



ORIGINALES

Qualidade de vida e morbidade referida de mulheres produtivamente ativas

Calidad de vida y morbilidad referida a mujeres productivamente activas

Quality of life and self-reported morbidity of productively active women

***Rodrigues, Margarete Maria **Fernandes, Rosa Áurea Quintella**

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. **Obstetritz. Doutor em Enfermagem. Docente do Programa de Mestrado em Enfermagem. Universidade Guarulhos. Brasil. E-mail: fernands@uol.com.br

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.249241>

RESUMO

Introdução: Morbidade referida, hábitos de vida e qualidade de vida é uma tríade que parece estar alinhada e tem sido pouca explorada no contexto de vida das mulheres.

Este estudo teve como **objetivo** verificar o índice de qualidade de vida de mulheres produtivamente ativas e associá-lo com a morbidade referida e hábitos de vida.

Método: Estudo analítico, transversal, quantitativo. A amostra foi constituída por 121 mulheres que trabalham em uma instituição de saúde da cidade de São Paulo, Brasil. Para mensurar a qualidade de vida foi utilizado o instrumento da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-BREF.

Resultados: A qualidade de vida geral das mulheres pela média total dos escores (63,7) pode ser considerada boa. O domínio com pior média foi o ambiental (54,6). Houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre as mulheres que referiram ou não problema de saúde ($p=0,035$) e, entre as mulheres que sentem ou não dor no domínio físico ($p=0,001$) e no geral ($p=0,003$). Não houve associação entre a qualidade de vida e os hábitos de saúde.

Conclusão: Os hábitos de saúde não interferiram na qualidade de vida nesta amostra, as morbidades referidas e a dor interferiram negativamente na qualidade de vida dessas mulheres

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Mulheres; Morbidade

RESUMEN

Introducción: Morbilidad referida, hábitos de vida y calidad de vida es una tríada que parece estar alineada y ha sido poco explorada en el contexto de vida de las mujeres.

Este estudio tuvo como **objetivo** verificar el índice de calidad de vida de mujeres productivamente activas y asociarlo con la morbilidad referida y hábitos de vida.

Método: Estudio descriptivo, analítico, transversal. La muestra se constituyó de 121 mujeres que trabajan en una institución de salud de la ciudad de São Paulo, Brasil. Para medir la calidad de vida se utilizó el instrumento de la Organización Mundial de la Salud, WHOQOL-BREF. .

Resultados: La calidad de vida general de las mujeres por la media total de los marcadores (63,7) puede ser considerada buena. El dominio con peor media fue el ambiental (54,6). Hubo diferencia estadísticamente significativa en la comparación entre las mujeres que refirieron o no problemas de salud ($p=0,035$) y entre las mujeres que sienten o no dolor en el dominio físico ($p=0,001$) y en el general ($p=0,003$). No hubo asociación entre la calidad de vida y los hábitos de salud.

Conclusión: Los hábitos de salud no interfirieron en la calidad de vida en esta muestra y que las morbilidades referidas y el dolor interfirieron negativamente en la calidad de vida de esas mujeres.

Palabras clave: Calidad de vida; Mujeres; Morbilidad

ABSTRACT

Introduction: Self-reported morbidity, lifestyle and quality of life is a triad that seems to be aligned and has been little explored in the context of women's life. The study **aimed** to: check the quality of life index of productively active women's and associate the quality of life index with self-reported morbidity and lifestyle.

Methods: This was a cross-sectional analytical field study of a quantitative approach, with 121 women participating. WHOQOL- BREF was utilized to measure the quality of life.

Results: The quality of life General Index was 63.7. The domain with the worst average was the environmental (54.6). There was a statistically significant difference ($p=0.035$) when comparing women who reported health problems and those who did not and among women who feel pain or not ($p=0.001$) in the physical domain and quality of life General Index ($p=0,003$). In the comparative analysis of the quality of life index and lifestyle there is no statistically significant difference in this sample.

Conclusion: It was concluded that health problems and feel pain had negative influence in the quality of life index of these women.

Keywords: Quality of Life; Women; Morbidity.

