociais que abrangem a totalidade da mulher são as mais recomendadas para que se obtenham tratamento e reabilitação positivos.

### **Especificidades do atendimento ginecológico**

A Ginecologia surgiu no século XVIII, após a iniciação de disciplinas de instrução médica de obstetrícia nos Estados Unidos em 1791. Foi a aproximação dos obstetras para o campo cirúrgico que deu início à área da Ginecologia. Nessa época, ainda existiam muitos mistérios sobre o corpo feminino. Dessa forma, foram criados espaços, considerados privilegiados, nos hospitais para o cuidado das doenças das mulheres que eram percebidas como pacientes difíceis e acompanhadas de muito sofrimento. Os médicos, nessa época somente homens, viam a mulher e seu corpo como algo misterioso e difícil de ser

entendido, sendo a menstruação um fenômeno ainda sem explicação. Nas últimas décadas do século passado e início deste, a Ginecologia se tornou algo maior do que a extensão da obstetrícia, passando a ser um campo de cuidado da mulher, que ultrapassa o simples cuidado dos órgãos reprodutivos (Rohden, 2002). No Brasil, a obstetrícia teve início nas escolas de medicina e cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro em 1808. Na época, o trabalho era voltado mais diretamente aos partos, que eram, na maior parte das vezes, feitos por parteiras. A partir de 1882, a Ginecologia passa a fazer parte do curso de medicina juntamente com a obstetrícia, ficando definido que os ginecologistas constituíam uma especialidade cirúrgica, especialmente na cirurgia abdominal, enquanto os obstetras se ocupavam com o processo da gestação (Brenes, 1991).

Hoje, a Ginecologia trata das doenças do aparelho genital feminino, inclui: mama, útero, trompas, ovário, vagina e vulva. É a especialidade que trata da saúde da mulher, da infância à terceira idade. Dedicar atenção especial ao aparelho genital tanto no aspecto curativo como preventivo. Durante o período reprodutivo da mulher, é visada a questão do planejamento familiar. No climatério, é dada atenção aos aspectos preventivos e de melhoria da sua qualidade de vida. A ginecologia também leva em conta os aspectos emocionais que atingem as pacientes e que, muitas vezes, são a causa de suas visitas aos consultórios. Nesse cenário, boa parte das queixas, cuja problemática emocional está envolvida, tem a ver com: irregularidades menstruais, disfunções hormonais, sintomas pré-menstruais e menstruais, dores pélvicas, vulvo-vaginites de repetição, problemas sexuais, alguns atribuídos a anticoncepcionais. Consultas aos ginecologistas também são motivadas por orientações a aspectos relativos à vida feminina, como: puberdade, ciclo menstrual, sexualidade, medicação de anticoncepção, gravidez e menopausa.

Questões relacionadas à sexualidade da mulher em interação com uma pessoa desconhecida, o médico, seja este homem ou mulher, pode ocasionar na paciente

desconforto e vergonha durante a consulta (Uskul & Ahmad, 2003). Esta questão não é recente na área da Ginecologia. Desde o início da especialidade, existiram dificuldades sobre esta temática, principalmente considerando a relação médico-paciente. Muitas vezes, surgiram conflitos com pais e maridos das pacientes que, supostamente, estabeleciam um certo grau de intimidade com o médico ao realizar o exame ginecológico. Os conflitos, há algumas décadas atrás, estavam relacionados, segundo Rohden (2002), aos “perigos morais da exposição e penetração instrumental por parte do médico” (113). O exame ginecológico, portanto, iniciou com essa conotação sexual alicerçada nos costumes morais da época. O instrumento ginecológico denominado espéculo, que se utiliza até os dias de hoje, no século XIX era questionado quanto ao poder de penetração do médico no corpo da mulher. Além disso, era considerado um instrumento que poderia incentivar a masturbação, ato condenado naquela época. Da mesma forma, as doenças ginecológicas que motivavam as consultas eram relacionadas às doenças venéreas e à prostituição, dificultando o acesso aos cuidados médicos (Moscucci, 1996). Mesmo com todo o cuidado dos médicos e com a evolução de técnicas e intervenções, percebe-se, ainda, que o atendimento ginecológico pode proporcionar muitos constrangimentos à mulher por tratar de assuntos vinculados a uma área íntima.

Algumas estratégias têm sido elaboradas para minimizar esse possível desconforto. Ekeroma e Harilall (2003) apontam que explicar para a paciente sobre os procedimentos ao longo do atendimento é o primeiro passo para melhorar a qualidade do serviço ginecológico. Estes autores constataram que 49% das mulheres preferem ser atendidas por ginecologistas do sexo feminino, sendo, para 51% da amostra, o sexo do médico uma questão indiferente ao êxito do atendimento médico ginecológico. Entretanto, quando há necessidade de exames mais específicos como o citopatológico, por exemplo, e o atendimento é feito por um médico do sexo masculino, 62% das mulheres acham

necessária a presença de uma assistente no momento do exame físico. Uskul e Ahmad (2003) encontraram diferenças importantes entre os atendimentos de homens e mulheres ginecologistas tais como: diferença de interação nas conversas iniciais, estilo de comunicação, linguagem técnica ou coloquial, frequência do contato do olhar, paciência e troca de informação, sendo as ginecologistas mulheres percebidas como mais próximas e disponíveis. Dificuldades sentidas pelas pacientes no atendimento médico ginecológico, por um profissional do sexo masculino, também foram descritas por Salcedo-Barrientos e Egry (1999), que evidenciaram sentimentos de medo, vergonha e culpa em pacientes que realizaram o primeiro exame ginecológico de prevenção de câncer de colo uterino. Mesmo com essas dificuldades apontadas, são ainda poucos os estudos que investigam a relação da paciente mulher com seus cuidadores de saúde.

