

ARTIGO 6

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS

Larissa Giovanna Cazella¹, Leticia Yamawaka de Almeida², Jaqueline Lemos de Oliveira², Ana Carolina Guidorizzi Zanetti², Jacqueline de Souza²

Objetivo: analisar as características sociodemográficas associadas à percepção da qualidade de vida de mulheres atendidas na atenção primária. **Metodologia:** estudo transversal, quantitativo, desenvolvido com 113 mulheres de 20 a 65 anos, em uma unidade de saúde do interior de São Paulo. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e a versão abreviada do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref.. Para análise dos dados, foram empreendidos testes de associação. **Resultados:** a maioria das participantes era de classes sociais menos favorecidas e apresentava boa percepção de qualidade de vida e saúde. Os fatores renda, escolaridade e idade foram os mais relevantes na associação com a qualidade de vida. **Conclusão:** tendo em vista as características sociodemográficas associadas à qualidade de vida no presente estudo, destaca-se como primordial que as ações de saúde estejam atreladas a políticas mais amplas de redução da vulnerabilidade social, viabilizando estratégias de empoderamento e ampliando, sobretudo, o acesso das mulheres à escolaridade e renda.

Descritores: Qualidade de vida; Centros de Saúde; Vulnerabilidade Social; Mulheres; Atenção Primária à Saúde.

WOMEN'S QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED SOCIO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

Objective: to analyze the sociodemographic characteristics associated to the perception of the quality of life of the women attended in the Primary Health Care. **Methodology:** this cross-sectional quantitative study was carried out with 113 women aged 20 to 65 years in a health unit in the interior of São Paulo. A sociodemographic questionnaire and the abbreviated version of the WHOQOL-bref quality of life assessment instrument were used. For data analysis, association tests were undertaken. **Results:** the majority of participants were from less favored social classes and had a good perception of quality of life and health. The factors income, schooling and age were the most relevant in the association with quality of life. **Conclusion:** in view of the sociodemographic characteristics associated with quality of life in the present study, it is emphasized that health actions should be linked to broader policies to reduce social vulnerability, enabling empowerment strategies and, above all, increasing women's access to education and income.

Descriptors: Quality of Life; Health Centers; Social Vulnerability; Women; Primary Health Care.

CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS

Objetivo: analizar las características sociodemográficas asociadas a la percepción de la calidad de vida de mujeres que acuden a atención primaria. **Métodos:** este estudio cuantitativo transversal se realizó con 113 mujeres de 20 a 65 años en una unidad de salud en el interior de São Paulo. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y la versión abreviada del instrumento de evaluación de calidad de vida WHOQOL-bref. Para el análisis de los datos, se realizaron pruebas de asociación. **Resultados:** la mayoría de los participantes provenían de clases sociales más bajas y tenían una buena percepción de la calidad de vida y la salud. Los factores ingresos, educación y edad fueron los más relevantes en asociación con la calidad de vida. **Conclusión:** en vista de las características sociodemográficas asociadas con la calidad de vida en el presente estudio, se enfatiza que las acciones de salud están vinculadas a políticas más amplias para reducir la vulnerabilidad social, permitiendo estrategias de empoderamiento y, sobre todo, aumentando el acceso de las mujeres a educación e ingresos.

Descritores: Calidad de Vida; Centros de Salud; Vulnerabilidad Social; Mujeres; Atención Primaria de Salud.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP

²Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo USP - SP

Autor correspondente: Leticia Yamawaka de Almeida email: leiyamawaka@gmail.com

INTRODUÇÃO

O termo qualidade de vida (QV) caracteriza-se pela visão do indivíduo em relação ao entendimento de seu papel no contexto cultural e de sistema de valores no qual está inserido, levando em consideração suas perspectivas, expectativas e objetivos que o levarão a alcançar prazer e satisfações individuais⁽¹⁾.