INTRODUÇÃO

A Qualidade de Vida (QV) tem sido, nas últimas décadas, tema de debates e pesquisas em diferentes áreas do conhecimento, inclusive na saúde. A melhoria nas condições de saúde e de vida, em geral, depende de múltiplos fatores, entre eles destacam-se as medidas preventivas, a promoção da saúde e a preocupação com a qualidade de vida das pessoas e coletividade¹.

As condições de vida afetam a saúde o que influencia fortemente na percepção da qualidade de vida².

A percepção da pessoa sobre sua saúde é importante independentemente de ela ter ou não alguma doença. O sentimento de bem-estar transcende a presença de problemas, embora apresente relações bem estabelecidas com as condições clínicas e com os indicadores de morbilidade e mortalidade³.

A morbidade autorreferida das doenças crônicas tem sido avaliada como uma boa medida das condições de saúde, pois se aproxima das informações obtidas por meio de exames clínicos³. Ou seja, as informações autorreferidas de doenças tem tido boa concordância com registros médicos ou exames clínicos.

A morbidade auto percebida é um dos indicadores das condições de saúde utilizada para conhecer não só as demandas por serviços, mas também para avaliar as políticas de saúde e auxiliar em novas propostas em saúde pública⁴.

As condições de saúde são influenciadas pelo estilo vida e os hábitos de vida que, influenciam por sua vez, o bem estar das pessoas e conseqüentemente sua CV. O consumo alimentar, a atividade física, o tabagismo, o trabalho e as condições socioeconômicas dos indivíduos determinam seu perfil de adoecimento⁴.

Por outro lado, uma rede de convívio social e de apoio, alimentação saudável e atividade física devem ser sistematizadas e incentivadas para a promoção da saúde³.

Assim, morbidade referida, hábitos de saúde e QV é uma tríade que parece estar alinhada. Entretanto, os estudos que relacionam estes elementos foram desenvolvidos em sua maioria com idosos. Os realizados exclusivamente com a população feminina e produtivamente ativa são escassos, daí a motivação para a realização desta pesquisa que teve como objetivos: verificar o índice de qualidade de vida de mulheres de uma instituição de saúde privada e associar o índice de qualidade de vida com a morbidade referida e hábitos de vida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, transversal, de campo, com abordagem quantitativa, realizado em uma instituição hospitalar de grande porte do município de São Paulo. A instituição foi escolhida pela facilidade de acesso da pesquisadora às mulheres. Ressalta-se que o foco do estudo não é a QV no trabalho, mas a QV geral de mulheres sadias produtivamente. A instituição conta com 5259 funcionários, sendo que 3179 são do sexo feminino.

Para calcular o tamanho da amostra foi considerado um total de 3035 funcionárias presentes na instituição à época da pesquisa e, utilizou-se a fórmula: $n = \frac{1}{(d^2/z^2*s^2) + (1/N)}$ d=margem de erro, z=escore z da curva normal para o erro alfa desejado, s=desvio padrão e n= tamanho da população (para populações finitas). Considerou-se um nível de confiança de 95%, margem de erro ± 3 e desvio padrão de 17. O tamanho estimado para a amostra foi de 121 mulheres (N=121).

A amostragem foi aleatória simples e para o sorteio das participantes foi utilizado o site randomized.com. Para integrar a amostra consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: ser sorteada para compor a amostra; ter disponibilidade para responder o instrumento de QV; ter idade ≥ 18 anos; ser alfabetizada; estar presente na instituição no momento da coleta dos dados. Os dados foram coletados entre os meses de julho e setembro de 2014 e as participantes foram entrevistadas individualmente no próprio setor de trabalho.

Foram utilizados, para a coleta de dados, dois instrumentos. Um questionário para avaliação sociodemográfica (idade, estado civil, escolaridade, etnia, número de filhos e religião), morbidade referida, hábitos de vida (consultas periódicas ao ginecologista,

tabagismo, consumo de bebida alcoólica e exercício físico) e dor. A qualidade de vida foi mensurada pela aplicação da versão abreviada do Índice de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref).