A respeito do motivo de consulta, Berman et al. (2003) referem que o maior problema relatado pela população estudada (mulheres que buscam atendimento médico ginecológico) foram as queixas em relação ao seu desempenho sexual. Entretanto, quando questionadas sobre se solicitam ajuda ao médico quanto a esse aspecto, 40% relataram que não pedem ajuda para o profissional, 54% referiram que gostariam de solicitar ajuda, mas não conseguem, e 33% afirmaram que não estavam certas se gostariam de pedir ajuda ou não.

Por outro lado, além da questão de como se estabelece a comunicação médico-paciente, o montante de informação que deve ser disponibilizada à paciente é outro aspecto, também objeto de cuidados. Cheida e Furegato (1999) comentam que muitas mulheres preferem não ter conhecimento sobre o procedimento médico que será realizado, e acrescentam que, quando isso acontece, o fornecimento de muita informação pode deixar o exame ainda mais estressante. Read, Stern, Wolfe e Ouimette (1997) sugerem que os centros de saúde possam providenciar materiais psicoeducativos para suas usuárias já que

muitas apresentam problemas de ordem física e emocional, mas não conseguem pedir apoio técnico. Desta forma, o material serviria como um elo de comunicação entre o paciente e o profissional, sendo uma ferramenta para o aumento do bem-estar feminino. Neste sentido, Heinisch (2003) destaca que, na entrevista médica, para obter e registrar dados sobre o paciente a fim de se chegar a um diagnóstico preciso, o médico ginecologista precisa mostrar conhecimento e tato para não invadir um território que, para cada mulher, tem diferentes limites. A habilidade técnica, então, não parece ser suficiente, sendo o manejo afetivo importantíssimo para possibilitar a interação com vistas a alcançar a prevenção e/ou para tratamento de doenças ginecológicas.

Ainda sobre as dificuldades de comunicação médico-paciente, cabe mencionar o estudo de Makuch, Botega e Bahamondes (2000), realizado na cidade de Campinas (São Paulo), que objetivou descrever a informação que mulheres com infecções do trato reprodutivo (ITR) lembravam haver recebido dos médicos ao comparecerem à consulta em virtude de infecções do trato reprodutivo, assim como a informação que os médicos referiram dar-lhes no momento da consulta. O estudo identificou, após ter entrevistado 16 mulheres com esterilidade primária de causa tubária e 15 médicos da rede pública de Campinas, que, mesmo que esse diagnóstico seja bastante comum, a sua abordagem sofre de inúmeras dificuldades. A análise das entrevistas das mulheres mostrou que elas não lembravam ter recebido informação a respeito de meios de prevenção ou sobre o impacto das ITRs em seu futuro reprodutivo. O levantamento das entrevistas com os médicos revelou que a informação de que eles declararam prover as mulheres em questão sobre as formas de transmissão, os riscos para o futuro reprodutivo e meios de prevenção foi incompleta ou pouco clara. Os autores concluíram que essas mulheres não receberam informação adequada ou completa, e provavelmente não foi possível que implementassem

meios de prevenção para evitar a repetição de ITR e minimizar o risco de esterilidade tubária.

Além das dificuldades existentes na comunicação médico-paciente, outro aspecto a destacar é a quantidade de queixas emocionais e sociais que os médicos ginecologistas recebem juntamente com as dificuldades físicas. Uma pesquisa realizada por Glover, Novanovik e Hunter (2003) identificou importantes sentimentos de tristeza, ansiedade e depressão em mulheres que buscam atendimento em clínicas ginecológicas. Esse estudo mostrou a necessidade de se examinar mais profundamente esses sentimentos já que as mulheres que buscam atendimento ginecológico podem estar vivenciando alguma dificuldade emocional em grau psicopatológico. A literatura de saúde mental, relacionada à atuação de ginecologistas-obstetras, tem amplamente discutido a importância da avaliação e tratamento do transtorno depressivo, talvez em virtude do aumento da depressão pós-parto e da síndrome disfórica pré-menstrual. Uma ênfase secundária tem sido dada para os transtornos de ansiedade seguidos dos alimentares (Coleman, Morgan, Zinberg & Schulkin, 2005). Todos estes dados evidenciam a importância das trocas técnicas entre profissionais, neste caso mais especificamente, psiquiatras/psicólogos com ginecologistas/obstetras a fim de dar um adequado apoio a paciente.