Na década de 1990 iniciou-se a discussão sobre dois pilares que sustentam a conceituação do termo QV, sendo eles: a subjetividade, que refere-se a auto avaliação do indivíduo e a multidimensionalidade, que trata-se do conjunto das diferentes dimensões que compõe a sociedade⁽²⁾. Na área da saúde, a multidimensionalidade é essencial para ampliar a visão do fenômeno, fomentando a reflexão sobre a influência deste fator no estado de saúde de determinada população.

Analisando o papel da mulher contemporânea, identifica-se que o acúmulo de atividades desempenhadas por ela pode aumentar a exposição a agravos na saúde e prejuízos na QV⁽³⁾. Atualmente, as mulheres se deparam com duplas jornadas de trabalho, como por exemplo nos casos das profissionais de saúde e da educação cujas tarefas se somam aos afazeres domésticos – dificultando o engajamento em atividades de lazer, autocuidado e descanso, culminando em um nível de estresse elevado, comprometimento físico e psicossocial⁽³⁻⁴⁾. Os aspectos relacionados à desigualdade de gênero, como remuneração inferior no trabalho e responsabilização pelas tarefas domésticas, somadas aos determinantes biológicos e sociais, expõem a população feminina à maior vulnerabilidade no processo de adoecer e morrer⁽⁵⁾.

Destaca-se que a piora da auto percepção do estado de saúde, as limitações ocasionadas por algumas condições crônicas, fase de climatério, sentimentos negativos, autoimagem prejudicada e isolamento são situações que podem comprometer o bem-estar das mulheres^(3-4,6-7). Assim, considerando as condições socioeconômicas e os agravos a saúde como fatores que podem comprometer o bem estar das mulheres, entende-se que a identificação da QV percebida por mulheres atendidas na atenção primária à saúde (APS), bem como as características sociodemográficas associadas são informações relevantes para o planejamento mais amplo de ações de promoção à saúde neste setting.

Diante do exposto, o presente estudo buscou analisar as características sociodemográficas associadas à percepção da qualidade de vida de mulheres atendidas na APS.

METODOLOGIA

Tipo e local do estudo

Estudo transversal, quantitativo desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do interior do estado de São Paulo.

Participantes da pesquisa

A referida unidade de saúde conta com aproximadamente 14.148 pacientes cadastrados, sendo em média 7.229 (51,1%) mulheres e cerca de 2.502 (34,6%) delas tem idade entre 20 a 64 anos.

Para o cálculo amostral foi utilizada a fórmula para população com tamanho conhecido⁽⁸⁾, na qual “p” representa a prevalência do evento estudado, “Z” corresponde ao nível de significância adotado, e “ε” refere-se ao erro amostral aceitável.

$$n = \frac{p(1-p)Z^2N}{\epsilon^2(N-1)+Z^2p(1-p)}$$

Os parâmetros utilizados para este cálculo foram 95% de confiabilidade, 10% de erro amostral, 50% prevalência de mulheres atendidas na APS com boa qualidade de vida (dada que esta prevalência é desconhecida utilizou-se p=0,5 visto que desse modo é possível obter o tamanho amostral máximo de acordo com Cochran)⁽⁹⁾. A partir deste cálculo a amostra estimada foi de 93 mulheres, considerou-se a taxa de 20% de não-resposta, totalizando uma amostra final de 113 mulheres.

Os critérios de elegibilidade para a participação foram: ser mulher, ter 20 anos ou mais, ser residente na região de abrangência do serviço de saúde, ser usuária cadastrada na UBS em questão, ter recebido assistência nos últimos seis meses antes da coleta de dados. Todas as mulheres da referida UBS foram convidadas a participar do estudo por meio de cartazes alocados no serviço de saúde e em locais estratégicos no bairro (sede da associação de moradores, instituições religiosas e lojas locais), além disso, as mulheres também foram convidadas a partir de uma abordagem direta em visitas domiciliares ou sala de espera daquele serviço. O critério de exclusão adotado foi ter alguma condição aguda ou crônica de saúde grave que inviabilizasse a permanência no local da pesquisa.