O WHOWOL-Bref tem sido utilizado em diversos países e aplicado a diferentes grupos de pessoas e demonstrou sua aplicabilidade em uma perspectiva internacional e transcultural. Este instrumento é autoaplicável e constituído por 26 questões e avalia cinco domínios da qualidade de vida: *físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e geral*⁵. As respostas para as questões do WHOQOL-BREF são dadas em uma escala tipo Likert que varia de um (1) a cinco (5). As questões do domínio físico três e quatro (3 e 4) e a 26 do psicológico devem ter a escala de resposta invertidas. Os escores dos domínios são calculados pelo somatório dos escores da média da “n” questões que compõem cada domínio. O resultado é multiplicado por quatro (4), sendo representado em uma escala de quatro (4) a 20. Os escores dos domínios são convertidos para uma escala de zero (0) a 100⁶ e quanto maior o escore melhor o índice de QV.

Para a comparação dos escores com as variáveis qualitativas o teste t-Student para comparar duas médias e Análise de Variância (ANOVA) para comparar mais de duas médias. No caso da ANOVA, para as variáveis cujo valor do teste foi significativo (p-valor < 0,05), foi feita uma análise de comparações múltiplas, pelo método de Bonferroni. Consideraram-se estatisticamente significativos os resultados p< 0,05. Realizou-se também análise de consistência interna para o índice de qualidade total por meio do alfa de Cronbach que foi satisfatório (0,8001).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos (protocolo n° 696.003) e atendeu aos preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde, regidos pela resolução 466/12.

RESULTADOS

Neste estudo 3035 mulheres da instituição eram elegíveis para integrar a amostra de 121 participantes e não houve recusa de nenhuma das sorteadas.

O perfil das participantes pode ser assim delineado: média de idade 34,2 anos (DP± 8,2) mínima de 19 e máxima de 57 anos. A maioria (n=63;52,1%) é casada, de etnia branca (n=89;73,6%) e procedente do Estado de São Paulo (n=96;79,3%), 60 (49,6%) não tem filhos e a religião predominante é a católica (n=53;43,8%). O maior percentual de escolaridade (n= 61;50,5%) foi de superior completo.

Do total de mulheres (n=121) que fizeram parte do estudo 59 (48,8%) referiram problema de saúde atual ou progresso, na Tabela 1 o total considerado foi de 74, pois uma mulher pode ter referido mais de uma morbidade. As morbidades mais mencionadas foram as do sistema osteomuscular (n=13;17,3%), Neoplasias (n=13;17,3%), Aparelho digestório (n=10;13,3%) e Aparelho respiratório (n=8;10,7%).

Tabela 1- Morbidades referidas pelas mulheres (n=74), São Paulo, 2014

Morbidades*	f(%)
Sistema osteomuscular	13(17,6)
Neoplasias	13(17,6)
Aparelho digestório	10(13,5)
Aparelho respiratório	8(10,8)
Doenças endócrinas	7(9,4)
Aparelho circulatório	7(9,4)
Aparelho geniturinário	6(8,2)
Sistema nervoso	5(6,9)
Transtornos mentais	3(4)
Doenças do sangue	1(1,3)
Doenças da pele	1(1,3)

*Pode haver mais de uma morbidade referida por mulher.

Os problemas de saúde do sistema osteomuscular mais citados foram: tendinite no quadril (n=2;15,3%), bursite (n=1;7,7%), síndrome de sjogren (n=1;7,7%), tendinite (n=4;30,6%), artrite reumatoide (n=1;7,7%), espondilite anquilosante (n=1;7,7%) e hérnia de disco (n=3;23,3%). As neoplasias mais citadas pelas mulheres foram: câncer de mama (n=6;46,6%), câncer de ovário (n=2;15,3%) e câncer de tireoide (n=3;23,3%). A maioria das mulheres (n=65; 53,7%) recebem medicação e, das que tomam algum tipo de medicação a maioria (n=60;92,3%) tem prescrição médica. Em relação à dor 60 mulheres a mencionaram, ou seja, 49,6% da amostra sofrem com algum tipo de dor. Na avaliação da intensidade da dor (escala de 0 a 10) a média foi 5,6 mediana do escore foi 5, no percentil 25 foi 4 e no 75 foi 7, apontando dor de intensidade moderada⁷.