Ainda em relação à identificação de dificuldades emocionais nas pacientes pelos ginecologistas, vários estudos (Schwenk & Cols, 1996; Marcus & Cols, 2003; Wonjar et al., 2003) confirmam a alta incidência de mulheres com desordens depressivas que não procuram tratamento psiquiátrico e/ou que seus sintomas de cunho emocional não são reconhecidos ou investigados quando em atendimento ginecológico. Parece pertinente destacar como fundamental a percepção e identificação das questões internas de cada paciente e considerar que é papel do médico, seja qual for sua especialidade, o de dar apoio, orientação e prescrever tratamento, sempre estimulando a paciente a reconhecer

suas dificuldades e a atuar mais em benefício de si mesma, tornando-se mais participativa no seu processo de tratamento.

Mesmo com os avanços na área da saúde e com o desenvolvimento de estudos que mostram a importância dos aspectos emocionais na área da ginecologia e da saúde em geral, poucos são os psicólogos atuantes na área. Pesquisas internacionais e nacionais mostram claramente a relação dos aspectos físicos e emocionais em ginecologia, mas ainda não é comum psicólogos atuarem em conjunto com ginecologistas, principalmente no âmbito brasileiro.

Para concluir, cabe ressaltar que a Psicologia está inserida no campo das relações interpessoais e intrapessoais, e a Psicologia da Saúde valoriza a comunicação entre os estados físicos, emocionais, sociais e espirituais de cada pessoa. A função do psicólogo insere-se, então, nesse contexto, podendo propiciar uma visão mais ampla de cada pessoa e assim refletir sobre saúde como um todo, ressaltando a idéia de que os aspectos físicos e emocionais fazem parte da mesma caminhada de um só sujeito. A importância de uma equipe multiprofissional está relacionada aos benefícios que se podem gerar no bem-estar dos pacientes. No âmbito da Ginecologia, pode-se pensar que o trabalho conjunto de médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais talvez seja o caminho para uma atenção mais especial à mulher, proporcionando um olhar sob diversos ângulos. O psicólogo, neste âmbito, tem a função de se deter no processo saúde-doença e em suas implicações na vida de cada pessoa, podendo ele “traduzir” para as outras especialidades a subjetividade do sujeito.

O mundo do feminino se mostra ainda incompleto no cuidado global à saúde, tanto no que se refere aos cuidados médicos, quanto à atenção que cada mulher concede à sua própria saúde. Os problemas físicos e emocionais se mostram relacionados e talvez indissociáveis. Sem dúvida, os sintomas ginecológicos estão implicados nos emocionais,

bem como as questões emocionais podem repercutir nas queixas físicas. Sendo assim, os recursos internos de cada paciente precisam ser trabalhados proporcionando que a mulher efetivamente possa se tornar participativa no seu processo de cura.

Apesar de a Ginecologia se deparar com muitos aspectos que possam dificultar sua prática, percebe-se que ela exerce papel fundamental na saúde geral do campo feminino. Torna-se fundamental prestar um atendimento integrado, identificando e compreendendo os aspectos físicos, psicológicos e sociais, para contribuir no sentido de instrumentalizar a mulher nas estratégias e cuidados necessários para a aquisição e manutenção da saúde e da qualidade de vida. Sendo a ginecologia uma das especialidades mais procuradas na área da saúde pelas mulheres, torna-se necessário que outras especialidades possam dar suporte a essa grande demanda. O trabalho multiprofissional auxilia na percepção mais integrada a cada paciente, fazendo com que a mesma participe mais do tratamento, auxiliando na adesão e no processo de atenção à saúde. Ainda são poucos os trabalhos que mostram uma situação desse trabalho integrado no Brasil, mas fica evidente a demanda desse tipo de atendimento bem como a presença de profissionais capacitados para tal atividade no nosso país.

A presente sessão explanou, de forma teórica, a importância do cuidado com a mulher no que tange aos serviços de ginecologia, priorizando o cuidado integrado no campo do feminino. Apresentou, através da Psicologia da Saúde, aspectos que demonstram a importância dessa atividade médica, ressaltando a inter-relação dos aspectos físicos e emocionais que influenciam mutuamente a saúde do ser humano como um todo, neste texto dirigido ao campo do feminino.

## **2 ESTUDO EMPÍRICO**

**Qualidade de vida em mulheres que procuram atendimento ginecológico**

## **Qualidade de vida em mulheres que procuram atendimento ginecológico**

### **Introdução**

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 variadas 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 órgão 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 (Hubert, 1997; Durand et al. 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 um equilíbrio entre os aspectos de saúde, sociais, familiares, financeiros, espirituais e emocionais para que as pessoas atinjam um grau de bem-estar. Ainda, para as pessoas menos favorecidas socioeconomicamente, existe uma 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 menstruação, 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). Então, 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, então, 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, da infância à terceira idade. Dedicar atenção especial ao aparelho genital tanto no aspecto curativo como preventivo. A ginecologia também leva em conta os aspectos emocionais que atingem as pacientes. Acredita-se que, considerando a mulher de forma inteira, atendendo tanto os aspectos físicos, como os afetivos e sociais, podem tornar os diagnósticos, tratamentos e indicações 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 da mulher. 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, Einsle, Haufe, Weidner, Distler & Joraschky, 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 freqüentaram. 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 doente e de seus cuidadores de saúde profissionais e capacitados. 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, o paciente não conta 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 responder ao projeto de pesquisa e 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.