Coleta de dados

Os dados foram coletados em um período de 10 meses por enfermeiros especializados, treinados e com experiência em coleta de dados quantitativos. Os locais de realização da coleta foram as casas das mulheres ou salas privadas na unidade de saúde. O tempo de aplicação dos questionários foi de cerca de uma hora.

Foram utilizados dois instrumentos: um questionário contendo dados sociodemográficos e a versão abreviada em português do instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref).

O WHOQOL-bref é composto por 26 questões sendo duas questões gerais de QV e outras 24 questões correspondentes

a quatro domínios. Cada um dos quatro domínios tem como objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente no qual o indivíduo está inserido. As respostas a essas questões geram pontuações que variam de um a cinco conforme o grau de satisfação, indo de “precisa melhorar” a “muito boa”. Além disso, o instrumento proporciona uma avaliação sobre satisfação com a saúde e percepção geral da QV. A versão validada para o português preencheu os critérios de consistência interna, validade discriminante, concorrente, de conteúdo e confiabilidade teste-reteste(1,10). Os valores para cada domínio são calculados a partir da syntax fornecida pelos autores e os valores finais são categorizados da seguinte maneira: de 1 a 2,9 “necessidade de melhoria”, de 3 a 3,9 “nível regular”, de 4 a 4,9 “nível bom” e cinco “nível muito bom”.

Procedimento de análises dos dados

Para a análise dos dados, foram utilizadas estatísticas descritivas e testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, para verificar a associação entre os valores relacionados à satisfação com a saúde, percepção geral da QV, os quatro domínios do WHOQOL-bref e as características sociodemográficas. Também se empreendeu tais testes utilizando o motivo da última consulta à UBS como variável confundidora, calculando o odds Ratio individual. Considerou-se nível de significância $p \leq 0,05$.

Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob o número do parecer 1.412.841 e foram seguidos os aspectos previstos pela Resolução nº 466/12 CNS/MS sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. As participantes, após aceitarem a participação na pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Conforme pode ser observado na tabela 1, a maioria das mulheres era adulta-jovem, que se autodeclarou brancas/amarela, católica, e em união estável. Tais mulheres tinham baixa escolaridade e renda e a última visita na unidade foi devido uma demanda crônica de saúde.

Tabela 1- Perfil sociodemográfico e motivo da última consulta à UBS das participantes. Ribeirão Preto, 2013-2014. (n= 113).

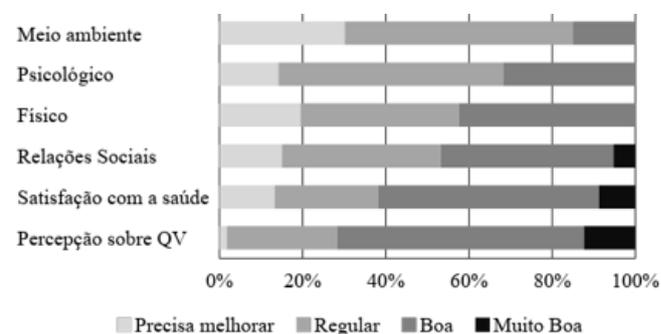
Características das mulheres	n(%)
Faixa etária	
18 a 33 anos	32 (28,3)
34 a 49 anos	34 (30,0)
50 a 65 anos	47 (41,6)
Cor	

Branças /amarelas	63 (55,8)
Pretas/Pardas	50 (44,2)
Nível de Escolaridade	
Ensino Fundamental	48 (42,5)
Ensino Médio	50 (44,2)
Nível Superior	14 (12,4)
Não informado	1 (0,9)
Religião	
Católico	58 (51,3)
Outra Religião	42 (37,2)
Sem religião	13 (11,5)
Renda Própria	
Até 2 SM	33 (29,2)
de 2 a 5 SM	62 (54,9)
de 5 a 10 SM	13 (11,5)
de 10 a 30 SM	3 (2,7)
Não informado	2 (1,8)
Situação conjugal	
União estável	61 (54,0)
Solteiras	29 (25,7)
Separadas/Divorciadas	16 (14,2)
Motivo da Consulta	
Demanda Crônica	90 (79,6)
Demanda Aguda	23 (20,3)

A Satisfação Geral com a Saúde e a Percepção Geral sobre a QV foram os domínios que as participantes se mostraram mais satisfeitas.