As morbidades do aparelho digestório mais apontadas foram: gastrite (n=3;30%), colelitíase (n=3;30%) e, as relacionadas ao aparelho respiratório: bronquite (n=2;25%), asma (n=2;25%).

No que se refere aos Hábitos de vida e Saúde a maioria 103 (85,1%) realizou acompanhamento com médico ginecologista no último ano, 93 (76,9%) realizaram exame anual de detecção de câncer do colo uterino e 86 (71,1%) de mama.

A prática de atividade física foi mencionada por 42 mulheres (34,7%). Das que não são sedentárias, 19 (45,2%) pratica atividade três (3) vezes por semana e 33,3% (n=14) quatro (4) vezes ou mais.

A maioria 76 (62,8%) negou o consumo de bebida alcoólica e, daquelas que mencionaram este hábito 75,6% (n=34) consomem apenas uma (1) vez na semana. Em relação ao tabagismo 95,5% (n=116) não tem este hábito. Da minoria (n=5;4,1%) de tabagistas, 60% (n=3) consomem mais de cinco (5) cigarros por dia.

Tabela 2- Escores de Qualidade de Vida por domínio e geral (n = 121). São Paulo, 2014

Domínios	Média	Mediana (DP)	Mínimo	Máximo
Físico	65,8	67,9(14,0)	21,4	96,4
Psicológico	66,2	66,7(13,8)	33,3	91,7
Social	68,3	75,0(18,6)	25,0	100,0
Ambiental	54,6	56,3(13,6)	12,5	87,5
QV Geral	63,7	64,4(12,0)	29,2	89,1

Observa-se, na Tabela 2 que a maior média dos escores de qualidade de vida foi no domínio Social (68,3) e a menor no domínio Ambiental (54,6). A média Geral de QV foi 63,7(DP±64,4).

Tabela 3- Comparação dos índices de qualidade de vida segundo problema de saúde referido (n=121). São Paulo, 2014

Domínios	Problema de saúde referido	F	Média (DP*)	p-valor
Físico	Sim	59	63,0(±14,7)	0,035**
	Não	62	68,4(±12,9)	
Psicológico	Sim	59	63,8(±15,4)	0,056***
	Não	62	68,5(±11,6)	
Social	Sim	59	65,8(±18,9)	0,163
	Não	62	70,6(±18,3)	
Ambiental	Sim	59	54,1(±15,0)	0,746
	Não	62	54,9(±12,2)	
QV Total	Sim	59	61,7(±13,2)	0,072
	Não	62	65,6(±10,5)	

* DP = desvio padrão

estatisticamente significativo ($p < 0,05$) * Tendência estatística ($p \approx 0,05$)

Na Tabela 3 observa-se que no domínio físico as mulheres que referiram ter problemas de saúde apresentaram, em média, escores menores de QV. Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,035$) na comparação entre as que têm ou não problema de saúde neste domínio e, uma tendência estatística ($p=0,056$) no domínio psicológico.

Na comparação dos índices de qualidade de vida e a presença de dor nas mulheres, evidenciou-se que tanto no domínio físico quanto no escore geral de QV as mulheres que relataram sentir dor ($n=60$; 49,6) apresentaram, em média, escores de QV menores (59,6 DP ±14,4), (60,5DP±11,8).

Houve diferença estatisticamente significativa nestes domínios, entre as mulheres que sentem ou não dor ($p=0,001$), ou seja, sentir dor interfere na QV das mulheres.

A associação do índice de QV com os hábitos de vida mostrou que houve diferença estatisticamente significativa apenas, em relação ao tabagismo no domínio social ($p=0,04$). As fumantes ($n=5$; 4,1%) apresentaram um maior escore de qualidade de vida no domínio social em comparação às não fumantes (85,5DP±10,9), (67,6DP±18,6).

DISCUSSÃO

O conhecimento produzido, por esse estudo, é importante por tratar-se de estudo de gênero. São escassas as pesquisas de QV direcionados apenas para mulheres. Conhecer a percepção das mulheres acerca de suas morbidades e hábitos de vida pode contribuir no estabelecimento de políticas de saúde que visem a melhoria das condições de vida desta parcela da população.