### **Instrumentos**

A fim de caracterizar a amostra, foi utilizada uma ficha de dados pessoais e sociodemográficos e de percepção das participantes (ver anexo A) 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 (ver anexo B). Este instrumento, originariamente americano, foi adaptado e validado para o Brasil por Ciconelli (1997). O SF-36 é um instrumento que 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 (ver anexo C). 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 (ver anexo D). A aplicação dos instrumentos foi realizada na própria sala de espera, num único encontro de, aproximadamente, 20 minutos. Para análise e processamento dos dados (pacote estatístico SPSS 11.0), foram utilizadas técnicas descritivas (média e distribuição de freqüências) e inferenciais (*Kruskal- Wallis*, Teste *t*,

*Mann Whitney*, Exato de Fischer, Coeficiente de *Sperman* 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 (M=38,51 DP=11,81). Dados sobre grau de escolaridade, atividade ocupacional e situação conjugal podem ser visualizados na Tabela 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.

**Tabela 1.** 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)		
	f	%	f	%	F	%	
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
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

Na Tabela 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.

**Tabela 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)	
		f	%	f	%	f	%
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
	Faltantes	8					
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
	Faltantes	1					
Percepção da saúde física	Positiva	166	88.81	73	81.1	93	95.9
	Negativa	21	11.2	17	18.9	4	4.1
	Faltantes	13					
Percepção da saúde emocional	Positiva	152	79.2	67	72.0	85	85.9
	Neutra	40	20.8	26	28.0	14	14.1
	Faltantes	8					
Disposição para o trabalho	Avalia positiva	132	66.3	62	62.0	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
	Faltantes	1					
Influencia dos sintomas ginecológicos na qualidade 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
	Faltantes	18					

Na Tabela 3, é possível observar, mais detalhadamente, os diagnósticos ginecológicos que geraram o motivo da consulta das participantes que procuraram

atendimento por apresentar alguma “sintomatologia” ou por estar realizando algum tipo de “tratamento” (n=105). Sendo assim, as mulheres que consultaram pelo motivo revisão não foram incluídas nesta análise.

**Tabela 3.** 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)	
	f	%	f	%	f	%
1. Vaginites e infecções pélvicas; Dispareunia; HPV e câncer uterino e suas lesões precursoras; Distúrbios urinários	26	23.6	21	27.3	5	15.2
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	-	-

Na Tabela 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 local-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 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.

**Tabela 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 (n=200).

Domínios SF-36	Amostra Total (n=200)		Amostra Sistema Público (n=100)		Amostra Sistema Privado (n=100)		p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Capacidade funcional	75.87	24.32	72.66	26.60	78.95	21.60	0.076
Aspectos físicos	61.48	39.71	52.04	41.03	70.75	36.24	0.001*
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	0.021*
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	0.031*
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	0.000*

\*  $p \leq 0.05$

Os resultados de correlação entre os domínios do SF-36 e o motivo geral da consulta podem ser visualizados na Tabela 5. Empregando o teste de *Kruskall 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 ( $p=0,042$ ), e entre o domínio físico (amostra atendida no sistema de saúde privado), que consultou por revisão ( $p=0,001$ ).

**Tabela 5.** Correlação 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	Mediana	Média	Desvio	p
<b>SISTEMA PÚBLICO</b>						
SAUDE	revisão	15	57,00	57,73	20,83	<b>0,042<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	0,329 <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	0,213 <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	0,123 <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	0,387 <sup>np</sup>
	sintomatologia	52	50,00	47,33	40,13	
	tratamento	23	75,00	48,52	39,48	
SOCIAL	revisão	16	56,25	40,41	22,11	0,290 <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	0,363 <sup>np</sup>
	sintomatologia	53	66,66	43,34	41,65	
	tratamento	24	66,66	52,54	41,31	
<b>SISTEMA PRIVADO</b>						
SAUDE	revisão	69	72,00	74,28	15,88	0,528 <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	0,872 <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	0,902 <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	0,567 <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	0,811 <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	0,457 <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	0,235 <sup>np</sup>
	sintomatologia	18	100,00	59,00	35,80	
	tratamento	10	66,66	42,45	42,16	

<sup>P</sup> ANOVA    <sup>np</sup> Kruskal Wallis

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

**Tabela 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 e 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 suas 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 lúpus

Os dados visualizados na Tabela 7 registram algumas relações significativas entre os aspectos de autopercepção das participantes em relação 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, é possível constatar que as pacientes atendidas no sistema de saúde público e que avaliaram sua saúde física de forma negativa demonstraram pontuação maior no domínio dor ( $p=0,041$   $M=40,52$   $DP=23,54$ ) do SF36. Também, no sistema público, parece existir uma tendência a ter menor pontuação no domínio dor (maior prejuízo) para quem avalia negativamente sua saúde emocional ( $p=0,051$   $M=42,23$   $DP=22,71$ ). 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 ( $p=0,021$   $M=40,00$   $DP=15,66$ ) 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 ( $p=0,016$   $M=31,88$ ).