Por outro lado, a maioria delas referiu que a qualidade do meio ambiente que viviam era regular ou precisava melhorar (Gráfico 1).

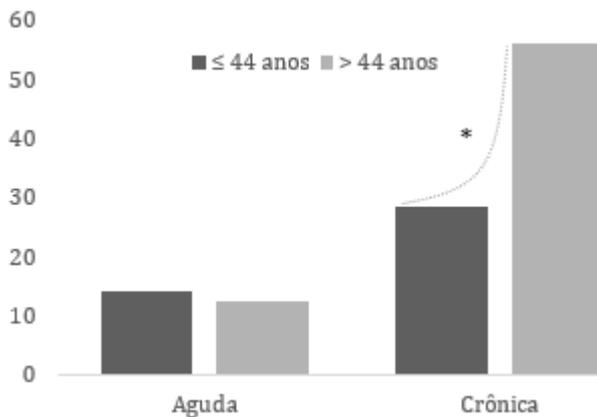
Gráfico 1 - Distribuição das participantes de acordo a percepção sobre a qualidade de vida e saúde, satisfação com a saúde e os quatro domínios do WHOQOL-bref. Ribeirão Preto, 2013-2014. (n= 113).



Observou-se associação significativa entre o domínio “satisfação geral com a saúde” e “idade”, no qual 56,3% das mulheres que referiram baixa satisfação com a saúde tinham

mais de 44 anos ($p=0,008$). O Gráfico 2 ilustra o percentual de mulheres insatisfeitas com sua saúde, considerando a idade e o motivo da última consulta (demanda crônica ou aguda).

Gráfico 2 - Percentual de mulheres insatisfeitas com sua saúde de acordo com a idade e tipo de demanda de saúde. Ribeirão Preto, 2013-2014. ($n=113$).



Nota: * $p=0,008$, odds ratio = 2,5 (IC 1,2 - 5,3).

Em relação ao domínio “percepção geral de QV”, identificou-se associação com a variável renda, no qual 96,8% das mulheres que não estavam satisfeitas com a sua percepção geral de qualidade de vida declararam renda própria menor ou igual a cinco SM ($p=0,037$).

O domínio relações sociais apresentou relação estatisticamente significativa com a situação conjugal e renda. As mulheres que perceberam bons níveis neste domínio (64,8%) referiram estar em união estável ($p=0,027$) e as mulheres que estavam insatisfeitas com suas relações sociais (93,1%) apresentavam renda familiar inferior a cinco salários mínimos ($p=0,018$).

Houve também associação significativa entre o domínio meio ambiente e a escolaridade, 90,5% das mulheres que apresentaram baixo nível de satisfação no domínio meio ambiente, não apresentavam ensino superior ($p=0,038$). Tal domínio também foi significativamente associado à renda familiar; 89,5% das mulheres que estavam insatisfeitas com questões relacionadas ao meio ambiente apresentavam renda inferior a cinco salários mínimos ($p=0,004$).

Já os domínios físicos e psicológicos não foram associados a nenhuma das variáveis sociodemográficas estudadas.

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar as características sociodemográficas associadas à qualidade de vida percebida por mulheres atendidas na APS. A maioria das mulheres referiu boa percepção geral sobre a QV e satisfação com a saúde, apesar de pertencerem a classes sociais menos

favorecidas e mencionarem demanda crônica de saúde como motivo da última consulta na APS.

A característica sociodemográfica de maior relevância, dentre as análises realizadas foi a renda, a maioria das participantes que estavam insatisfeitas em relação a percepção geral de QV, meio ambiente e relações sociais declararam menor renda familiar, corroborando estudos prévios que apontaram a condição econômica como um aspecto fortemente relacionado à QV(11-12). Diversos autores têm discutido a relação entre tais variáveis considerando a questão do capital social, ou seja, a disposição e o acesso que as pessoas têm aos diferentes recursos. Aspectos como boa qualidade do meio ambiente, acesso a atividades de lazer e boas condições de vida, são elementos destacados nestas discussões que apontam a diminuição da desigualdade de renda como uma questão central para a melhoria da QV das populações(11-14).

Outra característica sociodemográfica importante nos resultados do presente estudo foi a idade, a maioria das mulheres que referiram insatisfação com sua saúde, tinham mais do que 44 anos e essa relação foi mediada pelo fato de apresentarem uma demanda crônica de saúde.

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta que cerca de 50,4% das mulheres apresentaram pelo menos uma doença crônica não transmissível ao longo de sua vida, além de ressaltar que a prevalência de algumas doenças crônicas estão diretamente relacionadas ao aumento da idade(15). Assim, os achados do presente estudo, parecem refletir essa condição na população de mulheres brasileiras e corroboram estudos prévios que apontaram tanto a idade, quanto a vulnerabilidade à doenças crônicas, como fatores importantes na discussão sobre QV(12,16).

Com relação ao domínio psicológico, avaliado majoritariamente como “regular” pelas participantes, a literatura reporta que o cotidiano das mulheres, permeado de tarefas laborais e domésticas, pode sobrecarregar a saúde psíquica dessa população devido ao esgotamento do tempo para o autocuidado e lazer acompanhado pelo não compartilhamento das atividades cotidianas com seus parceiros(3).

No presente estudo não houve associação entre este domínio e as variáveis sociodemográficas, divergindo de estudo prévio(12). Entende-se que apesar de um forte corpo de evidências sobre associação entre o quesito psicológico da QV e características sociodemográficas, inúmeros outros fatores podem atuar como mediadores ou confundidores nessa relação, sobretudo pelas diferenças metodológicas e culturais entre as populações estudadas. Desse modo, é importante que estudos futuros considerem outras variáveis

nas análises e seus possíveis efeitos de mediação ou confusão.

A hipótese de uma possível influência do fator idade e demanda crônica de saúde em relação ao domínio físico não foi confirmada no presente estudo. Considerando que esse domínio abrange questões relacionadas à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, realização das atividades da vida cotidiana, uso contínuo de medicações e capacidade de trabalho, a insatisfação da maioria das mulheres em relação a este domínio pode sinalizar a existência de algum comprometimento em outros aspectos da capacidade funcional das mesmas, logo são necessários estudos adicionais para aprofundar tal análise.

Em relação à percepção das mulheres sobre o ambiente que viviam, além do fator renda, identificou-se uma possível influência da escolaridade na satisfação das mesmas, destacando a necessidade de uma discussão destes achados, na perspectiva da autonomia⁽¹¹⁾. Isto é, a inserção qualificada e boa remuneração no mercado de trabalho, bem como o acesso aos serviços de saúde, transporte, possibilidades de lazer e segurança são aspectos relacionados ao capital social das pessoas, no qual a escolaridade e renda exercem papel-chave e refletem-se de forma direta na característica do ambiente nos quais os indivíduos podem viver e frequentar^(12,14).

Além disso, aspectos ambientais, como a poluição do ar, também têm sido descritos como fortemente associados ao capital social⁽¹⁷⁾. Assim, entende-se que as políticas e estratégias para a ampliação do acesso à educação, são essenciais tanto para a melhoria da QV em geral, quanto da autonomia e contextos de vida dessas mulheres.

No tocante ao domínio relações sociais, observou-se que as mulheres que relataram estar em união estável apresentaram melhor satisfação nesse domínio. Tal resultado remete à discussão sobre a relevância dos parceiros íntimos na composição da rede de apoio das mulheres corroborando estudos prévios⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Por outro lado, alguns estudos também apontam que sintomas de ansiedade, depressão e estresse em mulheres, podem estar associadas a conflitos das relações e insatisfação com o apoio social recebido por seus parceiros, destacando que tais aspectos podem resultar em uma fragilização das suas relações íntimas, e conseqüentemente de sua rede de apoio, e refletir em prejuízos na saúde física e psicológica dessas mulheres⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Levando em consideração estes aspectos, destaca-se a importância de estudos adicionais que avaliem a dinâmica das relações sociais destas mulheres com os seus parceiros, a fim de analisar as fragilidades e potencialidades desta rede de apoio visando aprofundar na investigação de como se opera a relação entre união estável e QV.

Em termos de implicações para a prática entende-se que o

estudo apresentou resultados importantes para contextualizar a condição das mulheres atendidas na APS contribuindo para planejamentos de cuidado mais abrangentes. Os achados reforçam a necessidade de que todas as ações relacionadas à melhoria da saúde das mulheres, estejam contextualizadas aos aspectos sociais e territoriais das mesmas e atreladas a políticas mais amplas, sobretudo com o foco na diminuição da vulnerabilidade social e na viabilização de estratégias de empoderamento, principalmente no que diz respeito à educação e renda, considerando as especificidades das diferentes faixas etárias.

Limitações do estudo

Uma das limitações do presente estudo consiste no fato deste ter sido desenvolvido em apenas um serviço de saúde, o que restringe as possibilidades de generalização. No tocante ao recorte de gênero, este pode ser vislumbrado sob duas perspectivas, primeiramente, no contexto atual é importante estudar as especificidades do gênero feminino para fins de melhorias das estratégias de cuidado à saúde dessa população bem como para contribuir com dados que informem as tomadas de decisões relacionadas à formulação de políticas públicas focadas na desigualdade de gênero. Por outro lado, o foco no gênero feminino impossibilitou, no presente estudo, a comparação dos resultados e/ou a identificação de diferenças entre mulheres e homens no tocante à qualidade de vida, o que, certamente ampliaria a discussão nesse sentido.

CONCLUSÃO

As mulheres atendidas na APS, em geral, mencionaram boa qualidade de vida e satisfação com a saúde. No entanto, em relação aos domínios físicos, psicológicos e meio ambiente foram identificados baixos escores de satisfação, com destaque para o meio ambiente que se apresentou como o mais precário e associou-se significativamente com nível educacional e renda. A renda, como um elemento central na definição de status social de um indivíduo, também apresentou associação significativa com a percepção geral sobre a QV e com o domínio relações sociais. Verificou-se também que a idade e demanda crônica como motivo de consulta ao serviço de saúde foram fatores importantes no que diz respeito à satisfação com a saúde.

Em suma, os resultados do presente estudo reforçam que é primordial que as ações de saúde estejam atreladas a políticas mais amplas de redução da vulnerabilidade social, viabilizando estratégias de empoderamento e ampliando, sobretudo, o acesso das mulheres à escolaridade e renda.

Contribuições

Cazella LG e Souza J contribuíram na concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final da versão a ser publicada. Almeida LY, Oliveira JL e Zanetti ACG colaboraram na análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final.

Agradecimentos e financiamento

CNPq; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

REFERÊNCIAS

1. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* [Internet]. 1998 [cited 15 set 2015];28(3):551-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712>.
2. Seidl EMF, Zannon CMLC. Quality of life and health: conceptual and methodological issues a [Internet]. 2004 [cited 15 set 2015];20(2):580-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.
3. Oliveira ERA, Garcia AL, Gomes MJ, Bittar TO, Pereira AC. Gender and perceived quality of life – research with professors from the health area. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet]. 2012 [cited 17 set 2015];17(3):741-47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a21.pdf>.
4. Holden KB, Hall SP, Robinson M, Triplett S, Babalola D, Plummer V, et al. Psychosocial and sociocultural correlates of depressive symptoms among diverse african american women. *J. natl. med. assoc.* [Internet]. 2012 [cited 22 out 2015];104(0):493-504. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660963/>.
5. Piosiadlo LCM, Fonseca RMGS, Gessner R. Subordination of gender: reflecting on the vulnerability to domestic violence against women Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [Internet] 2014 [cited 22 out 2015];18(4):728-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/en_1414-8145-ean-18-04-0728.pdf
6. Miranda JS, Ferreira MLSM, Corrente JE. Quality of life of postmenopausal women attended at Primary Health Care. *Rev. bras. enferm.* 2014;67(5):803-09. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670519>
7. Homann D, Stefanello JMF, Góes SM, Breda CA, Paiva ES, Leite N. Stress perception and depressive symptoms: functionality and impact on the quality of life of women with fibromyalgia. *Rev. bras. reumatol.* [Internet]. 2012 [cited 22 out 2015];52(3):324-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042012000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
8. Agranonik M, Hirakata VN. Sample size calculation: proportions. *Rev. HCPA.* [Internet]. 2011 [cited 15 set 2015];31(3):382-88. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/23574/15837>.
9. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons, 1977.
10. Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the portuguese version of the instrument for the assessment of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Rev. Saúde Pública.* [Internet]. 2000 [cited 15 set 2015];33(2):198-205. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n2/0061.pdf>.
11. Costa JM, Nogueira LT. Association between work, income and quality of life of kidney transplant recipient the municipality of Teresina, PI, Brazil. *J. bras. nefrol.* [Internet]. 2014 [cited 22 out 2015];36(3):332-38. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/en_0101-2800-jbn-36-03-0332.pdf
12. Chen Y, Sun G, Guo X, Chen S, Chang Y, Li Y, et al. Factors affecting the quality of life among Chinese rural general residents: a cross-sectional study. *Public Health.* [Internet]. 2017 [cited 14 fev 2019];146:140-47. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350617300306?via%3Dihub>
13. Tay KC, Seow CC, Xiao C, Lee HM, Chiu HF, Chan SW. Structured interviews examining the burden, coping, self-efficacy, and quality of life among family caregivers of persons with dementia in Singapore. *Dementia (London).* [Internet]. 2016 [cited 14 fev 2019];15:204-20. Available from: http://ink.library.smu.edu.sg/soss_research/2130.
14. Mazumdar S, Learnihan V, Cochrane T, Dayey R. The built environment and social capital: A systematic review. *Environ Behav.* 2018;50(2):119-58. doi: <https://doi.org/10.1177/0013916516687343>
15. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. Surveillance and monitoring of major chronic diseases in Brazil – National Health Survey, 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2015;18(2):3-16. doi: 10.1590/1980-5497201500060002
16. Clarke LH, Bennett E. 'You learn to live with all the things that are wrong with you': gender and the experience of multiple chronic conditions in later life. *Ageing Soc.* 2013;33(2):342-60. doi: 10.1017/S0144686X11001243
17. Wang R, Desheng X, Ye L, Penghua L, Hongsheng C. The relationship between air pollution and depression in China: is Neighbourhood social capital protective?. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018;15(6):1160. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph15061160>
18. Manuel JI, Martinson ML, Bledsoe-Mansori SE, Bellamy JL. The influence of stress and social support on depressive symptoms in mothers with young children. *Soc. sci. med.* 2012;75:2013-20. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.034
19. Koetsenruijter J, Lieshout JV, Lionis C, Portillo MC, Vassilev I, Todorova E, et al. Social support and health in diabetes patients: an observational study in six European countries in an era of austerity. *PLoS one.* [Internet]. 2015 [acesso em 14 fev 2019];10(8):e0135079. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26305559>
20. Porter E, Chambless DL. Social anxiety and social support in romantic relationships. *Behav Ther.* [Internet] 2017 [cited 14 fev 2019];48(3):335-48. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789416301198?via%3Dihub>