Os trabalhos citados nesta discussão encontrados na literatura sobre QV não foram realizados exclusivamente com mulheres como nesta pesquisa, entretanto, na maior parte dos estudos os participantes foram predominantemente do sexo feminino e produtivamente ativas assim, os dados foram utilizados para comparações⁸⁻²⁸.

No presente estudo, a idade média das participantes ficou entre a terceira e a quarta década de vida (34,2 anos) caracterizando um grupo jovem, dado semelhante ao de outros estudos⁽⁸⁻¹¹⁾ nos quais, a maioria dos participantes era do sexo feminino com faixa etária entre a terceira e a quarta década de vida. O que pode explicar a pouca referência das morbidades hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

A maioria das mulheres (73,6%) era branca, dado semelhante aos divulgados pelos órgãos públicos que apontam como de etnia branca 61,9% da população paulistana¹². Outro achado relaciona-se à religião declarada pelas mulheres, que em sua maioria (77,7%) referiu ser cristã, sendo que 53 (43,8%) professam a religião católica e 41 (33,9%) a evangélica. estes dados são compatíveis com os apresentados pela população brasileira, segundo dados do ibge¹³ que aponta maioria dos brasileiros (86,8%) como católicos e evangélicos.

Identificou-se, no estudo, que 85,1% das mulheres referem fazer o acompanhamento com médico ginecologista anualmente. Os achados sobre os exames de detecção precoce do câncer ginecológico estão compatíveis com os apresentados pelo ms em 2013¹⁴ que aponta percentual de 82,9 de mulheres que realizaram papanicolau e 78% mamografia.

Um aspecto importante avaliado neste estudo foi a morbidade referida pelas mulheres. O estudo da morbidade autorreferida tem sido considerado importante porque as informações dadas pelo indivíduo se aproximam das obtidas por meio de exames clínicos³.

No estudo atual quase metade da amostra (48,8%) relatou algum tipo de problema de saúde, dentre eles destacaram-se as doenças do sistema osteomuscular e neoplasias, cada uma delas, referidas por 17,3% das participantes. As doenças do aparelho digestório foram citadas por 13,5% e as do aparelho respiratório e circulatório foram apontadas por, 10,8% e 9,4% das participantes.

Estes achados são concernentes aos de outros estudos, em um deles realizado com funcionários do serviço de higiene de um hospital em São José dos Campos¹⁵, no qual a maioria (87,88%) dos participantes era do sexo feminino, 54,54% das mulheres indicaram algum problema de saúde e, assim como no presente estudo os destaques foram para as doenças osteomusculares (63,33%), as relacionadas aos aparelhos circulatório (20%) e digestório (6,67%). Em outro estudo realizado com cirurgiões dentistas de goiânia¹¹ problemas osteomusculares (17,8%) e de hipertensão arterial (8,9%) foram os mais mencionados.

Em pesquisa realizada com trabalhadores de um hospital estadual de Minas Gerais¹⁶ 70% dos participantes referiram morbidades predominantemente as relacionadas ao sistema osteomuscular (11,83%), dos aparelhos respiratório (10,83%) e circulatório (8,62%).

A modernidade conduz o ser humano a comportamentos que afetam a CV, como hábitos alimentares desfavoráveis à saúde, sedentarismo, estresse e hábitos que funcionam como fonte de prazer como alcoolismo e tabagismo, porém os maus hábitos podem afetar o organismo causando doenças¹⁷. Nesta pesquisa a maioria das mulheres (65,3%) declarou não praticar atividade física, aspecto que pode comprometer sua CV.

Estudo realizado com professores de Bagé no Rio Grande do Sul¹⁸ evidenciou a importância do estilo de vida sobre a percepção das condições de saúde entre essa população, já que houve índices melhores da percepção de saúde naqueles que tinham um estilo mais saudável de vida, com prática de exercícios físicos, alimentação balanceada, controles do peso corporal e do uso de substâncias como álcool e tabaco.

Existem associações do estilo de vida saudável com a realização sistemática de atividades corporais e, uma relação positiva estabelecida entre atividade física e melhores padrões de QV, portanto, o hábito da prática de atividades físicas constitui fator determinante para a melhoria dos padrões de saúde e da qualidade de vida⁵.