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 ( $p=0,019$   $M=53,26$   $DP=24,22$ ). No mesmo grupo, quem avaliou a sua saúde física negativamente obteve pontuação baixa no domínio dor ( $p=0,020$   $M=41,25$   $DP=18,46$ ). 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 ( $p=0,015$   $M= 51,16$   $DP= 27,06$ ). 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 ( $p=0,025$ ,  $M=67.63$ ).

**Tabela 7.** Comparação entre os a autopercepção das partipantes 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.

Dimensões SF-36												
		Vitalidade <sup>P</sup>			dor <sup>P</sup>			cap funcional <sup>NP</sup>		aspecto social <sup>NP</sup>		
		media	desvio	p	Media	Desvio	p	Media de ranks	p	Media de ranks	P	
<b>PÚBLICO</b>												
	Saúde física	positiva	56,21	22,59	0,176	53,67	23,57	<b>0,041</b>	42,47	0,715	48,67	<b>0,016</b>
		negativa	47,81	20,24		40,52	23,54				31,88	
	Saúde Emocional	positiva	55,46	23,39	0,747	53,2	24,5	<b>0,051</b>	40,35	0,067	49,19	0,203
		negativa	53,75	18,19		42,23	22,71				41,35	
	Disposição trabalho	positiva	55,34	21,39	<b>0,021</b>	55,74	22,85	<b>0,001</b>	45,96	0,891	48,31	0,454
		Neutra	60,96	22,89		42,34	20,32				51,56	
		negativa	40	15,66		30,83	25,91				76,07	
	<b>PRIVADO</b>		media	desvio	p	Media	Desvio	p	media	p	media	P
	Preocup. consulta	n preocup	61,07	18,56	0,785	68,04	21,64	<b>0,019</b>	48,67	0,582	50,12	0,921
		preocup.	62,5	15,03		53,26	24,22				49,33	
	Saúde física	Positiva	61,73	18,44	0,727	67,91	22,12	<b>0,02</b>	48,81	<b>0,002</b>	48,4	0,298
Negativa		65	10,8	41,25		18,46	63					
Saúde Emocional	positiva	62,5	18,16	0,421	69,22	22,51	<b>0,002</b>	49,43	0,18	49,67	0,773	
	negativa	58,21	19,57		49,28	15,26				52		
Disposição trabalho	positiva	61,85	19,48	0,919	70,21	21,47	<b>0,015</b>	52,22	<b>0,05</b>	52,34	0,158	
	Neutra	63,18	14,27		57,34	22,57				40,57		
	negativa	60	15,16		51,16	27,06						
Influencia sintoms ginecol.	Muito	66,72	14,65	0,119	66,72	21	0,106	56,19	<b>0,004</b>	50	0,511	
	as vezes	61,14	21,21		69,02	25,14				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 acabam acontecendo pelo controle da sexualidade e maternidade feminina. Sob este aspecto, 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 Tabela 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 da Tabela 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 (Tabela 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 (Tabela 5). Assim, é possível pensar, como apontam 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 da Tabela 4 mostrem, de maneira geral, resultados que indicam

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, Onishi, Hashimoto, Kikuchi, Toledo & Koike, 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 (Tabela 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 categorias 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 da Tabela 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. Pode-se dizer, então, que a dor física é, também, uma experiência psicológica (Werlang, Fensterseifer & Borges, 2006). A dor parece ser, na amostra em estudo, um fator que gerou preocupação e, provavelmente, a procura pelo atendimento ginecológico.

Para finalizar, 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.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa de mestrado possibilitou muitas experiências importantes. Primeiramente, as trocas realizadas com as duzentas participantes ocasionou uma expansão do entendimento das questões, motivações, desejos que acompanham a rotina da busca de saúde de cada mulher. Essa aproximação auxiliou intensamente nos resultados gerais da investigação, assim como, no amadurecimento de outras questões.

Outra vivência importante foi a passagem entre grupos de pesquisa que ampliou a rede de relacionamentos oportunizando trocas científicas, afetivas e cotidianas. Caminhar em um novo campo de saber auxiliou na produção de novos conhecimentos e experiências.

Os achados dessa pesquisa, de modo geral, levaram a uma reflexão sobre o impacto das diferenças sociais na saúde e na qualidade de vida das mulheres aqui estudadas. Chamou a atenção, tanto as discrepâncias no detalhamento das características sociodemográficas, exemplificadas no maior número de filhos e menor nível de instrução, quanto nos domínios da qualidade de vida mais baixos nas participantes que consultavam no sistema público de saúde.

Essas diferenças resultaram em uma análise para cada local de coleta, sendo examinadas as respostas das mulheres que consultavam no sistema público e no privado, separadamente, a fim de não descaracterizar a população estudada. A partir dessas modificações, passou-se a ter uma amostra de cem mulheres em cada grupo, diminuindo o valor inicial da amostra que, para essa pesquisa, contava com duzentas participantes em um grupo único. Sendo assim, sugere-se que se produzam investigações com uma amostra maior para a melhor confirmação dos dados encontrados.

Também parece pertinente estudar a qualidade de vida de mulheres que não estejam buscando atendimento médico ou buscam atendimento em outra especialidade. Dessa

forma, com esse possível grupo controle, pode se oportunizar novos cruzamentos dos dados de qualidade de vida, para melhor se entender a influência da busca por atendimento nesta área da saúde.

Por fim, acredita-se que o presente estudo, evidenciando aqui através das sessões teórica e empírica, proporcionou uma contribuição importante para a Psicologia da Saúde e para a área da Ginecologia que podem passar a entender um pouco mais suas pacientes através dos resultados aqui relatados.

## Referências Bibliográficas

- Angerami-Camom, V. A. (2000). O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde. In: Angerami-Camom, V. A (Org). Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica.(7-21). São Paulo: Pioneira.
- Araújo, T. C. C. F. (2001). Segunda conferência internacional reconstruindo a Psicologia da Saúde. Psicologia: teoria e pesquisa, 17, (2), 199-200.
- Ávila, V. B. (2001). Depressão, responsividade emocional e relações objetais com a figura materna em mulheres inférteis. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia. Porto Alegre: PUCRS, 78f.
- 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.
- Berman, L.; Berman, J.; Felder, S.; Pollets, D.; Chhabra, S.; Miles, M.; Powell, J. A. (2003). Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. Fertility and Sterility, 79, (3), 572-576.
- Bocchi, 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 de Psicopatologia Fundamental, 6, (2), 26-35.
- Bowling, A. (1997). Measuring Health: a review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press.

- 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.
- Brenes, A. C. (1991). História da parturição no Brasil, século XIX. Cadernos de Saúde Pública, 7, (2), 1-12.
- Buss, P. M. (2000). Health promotion and quality of life. Ciênc. saúde coletiva, 5, (1), 163-177.
- Caixeta, M. (2005). *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Carreira, D.; Ajamil, M. & Moreira, T. (2001). A liderança feminina no século 21. São Paulo: Cortez.
- 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.
- Cheida, M. L. C.; Fugerato, A. R. (1999). Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. Revista ginecologia & obstetrícia, 2, (10), 72-78.
- Ciconelli, R.Z.; Ferraz, M. B.; Santos, W.; Meinão, I. & Quaresma, 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, RM. (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.
- Coleman, V. H.; Morgan, M. A.; Zinberg, S.; Shulkin, J. (2005). Clinical Approach to mental health issues among obstetrician-gynecologists: a review. Obstetrical and gynecological survey, 61, (1), 51- 58.

- Ekeroma, A.; Harillal, (2003). M. Women's choice in the gender and ethnicity of her obstetrician and gynaecologist. Australian and New Zealand Journal of obstetrics and gynaecology, 43, 354-359.
- Emuno, S. R. F. (2003). Pesquisas sobre psicologia e saúde: uma proposta de análise. In: A. Z. Trindade & A. N. Andrade. Psicologia e saúde: Um campo em construção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 11-31.
- Fleck, M.; Lousada, S; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L.; Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de Qualidade de Vida WHOQOL-bref. Revista de saúde pública, 34, (2), 178-83.
- 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. 145p.
- 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.

- Keefe, F. J.; Blumenthal, J. A. (2004). Health psychology: what will the future bring? Health Psychology, 23, (2), 156-157.
- Kerbauy, R. R. (2002). Comportamento e saúde: doenças e desafios. Psicologia USP, 13, (1), 11-28.
- 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. Psychoter Psych Med, 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; 2002.
- Lobato, O. (1992). O problema da dor. In: J. M. Mello. A Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 165- 178.
- Makuch, M. Y.; Botega, N. J.; Bahamondes, L. (2000). Comunicação entre médicos e mulheres na prevenção das infecções do trato reprodutivo: algumas limitações. Caderno de Saúde Pública, 16, (1), 249-253.
- Manda, E. N. T. & Silva, G. B. da (2000). Recursos e estratégias em saúde: saberes e praticas de mulheres nos segmentos populares. Revista Latino-americana de Enfermagem, 8, (4), 15-21.
- Marcus, S.; Flynn, H.; Blow, F.; Barry, K. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. J womens Health, 12, 373-380.
- Matos, M. G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. Análise Psicológica, 3, 449-462.