O achado mais importante, deste estudo, e que responde a um de seus objetivos foi o índice de QV das participantes. A média de QV geral das mulheres foi de 63,7, mediana 64,4, desvio padrão (DP ± 12), indicando uma qualidade de vida geral boa, se for considerada a classificação de Castro e Fracoli², que indicam como *muito boa a QV quando a média dos escores está acima de 81, boa entre 61 e 80, nem boa nem ruim entre 41 e 60, ruim entre 21 e 40 e muito ruim escores menores que 20.*

Os resultados encontrados são semelhantes a de outro estudo realizado com anesthesiologistas do Recife¹⁹ que apontou média de 65,02, indicando que estes profissionais têm boa QV.

A mensuração da QV permite aos indivíduos refletir sobre seus comportamentos e hábitos sendo estímulo para a busca de um equilíbrio das atividades²⁰.

A análise da QV das participantes, por domínios, apontou o domínio ambiental como o de pior escore. A média foi de 54,6, mediana de 56,3 (DP $\pm 13,6$), indicando neste domínio QV nem ruim e nem boa. Estes resultados podem estar relacionados com a cidade onde as participantes residem. São Paulo é, hoje, um dos maiores centros urbanos e seus habitantes convivem com questões como violência, problemas de deslocamento e transporte, poluição, saneamento, entre outros. Soma-se a isto o crescimento populacional e econômico que gerou o desequilíbrio ecológico e a degradação do meio ambiente físico e social, fatores que podem afetar a QV e ter interferido nos resultados, neste domínio²¹.

A percepção da CV das mulheres no domínio físico indicou média de 65,8, mediana 67,9 (dp ± 14), sendo indicativo de uma boa qualidade de vida neste domínio. este achado é semelhante aos encontrados na literatura, em alguns estudos^{9, 11, 19, 22, 23} nos quais as médias de escores para este domínio variaram entre 63,7 e 77,2. por

outro lado, profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva²⁴, com enfermeiros de hospital universitário¹⁰ e com gestantes² apresentaram piores médias neste domínio, 53,1, 42,6 e 57,6, compatíveis com uma qv nem boa nem ruim.

No domínio psicológico a média do índice de qv encontrado foi de 66,2, mediana 66,7 (dp±13,8). Neste domínio os resultados apontados por outros estudos, embora estejam dentro do mesmo limite de avaliação de CV, ou seja, boa, encontrou médias um pouco maiores como os realizados com professores de Florianópolis²⁵ e com gestantes² que apontaram média de 68,6 e 68,7. Alguns outros trabalhos apontam médias ainda maiores neste domínio como os desenvolvidos com agentes comunitários de saúde²³, profissionais de centro cirúrgico⁹ e cirurgiões dentistas de Goiânia¹¹, 74,3, 72 e 69,7. Por outro lado, estudo com enfermeiras de um hospital universitário apontou média de 44¹⁰, indicando qualidade nem boa nem ruim, neste domínio.

O melhor índice de qv observado foi no domínio social (68,3). Este achado é semelhante aos dados da literatura nos estudos realizados em vários estados^{9, 11, 20, 22, 24, 25} que apontaram média de 71,4, 69,4, 63,7, 67,8 e 73,1.

Os problemas de saúde agudos ou crônicos parecem afetar a QV das pessoas. Na comparação dos índices de QV das participantes observou-se que houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,035$) na comparação entre as que têm ou não problema de saúde, no domínio físico e uma tendência estatística ($p=0,056$) no domínio psicológico.

Estudos realizados no sentido de averiguar a relação entre QV e morbidade identificaram que a doença interfere na QV. Em um deles desenvolvido com cirurgiões dentistas¹¹ o índice de QV foi menor entre aqueles que relataram problemas de saúde, o mesmo ocorrendo com estudantes de medicina²² nas quais foram identificados menores índices de QV entre as que informaram problemas de saúde, com atenção especial ao fato destes estudantes serem jovens, com média de idade de 23 anos.

A presença de dor mencionada pelas mulheres interferiu negativamente na QV Geral e nos domínios físico e no social. Estudo realizado com agentes comunitários de saúde²³ apontou diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$) no domínio físico para aqueles que referiram dor musculoesquelética.