- Matta, A. Z. (2005). Aspectos psicológicos de Mulheres com endometriose. Dissertação de mestrado. Pós Graduação em Psicologia PUCRS. 124p.
- Minayo, M. C. S.; Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2005). Quality of life and health: a necessary debate. Ciênc. saúde coletiva, 5, (1), 7-18.
- Ministerio Da Saude. (2006). Mulher e saúde. Brasil (s/d), Disponível em: <http://portal.saude.gov.br> Acesso em: 05 agosto 2006.
- Morgado, A. F. & Coutinho, E. S. F. (1985). Dados de Epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. Cadernos de Saúde Publica, 1, (3), 327-347.
- Moscucci, O. (1996) The science of woman: gynecology and gender in England (1800-1929). Cambridge: Cambridge University Press.
- Nascimento, A. R. A. & Rodrigues, M. M. P. (2003). A representação do feminino em manuais do programa de agentes comunitários de saúde (PACS). In: Trindade, Z. A. & Andrade, A. N. Psicologia e Saúde: Um campo em construção.(155-166). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nunes, S.O.B., Onishi, L.O., Hashimoto, S.M., Kikuchi, R., Toledo, L.G.M., Koike, A. (1999). A historia 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.
- Öskan, 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, Pinto- Neto, Costa-Paiva, Osis & Hardy. (2002). Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. Revista de Saúde Pública, 36, (4), 484-490.
- Pilkington, F. B. & Mitchell, G. J. (2004). Quality os life for women living with gynecologic câncer. Nursing Science Quarterly, 17, (2), 147-155.

- Pinotti, J. A.; Faúndes, A.; Zeferino, L. C. (1998). A evolução histórica do conceito de atenção integral à mulher. In: Pinotti, A. A. & Faúndes, A. A mulher e seu direito à saúde: por uma prática de saúde no Brasil. (67-78). São Paulo: Manale.
- Rauchfuss, M.; Kentenich, H.; Siedentopf, F. & Danzer, G. (2005). New challenges in medical education. The psychosomatic training program for gynecologists in German. Journal of psychosomatic obstetrics & Gynecology, 2, (26), 85-91.
- Read, J. P.; Stern, A. L. S.; Wolfe, J. & Ouimette, P. C. (1997). Use of a screening instrument in women's health care: detecting relationships among victimization history, psychological distress and medical complaints. Women & health, 25, (3), 1-17.
- Richmond, J. (1979). Healthy people: The surgeon general's report and health promotion and disease prevention. USA Dept of Health. Education and welfare. Washington DC: US Gov Printing Office.
- Rohden, F. (2002) Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. Horizontes Antropológicos, 17, (8), 101-125.
- Saab, P. S.; Mccalla, J. R.; Christensen, A.J.; Johnson, S. B.; Stepanski, E.; Coons, H. L.; Kaplan, R.; Ackerman, M. D.; Krantz, D. S. & Melamed, B. (2004). Technological and medical advances: implications for health psychology. Health psychology, 23, (2), 142-146.
- Salcedo-Barrientos, D. M.; Engry, E. Y.(1999). Mulher e saúde: uma visão de gênero na percepção das usuárias acerca do exame ginecológico. Mudanças, 7, (11), 26-67.
- Schroll, M. (2003). Physical activity in an ageing population. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, 13, 63-69.
- Schwenk, T.L.; Coyne, J.C.; Fechner-Bates, S. (1996). Differences between detected and undetected patients in primary care and depressed psychiatric patients. Gen Hosp Psychiatry, 18, 407- 415.

- Segre, M. & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. Revista saúde pública, 31, (5), 538-4.
- 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.
- Silver, L. D. (1999). Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações pra avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: K. Giffin & S. H. Costa (Orgs.) Questões de saúde reprodutiva. (299-318). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Smith, T. W. & Suls, J. (2004). Introduction to the special section on the future of health psychology. Health Psychology, 23, (2), 115-118.
- 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.
- Straub, E. O. (2005). Psicologia da Saúde. São Paulo: Artmed.
- Trull, T.; Phares, J. (2002). Psicologia Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. México: Thomson.
- 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 Temas em Psicologia Clínica, São Paulo: Casa do Psicólogo, 67-76.

WHO. (1978). Primary health care. Report of international conference of primary health care. Alma-Ata: USSR, Geneva: WHO.

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), 403-1.409.

Wonjar, M.; Drozd, W.; Araszkievics, 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. Arch Womens Ment Health,6, 193-201.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

**FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

<b>FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS</b>		
<b>Local: Ambulatório de Ginecologia Hospital São Lucas ( ) Clínica Particular ( )</b>		
<b>Nome:</b>		<b>Iniciais:</b>
<b>Idade:</b>	<b>Número de Filhos:</b>	<b>Estado civil:</b>
<b>Ocupação:</b>		<b>Escolaridade:</b>
<b>Motivo de busca do atendimento ginecológico:</b>		
<b>Diagnóstico:</b>		
<b>Tempo de diagnóstico:</b>		
<b>Tempo de tratamento com esse médico:</b>		
<b>Está fazendo tratamento para infertilidade? Sim ( ) Não ( )</b>		
<b>Possui algum outro problema de saúde? Sim ( ) Não ( ) Qual?</b>		
<b>Percebe influência dos aspectos emocionais no problema ginecológico? Sim ( ) Não ( )</b>		
<b>Quais são suas expectativas para o atendimento ginecológico?</b>		

## ANEXO B

## QUESTIONÁRIO GENÉRICO DE QUALIDADE DE VIDA

## II QUALIDADE DE VIDA (SF-36)

Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1- Em geral, você diria que a sua saúde é ;

(1) Excelente (2)Muito Boa (3)Boa (4)Ruim (5)Muito Ruim

2- Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora ?

(1) Muito melhor agora do que a um ano atrás  
 (2) Um pouco melhor agora do que a um ano atrás  
 (3) Quase a mesma de um ano atrás  
 (4) Um pouco pior agora do que a um ano atrás  
 (5) Muito pior agora do que a um ano atrás

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades ? Neste caso, quanto?

ATIVIDADES	SIM. DIFICULTA MUITO	SIM. DIFICULTA UM POUCO	NÃO. NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM
a) <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) <b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir <b>vários</b> lances de escada	1	2	3
e) Subir <b>um lance</b> de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
h) Andar <b>vários quarteirões</b>	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física ?

	SIM	NÃO
--	-----	-----

a) Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria ?	1	2
c) Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades ?	1	2
d) Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5- Durante as **últimas 4 semanas**, você teve alguns dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria ?	1	2
c) Não trabalhou ou fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz ?	1	2

6- Durante as últimas **4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais

interferiram nas suas atividades sociais normais , em relação a família , vizinhos, amigos ou em grupo?

- (1) De forma alguma
- (2) Ligeiramente
- (3) Moderadamente
- (4) Bastante
- (5) Extremamente

7- Quanta dor **no corpo** você teve durante as últimas **4 semanas** ?

- (1) Nenhuma
- (2) Muito Leve
- (3) Leve
- (4) Moderada
- (5) Grave
- (6) Muito Grave

8- Durante as **últimas 4 semanas** , quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora e dentro de casa) ?

- (1) De maneira alguma
- (2) Um pouco
- (3) Moderadamente
- (4) Bastante
- (5) Extremamente

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as **4 últimas semanas**.

	TUDO TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	UMA BOA PARTE DO TEMPO	ALGUMA PARTE DO TEMPO	UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO	NUNCA
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força ?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo ?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo ?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido ?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado ?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz ?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado ?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc) ?

- (1) Todo o tempo
- (2) A maior parte do tempo
- (3) Alguma parte do tempo
- (4) Uma pequena parte do tempo
- (5) Nenhuma parte do tempo

11- O quanto **verdadeiro ou falso** é cada uma das afirmações para você ?

	DEFINITIVAMENTE VERDADEIRO	A MAIORIA DAS VEZES VERDADEIRO	NÃO SEI	A MAIORIA DAS VEZES FALSA	DEFINITIVAMENTE FALSA

a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

## ANEXO C



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 1156/05-CEP

Porto Alegre, 05 de dezembro de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo pesquisa intitulado: "Avaliação do estado emocional e da qualidade de vida de mulheres que buscam atendimento ginecológico".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Caio Coelho Marques  
COORDENADOR EM EXERCÍCIO

Ilmo(a) Sr(a)  
Mest Luciana Balestrin Redivo  
N/Universidade

## ANEXO D

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

A psicóloga **Luciana Balestrin Redivo (CRP:07/13816)** membro do **Grupo de Pesquisa Psicologia da Saúde**, pertencente ao **Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Faculdade Psicologia da PUCRS**- sob orientação da **Dra. Marisa Campio Müller** (3320-3633, ramal 219), está realizando um estudo sobre a o estado emocional de mulheres que procuram atendimento ginecológico.

O estudo tem por objetivo geral avaliar os sentimentos e a qualidade de vida de mulheres que buscam atendimento ginecológico, a fim de que se possam repensar estratégias e intervenções terapêuticas nesse período, bem como desenvolver novas pesquisas na área.

Para que tenhamos sucesso em nosso intento, precisamos que você responda um questionário que avalia a qualidade de vida geral bem como um questionário que identifica através de 17 questões os seus sentimentos quando busca o atendimento ginecológico. Serão necessários aproximadamente 30 minutos para o preenchimento dos questionários. Informamos que todas as informações coletadas neste estudo serão mantidas em sigilo, sendo apenas colocados anonimamente à disposição dos pesquisadores responsáveis. E, embora sua participação não lhe traga nenhum benefício pessoal direto, você estará colaborando para que sejam desenvolvidos novos conhecimentos científicos sobre o assunto. Os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados resguardando todo e qualquer dado que identifique as participantes.

Sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta sobre o estudo antes de decidir integrá-lo.

Eu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do procedimento no qual eu estarei envolvida e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações. A psicóloga Luciana Balestrin Redivo certificou-me de que todos os dados deste estudo são confidenciais, e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação da pesquisa, se assim eu desejar.

Caso tenha novas perguntas sobre este estudo, posso contatar a psicóloga **Luciana Balestrin Redivo no telefone 84073440** para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo, ou se penso que fui prejudicada pela minha participação. Posso também chamar outra pessoa que trabalhe na pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

---

Assinatura da participante

---

Assinatura da pesquisadora  
**Luciana Balestrin Redivo**  
CRP 07/13816