A dor crônica, que acomete muitos profissionais da área da saúde por problemas osteomusculares, devido à repetição de atividades e pela postura inadequada na execução das atividades laborais muitas vezes com sobrecarga da coluna, pode diminuir a QV. Outro estudo realizado com pacientes acometidos com dor lombar crônica²⁶ apontou média baixa de QV (44,1), evidenciou a incapacidade gerada pela dor e seu impacto negativo e, importante influência na QV desses indivíduos.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas houve tendência estatística ($p=0,70$) no domínio físico, evidenciando que aquelas que consomem este tipo de bebida tem potencial para uma pior QV. Estudo que analisou a QV de adolescente relacionou uma pior QV com a dependência de álcool, mais acentuada no sexo feminino²⁷.

Quanto ao tabagismo houve diferença estatisticamente significativa apenas no domínio social ($p=0,040$), demonstrando que em mulheres tabagistas a QV, neste

estudo, foi melhor. Este resultado pode estar ligado ao fato do cigarro ajudar as pessoas a enfrentarem situações sociais que consideram difíceis.

O resultado encontrado na pesquisa foi diferente dos estudos que relacionam QV e tabagismo que segundo Castro et al²⁸ têm como ponto comum a pior QV dos tabagistas, assim como estudo realizado com agentes comunitários de saúde²³ que apontou diferença estatisticamente significativa ($p=0,008$) no domínio físico para aqueles que referiram tabagismo, indicando maior comprometimento da QV, ou seja, influência negativa na sua percepção.

CONCLUSÕES

A QV Geral das mulheres que compuseram a amostra pode ser considerada boa. A média dos escores da QV, por domínio, também pode ser avaliada como boa com exceção do domínio ambiental que atingiu média compatível com uma QV nem ruim e nem boa.

A morbidade referida e a dor interferiram negativamente na QV das mulheres. As doenças prejudicaram a QV no domínio físico e tenderam a influenciar o domínio psicológico, enquanto, a dor interferiu negativamente na QV Geral e nos domínios físico e social.

É recomendável a realização de outros estudos para mensuração da QV de mulheres saudáveis que permitam comparações e confirmação destes resultados.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva [online]. 2000; [acesso em 2014 maio 11];5(1):163-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>
2. Castro DFA, Fracoli LA. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. Mundo da Saúde [online]. 2013; [acesso em 2014 maio 10];37(2):159-65. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/102/4.pdf
3. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Junior PRBS. Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions. Rev Saúde Pública [online]. 2008 fev; [acesso em 2014 maio 1];42(1):73-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-89102008000100010
4. Iozzi R, Caetano S, Carneiro AC, Theme MM, Reis V, Santos LH. Morbidade referida – 1ª pesquisa sobre condições de saúde e vida de idosos da cidade do Rio de Janeiro. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 29 de setembro a 03 de outubro de 2008; Caxambú – MG – Brasil.
5. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Cachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr [online]. 1999; [acesso em Set 15];21(1):21-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>
6. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. R Bras Qual Vida [online]. 2010; [acesso 2015 set 10];2(1):31-6. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687>

7. Kimberly MJ, Lewthwaite BJ, Mandzuk LL, Schnell-Hoehn KN, Wheeler BJ. The pain experience of inpatients in a teaching hospital: Revisiting a strategic priority. *Pain Management Nursing*. 2015;16(1):69-76.
8. Conceição MR, Costa MS, Almeida MI, Souza AMA, Cavalcante MBPT, Alves MDS. Qualidade de vida do enfermeiro no trabalho docente: estudo com o WHOQOL-Bref. *Esc Anna Nery* [online]. 2012 abr/jun; [acesso em 2014 ago 3];16(2):320-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/16.pdf>
9. Stumm F, Miladi E, Nogueira GM, Kirchner RM, Guido LA, Ubessi LD. Qualidade de vida de profissionais em um centro cirúrgico. *Enferm Glob* [internet]. 2013 abr; [acesso em 2014 set 13];12(30):220-231. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt_administracion2.pdf
10. Lima EFA, Borges JV, Oliveira ERA, Velten APC, Primo CC, Leite FMC. Qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Eletr Enf* [internet]. 2013 out/dez; [acesso 2014 set 13];15(4):1000-6. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a18.pdf
11. Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Rev de Saúde Pública* [internet]. 2006 dez; [acesso em 2014 ago 15];40(6):1019-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700009
12. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de epidemiologia e informação (CEInfo) [internet]. Boletim ISA: Inquérito de Saúde - primeiros resultados 2008 nº 1. São Paulo – Capital. 2010. Consultado em 01.02.2015.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [internet]. São Paulo. 2010. Consultado em 01.02.2015. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=25&u1=1&u2=1&u3=1&u4=1&u5=1&u6=1>
14. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2013). Consultado 01.03.2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>
15. Silva A, Ferreira GAL, Pereira RSF, Santos CA, Gusmão JL. Morbidade referida pelos trabalhadores do Serviço de Higiene de um hospital público de São José dos Campos – SP. *Revista Atual in derme* [online]. 2013; [acesso em 2014 ago 15];67:19-22. Disponível em: <http://inderme.com.br/05-03.html>
16. Murose NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino Am Enfermagem* [online]. 2005 maio/jun; [acesso em 2014 set 13];13(3):364-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a11.pdf>
17. Köhler APPC, Versari AF, Roriz CC, Paula SN. Hipertensão e tabagismo: um estudo com usuários de uma unidade básica de saúde no município de JI-Paraná – roraima. *netsaber* [internet]. 2007. disponível em: http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_5425/artigo_sobre_hipertensao-e-tabagismo
18. Santos MN, Marques AC. Condições de saúde, estilo de vida e características de trabalho de professores de uma cidade do sul do Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [online]. 2013 mar; [acesso em 2014 ago 19];18(3):837-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/29.pdf>
19. Calumbi RA, Amorin JÁ, Maciel CMC, Filho OD, Teles AJF. Evaluation of the Quality of Life of Anesthesiologists in the City of Recife. *Rev Bras Anesthesiol* [online]. 2010 jan/feb; [acesso em 2014 set 11];60(1):42-51. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rba/v60n1/en_v60n1a05.pdf

20. Constantino MAC. Avaliação da qualidade de vida: desenvolvimento e validação de um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à comunidade da Universidade de São Paulo-USP [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
21. Mazetto FAP. Qualidade de vida, qualidade ambiental e meio ambiente urbano: breve comparação de conceitos. Sociedade e Natureza [online]. 2000 jul-dez; [acesso em 2014 ago 10];12(24):21-31. Disponível em: http://www.seer.ufu.br/index.php/sociedadennatureza/article/view/28533/pdf_125
22. Chazan ACS, Campos MR. Qualidade de Vida de Estudantes de Medicina medida pelo WHOQOL-bref — UERJ, 2010. Rev Bras de Educ Méd [online]. 2013 jul/set; [acesso em 2014 set 10];37(3):376-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n3/10.pdf>
23. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde. Ciência Saúde Colet [online]. 2013 maio; [acesso em 2014 set 20];18(5):1375-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/23.pdf>
24. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Acta Paul Enf [online]. 2007 jul/set; [acesso em 2014 Jul 15];20(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a10v20n3.pdf>
25. Pereira EF, Teixeira CS, Lopes AS. Qualidade de vida de professores de educação básica do município de Florianópolis, SC, Brasil. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2013 jul; [acesso em: 2014 ago 12];18(7):1963-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/11.pdf>
26. Stephane T, Santos AM, Marinovic A, Hortense P. Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life. Acta Paul Enf [online]. 2013; [acesso em 2014 jul 11];26(1):14-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/en_04.pdf
27. Gordia AP. Associação da atividade física, consumo de álcool e índice da massa corporal com a qualidade de vida de adolescentes [dissertação]. Curitiba (RS): Universidade Federal do Paraná, 2008.
28. Castro MR, Matsuo T, Nunes SOB. Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral Center for smoking cessation. J Bras Pneumol [online]. 2010 jan/feb; [acess em 2014 ago 12];36(1):67-74. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n1/en_v36n1a12.pdf

Recebido: 28 de janeiro de 2016;

Aceito: 26 de março de 2016

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia