

Gezaine Priscila Gonçalves da Costa

**QUALIDADE DE VIDA E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DE USUÁRIOS DO
AMBULATÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UFMG**

Trabalho apresentado à banca examinadora para a conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte

2007

Gezaine Priscila Gonçalves da Costa

**QUALIDADE DE VIDA E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DE USUÁRIOS DO
AMBULATÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UFMG**

Trabalho apresentado à banca examinadora para a conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Stela Maris Aguiar Lemos –
Doutora em Distúrbios da Comunicação
Humana

Co-orientadora: Amélia Augusta de Lima
Friche – Mestre em Saúde Pública

Belo Horizonte

2007

Costa, Gezaine Priscila Gonçalves da

Qualidade de vida e autopercepção de saúde de usuários do Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG/Gezaine Priscila Gonçalves da Costa. – Belo Horizonte, 2007. xv, 123f.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Curso de graduação em Fonoaudiologia.

Título em inglês: Quality of life and self-perception of health of patients from Outpatient Clinic of Speech and Language Pathology of Hospital das Clínicas of UFMG

1. Qualidade de vida. 2. Processo saúde-doença. 3. Fonoaterapia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

Chefe do Departamento: Prof^a Ana Cristina Côrtes Gama

Coordenadora do Curso de Graduação: Prof^a Letícia Caldas Teixeira

Gezaine Priscila Gonçalves da Costa

**QUALIDADE DE VIDA E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DE USUÁRIOS DO
AMBULATÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UFMG**

Parecerista: Prof. Raquel Aguiar Furuie

Aprovada em: ____/____/____

Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos às pessoas que colaboraram para a realização desse trabalho:

Agradeço a Deus, meu Pai Protetor e Amigo Fiel, por renovar minhas forças, por Seu imenso amor e por sempre me guiar. Sem Ele, nada disso teria sido possível!

À minha orientadora, professora Stela Maris, pela paciência e por sempre me impulsionar a crescer. Obrigada por sua prontidão em colaborar com sua competência, experiência e profissionalismo.

À minha co-orientadora, professora Guta, pela disponibilidade e por suas valorosas contribuições que tanto enriqueceram esse trabalho.

Às professoras Andréa Motta, Laélia Vicente, Patrícia Marques, e monitoras Marcela Côrtes, Marcia Cristina, Márcia Miliane, Priscila Moraes e Rhafaela Alvarenga, que colaboraram fornecendo a relação dos pacientes em atendimento.

Aos colegas da VIII, X e XI turmas, pela compreensão durante a coleta dos dados.

Ao casal Mauro e Ana Cristina, pela revisão do resumo em inglês.

Aos meus pais, pelo carinho e, em especial, à minha mãe, por me liberar tantas vezes das tarefas...

Ao Lucas e à Aninha, bênçãos de Deus na minha vida, por cederem o computador e pararem o treino dos instrumentos!

Ao Guto, companhia imprescindível durante esse trajeto, pela presença marcante, por seu carinho e por sempre me oferecer um ombro amigo.

À família PIBB, especialmente à Leomar, por compreender minha ausência, aos irmãos da célula, pelas orações e por suportarem meus lamentos, e à Gabriele, que acompanhou tudo de pertinho.

Às amigas Juliana Souza, Michelle Diniz, Suzana Lopes e Aline Castro, por acompanharem os momentos de desânimo e de angústia e me alegrarem sempre.

E, finalmente, um agradecimento especial aos pacientes, que dispuseram de seu tempo e colaboraram prontamente com a pesquisa, tornando-se o elemento principal deste estudo. Obrigada pela confiança!

Sumário

Agradecimentos	v
Listas	viii
Resumo	xv
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos	2
2 REVISÃO DA LITERATURA	3
2.1 Qualidade de vida	3
2.1.1 Aspectos históricos, definições e conceitos	3
2.1.2 Subjetividade e multidimensionalidade do conceito	6
2.1.3 Qualidade de vida global e Qualidade de vida relacionada à saúde	8
2.1.4 Qualidade de vida global: estudos com o WHOQOL-Abreviado	10
2.1.5 Qualidade de vida e Fonoaudiologia	15
2.2 Autopercepção e conceito de saúde	19
2.2.1 Estudos investigando autopercepção de saúde	20
3 MÉTODOS	23
3.1 Tipo de estudo	23
3.2 População estudada, recrutamento e seleção dos indivíduos	23
3.2.1 Critérios de inclusão	25
3.2.2 Critérios de exclusão	25
3.3 Instrumentos	26
3.3.1 Instrumento de investigação sobre a percepção de saúde	26
3.3.2 WHOQOL-Abreviado	27
3.4 Aplicação dos instrumentos	28
3.5 Análise dos instrumentos	28
3.5.1 Dados demográficos: sexo, idade, estado civil, local de residência	29
3.5.2 Dados socioeconômicos: educação, renda familiar	33
3.5.3 Presença de co-morbidades	34
3.5.4 Percepção da saúde	35
3.5.5 Qualidade de vida	35
3.6 Análise quantitativa	35
3.7 Análise qualitativa	36

4 RESULTADOS	37
5 DISCUSSÃO	76
5.1 Comentários da análise das respostas à Questão 1: Na sua opinião, o que é saúde?	86
5.2 Comentários da análise das respostas à Questão 2: Na sua opinião, o que é preciso para ter saúde?	88
6 CONCLUSÕES	92
7 ANEXOS	94
8 REFERÊNCIAS	118
Abstract	
Bibliografia consultada	

Lista de figuras

- Figura 1.** Gráfico demonstrativo da distribuição do total de pacientes adultos no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG24
- Figura 2.** Mapa da região metropolitana de Belo Horizonte32

Lista de tabelas

Quadro 1. Domínios e facetas avaliados pelo instrumento WHOQOL-Abreviado	27
Quadro 2. Distribuição das respostas dos sujeitos à questão: “Na sua opinião, o que é saúde?”	75
Quadro 3. Distribuição das respostas dos sujeitos à questão: “Na sua opinião, o que é preciso para ter saúde?”	75
Tabela 1. Distribuição do total dos pacientes adultos do Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG quanto à área de atendimento	24
Tabela 2. Análise estatística descritiva da amostra quanto ao Ambulatório de atendimento	26
Tabela 3. Distribuição da forma de aplicação dos instrumentos	28
Tabela 4. Análise estatística descritiva da amostra quanto ao sexo	29
Tabela 5. Análise estatística descritiva da amostra quanto à idade	29
Tabela 6. Análise estatística descritiva da distribuição da amostra por sexo e idade em relação ao Ambulatório de atendimento	30
Tabela 7. Análise estatística descritiva da amostra quanto ao estado civil	31
Tabela 8. Caracterização da amostra quanto ao município de residência	32
Tabela 9. Análise estatística descritiva da amostra quanto ao grau de escolaridade	33
Tabela 10. Análise estatística descritiva da amostra quanto à renda média familiar ...	34

Tabela 11. Distribuição da presença de co-morbidades, segundo relato do próprio sujeito, classificadas conforme capítulos da CID-10	39
Tabela 12. Distribuição das respostas dos sujeitos à pergunta: “Você acha que o motivo que o levou a procurar atendimento fonoaudiológico é um problema de saúde?”	40
Tabela 13. Distribuição das respostas dos sujeitos à pergunta: “A alteração fonoaudiológica interfere nas suas atividades diárias?”	40
Tabela 14. Distribuição das respostas dos sujeitos à pergunta: “Você se considera uma pessoa saudável?”	41
Tabela 15. Distribuição das respostas dos sujeitos à pergunta: “Como está a sua saúde?”	41
Tabela 16. Medidas estatísticas descritivas (mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão) dos escores dos domínios do WHOQOL-Abreviado	42
Tabela 17. Medidas estatísticas descritivas (mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão) dos escores das questões genéricas do WHOQOL-Abreviado	42
Tabela 18. Apresentação dos escores dos domínios do WHOQOL-Abreviado, de acordo com o sexo	45
Tabela 19. Apresentação dos escores das questões genéricas do WHOQOL-Abreviado, de acordo com o sexo (em número de sujeitos)	46
Tabela 20. Apresentação dos escores dos domínios do WHOQOL-Abreviado, de acordo com a idade (em número de sujeitos)	47
Tabela 21. Apresentação dos escores das questões genéricas do WHOQOL-Abreviado, de acordo com a idade (em número de sujeitos)	48

Tabela 22. Apresentação dos escores dos domínios do WHOQOL-Abreviado de acordo com o estado civil (em número de sujeitos)	49
Tabela 23. Apresentação dos escores das questões genéricas do WHOQOL-Abreviado, de acordo com o estado civil (em número de sujeitos)	50
Tabela 24. Apresentação dos escores dos domínios do WHOQOL-Abreviado de acordo com a escolaridade (em número de sujeitos)	51
Tabela 25. Apresentação dos escores das questões genéricas do WHOQOL-Abreviado, de acordo com a escolaridade (em número de sujeitos)	52
Tabela 26. Apresentação dos escores dos domínios do WHOQOL-Abreviado de acordo com a renda (em número de sujeitos)	53
Tabela 27. Apresentação dos escores das questões genéricas do WHOQOL-Abreviado, de acordo com a renda (em número de sujeitos)	54
Tabela 28. Apresentação dos escores dos domínios do WHOQOL-Abreviado de acordo com o Ambulatório (em número de sujeitos)	55
Tabela 29. Apresentação dos escores das questões genéricas do WHOQOL-Abreviado, de acordo com o Ambulatório (em número de sujeitos)	56
Tabela 30. Apresentação dos Escores dos domínios do WHOQOL-Abreviado de acordo com a presença de co-morbidades (em número de sujeitos)	57
Tabela 31. Apresentação dos Escores das questões genéricas do WHOQOL-Abreviado, de acordo com a presença de co-morbidades (em número de sujeitos)	58
Tabela 32. Apresentação dos Escores dos domínios do WHOQOL-Abreviado de acordo com a percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde (em número de sujeitos)	59

Tabela 33. Apresentação dos Escores das questões genéricas do WHOQOL-Abreviado, de acordo com a percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde (em número de sujeitos)	60
Tabela 34. Apresentação dos Escores dos domínios do WHOQOL-Abreviado de acordo com a percepção como ser saudável ou não (em número de sujeitos)	61
Tabela 35. Apresentação dos Escores das questões genéricas do WHOQOL-Abreviado, de acordo com a percepção como ser saudável ou não (em número de sujeitos)	62
Tabela 36. Apresentação dos Escores dos domínios do WHOQOL-Abreviado de acordo com a auto-avaliação da saúde (em número de sujeitos)	63
Tabela 37. Apresentação dos Escores das questões genéricas do WHOQOL-Abreviado, de acordo com a auto-avaliação da saúde (em número de sujeitos)	64
Tabela 38. Relação da autopercepção como ser saudável com sexo e idade (em número de sujeitos)	65
Tabela 39. Relação da autopercepção como ser saudável com as variáveis sócio-econômicas (em número de sujeitos)	65
Tabela 40. Relação da autopercepção como ser saudável com o Ambulatório (em número de sujeitos)	66
Tabela 41. Relação da auto-avaliação de saúde com o sexo e a idade (em número de sujeitos)	67
Tabela 42. Relação da auto-avaliação de saúde com as variáveis sócio-econômicas (em número de sujeitos)	67

Tabela 43. Relação da presença de co-morbidades com o sexo e a idade (em número de sujeitos)	68
Tabela 44. Relação da presença de co-morbidades com as variáveis sócio-econômicas (em número de sujeitos)	68
Tabela 45. Relação da presença de co-morbidades com a auto-avaliação de saúde (em número de sujeitos)	69
Tabela 46. Relação da autopercepção como saudável com a interferência da alteração fonoaudiológica nas atividades diárias (em número de sujeitos)	70
Tabela 47. Relação da autopercepção como saudável com a autopercepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde (em número de sujeitos)	71
Tabela 48. Relação da autopercepção como saudável com a auto-avaliação de saúde (em número de sujeitos)	71
Tabela 49. Relação da autopercepção como saudável com a presença de co-morbidades (em número de sujeitos)	72
Tabela 50. Relação da autopercepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde com a interferência da alteração fonoaudiológica nas atividades diárias (em número de sujeitos)	72
Tabela 51. Relação da autopercepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde com a auto-avaliação de saúde (em número de sujeitos)	73

Lista de abreviaturas

CID-10	Classificação Internacional das Doenças – 10ª edição
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

Resumo

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida global dos indivíduos adultos em atendimento fonoaudiológico, por meio do WHOQOL-Abreviado; Investigar a autopercepção e o conceito de saúde do indivíduo em atendimento fonoaudiológico; Relacionar os escores do WHOQOL-Abreviado com fatores socioeconômicos e demográficos e com a autopercepção de saúde dos sujeitos. **Métodos:** Para a realização deste estudo, dois questionários foram aplicados em 97 pacientes adultos em atendimento no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: “Instrumento de investigação sobre a percepção de saúde”, elaborado pelas autoras e composto de questões fechadas e abertas e “WHOQOL-Abreviado”. A análise estatística foi realizada por meio do programa SPSS for Windows 12.0 e foi adotado nível de significância de 5%. Para análise das questões abertas, foi utilizada análise de conteúdo dos discursos. **Resultados:** O domínio do WHOQOL-Abreviado que apresentou maior escore foi o social, seguido pelo psicológico, o físico e o meio ambiente. Houve relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e os domínios físico, psicológico e meio ambiente e entre a autopercepção como pessoa saudável. A percepção do indivíduo como pessoa saudável apresentou relação estatística com as duas questões genéricas do WHOQOL-Abreviado e com os domínios físico, psicológico e meio ambiente. Quando questionados acerca do conceito de saúde, os sujeitos referiram respostas relacionadas à concepção de saúde do indivíduo ou ao grau de importância na vida do indivíduo. Quando questionados sobre necessidades em saúde, os indivíduos elencaram as categorias: Condições de vida e trabalho, Fatores psicossociais, Comportamentos individuais, Assistência à saúde, Espiritualidade, Qualidade de vida. **Conclusões:** A autopercepção como ser saudável apresentou relação estatisticamente significativa sobre a qualidade de vida do sujeito. Por outro lado, a baixa escolaridade interfere na qualidade de vida e na própria percepção do sujeito como pessoa saudável. Observou-se a presença do conceito de saúde ligado à ausência de doença e o conceito das necessidades em saúde, aos determinantes sociais da saúde.

1 INTRODUÇÃO

O termo qualidade de vida tem sido amplamente utilizado no meio científico, não apenas na área da saúde, mas também nas ciências econômicas, sociais e na educação.

Na área da saúde, o interesse por esse conceito surgiu relativamente há pouco tempo. A primeira vez que se utilizou o termo em um periódico da área médica foi, provavelmente, de acordo com Paschoal (2000), em 1966, quando Elkington escreveu um editorial no qual comentava sobre a responsabilidade da Medicina sobre a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. Ainda na década de 70, Campbell et al (citado por Awad, Vorunganti, 2000)¹ comentavam a dificuldade em se conceituar qualidade de vida: “*Qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre o qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é*”.

A partir da década de 1990, houve uma propagação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, especialmente nos Estados Unidos, porém sempre existiu interesse em traduzi-los para outros idiomas (Fleck et al, 1999a). Esses instrumentos fundamentam-se nas idéias de que qualidade de vida é uma construção subjetiva e multidimensional, composta por elementos positivos e negativos (Minayo et al, 2000).

O grande interesse em se estudar qualidade de vida pode ser observado com o surgimento de periódicos exclusivos sobre o tema, como o *Quality of Life Research* e, mais recentemente, o *Health and Quality of Life Outcomes* e o *Applied Research in Quality of Life*, que publicam trabalhos de diversas áreas do conhecimento.

Com a definição da Organização Mundial de Saúde, em 1947, que diz que “*saúde é o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade*”, “saúde” deixou de ser simplesmente ausência de doenças e tornou-se um conceito amplo e multidimensional, que pode se modificar de acordo com as perspectivas de vida e com os papéis sociais e relaciona-se a um estado de bem-estar. Portanto, a avaliação do estado de saúde deve ser

¹ Campbell A, Converse PE, Rogers WL. Subjective measures of well-being (1976) apud Awad AG, Vorunganti NLP. Intervention Research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. Schizophr Bull 2000;26:557-64.

baseada no conceito de saúde, considerando-se, inclusive os determinantes da saúde, como renda, educação, moradia, condições de trabalho.

Supõe-se que sujeitos que têm uma avaliação positiva da própria saúde, percebendo a si mesmos como seres saudáveis, avaliarão sua qualidade de vida também positivamente.

Sendo ambos os conceitos, de saúde e de qualidade de vida, tão complexos e multidimensionais, e reconhecendo-se o peso que a saúde tem sobre a qualidade de vida dos indivíduos, o presente trabalho tem como objetivos:

1.1 Objetivos

1. Avaliar a qualidade de vida global dos indivíduos adultos em atendimento fonoaudiológico, por meio do WHOQOL-Abreviado;
2. Investigar a autopercepção e o conceito de saúde do indivíduo em atendimento fonoaudiológico;
3. Relacionar os escores por domínio e das questões genéricas com fatores socioeconômicos e demográficos e com a autopercepção de saúde dos sujeitos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesse capítulo estão apresentados os estudos compilados da literatura especializada, distribuídos em eixos temáticos e em ordem cronológica.

2.1 Qualidade de vida

2.1.1 Aspectos históricos, definições e conceitos

Com o objetivo de se avaliar as mensurações de qualidade de vida na literatura médica, 75 artigos de língua inglesa, que continham o termo “qualidade de vida” em seu título e descreviam ou usavam pelo menos um instrumento, foram selecionados e estudados. Destes, apenas 11 (15%) continham a definição de qualidade de vida; 35 (47%) identificavam os domínios trabalhados; 27 (36%) apresentavam explicações sobre a escolha do instrumento; e apenas 27 dos 71 artigos (38%) nos quais se aplicou um instrumento, apresentaram os resultados em escores. Além disso, nenhum artigo distinguiu qualidade de vida global de qualidade de vida relacionada à saúde e em apenas 13 (17%) os pacientes fizeram sua própria avaliação de qualidade de vida (Gill, Feinstein, 1994).

Há uma proposta de taxonomia das definições de qualidade de vida existentes até 1995, distribuída em quatro tipos. O tipo I, mais comum, é chamado de “Definições globais” e, por ser muito genérico, conta pouco sobre os possíveis componentes da qualidade de vida e normalmente incorpora a idéia de satisfação/insatisfação e felicidade/tristeza. O tipo II, “Definições baseadas em componentes”, divide qualidade de vida em componentes ou dimensões, ou identificam características que são consideradas essenciais para avaliações de qualidade de vida. Essas definições podem ser subdivididas em componentes que não são (tipo IIa) e componentes que são (tipo IIb) específicos para pesquisa. O tipo IIb é usado quando autores consideram o conceito de qualidade de vida como foco de sua pesquisa. “Definições focalizadas”, tipo III, referem-se a apenas um ou a um pequeno número de

componentes de qualidade de vida e sua forma mais comum relaciona-se a componentes de saúde e capacidade funcional. Podem ser explícitas (tipo IIIa), por exemplo, as definições de qualidade e vida relacionada à saúde, ou implícitas (IIIb), quando o termo “qualidade de vida” é utilizado, mas o foco é em um ou dois componentes de maneira não explícita, tornando difícil para o leitor avaliar como os autores interpretam o termo. E, finalmente, o tipo IV, “Definições combinadas”, abrange os tipos I e II, sendo, portanto, definições globais com componentes específicos (Farquhar, 1995).

O objetivo do uso dos instrumentos de mensuração da qualidade de vida é avaliar o estado de saúde dos pacientes, o nível de satisfação em relação ao seu modo de vida, o impacto da intervenção médica ou terapêutica a que foram submetidos, ou o impacto da doença em sua vida diária. Esse último objetivo está ligado à quantificação das repercussões da patologia em questão, permitindo melhor tomada de decisões a respeito do paciente (Leplège, Rude, 1995).

Em documento da Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*. É um amplo conceito incorporado à saúde física, psicológica, nível de independência, relações interpessoais e crenças pessoais do sujeito e deve ser baseada em amplos critérios e não apenas em questões isoladas, como a dor física. Nesse caso, a qualidade de vida deve ser avaliada explorando-se qual o impacto que a dor traz para a independência do sujeito e para os aspectos psicológico, social e espiritual, mais do que se preocupar somente com a dor propriamente dita (The WHOQOL Group, 1996).

A definição da OMS salienta a visão de que a qualidade de vida é um conceito subjetivo, firmado nos contextos social, cultural e ambiental. Dessa forma, qualidade de vida não pode ser simplesmente igualada a termos como “condição social”, “estilo de vida”, “satisfação”, “condição mental” ou “bem-estar” (WHO, 1998).

A compreensão da qualidade de vida do paciente nas práticas assistenciais cotidianas de serviços de saúde influencia decisões e condutas terapêuticas da equipe de saúde e possibilita melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição, na medida em que avalia o quanto o impacto físico e psicossocial afeta as pessoas acometidas por enfermidades ou incapacidades. Entretanto, a extensão e a maneira pela qual os dados sobre qualidade de vida

influenciam decisões a respeito de tratamentos permanecem relativamente inexplorados. Dentre as razões pelas quais não se avalia e registra formalmente a qualidade de vida de pacientes estão a falta de tempo, a falta de um instrumento apropriado, a crença que a avaliação subjetiva do médico a respeito da qualidade de vida é suficiente, a crença de que a decisão a respeito do tratamento é mais importante que informações de qualidade de vida e de que essas informações não alterarão a conduta (Morris et al, 1998).

Medidas de qualidade de vida são amplamente utilizadas para avaliar a qualidade de um serviço médico, a necessidade de cuidados de saúde, a efetividade de intervenções em avaliações de custo-benefício (Carr, Higginson, 2001).

O desenvolvimento de estudos sobre qualidade de vida poderá redundar em transformações nas práticas assistenciais e na solidificação de novos padrões do processo saúde-doença, sendo útil e válido para a superação dos modelos de atendimento essencialmente biomédicos, que não privilegiam fatores socioeconômicos, psicológicos e culturais, os quais são significativos nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (Seidl, Zannon, 2004).

Um estudo para verificar o quanto profissionais envolvidos com câncer de cabeça e pescoço tem usado instrumentos de qualidade de vida e identificar os fatores que os impedem de fazê-lo, envolveu 128 profissionais membros da *Australia and New Zealand Head and Neck Society*. Constatou-se que apenas 34% já haviam usado um questionário de qualidade de vida e somente 1,5% usa rotineiramente. Impedimentos para o uso incluem a percepção de que a aplicação demanda muito tempo e não provam benefícios para a conduta clínica. Dos 27 profissionais que deixaram de usar questionários, 13 pararam por acreditarem que seu uso não tem valor, sendo, inclusive, inoportunos. As outras razões foram: fim das pesquisas (5), questionários que não atendem às necessidades do clínico (4), não saber o que fazer com as informações (3) e recusa dos pacientes (2). Contudo, 88% estariam dispostos a usar algum questionário, tanto na prática clínica, quanto para pesquisas, desde que seja curto, entre 10 e 15 questões, e rápido, demandando menos de 10 minutos (Mehanna, Morton, 2006).

2.1.2 Subjetividade e multidimensionalidade do conceito

Autores na década de 80 salientavam que a qualidade de vida envolve respostas individuais a fatores físicos, mentais e sociais que contribuem para uma vida normal e incluem satisfação pessoal, auto-estima, desempenho, comparação com os outros, experiência e conhecimento prévios, situação econômica, saúde geral e estado emocional (Holmes, Dickerson, 1987).

Pesquisadores demonstram a preocupação em se medir a qualidade de vida a partir da avaliação dos próprios indivíduos. Duas pessoas com um mesmo estado de saúde, por exemplo, podem ter diferentes percepções sobre si mesmas. Ou, ainda, pessoas que apresentam grandes incapacidades podem estar satisfeitas, ao passo que outras com leves problemas podem estar insatisfeitas. Portanto, a qualidade de vida deve ser avaliada pela própria pessoa e não por familiares ou equipes de saúde (Slevin et.al, 1988).

Vários são os fatores que influenciam a qualidade de vida: expectativas de saúde, suporte social, auto-estima, habilidade em enfrentar limitações e incapacidades (Nelson, 1989).

Outro autor agrupou os determinantes da qualidade de vida da seguinte forma: *orgânicos*: saúde e estado funcional; *psicológicos*: identidade, auto-estima, aprendizado; *sociais*: relacionamento, privacidade, sexualidade; *comportamentais*: hábitos, vida profissional, lazer; *materiais*: economia privada, renda, habitação; *estruturais*: posição social, significado da própria vida (Hörnquist, 1990).

Uma proposta para avaliar qualidade de vida baseia-se em três pontos: bem-estar, saúde e fatores externos. Bem-estar engloba valores e crenças, como felicidade, afetos. Saúde incluiria doenças e sintomas. Os fatores externos seriam indicadores sociais, que retratariam o ponto objetivo dessa proposta. Contudo, esse último aspecto tem valor reduzido em relação aos outros dois se for tomado isoladamente na avaliação de qualidade de vida, pois pode não haver correlação entre um indicador social e o modo como o indivíduo se percebe (Dimenäs et al,1990 apud Ramos-Cerqueira, Crepaldi, 2000).

Avaliar a própria vida, para concluir a respeito de sua qualidade, é um processo complexo, que envolve julgamentos, sentimentos e expectativas. São vários os fatores ambientais, pessoais, físicos, mentais, sociais, que são analisados

pelo indivíduo, influenciando como e quanto ele valoriza sua vida. A sociedade, contudo, instiga cada vez novas necessidades cuja não satisfação pode afetar a qualidade de vida e, geralmente, sem que o indivíduo tome consciência disso (Forattini, 1991).

O modo de uma pessoa avaliar sua qualidade de vida não é constante, mas varia de acordo com o tempo e as experiências e é modificado por fenômenos psicológicos como adaptação, expectativas, otimismo, auto-controle. Segundo os autores, para solucionar os problemas inerentes ao dinamismo do conceito qualidade de vida, poderiam ser utilizados instrumentos individualizados, isto é, com itens individualizados e/ou pesos individualizados para cada um dos itens. Contudo, instrumentos totalmente individualizados demandam tempo e são difíceis de serem desenvolvidos, além de tornarem muito mais complicadas comparações entre sujeitos. Acredita-se que instrumentos de qualidade de vida podem trazer importantes contribuições, como avaliar os cuidados de saúde. Porém, os problemas inerentes em se mensurar qualidade de vida necessitam ser reconhecidos e tratados com instrumentos adequadamente delineados ou com interpretações apropriadas dos dados (Allison et al, 1997).

Qualidade de vida é um conceito humano, relacionado ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria existência. A noção de qualidade de vida relaciona-se a, no mínimo, três referências: a histórica, a cultural e a social. A primeira diz respeito ao fato de que em um certo período do desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma determinada sociedade tem um padrão de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra época da história. Além disso, de acordo com suas tradições, os povos priorizam aquilo que é importante, necessário e que tem valor, revelando a referência cultural. Por fim, a terceira referência correlaciona-se às classes sociais. Nas sociedades onde as desigualdades são muito acentuadas, os modelos de bem-estar são estratificados: a imagem de qualidade de vida associa-se ao bem-estar das classes mais favorecidas. Nas pesquisas sobre qualidade de vida, valores não materiais, como liberdade, amor, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, constituem sua concepção. Quanto aos aspectos materiais, pode-se dizer que, tratando-se de qualidade de vida, o nível mínimo e universal relaciona-se à satisfação das necessidades básicas e essenciais do homem: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como

referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. Em contrapartida, desemprego, violência e exclusão social podem ser considerados como a negação da qualidade de vida. Todas essas condições são mensuráveis e comparáveis, embora se tenha que reconsiderá-las de acordo com a cultura, a época e o local. A qualidade de vida relaciona-se à norma que a sociedade determina e busca alcançar, de forma consciente ou inconsciente, e às políticas públicas sociais que orientam o desenvolvimento humano, as transformações positivas no modo, nas condições e estilos de vida, competindo ao setor saúde parte expressiva das responsabilidades (Minayo et al, 2000).

Há cinco domínios que se relacionam com a qualidade de vida: saúde e bem-estar, relações interpessoais, habitação e relacionamento com a comunidade, desenvolvimento pessoal e dignidade, e auto-estima. Saúde e vida são inseparáveis e, portanto, saúde deve estar inserida em qualquer conceito de qualidade de vida. “Saúde” é apenas um aspecto da vida e o prazer de uma vida com qualidade não é absoluta ou exclusivamente dependente de boa saúde, entendida aqui como integridade do corpo (Alleyne , 2001).

Ao se considerar qualidade de vida como um conceito amplo, admite-se que é influenciada por fatores diversos: emprego, moradia, acesso a serviços públicos, comunicação, urbanização, criminalidade, contaminação do ambiente (Velarde-Jurado, Ávila-Figueroa, 2002).

2.1.3 Qualidade de vida global e Qualidade de vida relacionada à saúde

Há duas grandes classificações do termo qualidade de vida na área das Ciências da Saúde: uma é a de qualidade de vida como um conceito mais genérico. Mais do que uma descrição do estado de saúde do paciente é uma reflexão da maneira pela qual ele percebe e reage ao seu estado de saúde e a outros aspectos não-médicos de sua vida. Qualidade de vida global inclui não apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também elementos cuja ligação com a saúde não seja óbvia, como emprego, moradia, assistência social, família, amigos e outras circunstâncias (Gill, Feinstein, 1994).

Já o termo qualidade de vida relacionada à saúde refere-se ao impacto da enfermidade, agravo, patologia, intervenção ou tratamento sobre a qualidade de vida.

Embora não usem explicitamente o termo “qualidade de vida relacionada à saúde”, a forma como alguns autores definem o conceito de qualidade de vida encaixa-se nessa classificação, quando, para eles, a qualidade de vida representa as repostas individuais aos efeitos físicos, mentais e sociais da doença, as quais influenciam a satisfação pessoal para com a vida (Holmes, Dickerson, 1987).

Alguns objetivos das avaliações de qualidade de vida relacionada à saúde são: monitorizar a saúde de populações, estabelecer severidade e prognóstico de patologias, ponderar efeitos dos tratamentos, avaliar efeitos de políticas de saúde e reservar recursos conforme necessidades (Ebrahim, 1995).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde refere-se aos domínios físico, psicológico e social da saúde, considerados como áreas distintas, influenciadas por experiências, crenças, percepções de uma pessoa. Avaliações de qualidade de vida relacionada à saúde mensuram alterações na saúde física, funcional, mental e social, com o objetivo de avaliar custos financeiros e humanos e vantagens de novos programas e intervenções (Testa, Simonson, 1996).

Um problema fundamental com abordagem da qualidade de vida focada em sintomas é que ela é baseada em uma estreita e obsoleta noção de saúde e doença. Embora seja importante saber se houve redução dos sintomas, é também preciso determinar se a qualidade de vida do paciente melhorou. Instrumentos para avaliar qualidade de vida relacionada à saúde podem incluir itens de qualidade de vida global, mas sua ênfase é nos sintomas, prejuízos, funcionalidade e incapacidades (Gladis et al, 1999).

Há vários instrumentos considerados específicos para mensurar a qualidade de vida de indivíduos portadores de doenças crônicas (câncer, diabete, doença coronariana e cerebrovascular, Parkinson e outros problemas do sistema nervoso, hepatites e artrites crônicas, asma brônquica e outras doenças respiratórias), ou com seqüelas crônicas de doenças ou agravos agudos (problemas neurológicos, pós-traumáticos, transplantes, uso de insulina e outros medicamentos de uso prolongado). Em diversos instrumentos estão incluídos aspectos subjetivos da convivência com doenças ou lesões, como vergonha ou culpa, que podem gerar efeitos negativos sobre o modo de perceber a qualidade de vida. Entretanto, as técnicas

criadas para medir a qualidade de vida não consideram o contexto cultural, social, de história de vida e do percurso dos indivíduos cuja qualidade de vida será avaliada (Minayo et al, 2000).

2.1.4 Qualidade de vida global: estudos com o WHOQOL-Abreviado

A ausência de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida internacionalmente, numa perspectiva transcultural, levou a Organização Mundial de Saúde a desenvolver um projeto multicêntrico, que teve como resultado o WHOQOL-100, um instrumento composto de 100 itens para avaliar qualidade de vida. O projeto foi desenvolvido em 15 centros em países com diferentes níveis de industrialização e características demográficas (Austrália, Croácia, Paris, Índia, Israel, Japão, Holanda, Panamá, Rússia, Espanha, Tailândia, Reino Unido, Estados Unidos e Zimbábue). As 100 questões do WHOQOL-100 são distribuídas em seis domínios – psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade – que são, por sua vez, subdivididos em facetas (WHO, 1996).

Cada faceta é avaliada por quatro itens, sendo, portanto, 24 facetas específicas e uma faceta geral abordando a avaliação global da qualidade de vida. Contudo, a necessidade de um instrumento de aplicação rápida levou o WHOQOL a elaborar a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Abreviado, composto de 26 questões, distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Nesse instrumento, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 é representada por uma questão e há dois itens com perguntas gerais sobre qualidade de vida e saúde (Quadro 1). Os domínios nível de independência e espiritualidade estão incluídos nos domínios físico e psicológico, respectivamente. O instrumento considera os últimos quinze dias vividos (WHO, 1997).

As versões em português do WHOQOL-100 e do WHOQOL-Abreviado, desenvolvidas pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, foram aplicadas em 300 indivíduos, cada versão, e mostraram ter bom desempenho psicométrico naquela cidade, sugerindo ser um importante instrumento de estudo da qualidade de vida no Brasil (Fleck et al, 1999a; 1999b; 2000).

Esses instrumentos fundamentam-se nas idéias de que qualidade de vida é uma construção subjetiva e multidimensional, composta por elementos positivos e negativos (Minayo et al, 2000).

A escolha desse instrumento deve-se à sua utilidade na prática clínica, fornecendo informações sobre as áreas mais afetadas no paciente e permitindo ao profissional fazer a melhor escolha para seu tratamento; aprimoramento da relação profissional-paciente, propiciada pelo entendimento do primeiro sobre como a qualidade de vida do segundo está afetada; avaliação da efetividade de diferentes tratamentos; avaliação de serviços de saúde; pesquisas epidemiológicas; pesquisas para avaliar políticas de saúde (WHO, 1997; 1998).

Contudo, a aplicação mais importante talvez seja sensibilizar os profissionais de saúde para olhar além das doenças, incapacidades e sintomas. O instrumento pode auxiliar a identificação das maneiras pelas quais as doenças afetam as pessoas e encontrar intervenções apropriadas (The WHOQOL Group, 1996).

Além disso, O WHOQOL-Abreviado tem demonstrado ser um bom instrumento para avaliação global da qualidade de vida e, por ser transcultural e apresentar boas propriedades psicométricas, torna possível a comparação com resultados de outras culturas e outros países (Paschoal, 2000).

Um estudo buscou avaliar o impacto de um terremoto ocorrido em Taiwan, em setembro de 1999, na qualidade de vida dos idosos que sobreviveram, por meio do WHOQOL-Abreviado. Coincidentemente, o mesmo instrumento havia sido aplicado em 368 idosos na mesma área afetada dias antes do terremoto. Desses sujeitos, 268 foram entrevistados 12 meses após o terremoto. Os idosos tenderam a avaliar pior sua qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e meio ambiente na segunda aplicação do questionário, independentemente do nível de destruição de suas casas. O domínio físico apresentou escores mais baixos entre as mulheres e entre os viúvos/divorciados/solteiros. Contudo, aqueles cuja residência foi completamente destruída obtiveram melhores escores no domínio social após o terremoto, enquanto os outros reportaram pior qualidade de vida nesse domínio (Lin et al, 2002).

Para avaliar a qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem do sul do Brasil, 825 estudantes de seis universidades públicas e privadas responderam ao questionário WHOQOL-Abreviado. Quanto às questões gerais, 72% avaliaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa e 67,7% afirmaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a própria saúde (Saupe et al, 2004).

Em uma tese de doutorado, o WHOQOL-Abreviado foi aplicado em 287 pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 em uma cidade do México. Em relação à pergunta sobre qualidade de vida global, 54,4% avaliaram como nem ruim, nem boa e 21,6% como boa ou muito boa. Quanto à satisfação com a saúde, 49,8% afirmaram que não estão nem satisfeitos, nem insatisfeitos e 30,7% estão satisfeitos ou muito satisfeitos. As médias de cada domínio foram: físico, 56,9; psicológico, 58,13; relações sociais, 59,27; e meio ambiente, 51,20. Houve relação estatisticamente significativa entre estado civil e domínio físico e entre renda familiar e domínio social (Aguilar, 2004).

Um estudo avaliou a qualidade de vida de 196 agentes comunitários de saúde no Paraná, utilizando o WHOQOL-Abreviado. A qualidade de vida geral obteve um escore médio de 69,6. O domínio relações sociais obteve o melhor escore médio (75,8), seguido do físico (74,2), psicológico (74,0) e do meio ambiente (54,1). As facetas com maiores escores médios foram: relações pessoais, mobilidade e capacidade para o trabalho; espiritualidade/religião/crenças pessoais e auto-estima, ambiente no lar e segurança física e proteção. Por outro lado, as que obtiveram menores escores foram: suporte ou apoio social, energia e fadiga, pensar, aprender, capacidade de memória e concentração, recursos financeiros e oportunidades de recreação/lazer. Em relação à avaliação de qualidade de vida 75,1% avaliaram como boa ou muito boa e quanto à saúde, 78,1% afirmaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos (Kluthcovsky, 2005).

Outro estudo para avaliar a qualidade de vida de idosos institucionalizados em Taiwan teve uma amostra de 465 sujeitos e o WHOQOL-Abreviado como um dos instrumentos aplicados. A faceta atividade sexual foi a que menos foi respondida e a faceta participação em, e oportunidades de recreação/lazer foi a que apresentou menores escores. Outras facetas com baixos escores foram mobilidade, sentimentos positivos, espiritualidade/religião/crenças pessoais e recursos financeiros. Em contrapartida, as cinco facetas mais bem avaliadas foram cuidados de saúde e sociais, alimentação, sentimentos negativos, transporte e dependência de medicação ou de tratamentos. Houve relação estatisticamente significativa entre os domínios do WHOQOL-Abreviado e grau de escolaridade, número de doenças crônicas, performance física e número de cuidadores. Performance física foi o fator que mais teve impacto no domínio físico e também influenciou os outros três domínios. O

domínio mais afetado foi o psicológico, seguido do físico e do meio ambiente (Lai et al, 2005).

Na Índia, 81 pacientes com artrite reumatóide responderam ao WHOQOL-Abreviado. Os escores médios dos pacientes foram 12, 13,2, 14,4 e 13,3, nos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente, respectivamente (a pontuação máxima utilizada nesse estudo foi 25 para cada domínio). Idade, sexo, duração da doença, grau de escolaridade, sintomas, desgastes e deformidades não influenciaram a qualidade de vida desses pacientes, enquanto a atividade da doença teve influência negativa nos domínios físico e psicológico, sendo o físico o mais afetado pela doença (Bedi et al, 2005).

Na cidade de Recife-PE, 40 profissionais, entre eles recepcionistas/telefonistas, vendedores e operadores de telemarketing responderam ao WHOQOL-Abreviado. Desses, 52,5% afirmaram ter boa qualidade de vida, mas apenas 15% estavam muito satisfeitos com a saúde. Os operadores de telemarketing apresentaram maior comprometimento no domínio físico (de Brito et al, 2005).

Com o objetivo de estabelecer relações entre qualidade de vida, estado de saúde e estresse psicológico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, um estudo longitudinal prospectivo foi realizado na Noruega com 51 pacientes, com idades entre 48 e 87 anos. A qualidade de vida foi avaliada por meio do WHOQOL-Abreviado, aplicado em três momentos: nos primeiros dias após admissão hospitalar, um mês após a alta e de seis a nove meses após a alta. No primeiro momento, 12 (23,5%) dos pacientes avaliaram sua qualidade de vida global pelo menos como boa; no segundo momento, esse número passou para 19 (37,3%), e no terceiro subiu para 21 (41,2%). Por outro lado, o número de pessoas que classificaram sua qualidade de vida como ruim ou muito ruim passou de 23 (45,1%) no primeiro momento, para 17 (33,3%), no segundo, e, por fim, para 12 (23,6%). Esses valores, entretanto, não foram estatisticamente significativos, não indicando melhora de qualidade de vida após alta hospitalar. Os únicos valores com significância estatística ($p < 0,05$) foram os escores do domínio físico entre o primeiro e segundo momentos, e os escores do domínio meio ambiente do segundo para o terceiro momentos (Andenas et al, 2006).

Um estudo para avaliar a qualidade de vida de portadores de insuficiência renal crônica teve como amostra 70 indivíduos, todos em hemodiálise. Um dos instrumentos aplicados foi o WHOQOL-Abreviado e constatou-se que os casados,

com mais de um ano de hemodiálise e do sexo masculino tiveram pior avaliação da qualidade de vida. Pessoas com menor grau de escolaridade apresentaram piores escores nos domínios físico, social e meio ambiente (Bezerra, 2006).

O WHOQOL-Abreviado foi aplicado em 211 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no interior de Minas Gerais, com o intuito de investigar a contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental na qualidade de vida global desses sujeitos. Dos quatro domínios, o físico foi o que mais interferiu na qualidade de vida, seguido do ambiental e do psicológico. As variáveis sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e renda não influenciaram na qualidade de vida global dos idosos estudados. A variável sexo teve pequena influência nos domínios físico, psicológico e ambiental, sendo os escores médios maiores nos homens. Como, no idoso, a qualidade de vida tem relação com a maneira de ver a velhice, dependerá da interpretação emocional dos eventos e da percepção dos acontecimentos da vida (Pereira et al, 2006).

O questionário WHOQOL-Abreviado foi aplicado em 45 pacientes, com idades entre 34 e 79 anos, com câncer colorretal e que estavam em tratamento quimioterápico na cidade de São Paulo. O instrumento foi respondido em três momentos: no início, no 3º e no 6º ciclos do tratamento quimioterápico. Houve alterações estatisticamente significativas da primeira para a segunda e da primeira para a terceira aplicações nos domínios físico e psicológico, sendo que 63% dos pacientes apresentaram alterações físicas e 65%, psicológicas. Entre a primeira e terceira aplicações, 44,8% dos pacientes apresentaram alterações no domínio social, tendo esse valor significância estatística. A média dos escores diminuiu na terceira aplicação do instrumento nos domínios físico e social. Esses valores permitem inferir que houve piora da qualidade de vida com o início da quimioterapia, que pode ser devido à toxicidade do tratamento e à evolução da doença (Roque, Forones, 2006).

Sessenta e uma mulheres taiwanesas, submetidas à histerectomia, responderam ao WHOQOL-Abreviado antes da cirurgia e com um dia, uma semana, 12 semanas e 18 meses de pós-operatório. As mulheres com sintomas mais severos e com menores níveis de hemoglobina no pré-operatório apresentaram escores significativamente menores no domínio físico (Torng, 2007).

2.1.5 Qualidade de vida e Fonoaudiologia

Na prática clínica fonoaudiológica, existem alguns instrumentos que avaliam a qualidade de vida na presença de distúrbios da comunicação humana.

O *Dizziness Handicap Inventory* (DHI) é um questionário específico para tontura, elaborado com o objetivo de avaliar a percepção do indivíduo acerca dos efeitos incapacitantes causados pela tontura, abordando aspectos físicos, funcionais e emocionais em 25 questões (Jacobson, Newman, 1990).

Para indivíduos com zumbido, um questionário específico foi elaborado, o *Tinnitus Handicap Inventory* (THI). Esse instrumento contém 25 questões e avalia os aspectos emocional, funcional e catastrófico, e tem se mostrado ser de fácil interpretação e aplicação (Newman et al, 1996).

Um instrumento para avaliar as conseqüências psicossociais dos distúrbios vocais é o *Voice Handicap Index* (VHI), composto por 30 questões, distribuídas em três categorias, com dez questões cada: impacto físico, emocional e funcional (Jacobson et al, 1997).

O *Voice-Related Quality-of-life* (V-RQOL) foi validado no ano de 1999, devido à preocupação com o impacto que a alteração vocal acarreta na vida do paciente, já que o tratamento deve ser baseado na relevância desse impacto. Até aquela época, segundo os autores, avaliações da qualidade de vida não faziam parte da avaliação tradicional do paciente disfônico. O instrumento é composto por dez itens, divididos em dois domínios: físico, com seis questões e sócio-emocional, com quatro (Hogikyan, Sethuraman, 1999).

Outro instrumento para avaliar disfonias foi validado para pacientes que apresentam paralisia unilateral de prega vocal, o *Voice Outcome Survey* (VOS). Esse questionário contém cinco perguntas que investigam a auto-avaliação da voz e do impacto da disfonia sobre as atividades diárias (Gliklich et al, 1999).

O VHI, *Voice Handicap Index*, foi traduzido para o português em um estudo que buscou mensurar distúrbios vocais em pacientes do Instituto de Voz e da Clínica Otorrinolaringológica da Universidade Luterana do Brasil (Jotz, Dornelles, 2000).

O *TNO-AZL Preschool Children Quality of Life* (TAPQOL) é um instrumento desenvolvido na Holanda para avaliar a percepção dos pais acerca da

qualidade de vida relacionada à saúde de crianças em idade pré-escolar. É composto por 43 itens, distribuídos em quatro domínios: 1. Físico, que inclui sono, apetite, problemas pulmonares, problemas de estômago, problemas de pele, aspectos motores; 2. Social, que inclui problemas de comportamento e funcionamento social; 3. Cognitivo, que inclui comunicação; 4. Emocional, que inclui bom humor, ansiedade e disposição (Fekkes et al, 2000).

Um instrumento específico para disfagia é o *MD Anderson Dysphagia Inventory* (MDADI), com 20 questões que inclui as subescalas: global, emocional, funcional e física. É o primeiro instrumento auto-administrado e validado especificamente para avaliar o impacto da disfagia em paciente com câncer de cabeça e pescoço (Chen et al, 2001).

Um outro instrumento elaborado para avaliar o impacto das disfonias é o *Voice Activity and Participation Profile* (VAPP). Esse questionário possui 28 itens que avaliam a auto-percepção do problema vocal, as limitações impostas nas atividades diárias que exigem o uso da voz e restrição à participação nessas atividades, como os efeitos da disfonia sobre relações profissionais, sociais e sobre a vida emocional do indivíduo. Para validar o instrumento, o mesmo foi aplicado em 40 sujeitos disfônicos e em 40 não disfônicos. Observou-se que a percepção do problema vocal pelo grupo disfônico estava positivamente correlacionada com a percepção da limitação vocal (Ma, Yiu, 2001).

Nos Estados Unidos da América foi desenvolvido e validado o *Swallowing Disorders in Quality of Life* (SWAL-QOL), um instrumento composto por 93 questões sobre qualidade de vida em disfagia. Como esse instrumento era longo para ser aplicado na prática clínica, foi reduzido em dois instrumentos: o SWAL-QOL, com 44 itens avaliando dez domínios e o SWAL-CARE, que avalia a qualidade dos cuidados ao paciente e sua satisfação (McHorney et al, 2002).

Para avaliar a qualidade de vida de pacientes afásicos devido a acidente vascular encefálico (AVE), um instrumento chamado *Stroke-Specific Quality of Life* (SS-QOL), para pacientes com seqüela de AVE foi adaptado, resultando no *Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39* (SAQOL-39). Esse instrumento, composto por 39 itens, investiga quatro fatores: físico, psicossocial, comunicação e energia (Hilari et al, 2003).

O DHI, *Dizziness Handicap Inventory*, foi traduzido e adaptado culturalmente para o português, resultando no DHI brasileiro, que é o único

questionário traduzido para avaliar a qualidade de vida em indivíduos com tontura (Ganança et al, 2003).

No Reino Unido, foi desenvolvido e validado um instrumento baseado em sintomas vocais de pacientes adultos com disfonia. O *Voice Symptom Scale* (VoiSS) contém 44 questões que buscam mensurar o efeito psicossociais e sobre as relações comunicativas gerados pela alteração vocal (Deary et al, 2003).

Um estudo para avaliar a qualidade de vida e comunicação de 15 indivíduos com fissura lábio-palatina, pacientes de uma clínica-escola e de um hospital de Belo Horizonte, utilizando o WHOQOL-Abreviado e um questionário sobre comunicação, constatou que 87% desses sujeitos classificam sua qualidade de vida como boa ou muito boa e 93% disseram estar satisfeitos com sua saúde. Entretanto, 54% relatou ter dificuldades para aceitar sua aparência; 47% evitam situações em que tenham que se expressar verbalmente e 27% relataram que a comunicação prejudica relações pessoais em algumas situações (Bernardino, Vicente, 2004).

Outro estudo buscou investigar a qualidade de vida de laringectomizados totais, aplicando-se o protocolo de Qualidade de Vida em Voz e o WHOQOL-Abreviado em 20 indivíduos. Destes, 70% classificaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa e 30% como nem ruim, nem boa; 80% classificaram sua saúde como boa ou muito boa e 20%, como nem ruim nem boa. Entretanto, 55% referiram ter sentimentos negativos como desespero e depressão pelo menos algumas vezes (Ribeiro, 2004).

O *Tinnitus Handicap Inventory* (THI) já foi traduzido para o português brasileiro, tendo tal versão 25 questões, que avaliam os mesmos aspectos da versão original (Ferreira et al, 2005).

Trinta sujeitos com sinais e sintomas de disfunção temporomandibular participaram de uma pesquisa, cujo objetivo foi determinar o impacto do problema na qualidade de vida. Foi aplicado o WHOQOL-Abreviado e 53,3% dos indivíduos avaliaram sua qualidade de vida de muito ruim a indiferente e 46,7% avaliaram de boa a muito boa. Quanto à satisfação com a saúde, 56,6% dos participantes se dizem muito insatisfeitos ou indiferentes e 43,3%, satisfeitos ou muito satisfeitos (Braga et al, 2006).

O *Voice-Related Quality-of-life* (V-RQOL) foi traduzido, adaptado culturalmente para o português, demonstrando medidas psicométricas de validade, confiabilidade e sensibilidade (Gasparini, Behlau, 2006).

Um outro estudo teve o objetivo de verificar a qualidade de vida de indivíduos idosos laringectomizados totais e em idosos sem queixa de deglutição e comparar as modificações alimentares nesses dois grupos. Para tanto, aplicou-se o WHOQOL-Abreviado e realizou-se avaliação da deglutição em 20 indivíduos, distribuídos em dois grupos, cada um com dez sujeitos. Verificou-se que a percepção da qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-Abreviado foi melhor no grupo dos laringectomizados totais (Zanato et al, 2006).

O *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering* (OASES) é um instrumento elaborado para avaliar a disfluência sob a perspectiva do indivíduo disfluente. O OASES é composto por 100 questões, distribuídas em quatro seções: 1. Informações gerais: 20 questões abordando a percepção do indivíduo a respeito da fluência e da fala natural, conhecimento a respeito da disfluência e da terapia e percepções gerais acerca da disfluência; 2. Reações à disfluência: 30 questões sobre reações afetivas, comportamentais e cognitivas frente à disfluência; 3. Comunicação em situações diárias: 25 questões sobre os níveis de dificuldade encontrados em situações gerais de comunicação, no trabalho, em situações sociais e em casa (aqui é avaliada a dificuldade de comunicação e não a fluência nessas situações); 4. Qualidade de vida: 25 questões a respeito do quanto a disfluência interfere a satisfação dos falantes em relação à habilidade para comunicar, seus relacionamentos e o sentimento de bem-estar (Yaruss, Quesal, 2006).

O VAPP, *Voice Activity and Participation Profile*, foi traduzido e adaptado culturalmente para o português brasileiro, tendo sido validado após comprovação de suas propriedades psicométricas, confiabilidade, validade e sensibilidade (Ricarte et al, 2006).

Um outro estudo teve como objetivo avaliar aspectos relacionados à qualidade de vida de professores de escolas públicas e associá-los a questões de saúde vocal. Para tal, 128 professores de quatro escolas estaduais do município de Rio Claro, São Paulo, responderam ao WHOQOL-Abreviado e ao QVV. A média da pontuação global do WHOQOL-Abreviado foi 66, sendo que a maioria (65,6%) considerou sua qualidade de vida como “boa” e 60,2% relataram estar satisfeitos com a própria saúde. O domínio meio ambiente foi o que se mostrou mais prejudicado e o social foi o que apresentou melhores escores. Em relação ao QVV, 42,2% dos indivíduos consideraram a própria voz como “boa” e 32%, como “razoável” (Penteado, Pereira, 2007).

Somente em 2007, o DHI, *Dizziness Handicap Inventory*, foi validado para o português brasileiro, seguindo as etapas de tradução do inglês para o português, adaptação lingüística, revisão da equivalência gramatical e idiomática, adaptação cultural e avaliação da reprodutibilidade intra e interpesquisadores, tendo sido aplicado em 250 pacientes com vestibulopatias crônicas (Castro et al, 2007).

2.2 Autopercepção e conceito de saúde

Tão complexo quanto conceituar qualidade de vida é conceituar “saúde”. Esse conceito se constitui em um “ponto-cego” da Epidemiologia, a qual não tem se mostrado capaz de produzir uma referência teórica de qualidade sobre o conceito saúde, bem como nas demais disciplinas da chamada área da saúde. O autor discorre sobre duas proposições: primeiro, a de que “nem todos os sujeitos sadios acham-se isentos de doença”. É possível observar pessoas portadoras de doenças ou de seqüelas que, apesar disso, são atuantes social e profissionalmente, sem indícios de comprometimento, limitação funcional ou sofrimento e reconhecidos como sadios. A segunda proposição diz que “nem todos os isentos de doença são sadios”. São aqueles que, embora não apresentem evidências clínicas de doenças, apresentam comprometimentos, incapacidades, limitações e sofrimentos. Além da existência ou não de uma lesão ou doença, é necessário avaliar o nível de severidade das complicações resultantes e repercussões sobre a qualidade de vida. Portanto, saúde não pode ser definida como “ausência de doença” e, conseqüentemente, estados individuais de saúde não excluem a ocorrência de doenças (Almeida Filho, 2000).

A saúde é resultado da junção de vários aspectos ligados com qualidade de vida, como alimentação e nutrição adequadas, oportunidades de educação no decorrer da vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e cuidados de saúde. Dessa forma, saúde é um conceito amplo, relacionado ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a distribuição desigual de renda, o analfabetismo, o baixo grau de escolaridade, as condições precárias de habitação e ambiente desempenham importante papel nas condições de vida e saúde (Buss, 2000).

A dificuldade de abordar a saúde de maneira positiva é refletida na escassez de estudos sobre conceitos de saúde. Acredita-se que a carência de conceitos pode ser resultado da influência da indústria farmacêutica e da “cultura da doença”, que limitam o interesse de pesquisar o tratamento teórico e empírico da questão da saúde como ausência de doença. Os autores comentam ainda a impossibilidade de se considerar um indicador universal de saúde. Para eles, um indicador que é pressuposto como universal, ou seja, presente em todas as pessoas de todas as culturas, pode não ser reputado por um grupo social ou por um indivíduo como significado de saúde. Da mesma forma, um indicador comum a uma sociedade pode não fazer parte da compreensão de um indivíduo dessa sociedade (Coelho, Almeida Filho, 2002).

Vários fatores têm sido identificados como determinantes da saúde, como condições de vida e trabalho, que abrange renda, instrução, educação, trabalho, ambiente físico e políticas públicas); fatores psicossociais, incluindo grupos e comunidades de auto-cuidado, senso de pertencer a uma comunidade, redes familiares e sociais de apoio, ambiente de apoio para diferentes e específicos grupos etários e sociais; comportamentos individuais, como estilo de vida e comportamento, atividade física, dieta balanceada, uso indevido de álcool, tabaco e drogas); e fatores hereditários. Estudos indicam que o que mais influenciam a saúde são as condições de vida e trabalho e, por isso, saúde é resultado do âmbito físico e social e também do sistema de atenção e serviços de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2002).

Os diversos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença são complexos e relacionam-se a aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida (Seidl e Zannon, 2004).

2.2.1 Estudos investigando autopercepção de saúde

Estudo qualitativo buscou verificar como 42 mulheres com idade entre 17 e 57 anos, de baixa renda e residentes em três bairros da periferia do município de Ribeirão Preto, identificavam sua condição de saúde. Para essas mulheres, o conceito de saúde relaciona-se à atividade física (trabalho, independência,

ânimo e auto-cuidado), ao sentido da vida e à ausência de doenças. As respostas mais comuns foram as que relacionavam saúde com ânimo, disposição para o trabalho e para a vida. O fato de referirem que saúde é a busca de um sentido para a vida mostra que o termo é entendido além do orgânico. Entretanto, a visão biologicista de saúde ainda esteve presente, uma vez que as mulheres relacionaram saúde com ausência de dor e como não “sentir nada”. Para as mulheres que se consideravam doentes, os principais motivos eram tristeza, dor, desânimo, desconforto, medo de dependência (Mamede et al, 1993).

Um estudo com 42 famílias do município de Paulina, interior de São Paulo, tinha como objetivo pesquisar a autopercepção de saúde e doença nessa população. Participaram do estudo 52 indivíduos, 42 mulheres e 10 homens. Verificou-se que ser saudável, para a maioria dos sujeitos entrevistados, está relacionado a ter disposição e capacidade para trabalhar (Queiroz, 1993).

Um estudo na cidade de São Paulo teve como objetivo pesquisar o significado do conceito saúde, na visão de famílias em situação de risco pessoal e social. Nove mães de crianças atendidas num Centro Comunitário foram entrevistadas, tendo a seguinte questão norteadora: “O que é saúde para a senhora?”. O conceito foi definido pelas mães como o principal para se viver, além de ter condições físicas, psicológicas, econômicas e sociais, ter fé e proteção divina e não ter nada que possa afligir o bem-estar ou causar risco à vida. Pelas respostas dessas mães, pôde-se observar que as condições socioeconômicas desfavoráveis determinam comportamentos peculiares: uma maneira de se verificar se a família está com saúde é ver se há o que comer (Martin, Ângelo, 1998).

Um estudo realizado no município de São Paulo teve o como objetivo investigar, na população idosa, se a autopercepção de saúde difere entre os sexos e se sofre influência de determinantes demográficos e socioeconômicos, de doenças crônicas e da capacidade. Foram analisados os dados de 2135 idosos, sendo 58,6% mulheres. A autopercepção de saúde, variável dependente, foi classificada como ruim ou boa. Foram consideradas variáveis independentes: as demográficas (idade, sexo, estado conjugal e arranjo familiar), as socioeconômicas (educação e renda), o número de doenças crônicas (hipertensão, artrite ou reumatismo, doença cardiovascular, diabetes, asma, bronquite ou enfisema, embolia ou acidente vascular cerebral e câncer) e a capacidade funcional. Realizou-se uma análise de regressão logística binária múltipla a fim de avaliar a relação entre a autopercepção de saúde e as

variáveis independentes e examinar as diferenças entre os sexos. Entre os sujeitos da amostra, a presença de doenças crônicas associada ao sexo do idoso foi o determinante mais fortemente relacionado à autopercepção de saúde. A presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou um risco 10,53 vezes maior de uma autopercepção ruim de saúde para os indivíduos do sexo masculino e 8,31 vezes maior para os do sexo feminino. A capacidade funcional, o nível de escolaridade e a renda também foram fortemente associados com a percepção de saúde, e a idade teve uma expressiva influência. Na ausência ou na presença de duas ou mais doenças crônicas, as mulheres tiveram maior probabilidade de referir uma boa autopercepção de saúde quando comparadas aos homens (Rodrigues, Alves, 2005).

Outro estudo com o objetivo de investigar como se expressa o conceito de saúde/doença de líderes comunitários verificou que alimentação e trabalho foram os termos mais usados para se definir o conceito de saúde e o termo doença foi entendido como impossibilidade de trabalhar (Moura et al, 2006).

Um estudo buscou avaliar a auto-percepção da saúde de indivíduos da comunidade de Souza, região rural de Rio Manso, Minas Gerais. Foram selecionados aleatoriamente 160 domicílios, o correspondente a 10% da população total de Souza. O conceito de saúde foi relacionado a um estado de bem-estar sócio-econômico/biológico/psicológico por 35% dos entrevistados e 54% avaliaram seu estado de saúde como muito bom (Urbano et al, 2006).

Na cidade de Canoas, Rio Grande do Sul, foi desenvolvido um estudo de base populacional com 1951 indivíduos maiores de 14 anos, a fim de se investigar a percepção de saúde desses sujeitos. Dos indivíduos entrevistados, 63,2% referiram apresentar boa saúde. A percepção negativa de saúde foi maior entre os sujeitos: do sexo feminino; com 60 anos ou mais; com baixa escolaridade; que não consideraram sua vida como saudável; fumantes e que faziam uso de medicamentos (Zart, Aerts, 2006).

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal, com amostra de conveniência. O estudo foi aprovado pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão do HC-UFMG (Processo Nº 148/06) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob parecer ETIC 517/06.

3.2 População estudada, recrutamento e seleção dos indivíduos

O Ambulatório de Fonoaudiologia do HC-UFMG prestou atendimento, durante o primeiro semestre de 2007, a 169 pacientes adultos, nos ambulatórios de Voz, Motricidade Orofacial, Fissura, Disfluência, Disfagia, Câncer de Cabeça e Pescoço, Reabilitação Vestibular, Reabilitação do Deficiente Auditivo, Afasia e Envelhecimento, distribuídos conforme a tabela 1 e figura 1.

Os nomes e horários de atendimento dos pacientes foram coletados com as professoras que supervisionam as disciplinas ou com seus respectivos monitores.

De posse dessas informações, a pesquisadora recrutava os indivíduos enquanto estavam na sala de espera no Ambulatório de Fonoaudiologia do HC-UFMG. Após explicação sobre os objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, os pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão eram convidados a participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1).

Caso fosse sabido pela pesquisadora que não haveria tempo suficiente para preencher os questionários antes do atendimento, o participante era convidado a fazê-lo após a sessão da terapia. Se não concordasse, o questionário seria iniciado somente na próxima vinda do paciente ao serviço.

Tabela 1 – DISTRIBUIÇÃO DO TOTAL DOS PACIENTES ADULTOS DO AMBULATÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG QUANTO À ÁREA DE ATENDIMENTO

Ambulatório	N (sujeitos)	%
Voz	72	42,6
Motricidade Orofacial	5	2,95
Fissura Lábio-palatina	1	0,59
Deficiência auditiva	2	1,18
Disfluência	2	1,18
Afasia	29	17,15
Envelhecimento	11	6,5
Disfagia	12	7,1
Câncer de Cabeça e Pescoço	29	17,15
Reabilitação Vestibular	6	3,55
TOTAL	169	100

Legenda:
N = número

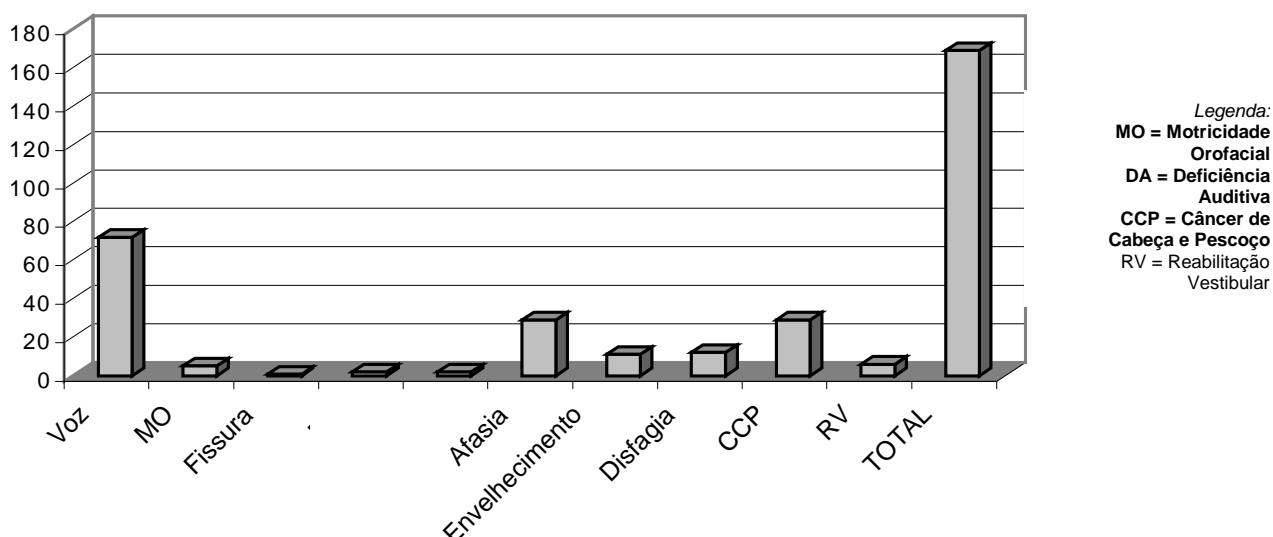


Figura 1 – GRÁFICO DEMONSTRATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DO TOTAL DE PACIENTES ADULTOS NO AMBULATÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

3.2.1 Critérios de inclusão

Foram considerados critérios de inclusão: ser paciente do Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais; estar em tratamento fonoaudiológico há, no mínimo, 30 dias; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter condições neurológicas e cognitivas para compreender as questões dos instrumentos, concordar em assinar o TCLE.

3.2.2 Critérios de exclusão

Foram considerados critérios de exclusão: apresentar comprometimento neurológico ou cognitivo que comprometesse a aplicação dos instrumentos, como afasias, quadros demenciais, déficits de memória; não concordar com os termos da pesquisa.

Dessa forma, foram excluídos da amostra 53 pacientes: 32 com quadro afásico (29 provenientes do Ambulatório de Afasia, dois do Ambulatório de Envelhecimento e um do Ambulatório de Disfagia), 13 que apresentavam demência/declínio cognitivo (12 do Ambulatório de Envelhecimento, 3 do Ambulatório de Reabilitação Vestibular e um do Ambulatório de Disfagia), dois com deficiência auditiva e dificuldade de compreensão do código oral e/ou gráfico, seis que não haviam completado 30 dias de terapia até o fim do semestre letivo (quatro do Ambulatório de Voz e dois do Ambulatório de Câncer de Cabeça e Pescoço).

Atenderam, portanto, os critérios de inclusão 116 pacientes. Desses, três faleceram (um paciente do Ambulatório de Voz e dois do Ambulatório de Câncer de Cabeça e Pescoço), 14 se recusaram a participar por indisponibilidade de tempo (12 do Ambulatório de Voz e dois do Ambulatório de Câncer de Cabeça e Pescoço) e dois por não se sentirem confortáveis em responder questões pessoais (ambos do Ambulatório de Disfluência). A amostra da pesquisa foi composta por 97 sujeitos atendidos nos ambulatórios de voz, motricidade orofacial, disfagia, fissura, câncer de cabeça e pescoço e reabilitação vestibular.

Tabela 2 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA AMOSTRA QUANTO AO AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO

Ambulatório	N (sujeitos)	%	% Válido	% Cumulativo
Voz	55	56,7	56,7	56,7
Motricidade Orofacial	5	5,2	5,2	61,9
Fissura Lábio-palatina	1	1,0	1,0	62,9
Disfagia	10	10,3	10,3	73,2
Câncer de Cabeça e Pescoço	23	23,7	23,7	96,9
Reabilitação Vestibular	3	3,1	3,1	100,0
TOTAL	97	100,0	100,0	

Legenda:
N = número

3.3 Instrumentos

Para cumprir os propósitos da pesquisa foram aplicados dois questionários, na seguinte ordem:

3.3.1 Instrumento de investigação sobre a percepção de saúde

O instrumento “Instrumento de investigação sobre a percepção de saúde” (Anexo 2), elaborado pelas pesquisadoras, contém questões fechadas sobre: dados de socioeconômicos, como sexo, idade, renda média familiar, grau de escolaridade e local de residência; percepção do problema fonoaudiológico como problema de saúde, interferência desse problema em sua vida diária, presença de doenças crônicas, percepção como saudável ou não e auto-avaliação da saúde. Há também duas questões abertas pesquisando a concepção do indivíduo sobre saúde. Esse instrumento foi elaborado pela pesquisadora e previamente analisado por um estatístico para verificar a possibilidade de aplicação e de análise estatística dos dados.

3.3.2 WHOQOL-Abreviado

Todas as questões do WHOQOL-Abreviado (Anexo 3) contém escalas do tipo Likert de cinco pontos, com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom), onde a pontuação pode variar de 1 a 5. Quanto mais altos os escores, melhor a qualidade e vida.

QUADRO 1 – DOMÍNIOS E FACETAS AVALIADOS PELO INSTRUMENTO WHOQOL-ABREVIADO

Domínios	Tabela 52. FACETAS
Físico	3. Dor e desconforto 10. Energia e fadiga 16. Sono e repouso 15. Mobilidade 17. Atividades da vida cotidiana 4. Dependências de medicação ou de tratamentos 18. Capacidade de trabalho
Psicológico	5. Sentimentos positivos 7. Pensar, aprender, memória e concentração 19. Auto-estima 11. Imagem corporal e aparência 26. Sentimentos negativos 6. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Relações sociais	20. Relações pessoais 22. Suporte (Apoio) social 21. Atividade sexual
Meio ambiente	8. Segurança física e proteção 23. Ambiente no lar 12. Recursos financeiros 24. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 13. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades 14. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 9. Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima 25. Transporte

Fonte: WHO, 1996 (traduzido e adaptado pela autora)

3.4 Aplicação dos instrumentos

A aplicação dos instrumentos seguiu os critérios usados por Fleck et al (1999, 2000) na aplicação da versão em português do WHOQOL-100 e do WHOQOL-Abreviado e como foi recomendado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996). Os questionários foram aplicados de três formas, em ordem de prioridade: 1. auto-administrados; 2. assistidos pelo entrevistador; 3. administrados pelo entrevistador. Na primeira forma, o indivíduo preenche o questionário sem ajuda. Nos questionários aplicados da segunda maneira, o entrevistador relia a pergunta que não era entendida pausadamente, sem qualquer explicação ou utilização de sinônimos, para evitar mudanças do sentido original da pergunta. Os questionários administrados pelo entrevistador foram lidos pela pesquisadora para pacientes que, por motivo de saúde ou de alfabetização, não tinham condições de respondê-los.

Tabela 3 – DISTRIBUIÇÃO DA FORMA DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Tabela 53. FORMA DE APLICAÇÃO	N (instrumentos)	%	% Válido	% Cumulativo
Auto-administrado	40	41,2	41,2	41,2
Assistido pelo entrevistador	4	4,1	4,1	45,4
Administrado pelo entrevistador	53	54,6	54,6	100,0
TOTAL	97	100,0	100,0	

Legenda:
N = número

3.5 Análise dos instrumentos

As variáveis definidas para análise dos questionários foram as seguintes:

3.5.1 Dados demográficos: sexo, idade, estado civil, local de residência

A distribuição da amostra quanto ao sexo está representada na tabela 4, na qual observamos que a maioria é do sexo feminino.

Tabela 4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA AMOSTRA QUANTO AO SEXO

Sexo	N (sujeitos)	%	% Válido	% Cumulativo
Masculino	33	34,0	34,0	34,0
Feminino	64	66,0	66,0	100,0
TOTAL	97	100,0	100,0	

Legenda:
N = número

Os sujeitos da amostra foram classificados em 6 faixas etárias: até 30 anos, 31-40 anos, 41-50 anos, 51-60 anos, 61-70 anos, 71-80 anos (tabela 5). A tabela 6 mostra a distribuição dos indivíduos por sexo e idade em cada Ambulatório.

Tabela 5 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA AMOSTRA QUANTO À IDADE

Idade (anos)	N (sujeitos)	%	% Válido	% Cumulativo
Até 30	14	14,4	14,4	14,4
31-40	14	14,4	14,4	28,9
41-50	22	22,7	22,7	51,5
51-60	16	16,5	16,5	68,0
61-70	21	21,6	21,6	89,7
71-80	10	10,3	10,3	100,0
TOTAL	97	100,0	100,0	

Mínimo = 19
Máximo = 78

Média = 50,18
Mediana = 50,00
Desvio Padrão = 15,08

Legenda:
N = número

Tabela 6 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SEXO E IDADE EM RELAÇÃO AO AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO

Ambulatório Sexo	Voz		MO		Fissura		Disfagia		CCP		RV		Total													
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	N	%												
Idade	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%												
Até 30 anos	2	1,06	10	10,3	1	1,03	1	1,03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	14,4
31-40 anos	1	1,03	10	10,3	0	0	1	1,03	0	0	1	1,03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,03	14	14,4
41-50 anos	0	0	13	13,4	1	1,03	1	1,03	0	0	0	0	1	1,03	3	3,09	3	3,09	0	0	0	0	0	0	22	22,6
51-60 anos	3	3,09	7	7,21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,03	5	5,15	0	0	0	0	0	0	16	16,4
61-70 anos	1	1,03	7	7,21	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,03	2	2,06	8	8,24	1	1,03	0	0	1	1,03	21	21,6
71-80 anos	1	1,03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,06	5	5,15	1	1,03	0	0	1	1,03	10	10,3
Total	8	8,24	47	48,4	2	2,03	3	3,09	0	0	1	1,03	2	2,06	8	8,24	21	21,6	2	2,06	0	0	3	3,09	97	100
TOTAL (N-%)	55-56,7		5-5,15		1-1,03		10-10,3		23-23,71		3-3,09		97-100													

Legenda:

N = número de sujeitos
 MO = Motricidade orofacial
 CCP = Câncer de cabeça e pescoço
 RV = Reabilitação Vestibular
 M = Sexo Masculino
 F = Sexo Feminino

Quanto ao estado civil, foram categorizados da seguinte forma: solteiro, casado ou vivendo como casado, separado ou divorciado, viúvo (tabela 7).

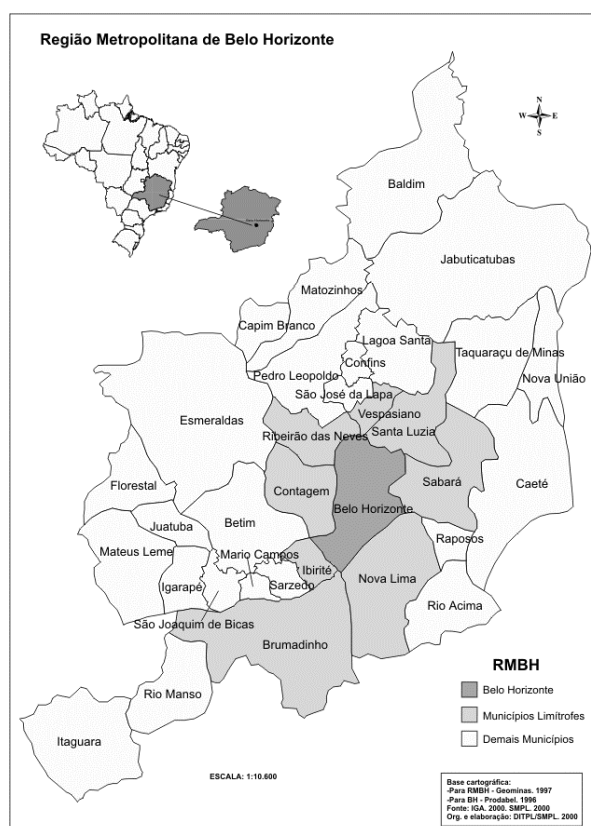
Tabela 7 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA AMOSTRA QUANTO AO ESTADO CIVIL

Estado civil	N (sujeitos)	%	% Válido	% Cumulativo
Solteiro	25	25,8	25,8	25,8
Casado	53	54,6	54,6	80,4
Vivendo como casado	3	3,1	3,1	83,5
Separado	2	2,1	2,1	85,6
Divorciado	6	6,2	6,2	91,8
Viúvo	8	8,2	8,2	100,0
TOTAL	97	100,0	100,0	

Legenda:

N = número

Em relação ao local de residência, os indivíduos foram assim distribuídos: Belo Horizonte, municípios limítrofes (Brumadinho, Contagem, Ibirité, Nova Lima, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, Vespasiano), demais municípios da região metropolitana de Belo Horizonte (Baldim, Betim, Caeté, Capim Branco, Confins, Esmeraldas, Florestal, Igarapé, Itaguara, Itatiaiuçu, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Mateus Leme, Matozinhos, Nova Lima, Nova União, Pedro Leopoldo, Raposos, Rio Acima, Rio Manso, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Taquaraçu de Minas) e interior de Minas Gerais (tabela 8 e figura 2).



Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte

Figura 2 – MAPA DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE

Tabela 8 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Município de residência	N (sujeitos)	%	% Válido	% Cumulativo
Belo Horizonte	68	70,1	70,1	70,1
Municípios Limítrofes	17	17,5	17,5	87,6
Outros municípios da Região Metropolitana	6	6,2	6,2	93,8
Interior de MG	6	6,2	6,2	100,0
TOTAL	97	100,0	100,0	

Legenda:
N = número

3.5.2 Dados socioeconômicos: educação, renda familiar

Os indivíduos foram distribuídos de acordo com o grau de escolaridade em: Ensino Fundamental incompleto ou completo, Ensino Médio incompleto ou completo, superior incompleto ou completo, técnico e nunca estudou (tabela 9) .

Tabela 9 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA AMOSTRA QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE

Escolaridade	N (sujeitos)	%	% Válido	% Cumulativo
Fundamental Incompleto	48	49,5	49,5	49,5
Fundamental Completo	7	7,2	7,2	56,7
Médio Incompleto	3	3,1	3,1	59,8
Médio Completo	16	16,5	16,5	76,3
Superior Incompleto	4	4,1	4,1	80,4
Superior Completo	16	16,5	16,5	96,9
Nunca estudou	3	3,1	3,1	100,0
TOTAL	97	100,0	100,0	

Legenda:
N = número

Em relação à renda média familiar, os sujeitos foram categorizados de acordo com os rendimentos mensais da família, tendo como base o salário mínimo vigente na época da aplicação dos questionários: até um salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos, de 4 a 5 salários mínimos, de 6 a 7 salários mínimos, de 8 a 10 salários mínimos, mais de 10 salários mínimos.

Tabela 10 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA AMOSTRA QUANTO À RENDA MÉDIA FAMILIAR

Renda em salários mínimos	N (sujeitos)	%	% Válido	% Cumulativo
Até 1	24	24,7	24,7	24,7
De 1 a 3	44	45,4	45,4	70,1
De 4 a 5	16	16,5	16,5	86,6
De 6 a 7	6	6,2	6,2	92,8
De 8 a 10	2	2,1	2,1	94,8
Mais de 10	5	5,2	5,2	100,0
TOTAL	97	100,0	100,0	

Legenda:

N = número

3.5.3 Presença de co-morbidades

Foi analisada a presença das seguintes co-morbidades, no momento do estudo, classificadas de acordo com os capítulos da CID-10: câncer; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (diabetes, problemas da glândula tireóide, hipercolesterolemia, outros problemas hormonais); transtornos mentais e comportamentais (depressão, dependência química); doenças do sistema nervoso (enxaqueca, esclerose múltipla, epilepsia), doenças do olho e anexos (catarata, glaucoma); doenças do ouvido (surdez); doenças do aparelho circulatório (problemas cardíacos, hipertensão arterial, trombose, acidente vascular encefálico); doenças do sistema respiratório (asma, bronquite, enfisema, sinusite, rinite); doenças do sistema digestivo (gastrite, esofagite, úlceras, problemas hepáticos); doenças da pele e anexos; doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo (dores nas costas/coluna, reumatismo, artrite, lúpus, fibromialgia).

3.5.4 Percepção da saúde

A percepção da saúde foi analisada por meio dos eixos; percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde; interferência dessa alteração nas atividades de vida diária; autopercepção como ser saudável ou não e avaliação da própria saúde, classificada em muito boa, boa, nem ruim nem boa, ruim e muito ruim. Além disso, foram utilizadas duas questões abertas, investigando o conceito a conceituação de saúde e as necessidades em saúde.

3.5.5 Qualidade de vida

A qualidade de vida foi avaliada pelos domínios do WHOQOL- Abreviado, físico, psicológico, social e ambiental, e pelas questões genéricas. Foi considerado escore maior para um determinado domínio ou para as questões genéricas a pontuação igual ou superior à mediana e escore menor, quando inferior à mediana.

3.6 Análise quantitativa

Foi realizada análise descritiva da distribuição de frequência de todas as variáveis categóricas e análise das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. Para tanto, os dados foram previamente digitados em um banco de dados e conferidos.

Foi realizada ainda, análise para verificar associação entre as variáveis de exposição em estudo e os eventos, utilizando os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. Foram considerados como associações estatisticamente significantes, os resultados que apresentaram um nível de significância de 5%. Tais resultados ($p < 0.05$) estão marcados com um asterisco (*).

Para o cruzamento das variáveis as respostas foram agrupadas da seguinte forma:

Idade: Até 50 anos e Mais que 50 anos. Estado civil: solteiro/separado/divorciado/viúvo e Casado/vivendo como casado. Escolaridade: Até ensino médio incompleto e Pelo menos ensino médio completo. Renda: Até 3 salários mínimos e Mais que 3 salários mínimos. Co-morbidades: Presença ou ausência. Avaliação da própria saúde: Boa/Muito boa e Nem ruim nem boa/ruim/muito ruim.

3.7 Análise qualitativa

Nesse estudo, optamos por utilizar a análise de conteúdo dos discursos, metodologia de análise de textos que parte de uma perspectiva quantitativa, analisando-se numericamente a frequência de ocorrência de determinados termos, construções ou referências. Após a seleção das categorias a serem analisadas em cada questão, verificamos a sua frequência de ocorrência (aparecimento) nos discursos dos sujeitos.

A primeira questão aberta, “Na sua opinião, o que é saúde?” foi categorizada em dois eixos: Discurso voltado à concepção de saúde do indivíduo, distribuídos em: ausência de doença, dimensão biopsicossocial e qualidade de vida; e Discurso voltado ao grau de importância da saúde na vida do indivíduo.

A segunda questão aberta, “Na sua opinião, o que é preciso para ter saúde”, foi analisada utilizando-se as seguintes categorias: condições de vida e trabalho, fatores psicossociais, comportamentos individuais, assistência à saúde, espiritualidade e qualidade de vida.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, apresentamos os resultados da análise estatística e da análise qualitativa da avaliação da qualidade de vida global e da autopercepção de saúde de 97 indivíduos adultos em atendimento fonoaudiológico no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG.

O capítulo foi dividido em três partes a fim de facilitar a compreensão dos resultados apresentados.

Parte I - Análise descritiva das respostas às questões dos instrumentos "Investigação sobre a percepção de saúde" e "WHOQOL-Abreviado" e análise dos escores por domínio e questões genéricas do WHOQOL-Abreviado.

Parte II – Análise estatística da associação entre as variáveis estudadas.

Parte III – Análise qualitativa das questões abertas, “Na sua opinião, o que é saúde?” e “Na sua opinião, o que é preciso para ter saúde?”, baseada na categorização das respostas dos sujeitos

PARTE I - ANÁLISE DESCRITIVA DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DOS INSTRUMENTOS "INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DE SAÚDE" E "WHOQOL-ABREVIADO" E ANÁLISE DOS ESCORES POR DOMÍNIO E QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-ABREVIADO

Na tabela 11, apresentamos a distribuição da presença de comorbidades relatadas pelos sujeitos e classificadas conforme CID-10.

A análise estatística descritiva da percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde e da interferência dessa alteração nas atividades diárias do sujeito é apresentada nas tabelas 12 e 13, respectivamente.

Nas tabelas 14 e 15, apresentamos a análise estatística descritiva da percepção como ser saudável e da auto-avaliação de saúde, respectivamente.

Nas tabelas 16 e 17, estão apresentados os escores mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão dos domínios avaliados pelo WHOQOL-Abreviado, físico, psicológico, social e meio ambiente, e das questões genéricas, "Como você avaliaria sua qualidade de vida?" e "Quão satisfeito você está com sua saúde?".

TABELA 11 – Distribuição da presença de co-morbidades, segundo relato do próprio sujeito, classificadas conforme capítulos da CID-10

Grupo de co-morbidades	N (sujeitos)	% Válido
Neoplasia	3	3,15
Endócrina/nutricional/metabólica	19	20
Transtornos mentais/comportamentais	30	31,57
Doenças do sistema nervoso	13	13,68
Doenças do olho e anexos	4	4,21
Doenças do ouvido	1	1,05
Doenças do aparelho circulatório	29	30,52
Doenças do aparelho respiratório	6	6,31
Doenças do aparelho digestivo	4	4,21
Doenças da pele e anexos	8	8,42
Doenças dos sistemas osteomuscular e conjuntivo	36	37,89
Outro (não especificado)	1	1,05
Nenhum	23	24,21

*

Legenda:
 N = número de sujeitos
 * = recusa

NOTA: A soma do percentual ultrapassa 100% porque houve mais de uma resposta para um mesmo sujeito

Tabela 12 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS SUJEITOS À PERGUNTA: “VOCÊ ACHA QUE O MOTIVO QUE O LEVOU A PROCURAR ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO É UM PROBLEMA DE SAÚDE?”

Você acha que o motivo que o levou a procurar atendimento fonoaudiológico é um problema de saúde?	N (sujeitos)	%	% Válido	% Cumulativo
Sim	78	80,4	80,4	80,4
Não	19	19,6	19,6	100,0
TOTAL	97	100,0	100,0	

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 13 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS SUJEITOS À PERGUNTA: “A ALTERAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INTERFERE NAS SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS?”

A alteração fonoaudiológica interfere nas suas atividades diárias	N (sujeitos)	%	% Válido	% Cumulativo
Completamente	16	16,5	16,7	16,7
Muito	24	24,7	25,0	41,7
Médio	19	19,6	19,8	61,5
Pouco	9	9,3	9,4	70,8
Nada	28	28,9	29,2	100,0
Total	96	99,0	100,0	
Sem resposta	1	1,0		
TOTAL	97	100,0		

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 14 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS SUJEITOS À PERGUNTA: “VOCÊ SE CONSIDERA UMA PESSOA SAUDÁVEL?”

Você se considera uma pessoa saudável?	N (sujeitos)	%	% Válido	% Cumulativo
Sim	75	77,3	77,3	77,3
Não	22	22,7	22,7	100,0
TOTAL	97	100,0	100,0	

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 15 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS SUJEITOS À PERGUNTA: “COMO ESTÁ A SUA SAÚDE?”

Como está sua saúde?	N (sujeitos)	%	% Válido	% Cumulativo
Muito ruim	6	6,2	6,2	6,2
Ruim	9	9,3	9,3	15,5
Nem ruim nem boa	30	30,9	30,9	46,4
Boa	35	36,1	36,1	82,5
Muito boa	17	17,5	17,5	100,0
TOTAL	97	100,0	100,0	

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 16 – MEDIDAS ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS (MÍNIMO, MÁXIMO, MÉDIA, MEDIANA, DESVIO PADRÃO) DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-ABREVIADO

Domínio	N	Mínimo	Máximo*	Média	Mediana	Desvio Padrão
Físico	97	14,29	78,57	55,4921	57,1429	13,16088
Psicológico	97	16,67	83,33	60,7646	62,5000	13,74562
Social	97	0,00	100,00	69,3299	75,0000	21,29850
Meio Ambiente	97	21,88	84,38	53,7908	56,2500	15,02327

* Escore máximo:100

Legenda:

N = número de sujeitos

Tabela 17 – MEDIDAS ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS (MÍNIMO, MÁXIMO, MÉDIA, MEDIANA, DESVIO PADRÃO) DOS ESCORES DAS QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-ABREVIADO

Questão	N	Mínimo	Máximo*	Média	Mediana	Desvio Padrão
Questão 1	97	0	25,00	16,7526	18,75	5,0668
Questão 2	97	0	25,00	15,8505	18,75	6,3828

* Escore máximo: 25

Legenda:

N = número de sujeitos

Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Questão 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?

Parte II – Análise estatística da associação entre as variáveis.

Apresentamos, nas tabelas 18 a 27, os cruzamentos dos escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente) e das questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) do WHOQOL-Abreviado com as variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda.

Nas tabelas 28 e 29, apresentamos o cruzamento dos escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente) e das questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) do WHOQOL-Abreviado com o Ambulatório de atendimento (Voz, Motricidade Orofacial, Fissura, Disfagia, Câncer de Cabeça e Pescoço e Reabilitação Vestibular).

Nas tabelas 30 e 31, apresentamos o cruzamento dos escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente) e das questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) do WHOQOL-Abreviado com a presença ou ausência de co-morbidades.

Os escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente) e das questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) do WHOQOL-Abreviado foram cruzados com a percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde, percepção como ser saudável e com a auto-avaliação de saúde e os resultados estão apresentados nas tabelas 32 a 37.

Nas tabelas 38 a 40, apresentamos os cruzamentos das variáveis sexo, idade, escolaridade e renda e do Ambulatório de atendimento com a percepção como ser saudável.

Apresentamos, nas tabelas 41 a 44, os cruzamentos das variáveis sexo, idade, escolaridade e estado civil com a auto-avaliação de saúde e a presença ou ausência de co-morbidades.

O cruzamento da variável presença ou ausência de co-morbidades com a auto-avaliação da saúde está apresentado na tabela 45.

Nas tabelas 46 a 49, apresentamos os cruzamentos da variável percepção como ser saudável com a interferência da alteração fonoaudiológica nas

atividades diárias, percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde, auto-avaliação de saúde e presença de co-morbididades.

Nas tabelas 50 e 51, estão apresentados os cruzamentos das variáveis percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde com interferência da alteração fonoaudiológica nas atividades diárias e com a auto-avaliação de saúde.

Tabela 18 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-ABREVIADO, DE ACORDO COM O SEXO

		Domínios																							
		Físico						Psicológico						Social						Meio Ambiente					
Sujeitos	Sexo	Escore menor		Escore maior		Total		Escore menos		Escore maior		Total		Escore menos		Escore maior		Total		Escore menos		Escore maior		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino		14	14,43	19	19,58	33	34,02	13	13,4	20	20,61	33	34,02	11	11,34	22	22,68	33	34,02	12	12,37	21	21,64	33	34,02
Feminino		25	25,77	39	39,17	64	65,97	27	27,83	37	38,54	64	65,97	33	34,02	31	31,95	64	65,97	36	37,11	28	28,86	64	65,97
TOTAL		39	40,20	58	59,79	97	100	40	41,23	57	58,76	97	100	44	45,36	53	54,63	97	100	48	49,48	49	50,51	97	100
Qui-																									
quadrado				0,01					0,00						2,23						2,69				
Valor de																									
p				0,91					0,96						0,13						0,10				

Legenda:

N = número de sujeitos

Tabela 19 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DAS QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-ABREVIADO, DE ACORDO COM O SEXO (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Questões Genéricas													
Sujeitos	Questão 1						Questão 2						
	Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		
Sexo	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Masculino	8	8,24	25	25,77	33	34,02	12	12,37	21	21,64	33	34,02	
Feminino	25	25,77	39	40,2	64	65,97	28	28,86	36	37,11	64	65,97	
TOTAL	33	34,02	64	65,97	97	100	40	41,23	57	58,76	97	100	
Qui-quadrado					1,52						0,23		
Valor de p					0,21						0,62		

Legenda:

N = número de sujeitos

Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Questão 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?

Tabela 20 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-ABREVIADO, DE ACORDO COM A IDADE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Sujeitos		Domínios																							
		Físico						Psicológico						Social						Meio Ambiente					
		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total	
Idade (anos)	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Menos de 50	17	17,5	29	29,8	46	47,4	19	19,5	27	27,3	46	47,4	24	24,7	22	22,9	46	47,4	25	25,7	21	21,6	46	47,4	
Mais de 50	22	22,6	29	29,8	51	52,5	21	21,6	30	30,9	51	52,5	20	20,6	31	31,9	51	53,5	23	23,7	28	28,8	51	52,5	
TOTAL	39	40,2	58	59,7	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100	44	45,3	53	54,6	97	100	48	49,4	49	50,5	97	100	
Qui-quadrado			0,17						0,04						1,16						0,50				
Valor de p			0,67						0,84						0,28						0,47				

Legenda:

N = número de sujeitos

Tabela 21 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DAS QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-ABREVIADO, DE ACORDO COM A IDADE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Questões genéricas													
Questões genéricas													
Sujeitos	Questão 1						Questão 2						
	Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		
Idade (anos)	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Menos de 50	17	17,52	29	29,89	46	47,42	22	22,68	24	24,74	46	47,42	
Mais de 50	16	16,49	35	36,08	51	52,57	18	18,55	33	34,02	51	52,57	
TOTAL	33	34,02	64	65,97	97	100	40	41,23	57	58,76	97	100	
Qui-quadrado			0,13						1,09				
Valor de p			0,71						0,29				

Legenda:

N = número de sujeitos

Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Questão 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?

Tabela 22 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-ABREVIADO DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Sujeitos		Domínios																							
		Físico						Psicológico						Social						Meio Ambiente					
		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total	
Estado civil	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Solteiro/separado/ divorciado/viúvo	12	12,3	29	29,8	41	42,2	17	17,5	24	24,7	41	42,2	20	20,6	21	21,6	41	42,2	17	17,5	24	24,7	41	42,2	
Casado/vivendo como casado	27	27,8	29	29,8	56	57,7	23	23,7	33	34,0	56	57,7	24	24,7	32	32,9	56	57,6	31	31,9	25	25,7	56	57,7	
TOTAL	39	40,2	58	59,7	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100	44	45,3	53	54,6	97	100	48	49,4	49	50,5	97	100	
Qui-quadrado			2,79						0,03						0,14				1,31						
Valor de p			0,09						0,86						0,70				0,25						

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 23 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DAS QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-ABREVIADO, DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Questões genéricas												
Sujeitos	Questão 1						Questão 2					
	Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total	
Estado civil	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Solteiro/separado/ divorciado/viúvo	17	17,52	24	24,74	41	42,26	15	15,46	26	26,80	41	42,26
Casado/vivendo como casado	16	16,49	40	41,23	56	57,63	25	25,77	31	31,95	56	57,73
TOTAL	33	34,02	64	65,97	97	100	40	41,23	57	58,76	97	100
Qui-quadrado					1,23						0,35	
Valor de p					0,26						0,55	

Legenda:

N = número de sujeitos

Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Questão 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?

Tabela 24 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-ABREVIADO DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Sujeitos		Domínios																							
		Físico						Psicológico						Social						Meio Ambiente					
		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total	
Escolaridade		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até ensino médio incompleto		29	29,8	29	29,8	58	59,7	29	29,8	29	29,8	58	59,7	28	28,8	30	30,9	58	59,7	35	36	23	23,7	58	59,7
Médio completo ou mais		10	10,3	29	29,8	39	40,2	11	11,3	28	28,8	39	40,2	16	16,4	23	23,7	39	40,2	13	13,4	26	26,8	39	40,2
TOTAL		39	40,2	58	59,7	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100	44	45,3	53	54,6	97	100	48	49,4	49	50,5	97	100
Qui-quadrado		4,79				3,72				0,25				5,77											
Valor de p		0,02*				0,05*				0,62				0,01*											

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 25 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DAS QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-ABREVIADO, DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Questões genéricas													
Sujeitos	Questão 1						Questão 2						
	Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Escolaridade													
Até ensino médio incompleto	20	20,6	38	39,1	58	59,7	27	27,8	31	31,9	58	59,7	
Ensino médio completo ou mais	13	13,4	26	26,8	39	40,2	13	13,4	26	26,8	39	40,2	
TOTAL	33	34,0	64	65,9	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100	
Qui-quadrado				0,01						1,18			
Valor de p				0,91						0,27			

Legenda:

N = número de sujeitos

Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Questão 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?

Tabela 26 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-ABREVIADO DE ACORDO COM A RENDA (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Sujeitos		Domínios																							
		Físico						Psicológico						Social						Meio Ambiente					
		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total	
Renda	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Até 3 SM	30	30,9	38	39,1	68	70,1	32	32,9	36	37,1	68	70,1	29	29,8	39	40,2	68	70,1	40	41,2	28	28,8	68	70,1	
4 ou mais SM	9	9,27	20	20,6	29	29,8	8	8,24	21	21,6	29	29,8	15	15,4	14	14,4	29	29,8	8	8,24	21	21,6	29	29,8	
TOTAL	39	40,2	58	59,7	97	100	40	41,2	29	29,8	97	100	44	45,3	53	54,6	97	100	48	49,4	49	50,5	97	100	
Qui-quadrado				0,95						2,43						0,36								6,74	
Valor de p				0,32						0,11						0,54								0,009*	

Legenda:

N = número de sujeitos
 SM = salários mínimos

Tabela 27 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DAS QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-ABREVIADO, DE ACORDO COM A RENDA (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Questões genéricas												
Sujeitos	Questão 1						Questão 2					
	Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total	
Renda	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 3 SM	27	27,8	41	42,2	68	70,1	31	31,9	37	38,1	68	70,1
4 ou mais SM	6	6,1	23	23,7	29	29,8	9	9,2	20	20,6	29	29,8
TOTAL	33	34	64	65,9	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100
Qui-quadrado					2,48				1,23			
Valor de p					0,11				0,26			

Legenda:

N = número de sujeitos

SM = salários mínimos

Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Questão 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?

Tabela 28 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-ABREVIADO DE ACORDO COM O AMBULATÓRIO (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Sujeitos		Domínios																							
		Físico						Psicológico						Social						Meio Ambiente					
		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total	
Ambulatório		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Voz		21	21,6	34	35	55	56,7	18	18,5	37	38,1	55	56,7	26	26,8	29	29,8	55	56,7	28	28,8	27	27,8	55	56,7
MO		0	0	5	5,15	5	5,15	2	2,06	3	3,09	5	5,15	3	3,09	2	2,06	5	5,15	1	1,03	4	4,12	5	5,15
Fissura		0	0	1	1,03	1	1,03	1	1,03	0	0	1	1,03	1	1,03	0	0	1	1,03	1	1,03	0	0	1	1,03
Disfagia		8	8,24	2	2,06	10	10,3	7	7,21	3	3,09	10	10,3	6	6,18	4	4,12	10	10,3	8	8,24	2	2,06	10	10,3
CCP		10	10,3	13	13,4	23	23,7	10	10,3	13	13,4	23	23,7	7	7,21	16	16,4	23	23,7	8	8,24	15	15,4	23	23,7
RV		0	0	3	3,09	3	3,09	2	2,06	1	1,03	3	3,09	1	1,03	2	2,06	3	3,09	2	2,06	1	1,03	3	3,09
TOTAL		39	40,2	58	59,7	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100	44	45,3	53	54,6	97	100	48	49,4	49	50,5	97	100
Qui-quadrado						12,83						7,33						4,83						8,87	
Valor de p						0,02*						0,19						0,43						0,11	

Legenda:

N = número de sujeitos
 MO = Motricidade Orofacial
 CCP = Câncer de Cabeça e Pescoço
 RV = Reabilitação Vestibular

Tabela 29 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DAS QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-ABREVIADO, DE ACORDO COM O AMBULATÓRIO (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Questões genéricas													
Questões genéricas													
Sujeitos		Questão 1						Questão 2					
		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total	
Ambulatório		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Voz		19	19,5	36	37,1	55	56,7	26	26,8	29	29,8	55	56,7
MO		2	2,06	3	3,09	5	5,15	1	1,03	4	4,12	5	5,15
Fissura		1	1,03	0	0	1	1,03	1	1,03	0	0	1	1,03
Disfagia		4	4,12	6	6,18	10	10,3	6	6,18	4	4,12	10	10,3
CCP		6	6,18	17	17,5	23	23,7	6	6,18	17	17,5	23	23,7
RV		1	1,03	2	2,06	3	3,09	0	0	3	3,09	3	3,09
TOTAL		33	34,0	64	65,9	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100
Qui-quadrado				2,83				8,92					
Valor de p				0,72				0,11					

Legenda: MO = Motricidade Orofacial

CCP = Câncer de Cabeça e Pescoço

RV = Reabilitação Vestibular

N = número de sujeitos

Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Questão 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?

Tabela 30 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-ABREVIADO DE ACORDO COM A PRESENÇA DE CO-MORBIDADES (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Sujeitos		Domínios																							
		Físico						Psicológico						Social						Meio Ambiente					
		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total	
Presença de co-morbidades	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Não	6	6,3	17	17,8	23	24,2	6	6,3	17	17,8	23	24,2	8	8,4	15	15,7	23	24,2	5	5,2	18	18,9	23	24,2	
Sim	32	33,6	40	42,1	72	75,7	33	34,7	39	41	72	75,7	36	37,8	36	37,8	72	75,7	43	45,2	29	30,5	72	75,7	
TOTAL	40	42,1	57	60	95	100	39	41	56	58,9	95	100	44	46,3	51	53,6	95	100	48	50,5	47	49,4	95	100	
Qui-quadrado			2,44						2,80						1,62						10,06				
Valor de p			0,14						0,14						0,23						0,002*				

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 31 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DAS QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-ABREVIADO, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE CO-MORBIDADES (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Questões genéricas													
Questões genéricas													
Questões genéricas													
Sujeitos	Questão 1						Questão 2						
	Escore menor		Escore maior		Total		Escore menor		Escore maior		Total		
Presença de co-morbidades	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	Não	7	7,3	16	16,8	23	24,2	5	5,2	18	18,9	23	24,2
Sim	26	27,3	46	48,4	72	75,7	34	35,7	38	40	72	75,7	
TOTAL	33	34,7	62	65,2	95	100	39	41	56	58,9	95	100	
Qui-quadrado	0,248						4,67						
Valor de p	0,80						0,05*						

Legenda:

N = número de sujeitos

Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Questão 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?

Tabela 32 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-ABREVIADO DE ACORDO COM A PERCEPÇÃO DA ALTERAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA COMO PROBLEMA DE SAÚDE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde	Domínios																								
	Físico						Psicológico						Social						Meio Ambiente						
	Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	30	30,9	48	49,4	78	80,4	34	35	44	45,3	78	80,4	35	36	43	44,3	78	80,4	40	41,2	38	39,1	78	80,4	
Não	9	9,27	10	10,3	19	19,5	6	6,18	13	13,4	19	19,5	9	9,27	10	10,3	19	19,5	8	8,24	11	11,3	19	19,5	
TOTAL	39	40,2	58	59,7	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100	44	45,3	53	54,6	97	100	48	49,4	49	50,5	97	100	
Qui-quadrado			0,20						0,48						0,00					0,21					
Valor de p			0,65						0,48						0,95					0,64					

Legenda:

N = número de sujeitos

Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Questão 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?

Tabela 33 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DAS QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-ABREVIADO, DE ACORDO COM A PERCEPÇÃO DA ALTERAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA COMO PROBLEMA DE SAÚDE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde	Questões genéricas											
	Questão 1						Questão 2					
	Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	30	30,9	48	50,5	78	80,4	37	38,1	41	42,2	78	80,4
Não	3	3,09	16	16,4	19	19,5	3	30,9	16	16,4	19	19,5
TOTAL	33	34	64	65,9	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100
Qui-quadrado			2,56						5,08			
Valor de p			0,10						0,24			

Legenda:

N = número de sujeitos

Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Questão 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?

Tabela 34 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-ABREVIADO DE ACORDO COM A PERCEPÇÃO COMO SER SAUDÁVEL OU NÃO (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Você se considera uma pessoa saudável?	Domínios																							
	Físico						Psicológico						Social						Meio Ambiente					
	Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	25	25,7	50	51,5	75	77,3	24	24,7	51	52,5	75	77,3	31	31,9	44	45,3	75	77,3	30	30,9	45	46,3	75	77,3
Não	14	14,4	8	8,24	22	22,6	16	16,4	6	6,18	22	22,6	13	13,4	9	9,27	22	22,6	18	18,5	4	4,12	22	22,6
TOTAL	39	40,2	58	59,7	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100	44	45,3	53	54,6	97	100	48	49,4	49	50,5	97	100
Qui-quadrado	5,3						10,02						1,51						10,29					
Valor de p	0,02*						0,001*						0,21						0,001*					

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 35 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DAS QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-ABREVIADO, DE ACORDO COM A PERCEPÇÃO COMO SER SAUDÁVEL OU NÃO (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Você se considera uma pessoa saudável?	Questões genéricas											
	Questão 1						Questão 2					
	Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	21	21,6	54	55,6	75	77,3	23	23,7	52	53,6	75	77,3
Não	12	12,3	10	10,3	22	22,6	17	17,5	5	5,15	22	22,6
TOTAL	33	34	64	65,9	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100
Qui-quadrado							4,22					
Valor de p							0,03*					

Legenda:

N = número de sujeitos

Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Questão 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?

Tabela 36 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-ABREVIADO DE ACORDO COM A AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Como você avalia a sua saúde?	Domínios																							
	Físico						Psicológico						Social						Meio Ambiente					
	Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Boa/muito boa Nem ruim nem boa/ruim/muito ruim	16	16,4	36	37,1	52	52,5	13	13,4	39	40,2	52	52,5	20	20,6	32	32,9	52	52,5	16	16,4	36	37,1	52	52,5
	23	23,7	22	22,6	45	46,3	27	27,8	18	18,5	45	46,3	24	24,7	21	21,6	45	46,3	32	32,9	13	13,4	45	46,3
TOTAL	39	40,2	58	59,7	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100	44	45,3	53	54,6	97	100	48	49,4	49	50,5	97	100
Qui-quadrado			3,35				10,79						1,59				14,13							
Valor de p			0,67				0,001*						0,20				0,0001*							

Legenda:

N = número de sujeitos

Tabela 37 – APRESENTAÇÃO DOS ESCORES DAS QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-ABREVIADO, DE ACORDO COM A AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Como você avalia a sua saúde?	Questões genéricas											
	Questão 1						Questão 2					
	Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total		Sujeitos com escore menor		Sujeitos com escore maior		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Boa/muito boa Nem ruim nem boa/	10	10,3	42	43,2	52	52,5	11	11,3	41	42,2	52	52,5
ruim/muito ruim	23	23,7	22	22,2	45	46,3	29	29,8	16	16,4	45	46,3
TOTAL	33	34	64	65,9	97	100	40	41,2	57	58,7	97	100
Qui-quadrado	9,55						16,91					
Valor de p	0,002*						0,00003*					

Legenda:

N = número de sujeitos

Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Questão 2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?

Tabela 38– RELAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO COMO SER SAUDÁVEL COM SEXO E IDADE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Você se considera saudável?	Sexo						Idade (anos)					
	M		F		Total		Menos de 50		Mais de 50		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	27	27,8	48	49,4	75	77,3	35	36	40	41,2	75	77,3
Não	6	6,18	16	16,4	22	22,6	11	11,3	11	11,3	22	22,6
TOTAL	33	34	64	65,9	97	100	46	47,4	51	51,5	97	100
Qui-quadrado					0,25						0,00	
Valor de p					0,61						0,97	

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 39 – RELAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO COMO SER SAUDÁVEL COM AS VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Você se considera saudável?	Escolaridade						Renda (em salários mínimos)					
	Até ensino médio incompleto		Ensino médio completo ou mais		Total		Até 3		4 ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	39	40,2	36	37,1	75	77,3	50	51,5	25	25,7	75	77,3
Não	19	19,5	2	2,06	22	22,6	18	18,5	4	4,12	22	22,6
TOTAL	58	59,7	39	40,2	97	100	68	70,1	29	29,8	97	100
Qui-quadrado					6,99						1,21	
Valor de p					0,008*						0,27	

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 40 – RELAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO COMO SER SAUDÁVEL COM O AMBULATÓRIO (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Você se considera saudável?	Ambulatório													
	Voz		MO		Fissura		Disfagia		CCP		RV		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	44	45,3	5	5,15	1	1,03	4	4,12	19	19,5	2	2,06	75	77,3
Não	11	11,3	0	0	0	0	6	6,18	4	4,12	1	1,03	22	22,6
TOTAL	55	56,7	5	5,15	1	1,03	10	10,3	23	23,7	3	3,09	97	100

Qui-quadrado = 10,49

Valor de p = 0,06

Legenda: N = número de sujeitos

MO = Motricidade orofacial

CCP = Câncer de Cabeça e Pescoço

RV = Reabilitação Vetsibular

Tabela 41 – RELAÇÃO DA AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE COM O SEXO E A IDADE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Como você avalia sua saúde?	Sexo						Idade					
	M		F		Total		Menos de 50		Mais de 50		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Boa/muito boa	21	21,6	31	31,9	52	53,6	24	24,7	28	28,8	52	53,6
Nem ruim nem boa/ruim/muito ruim	12	12,3	33	34	45	46,3	22	22,6	23	23,7	45	46,3
TOTAL	33	34	64	65,9	97	100	46	47,4	51	52,5	97	100
Qui-quadrado							2,02		0,072			
Valor de p							0,15		0,788			

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 42 – RELAÇÃO DA AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE COM AS VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Como você avalia sua saúde?	Escolaridade						Renda (em salários mínimos)					
	Até ensino médio incompleto		Ensino médio completo ou mais		Total		Até 3		Mais de 3		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Boa/muito boa	24	24,7	28	28,8	52	53,6	29	29,8	23	23,7	52	53,6
Nem ruim nem boa/ruim/muito ruim	34	35	11	11,3	45	46,3	39	40,2	6	6,18	45	46,3
TOTAL	58	59,7	39	40,2	97	100	68	70,1	29	29,8	97	100
Qui-quadrado							8,67		10,98			
Valor de p							0,006*		0,001*			

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 43 – RELAÇÃO DA PRESENÇA DE CO-MORBIDADES COM O SEXO E A IDADE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Presença de co-morbidades	Sexo						Idade					
	M		F		Total		Menos de 50		Mais de 50		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	11	11,5	12	12,6	23	24,2	16	16,8	7	7,3	23	24,2
Sim	20	21	52	54,7	72	75,7	30	31,5	42	44,2	72	75,7
TOTAL	31	32,6	64	67,3	95	100	46	48,4	49	51,5	95	100
Qui-quadrado							3,187				5,42	
Valor de p							0,07				0,02*	

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 44 – RELAÇÃO DA PRESENÇA DE CO-MORBIDADES COM AS VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Presença de co-morbidades	Escolaridade						Renda					
	Até ensino médio incompleto		Ensino médio completo ou mais		Total		Até 3		Mais de 3		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	7	7,3	16	16,8	23	24,2	12	12,6	11	11,5	23	24,2
Sim	50	52,6	22	23,1	72	75,7	54	56,8	18	18,9	72	75,7
TOTAL	57	60	38	40	95	100	66	69,4	29	30,5	95	100
Qui-quadrado							11,05				4,28	
Valor de p							0,001*				0,039*	

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 45 – RELAÇÃO DA PRESENÇA DE CO-MORBIDADES COM A AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Presença de co-morbidades	Como você avalia sua saúde					
	Boa/muito boa		Nem ruim nem boa/ruim/muito ruim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	32	33,6	40	42,1	72	75,7
Não	19	20	4	4,2	23	24,2
TOTAL	51	53,6	44	46,3	95	100

Teste exato de Fisher
p = 0,002

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 46 – RELAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO COMO SAUDÁVEL COM A INTERFERÊNCIA DA ALTERAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NAS ATIVIDADES DIÁRIAS (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Você se considera saudável?	A alteração fonoaudiológica interfere nas suas atividades diárias?					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	41	42,7	33	34,3	74	77
Não	18	18,7	4	4,1	22	22,9
TOTAL	59	61,4	37	38,5	96	100

Teste exato de Fisher

$p = 0,027$

Legenda:

N = número de sujeitos

Tabela 47 – RELAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO COMO SAUDÁVEL COM A AUTOPERCEPÇÃO DA ALTERAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA COMO PROBLEMA DE SAÚDE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Você se considera saudável?	Percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	58	59,7	17	17,5	75	77,3
Não	20	20,6	2	2,06	22	22,6
TOTAL	78	80,4	19	19,5	97	100

Teste exato de Fisher
p = 0,22

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 48 – RELAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO COMO SAUDÁVEL COM A AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Você se considera saudável?	Como você avalia sua saúde?					
	Boa/muito boa		Nem ruim nem boa/ruim/muito ruim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	52	53,6	23	23,7	75	77,3
Não	0	0	22	22,6	22	22,6
TOTAL	52	53,6	45	46,3	97	100

Teste exato de Fisher
p = 0,002

Legenda:
N = número de sujeitos

Tabela 49 – RELAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO COMO SAUDÁVEL COM A PRESENÇA DE CO-MORBIDADES (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Você se considera saudável?	Presença de co-morbidades					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	51	53,6	22	23,1	73	76,8
Não	21	22,1	1	1,05	22	23,1
TOTAL	72	75,7	23	24,2	95	100

Teste exato de Fisher
p = 0,01

Legenda:

N = número de sujeitos

Tabela 50 – RELAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DA ALTERAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA COMO PROBLEMA DE SAÚDE COM A INTERFERÊNCIA DA ALTERAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NAS ATIVIDADES DIÁRIAS (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde	A alteração fonoaudiológica interfere nas atividades diárias					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	50	52	27	28,1	77	80,2
Não	9	9,3	10	10,4	19	19,7
TOTAL	59	61,4	37	38,5	96	100

Qui-quadrado = 1,31

Valor de p = 0,25

Legenda:

N = número de sujeitos

Tabela 51 – RELAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DA ALTERAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA COMO PROBLEMA DE SAÚDE COM A AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE (EM NÚMERO DE SUJEITOS)

Percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde	Como você avalia sua saúde?					
	Boa/muito boa		Nem ruim nem boa/ruim/muito ruim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	37	38,1	41	42,2	78	80,1
Não	15	15,4	4	4,12	19	19,5
TOTAL	52	53,6	45	46,3	97	100

Teste exato de Fisher
p = 0,02

Legenda:

N = número de sujeitos

Parte III – Análise qualitativa das questões abertas, realizada a partir da categorização das respostas dos sujeitos

As respostas à primeira questão aberta, “Na sua opinião, o que é saúde?”, foram separadas em duas categorias: “Discurso voltado à concepção de saúde do indivíduo”, que, por sua vez, foi dividido em “Ausência de doença”, Dimensão biopsicossocial” e “Qualidade de vida”, e “Discurso voltado ao grau de importância da saúde na vida do indivíduo”. As respostas que não se enquadraram nessas categorias foram agrupadas na categoria “Não foi possível categorizar”.

Essas categorias constituem a primeira coluna do quadro 2. A segunda coluna contém os temas que se relacionam às categorias mencionadas. A terceira coluna representa a quantidade de respostas para cada categoria. A soma total de respostas é diferente do número total da amostra, visto que uma mesma resposta pode ser enquadrada em mais de uma categoria.

A segunda questão aberta, “Na sua opinião, o que é preciso para ter saúde?”, teve suas respostas categorizadas em: 1. Condições de vida e trabalho; 2. Fatores psicossociais; 3. Comportamentos individuais; 4. Assistência à saúde; 5. Espiritualidade; 6. Qualidade de vida; 7. Não foi possível categorizar.

A categoria 1, “Condições de vida e trabalho”, compreendeu os temas renda, trabalho e ambiente físico. A categoria 2, “Fatores psicossociais”, englobou os temas senso de pertencer a uma comunidade, rede familiar e paz/tranquilidade. A terceira categoria, “Comportamentos individuais”, abrangeu os temas: atividades físicas, alimentação, álcool/fumo, estilo de vida/comportamento, sono. A última categoria subdividida foi a número 4, “Assistência à saúde”, que incluiu: tratamento/acompanhamento médico e não apresentar doenças.

As categorias correspondem à primeira coluna do quadro 3. a segunda coluna contém o número de sujeitos cujas respostas abordaram essas categorias. A terceira coluna contém os temas referentes a cada categoria e a quarta coluna, por sua vez, contém o número de sujeitos que incluíram esses temas em suas respostas.

Todas as respostas dos indivíduos para ambas as questões estão apresentadas no anexo 4.

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS SUJEITOS À QUESTÃO: “NA SUA OPINIÃO, O QUE É SAÚDE?”

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	N
Discurso voltado à concepção de saúde do indivíduo	Ausência de doença	19
	Biopsicossocial	30
	Qualidade de vida	28
Discurso voltado ao grau de importância da saúde na vida do indivíduo		10
Não foi possível categorizar		9
Não respondeu		1

Legenda:
N = número de sujeitos

QUADRO 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS SUJEITOS À QUESTÃO: “NA SUA OPINIÃO, O QUE É PRECISO PARA TER SAÚDE?”

CATEGORIAS	N	SUBCATEGORIAS	N
Condições de vida e de trabalho	9	Renda	4
		Trabalho	4
		Ambiente físico	1
Fatores psicossociais	22	Pertencer a uma comunidade	6
		Rede familiar/social de apoio	5
		Paz/tranqüilidade	11
Comportamentos individuais	56	Atividades físicas	26
		Alimentação	40
		Álcool/fumo	9
		Estilo de vida/comportamento	15
		Sono	15
Assistência à saúde	27	Tratamento/acompanhamento	21
		Não sentir dor/não ter doença	5
Espiritualidade			9
Qualidade de vida			6
Não foi possível categorizar			6
Não respondeu			2

Legenda:
N = número de sujeitos

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo, está apresentada a análise crítica dos resultados obtidos no presente estudo, relacionando-os com a literatura.

A fim de facilitar a compreensão da discussão dos dados, o capítulo foi dividido em três partes, seguindo-se a divisão do capítulo de resultados.

Antes da discussão propriamente dita, optamos por tecer alguns comentários em relação à nossa amostra e à fundamentação teórica que nos levou à escolha do instrumento WHOQOL-Abreviado.

A amostra

Na nossa amostra, observamos que a maioria dos pacientes era proveniente do Ambulatório de Voz (tabela 2). Tal fato pode ser explicado devido ao fato de a fonoterapia para disfonia ser mais breve, possibilitando maior rotatividade desse ambulatório. Observamos também, na tabela 4, que nossa amostra é composta majoritariamente de sujeitos do sexo feminino. Em relação à faixa etária, mais da metade têm menos de 50 anos e quase um terço, mais de 60. O Ambulatório de Voz é composto, principalmente, por sujeitos adultos jovens, enquanto nos Ambulatórios de Disfagia e Câncer de Cabeça e Pescoço predominam os idosos (tabelas 5 e 6). Quanto ao estado civil, mais da metade dos sujeitos são casados e um quarto, solteiros (tabela 7). Em relação ao local de residência, a maioria reside em Belo Horizonte (tabela 8). Quanto à escolaridade (tabela 9), quase metade possui apenas ensino fundamental incompleto. Isso foi refletido no grande número de questionários administrados pelo entrevistador (tabela 3). Quanto à renda média familiar (tabela 10), boa parte dos sujeitos vive com a até 3 salários mínimos por mês.

Instrumentos de avaliação de qualidade de vida

O instrumento WHOQOL-Abreviado foi fruto de um projeto multicêntrico. Os estudos desenvolvidos no Brasil sugerem que o instrumento seja uma ferramenta importante para os estudos de qualidade de vida no país. Por ser

transcultural, permite que resultados de diferentes culturas sejam comparados (WHO, 1996, 1997; Fleck et al, 1999a, 1999b, 2000; Paschoal, 2000; Huang, 2006).

Acreditamos que, como sugerem vários autores, o WHOQOL-Abreviado seja um instrumento útil na prática clínica, pois permite avaliar o nível de satisfação do paciente, bem como a necessidade de maiores cuidados, como mostrado nos estudos de Andenas et al (2006) e Roque e Forone (2006), possibilitando maior conhecimento do paciente e de suas necessidades, uma vez que permite observar qual é a área da qualidade de vida do paciente que está mais afetada, proporcionando ao clínico a compreensão de possíveis interferências desses domínios sobre o sucesso terapêutico (Leplège, Rude, 1995; Alisson, 1997; WHO, 1997, 1998; Morris et al, 1998; Carr, Higginson, 2001). Contudo, muitas vezes o clínico não sabe o que fazer com as avaliações de qualidade de vida (Mehanna, Morton, 2006).

O questionário engloba questões relacionadas a domínios distintos: físico, psicológico, social e meio ambiente, considerando contextos culturais, sociais e ambientais e abrangendo, dessa forma, a definição de qualidade de vida proposta pela OMS (The WHOQOL Group, 1996) e concordando também com vários outros autores que consideram a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida (Holmes, Dickerson, 1987; Nelson, 1989. Hörnquist, 1990; Dimenäs et al, 1990, apud Ramos-Cerqueira, Crepaldi, 2000; Forattini, 1991; Allison et al, 1997; Paschoal, 2000; Minayo, 2000; Alleyne, 2001; Velarde-Jurado, Avila-Figueroa, 2002). A definição da OMS pode ser classificada, segundo Farquhar (1995), como a definição do tipo II, ou seja, “Definições baseadas e componentes”.

Portanto, o conceito de qualidade de vida considerado por nós, neste estudo, foi o de qualidade de vida global, pois não consideramos apenas fatores relacionados à saúde propriamente dita, mas também fatores relacionados à renda, moradia, rede social/familiar (Gill, Feinstein, 1994; Gladis et al, 1999). Não foram considerados também impactos de enfermidades/agravos ou efetividades de tratamentos, que constituem o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde, estudada por diversos autores (Holmes, Dickerson, 1987; Ebrahim, 1995; Testa, Simonson, 1996; Gladis et al, 1999).

Por essa razão, os instrumentos que avaliam qualidade de vida relacionada à saúde utilizados na prática clínica fonoaudiológica não serão aqui discutidos (Jacobson, Newman, 1990; Newman et al, 1996; Jacobson et al, 1997; Hogikyan, Sethuraman, 1999; Gliklich et al, 1999; Jotz, Dornelles, 2000; Fekkes et al,

2000; Chen et al, 2001; Ma, Yiu, 2001; McHorney et al, 2002; Hilari et al, 2003; Ganança et al, 2003; Deary et al, 2003; Ferreira et al, 2005; Gasparini, Behlau, 2006; Yaruss, Quesal, 2006; Ricarte et al, 2006; Castro et al, 2007).

Como alertaram Gill e Feinstein (1994), nem todos os trabalhos que apresentaram seus achados em escores, o que impossibilita a comparação entre estudos (Saupe et al, 2004; Bernardino, Vicente, 2004; Ribeiro, 2004; de Brito et al, 2005; Braga et al, 2006; Zanato et al, 2006; Torng, 2007).

Concordamos com Seidl e Zannon (2004) quanto à necessidade de que os estudos sobre qualidade de vida gerem mudanças nas práticas assistenciais, causando a superação dos modelos puramente biomédicos. É preciso que os achados desses estudos provoquem uma mudança da visão focada em doenças/sintomas para uma visão mais global da saúde, visualizando as áreas em que mais apresenta necessidades, considerando os fatores sociais, psicológicos, econômicos e culturais, olhando além das doenças.

Parte I – Comentários da análise descritiva das respostas às questões dos instrumentos "Investigação sobre a percepção de saúde" e "WHOQOL-Abreviado" e análise dos escores por domínio e questões genéricas do WHOQOL-Abreviado.

Ao analisarmos as respostas dos sujeitos quanto à presença de comorbidades (tabela 11), observamos que 37,89% afirmaram apresentar doenças dos sistemas osteomuscular e conjuntivo, como dores nas costas/coluna, reumatismo, artrite, lúpus e fibromialgia; 31,57% afirmaram apresentar transtornos mentais/comportamentais e 30,52%, doenças do aparelho circulatório, como problemas cardíacos, hipertensão arterial, trombose e acidente vascular encefálico. É importante ressaltar que, especialmente no caso de transtornos mentais/comportamentais, o sujeito era orientado a assinalar essa alternativa apenas se estivesse em tratamento especializado para tal, visto que, atualmente, doenças como depressão ou estresse são banalizadas, isto é, as pessoas alegam apresentar tais distúrbios mesmo sem diagnóstico médico (Marot, 2004). A alta ocorrência de doenças do aparelho circulatório e dos sistemas osteomuscular e conjuntivo pode ser explicada pelo fato de que quase 50% da amostra apresentar mais de 50 anos (tabela 5), idade em que a prevalência dessas doenças é maior (OPAS, 2003). Segundo documento da OPAS (2003), em 2001, os óbitos por doenças cardiovasculares corresponderam a um terço do total de óbitos no mundo e até o ano de 2010 as doenças cardiovasculares serão a principal causa de mortalidade nos países em desenvolvimento. Sabe-se ainda que as internações psiquiátricas estão entre as principais causas de internação hospitalar do país (OPAS, 2001).

A análise das respostas à pergunta "Você acha que o motivo que o levou a procurar atendimento fonoaudiológico é um problema de saúde?" (tabela 12), nos permitiu observar que a grande maioria acredita que sim. Talvez isso se deva à percepção de que, se uma dificuldade necessita de tratamento, no caso o distúrbio da comunicação humana necessita de fonoterapia, tal dificuldade configura-se em um problema de saúde. Além disso, as alterações fonoaudiológicas apresentadas por nossa amostra (tabela 2) são seqüelas de enfermidades, como câncer, ou acidentes vasculares encefálicos, no caso dos pacientes disfágicos e disfonias, que geram grande impacto social e profissional.

Na tabela 13, observamos que aproximadamente um terço dos sujeitos não considera que a alteração fonoaudiológica que apresentam interfira na realização de suas atividades diárias (tabela 13). Uma hipótese para tal achado é que o grau de exigência desses sujeitos em relação à comunicação é baixo, pois são sujeitos com baixa escolaridade e baixa renda, o que pressupõe profissões em que a demanda comunicativa seja pequena. Em contrapartida, mais de 60% da amostra acredita que a alteração fonoaudiológica interfira de algum modo na realização das atividades diárias, talvez pelo grande número de pacientes com seqüelas de câncer, disfágicos e com disfonias importantes.

Quanto à autopercepção de saúde (tabela 14), mais de três quartos dos indivíduos se consideram saudáveis, apesar de mais de 80% acreditarem que a alteração fonoaudiológica é um problema de saúde (tabela 12), e mais da metade julga sua saúde como boa ou muito boa (tabela 15). Esse último achado foi semelhante ao encontrado por Urbano et al (2006), que observou que 54% de sua amostra, moradores de uma cidade do interior de Minas Gerais avaliou seu estado de saúde como muito bom. Zart e Aerts (2006), em seu estudo com uma amostra da população de um município do interior do Rio Grande do Sul, observou 63,2% de sujeitos que referiram apresentar boa saúde.

Em relação à avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-Abreviado, observamos que o domínio que apresentou maior escore médio foi o domínio social, seguido pelo psicológico, físico e meio ambiente (tabela 16). As duas questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) pouco se diferiram em relação à média dos escores (tabela 17). Esses achados corroboram com os de Aguilar (2004), Kluthcovsky (2005), Penteado e Pereira (2007), que também encontraram melhores escores para o domínio social e piores para o domínio meio ambiente. Entretanto, as populações dos três estudos são diferentes: Aguilar pesquisou a qualidade de vida de mexicanos portadores de Diabetes Mellitus; Kluthcovsky, de agentes comunitários de saúde do Estado do Paraná; Penteado e Pereira, professores de escolas públicas de um município do interior de São Paulo. Nossos achados diferem, contudo, dos de Bedi et al (2005), Lai et al (2005) e Pereira et al (2006). Bedi et al e Lai et al observaram melhores escores para o domínio social, semelhante ao que também encontramos, mas os piores escores foram para os domínios físico e psicológico, respectivamente. No estudo de Pereira et al (2006), o domínio físico foi o que mais interferiu na

qualidade de vida. As populações estudadas foram: pacientes com artrite reumatóide na Índia (Bedi et al, 2005); idosos em Taiwan (Lai et al, 2005) e idosos residentes no interior de Minas Gerais (Pereira et al, 2006). Não encontramos nenhum estudo que tenha reas estudos realizou o cálculo da média dos escores das questões genéricas.

Parte II – Comentários sobre a análise estatística da associação entre as variáveis

Ao analisarmos os escores obtidos no WHOQOL-Abreviado em relação aos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente, e questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) em relação a sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda (tabelas 18 a 27), não observamos relação estatisticamente significativa entre os escores do WHOQOL-Abreviado e sexo, idade e estado civil. Tais achados corroboram com Bedi et al (2005) e Pereira et al (2006), mas não com os achados de Lin et al (2002), Aguilar (2004) e Bezerra et al (2006). Lin et al (2002), que estudaram a qualidade de vida de idosos em Taiwan, tiveram como resultado que as mulheres e os viúvos/divorciados/solteiros apresentaram menores escores. O contrário foi observado por Bezerra (2006) em seu estudo com portadores de insuficiência renal crônica, que encontrou que os indivíduos casados e os do sexo masculino apresentaram pior avaliação da qualidade de vida. Aguilar (2004) encontrou relação estatística entre estado civil e domínio físico (os que são casados ou vivem juntos apresentaram maiores escores).

Quando comparamos os escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente) e questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) relação à escolaridade, foi observada relação estatística nos domínios físico, psicológico e meio ambiente, ou seja, quanto maior a escolaridade, maior o escore de qualidade de vida nesses domínios (tabelas 24 e 25). Tal achado não corrobora com o de Pereira et al (2006), que não encontrou relação estatística entre essas variáveis. Lai et al (2005), encontrou relação entre o grau de escolaridade e todos os domínios do WHOQOL-Abreviado, em seu trabalho com idosos taiwaneses. Bezerra (2006) observou, semelhantemente ao nosso estudo, que pessoas com menor grau de escolaridade apresentaram pior escore nos domínios físico e meio ambiente, além de no domínio social, cuja relação não foi significativa no nosso estudo.

Ao analisarmos os escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente) e questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) em relação à renda, verificamos que houve relação estatística apenas no domínio meio ambiente, indicando que uma baixa

renda mensal implica em baixa pontuação nesse domínio (tabelas 26 e 27). O mesmo não foi encontrado no estudo de Pereira et al (2006), no qual a renda não interferiu na qualidade de vida global. Aguilar (2004) encontrou estatística entre renda e domínio social, diferentemente do observado em nosso estudo.

Quando relacionamos os escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente) e questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) do WHOQOL-Abreviado com os Ambulatórios de atendimento, Voz, Motricidade Orofacial, Fissura, Disfagia, Câncer de Cabeça e Pescoço e Reabilitação Vestibular, observamos relação estatisticamente significativa no domínio físico, mas não foi possível determinar onde ocorreu essa relação (tabelas 28 e 29).

Ao analisarmos os escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente) e questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) do WHOQOL-Abreviado com a presença de co-morbidades (tabelas 30 e 31), observamos relação estatisticamente significativa com o domínio meio ambiente e com a segunda questão genérica (Quão satisfeito você está com sua saúde?). Indivíduos que apresentam doenças têm um escore menor no domínio meio ambiente (tabela 30). Talvez isso ocorra em razão dos tipos de co-morbidades mais freqüentes na nossa amostra (doenças dos sistemas osteomuscular e conjuntivo, como dores nas costas/coluna, reumatismo, artrite, lúpus e fibromialgia; doenças do aparelho circulatório, como problemas cardíacos, hipertensão arterial, trombose e acidente vascular encefálico; e transtornos mentais e comportamentais), que demandam grandes cuidados em saúde e limitam as oportunidades de lazer. Por outro lado, a ausência de co-morbidades apresentou relação com a satisfação com a saúde, segunda questão genérica, isto é, sujeitos que não apresentam co-morbidades estão mais satisfeitos com a saúde (tabela 31). Nossos achados não corroboram com os de Lai et al (2005), que observaram relação entre a presença de doenças com todos os domínios do WHOQOL-Abreviado, em estudo com idosos em Taiwan.

A percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde não apresentou relação estatística com a avaliação da qualidade de vida, nem em relação aos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente e nem em relação às questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) (tabelas 32 e 33). Por outro lado, a percepção do indivíduo como ser saudável apresentou relação estatística com as duas questões genéricas e

com os domínios físico, psicológico e meio ambiente (tabelas 34 e 35), isto é, indivíduos que se sentem saudáveis, apresentaram melhor avaliação da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e meio ambiente e nas duas questões genéricas.

Ao compararmos os escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente) e questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) do WHOQOL-Abreviado com a auto-avaliação da saúde, observamos que a avaliação positiva da saúde mostrou relação estatisticamente significativa com os domínios psicológico e meio ambiente e com as duas questões genéricas, ou seja, quanto melhor a avaliação da saúde, maior os escores nesses domínios, que avaliam, por exemplo, a capacidade e pensar, aprender, memória e concentração, a auto-estima, a imagem corporal e aparência, a sensação de segurança e proteção, a disponibilidade e qualidade dos cuidados em saúde e a participação em atividades de recreação e lazer. Consideramos pertinente afirmar que quanto melhor a avaliação da saúde, melhor a avaliação da qualidade de vida e maior o grau de satisfação com a própria saúde (tabelas 36 e 37).

Ao analisarmos a variável percepção como ser saudável com as variáveis sexo, idade, escolaridade, renda e Ambulatório, observamos relação estatisticamente significativa apenas em relação à escolaridade, isto é, os sujeitos que não se percebem como saudáveis possuem menor escolaridade (tabelas 38-40).

Ao compararmos a auto-avaliação da saúde com as variáveis sexo, idade, escolaridade e renda, verificamos que a auto-avaliação positiva da saúde apresentou relação estatisticamente significativa com a escolaridade e com a renda mensal, mas não com o sexo e a idade (tabelas 41 e 42). Os sujeitos que avaliaram negativamente a própria saúde possuem escolaridade e renda menores. Tal achado corrobora com o encontrado por Rodrigues e Alves, em estudo com idosos no município de São Paulo (2005).

Quando analisamos o cruzamento da variável presença de comorbidades com as variáveis sexo, idade, escolaridade e renda, observamos relação estatisticamente significativa com a idade, escolaridade e renda. A presença de comorbidades esteve relacionada a sujeitos com mais de 50 anos, menor escolaridade e menor renda, o que corrobora com o documento da OPAS (2003), que refere que pessoas com mais idade e carentes sócio-economicamente estão mais propensas a desenvolverem doenças (tabelas 43 e 44). Além disso, sujeitos que apresentam comorbidades apresentaram auto-avaliação negativa da própria saúde, ao passo que

indivíduos que não apresentam doenças avaliaram sua saúde como boa ou muito boa (tabela 45).

Observamos também relação estatisticamente significativa entre a autopercepção como ser saudável e a interferência da alteração fonoaudiológica nas atividades diárias (tabela 46). O mesmo não foi observado entre a autopercepção de saúde e a percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde (tabela 47). Quanto à autopercepção e auto-avaliação da saúde (tabela 48), todos os sujeitos que não se consideram saudáveis avaliaram negativamente sua saúde, apresentando relação estatisticamente significativa. Observamos que as pessoas que não se consideram saudáveis, apresentam pelo menos uma co-morbidade, numa relação estatisticamente significativa (tabela 49). Almeida Filho (2000) faz duas afirmações importantes a serem consideradas nesse caso: “Nem todos os sujeitos sadios acham-se isentos de doença” e “Nem todos os isentos de doença são sadios”. Contrariamente a essas afirmações, na nossa amostra, 100% dos que não se consideram saudáveis, avaliam negativamente a própria saúde e 21 dos 22 que não se acham saudáveis apresentam pelo menos uma doença. Por outro lado, corroborando com as proposições do autor, 51 dos 73 sujeitos que se acham saudáveis, apresentam alguma doença.

Ao analisarmos a variável percepção da alteração fonoaudiológica como problema de saúde com as variáveis interferência da alteração fonoaudiológica nas atividades diárias e com a auto-avaliação da saúde, observamos relação estatisticamente significativa em relação à auto-avaliação da saúde (tabelas 50 e 51).

Após analisarmos a relação entre qualidade de vida global e a percepção e auto-avaliação de saúde, verificamos que os indivíduos que se percebem como saudáveis apresentam também melhor avaliação da qualidade de vida. Além disso, observamos que a percepção da saúde e da qualidade de vida dos sujeitos dessa amostra foram influenciadas pelo grau de escolaridade do sujeito, de modo que, quanto maior a escolaridade, melhor a percepção de saúde e a qualidade de vida.

Parte III – Análise qualitativa das questões abertas, “Na sua opinião, o que é saúde?” e “Na sua opinião, o que é preciso para ter saúde?”, baseada na categorização das respostas dos sujeitos

Tabela 54.

Após breve explanação sobre cada categoria de respostas, serão apresentados alguns exemplos de discursos dos sujeitos.

5.1 Comentários da análise das respostas à Questão 1: Na sua opinião, o que é saúde?

Ao analisarmos as respostas dos sujeitos à questão “Na sua opinião, o que é saúde?”, observamos dois grandes eixos, conforme quadro 2: “Discurso voltado à concepção de saúde do indivíduo”, com 77 respostas, e “Discurso voltado ao grau de importância da saúde na vida do indivíduo”, com 10 respostas.

Discurso voltado à concepção de saúde do indivíduo

No primeiro eixo, encontramos três categorias de respostas: 1. Ausência de doença; 2. Dimensão biopsicossocial; 3. Qualidade de vida. Optamos por essa classificação com base na evolução da concepção de saúde e doença (Gutierrez, Oberdiek, 2001).

Dezenove sujeitos relacionaram saúde com ausência de doenças, como se pode observar nos exemplos abaixo.

“É não ter nenhum problema com o seu corpo.”

“Não ter dores.”

“É não sentir nada.”

“É não sentir nenhuma dor, não sentir nada, não precisar tomar remédio.”

Esses achados corroboram com Mamede et al (1993), que entrevistaram 42 mulheres no Município de Ribeirão Preto. Nesse estudo, os autores perceberam a forte presença da visão biologicista da saúde, visto que o termo foi relacionado a “não sentir nada” e “não ter dor”.

Em nosso estudo, notamos que alguns sujeitos conceituam saúde citando doenças/incapacidades que eles próprios apresentaram ou apresentam, confirmando também a forte presença da visão biológica.

“Foi o câncer que eu tive, a falta de ar, o problema de gengiva.”

“É não ter problemas como eu tenho, de trombose, reposição de hormônio”

“É não ter problemas de pressão, não precisar de remédio controlados.”

Trinta sujeitos referiram-se a fatores biopsicossociais ao conceituar saúde. Abaixo estão elencados alguns exemplos:

“É a pessoa estar mentalmente e fisicamente bem, sem problemas.”

“Estar bem fisicamente e espiritualmente.”

“Cuidar bem do corpo e da mente etc.”

“É um bem-estar físico, mental e até social.”

“Harmonia total entre o psicológico e o físico. Males são momentos de desequilíbrio e podem ser tratados.”

Vinte e oito sujeitos voltaram seu discurso à qualidade de vida. A resposta foi enquadrada nessa categoria quando extrapolava os domínios biológicos, psíquicos e sociais, envolvendo aspectos como felicidade, satisfação com a vida ou utilizando-se o termo qualidade de vida.

“Não sentir nada e ter felicidade.”

“É não sentir nada, sempre sentir satisfeito com a vida. É todo mundo gostar da gente.”

“É bem-estar, é se sentir em condições de ter uma vida normal, sem muitas restrições.”

“Ter disposição para fazer tudo, estar de bem com a vida.”

“Tudo aquilo que interfere em minha qualidade de vida, podendo trazer benefícios ou não para meu corpo. Vai muito além de doenças e tratamento médico.”

Discurso voltado ao grau de importância na vida do indivíduo

Além do eixo anterior, encontramos 10 respostas revelando o grau de importância da saúde na vida do sujeito, demonstrando preocupação dessas pessoas em relação à saúde.

“É uma coisa boa. É o primeiro lugar.”

“É em primeiro lugar. Sem saúde, não vale nada.”

“É o principal para todos nós. Sem saúde, o que fazer?”

“Saúde é tudo. Sem ela não somos nada.”

“É o principal de todo humano. É tudo.”

Essas respostas foram semelhantes às encontradas por Martin e Ângelo (1998), que pesquisaram o significado de saúde de mães de famílias em situação de risco social, encontrando, dentre outras definições, “o principal para se viver”.

Deste modo, consideramos pertinente afirmar que a saúde é vista por esses sujeitos como um marcador de satisfação, felicidade, qualidade de vida e adequação social.

5.2 Comentários da análise das respostas à Questão 2: Na sua opinião, o que é preciso para ter saúde?

Com relação à segunda questão, “Na sua opinião, o que é preciso para ter saúde”, (quadro 3) observamos respostas que remetem aos determinantes da saúde, como condições de vida e trabalho, fatores psicossociais e comportamentos individuais, citados pela Organização Pan-Americana da Saúde, (2002). Optamos por utilizar como eixos de categorias tais determinantes, além de outros eixos que consideramos importantes, dada a sua frequência de respostas: Assistência à saúde, Espiritualidade e Qualidade de vida.

Condições de vida e trabalho

Essa categoria engloba os determinantes trabalho, renda e ambiente físico. Foram observadas nove respostas que remeteram a esse primeiro eixo, conforme exemplos abaixo:

“Um bom lugar para morar, com vários recursos.”

“Ter dinheiro pra poder se tratar.”

Respostas desse tipo foram também encontradas por Queiroz (1993), em seu estudo com famílias em Paulina, que verificou que a maioria dos 52 entrevistados relacionou saúde à capacidade para trabalhar, e por Moura et al (2006), que pesquisou o conceito de saúde de líderes comunitários, encontrando trabalho como sinônimo de saúde e impossibilidade de trabalhar como doença.

No trabalho de Martin e Ângelo (1998), foi percebido que as mães de família em risco social verificavam se a família tinha saúde, observando se há o que comer, o que é influenciado pela renda familiar.

Fatores psicossociais

Fatores psicossociais foram citados em 22 respostas. Além das subcategorias “senso de pertencer a uma comunidade”, e “redes familiares e sociais de apoio”, elencadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (2002) incluímos a subcategoria “paz/tranqüilidade”, visto que o número de respostas nessa subcategoria nos chamou a atenção. A freqüência das respostas incluindo a subcategoria “paz/tranqüilidade” talvez se deva devido à crescente violência a que a população está sujeita, gerando um sentimento de insegurança.

“Paz e boa convivência.”

“É ter saúde, paz e harmonia com todo mundo.”

Comportamentos individuais

Esse foi o eixo mais citado, com 56 sujeitos citando comportamentos individuais como necessários à saúde. As subcategorias observadas nas respostas foram: atividades físicas, alimentação, álcool/fumo, estilo de vida/comportamento (Organização Pan-Americana de Saúde, 2002), além da subcategoria “sono”, que foi por nós acrescentado a essa categoria diante do grande número de respostas relacionadas a ele.

“É cuidar constantemente do seu corpo para que não venha acontecer qualquer dano a ele.”

“Não fumar, não beber, dormir pelo menos 6 horas, evitar todo tipo de excesso, caminhar pelo menos 2km diários.”

“Boa alimentação, dormir bem e andar bastante.”

Outro dado relevante nos exemplos acima é a preocupação da população em relação à incorporação e manutenção de hábitos saudáveis, o que demonstra a influência de ações de promoção da saúde na população.

Moura et al (2006), em seu estudo com líderes comunitários, encontrou como resposta o termo “alimentação” para definir saúde, semelhante ao observado em nosso estudo.

Assistência à saúde

Vinte e sete sujeitos citaram em suas respostas subcategorias relacionadas a um caráter assistencial, como acompanhamento/tratamento médico, prevenção ou não sentir dores.

“Procurar os médicos, detalhar o que a gente está passando, sofrendo, para que ele passe os medicamentos pra gente superar.”

Deste modo, verificamos ainda que uma parcela importante da amostra considera que assistência é garantia de saúde. É importante salientar que a garantia de acesso aos serviços de saúde parece trazer tranquilidade à população.

Espiritualidade

A espiritualidade foi citada em nove respostas, o que corrobora com os achados de Martin e Ângelo (1998), que obteve respostas como fé e proteção divina como fatores necessários para se ter saúde.

“Paz, alegria, comer e dormir bem, trabalhar, viver com Deus.”

“Ter disposição para lutar pelos seus ideais e nunca perder a fé em Deus. Sem isso, a gente não é nada, não temos saúde.”

Qualidade de vida

Seis sujeitos citaram “qualidade de vida” como fator necessário à saúde. Não se sabe, porém, se o fato de saberem que a pesquisa se tratava de qualidade de vida os tenha influenciado em suas respostas.

“Boa alimentação, qualidade de vida e exercícios físicos.”

“Uma boa qualidade de vida.”

A maioria dos sujeitos (N=34, 35%) incluiu vários eixos em suas respostas, atribuindo, portanto, vários fatores determinantes da saúde, concordando

com Buss (2000) e Seidl e Zannon (2004), que afirmam que a saúde é determinada e condicionada por vários fatores sociais e econômicos, culturais, físicos e ao estilo de vida. No estudo de Urbano et al (2006), 35% de 160 entrevistados relacionaram saúde a aspectos sociais, econômicos, biológicos e psicológicos, percentual idêntico ao encontrado em nosso estudo.

O número de trabalhos publicados na área da saúde, cuja metodologia incluía pesquisa qualitativa na investigação da percepção/conceito de saúde é restrito. Na Fonoaudiologia essa literatura é ainda mais escassa. Tal escassez foi comentada por Coelho e Almeida Filho (2002), que a atribuem ao fato da “cultura da doença” limitar o interesse em se pesquisar a saúde de maneira positiva.

Verificamos, em relação à análise das questões “Na sua opinião, o que é ter saúde?” e “Na sua opinião, o que é preciso para ter saúde?”, que para a maioria da população estudada saúde é entendida de maneira multidimensional e que os problemas e necessidades de saúde extrapolam as questões biologicistas, na medida em que incluem fatores psicossociais, espirituais e socioeconômicos, como incorporação de hábitos saudáveis e qualidade de vida e trabalho. Outro dado relevante foi a preocupação de que a garantia de acesso aos serviços, ou seja, a assistência à saúde é considerada fator importante para se ter saúde.

6 CONCLUSÕES

A partir do presente trabalho, consideramos pertinente concluir que:

1. Em relação à avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-Abreviado, observamos que o domínio que apresentou maior escore médio foi o domínio social, seguido pelo psicológico, o físico e o meio ambiente. As duas questões genéricas (“Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito você está com sua saúde?”) pouco se diferiram em relação à média dos escores.
2. Quanto à autopercepção e ao conceito de saúde, observamos:
 - Em relação à autopercepção de saúde, mais de três quartos dos indivíduos se consideram saudáveis, apesar de mais de 80% acreditarem que a alteração fonoaudiológica é um problema de saúde, e mais da metade julga sua saúde como boa ou muito boa.
 - Ao analisarmos as respostas dos sujeitos à questão “Na sua opinião, o que é saúde?”, observamos duas grandes categorias: “Discurso voltado à concepção de saúde do indivíduo” e “Discurso voltado ao grau de importância da saúde na vida do indivíduo”.
 - Com relação à questão, “Na sua opinião, o que é preciso para ter saúde”, observamos respostas que remetem aos determinantes da saúde, como condições de vida e trabalho, fatores psicossociais e comportamentos individuais, citados pela Organização Pan-Americana da Saúde, Assistência à saúde, Espiritualidade e Qualidade de vida.
3. Em relação à associação dos escores por domínio e das questões genéricas com fatores socioeconômicos e demográficos e com a autopercepção de saúde dos sujeitos, observamos:
 - Quando relacionamos os escores dos domínios e questões genéricas do WHOQOL-Abreviado em relação à escolaridade, foi observada relação estatística nos domínios físico, psicológico e meio ambiente, ou seja, quanto maior a escolaridade, maior o escore de qualidade de vida nesses domínios.
 - Ao relacionarmos os escores dos domínios e questões genéricas do WHOQOL-Abreviado em relação à renda, verificamos que houve relação

estatística apenas no domínio meio ambiente, indicando que uma baixa renda mensal implicou em baixa pontuação nesse domínio.

- Ao relacionarmos os escores dos domínios e questões genéricas do WHOQOL-Abreviado com a presença de co-morbidades, observamos relação estatisticamente significativa com o domínio meio ambiente e com a segunda questão genérica (Quão satisfeito você está com sua saúde?).
- Ao relacionarmos os escores dos domínios e questões genéricas do WHOQOL-Abreviado com a auto-avaliação da saúde, observamos que a avaliação positiva da saúde mostrou relação estatisticamente significativa com os domínios psicológico e meio ambiente e com as duas questões genéricas, ou seja, quanto melhor a avaliação da saúde, maior os escores nesses domínios.
- Ao relacionarmos a variável percepção como pessoa saudável com as variáveis sexo, idade, escolaridade, renda e Ambulatório, observamos relação estatisticamente significativa apenas em relação à escolaridade, isto é, os sujeitos que não se percebem como saudáveis possuem menor escolaridade.
- Ao compararmos a auto-avaliação da saúde com as variáveis sexo, idade, escolaridade e renda, verificamos que a auto-avaliação positiva da saúde apresentou relação estatisticamente significativa com a escolaridade e com a renda mensal, mas não com o sexo e a idade
- Ao correlacionarmos o cruzamento da variável presença de co-morbidades com as variáveis sexo, idade, escolaridade e renda, observamos relação estatisticamente significativa com a idade, escolaridade e renda.

7 ANEXOS

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa sobre como as pessoas acham que sua vida está nas últimas semanas e o que pensam sobre saúde. O título da pesquisa é: “Relação entre qualidade de vida e conceito de saúde de indivíduos em atendimento no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG”.

Para isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a dois questionários. O primeiro contém perguntas sobre dados pessoais, como idade, sexo, escolaridade e estado civil e sobre o tratamento fonoaudiológico. O segundo é composto por 26 perguntas de múltipla escolha sobre sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com seus amigos e familiares e o ambiente em que você vive.

Caso concorde em participar, os questionários serão preenchidos enquanto você aguarda o horário do seu atendimento, não sendo preciso vir a este Ambulatório em outro período.

A pesquisa não oferece nenhum desconforto, risco ou gasto financeiro. Como benefícios, esperamos que conhecendo o que as pessoas pensam sobre sua saúde, possamos conhecer melhor a pessoa que procura atendimento fonoaudiológico e planejar um tratamento mais eficiente.

Essa pesquisa não tem relação com seu tratamento, ou seja, se você não quiser participar, isso não comprometerá o seu atendimento. O participante da pesquisa pode desistir de participar a qualquer momento, sem prejuízo ao tratamento.

Sua identidade será mantida em sigilo. Os dados levantados serão utilizados apenas para essa pesquisa e divulgados em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Quaisquer dúvidas, entre em contato com as pesquisadoras ou com o COEP (Comitê de Ética em Pesquisa), pelos telefones que estão logo abaixo. Agradecemos a participação e pedimos que assine o presente termo.

Nome do participante: _____

Assinatura: do participante: _____

Gezaine Priscila Gonçalves da Costa
Pesquisadora

Stela Maris Aguiar Lemos
Orientadora da Pesquisa

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2007.

Pesquisadoras:

Stela Maris Aguiar Lemos – fonoaudióloga, professora assistente do curso de Fonoaudiologia da UFMG. Tel: (31) xxxx-8640

Gezaine Priscila Gonçalves da Costa – estudante de Fonoaudiologia da UFMG. Tel: (31) xxxx-5406

COEP (Comitê de Ética em Pesquisa): Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar. Campus Pampulha Belo Horizonte, MG CEP: 31270-901 Tel: 3499-4592.

Anexo 2

INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DE SAÚDE

1. **Sexo:** () M () F

2. **Idade:** _____

3. **Grau de escolaridade:**

- () 1º grau incompleto (ensino fundamental)
- () 1º grau completo (ensino fundamental)
- () 2º grau incompleto (ensino médio)
- () 2º grau completo (ensino médio)
- () Superior incompleto
- () Superior completo
- () Técnico
- () Nunca estudou

4. **Estado civil:**

- () solteiro(a)
- () casado(a)
- () vivendo como casado(a)
- () separado(a)
- () divorciado(a)
- () viúvo(a)

5. **Renda média familiar:**

- () Até um salário mínimo
- () De 1 a 3 salários mínimos
- () De 4 a 5 salários mínimos
- () De 6 a 7 salários mínimos
- () De 8 a 10 salários mínimos
- () Mais de 10 salários mínimos

6. **Local de residência:**

- () Baldim
- () Belo Horizonte
- () Betim
- () Brumadinho
- () Caeté
- () Capim Branco
- () Confins
- () Contagem
- () Esmeraldas
- () Florestal
- () Ibirité
- () Igarapé
- () Itaguara
- () Itatiaiuçu
- () Jaboticatubas

- () Juatuba
- () Lagoa Santa
- () Mário Campos
- () Mateus Leme
- () Matozinhos
- () Nova Lima
- () Nova União
- () Pedro Leopoldo
- () Raposos
- () Ribeirão das Neves
- () Rio Acima
- () Rio Manso
- () Sabará
- () Santa Luzia
- () São Joaquim de Bicas
- () São José da Lapa
- () Sarzedo
- () Taquaraçu de Minas
- () Vespasiano
- () Outra cidade de Minas Gerais

7. **A alteração fonoaudiológica interfere nas suas atividades diárias?**

- () Completamente () Muito
- () Médio () Pouco () Nada

8. **Você acha que o motivo que o levou a procurar atendimento fonoaudiológico é um problema de saúde?** () Sim () Não

9. **Você está passando, nesse momento, por alguma dessas situações?**

- () Câncer
- () Diabetes
- () Colesterol alto
- () Problemas da glândula tireóide
- () Problemas hormonais
- () Depressão (somente se estiver em uso de medicamento)
- () Problema de álcool ou drogas (em tratamento médico)
- () Enxaqueca
- () Esclerose múltipla
- () Epilepsia
- () Catarata
- () Glaucoma

- Surdez/deficiência auditiva
 - Problema de coração
 - Pressão alta
 - Trombose
 - Derrame
 - Asma/bronquite/sinusite/rinite
 - Enfisema
 - Gastrite, esofagite, úlceras
 - Problemas de rim
 - Problemas de pele
 - Artrite ou reumatismo
 - Dor na coluna/costas
 - Nenhum desses
 - Outros (especificar) _____
-

10. Você se considera uma pessoa saudável? Sim Não

11. Como está a sua saúde?

- Muito ruim
- Ruim
- Nem ruim nem boa
- Boa
- Muito boa

12. Na sua opinião, o que é saúde?

13. Na sua opinião, o que é preciso para ter saúde?

Para uso da entrevistadora:

Ambulatório de atendimento:

- Voz
- Motricidade Orofacial
- Fissura Lábio-palatina
- Deficiência Auditiva
- Disfluência
- Afasia
- Envelhecimento
- Disfagia
- Câncer de Cabeça e Pescoço
- Reabilitação Vestibular

Forma de administração:

- Auto-administrado
- Assistido pelo entrevistador
- Administrado pelo entrevistador

Anexo 3

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 4

Questões abertas

RESPOSTAS DOS INDIVÍDUOS À PERGUNTA: “NA SUA OPINIÃO, O QUE É SAÚDE?”

Sujeito	Discurso voltado à concepção de saúde do indivíduo			Discurso voltado ao grau de importância da saúde na vida do indivíduo	Não categorizadas
	Ausência de doença	Dimensão Biopsicossocial	Qualidade de vida		
1	É coisa boa. Perdeu saúde, perdeu tudo.				
2		É tudo. É ter condições de ajudar os outros espiritualmente.			
3				É uma coisa importante.	
4			Não sentir nada e ter felicidade.		
5				É uma coisa boa. É o primeiro lugar.	
6	É não ter nenhum problema com o seu corpo.				
7	Foi o câncer que eu tive, a falta de ar, o problema de gengiva.				
8		É a pessoa estar mentalmente e fisicamente bem, sem problemas.			
9				É em primeiro lugar. Sem saúde, não vale nada.	
10			É a pessoa estar bem, não estar sentindo nada, ter condições de fazer as coisas do dia-a-dia. E eu não estou tendo essas condições.		

continuação

11					É não sentir as coisas.
12					É o estado em que nos encontramos no momento.
13	É não ter problemas de pressão, não precisar de remédio controlados.				
14	É não sentir nada.				
15			É não sentir nada, sempre sentir satisfeito com a vida. É todo mundo gostar da gente.		
16			É viver a vida com bons procedimentos. Se não tem saúde, vive a vida mais ou menos.		
17			É paz, sossego e serenidade.		
18			É a paz de espírito e estar de bem consigo próprio.		
19				É o principal para todos nós. Sem saúde, o que fazer?	
20				Saúde é tudo. Sem ela não somos nada.	
21			É bem-estar, é se sentir em condições de ter uma vida normal, sem muitas restrições.		
22			Não ter enfermidades, ter qualidade de vida, não sentir solidão dentre outros.		
23			É um bem-estar.		
24			É a vida, disposição.		
25	Não ter dores.				
26	É não sentir nenhuma dor, não sentir nada, não precisar tomar remédio.				
27	Maneira de viver bem, sem				

continuação

	problemas, sem uso de medicamentos.				
28				Sem saúde não tem nada.	
29					Não respondeu
30		Estar bem fisicamente e espiritualmente.			
31	Não sentir nada.				
32				É o principal de todo humano. É tudo.	
33		É a gente estar bem com a gente mesmo.			
34	É não ter problemas como eu tenho, de trombose, reposição de hormônio.				
35					É levar a vida 100%.
36			É poder fazer tudo o que desejar.		
37			É poder resolver seus problemas, sair sem precisar de pessoas para acompanhar.		
38		Cuidar bem do corpo e da mente etc.			
39		É um bem-estar físico, mental e até social.			
40		É você estar em perfeito estado de saúde, corpo físico, ter uma boa alimentação, exercícios físicos etc.			
41			É estar de bem com a vida, é tudo, é não estar com problemas, poder andar.		
42		Poder trabalhar, não sentir nada.			
43			É liberdade, poder falar, sair, não tomar remédio.		
44			É uma pessoa que faz tudo,		

continuação

			trabalha, sai.		
45				É o mais importante. Sem saúde não consegue nada.	
46			É a pessoa viver bem sem qualquer atrito pessoal e com a parte física se ache tudo normal. O importante é viver sem ter algo que atrapalhe a vida.		
47		É a pessoa estar bem, sempre.			
48	Não ficar tomando remédio, não precisar ir ao médico, não sentir dores.				
49	É estar bem, não tomar remédio.				
50			Ter disposição para fazer tudo, estar de bem com a vida.		
51			Não ter dor, poder trabalhar, poder andar, não ser um velho chato e implicante, ser tolerante.		
52					Saúde é como um trilho: a sapata, a alma e boleto.
53					É a pessoa estar bem.
54		É uma pessoa mais disposta, que procura fazer exercício.			
55			Saúde é ter qualidade de vida, como boa alimentação, tempo para lazer e é claro ausência de doença. Como tudo isso não é fácil de manter, faz-se o que pode.		
56			É você desenvolver todas as atividades diárias, trabalho, estudo, lazer sem		

continuação

			nenhum constrangimento.		
57			É estar tudo bem, de bem com a vida.		
58			É a vida estar bem em tudo.		
59	Não sentir nada.				
60		O bom funcionamento do corpo como um todo.			
61		Harmonia total entre o psicológico e o físico. Males são momentos de desequilíbrio e podem ser tratados.			
62		É estar bem comigo mesma, com os outros, sem sentir dor, sem trauma.			
63			Tudo aquilo que interfere em minha qualidade de vida, podendo trazer benefícios ou não para meu corpo. Vai muito além de doenças e tratamento médico.		
64		Saúde é tudo pra pessoa. A saúde pra mim é você estar bem com você mesmo.			
65					Saúde é estar bem.
66		A pessoa não sentir nada, ser tranqüila, ter menos peso.			
67		A condição que se encontra o estado físico e mental.			
68				É tudo, porque sem ela não podemos fazer nada.	
69					Estar sempre normal.
70	Não precisar de estar vindo todo dia no hospital, não tomar remédio todo dia. Pessoa com saúde levanta todo dia pra trabalhar.				

continuação

	Doente se não toma remédio piora.				
71		Se manter equilibrada, ou menos tentar. Equilíbrio emocional, físico e espiritual. Parece fácil, mas é difícil!			
72	Não sentir nada.				
73				É a coisa mais importante.	
74		É não sentir nada, e ter muita disposição pra trabalhar.			
75	É a pessoa ter atividade física normal, sem ter problema, fazer exame de rotina.				
76		Estar bem consigo mesmo, com os outros e sem doença.			
77	É uma pessoa saudável, sem ter problemas, que não precisa tomar tanto remédio.				
78			É estar satisfeita com a mesma.		
79		É estar bem, não ter problema.			
80			É ter condições de se tratar e estar bem com a vida. Poder superar qualquer problema.		
81					Estar tudo bem.
82	É não sentir nada, não ter doença que precisa fazer controle. Não precisar ir ao médico sempre.				
83		Sentir-se bem ou estar bem consigo mesma.			
84			É você estar bem sem nenhuma dessas doenças		

conclusão

			degenerativas, estar feliz e satisfeito consigo mesma.		
85		Estar fisiológico e psicológico.			
86		Saúde é equilíbrio entre o estado físico e emocional.			
87		Ter um equilíbrio saudável, tanto orgânico e emocional.			
88		Bem estar físico, mental, emocional, espiritual, familiar, conjugal e material.			
89	Não necessitar de tratamento, não fazer uso de medicamento.				
90			Poder fazer de tudo.		
91					É estar bem.
92		É estar bem consigo mesma, em todos os sentidos, interior e externamente.			
93		Saúde é bem estar físico, mental e espiritual.			
94		Saúde é um bem estar. Corpo e mente são, em harmonia.			
95		É viver de bem estar, alegre, sabendo superar seus problemas, não se deixar influenciar pelo que há de mal.			
96			É estar feliz..		
97		Bem estar físico/mental/psíquico. Equilíbrio das funções orgânicas, psico-sociais.			

RESPOSTAS DOS SUJEITOS À PERGUNTA: "NA SUA OPINIÃO, O QUE É PRECISO PARA TER SAÚDE?"

Sujeito	Condições de vida e trabalho	Fatores psicossociais	Comportamentos individuais	Assistência à saúde	Espiritualidade	Qualidade de vida	Não categorizadas
1		Muita coisa. Ter coisas boas, viajar, ter os filhos perto da gente.					
2			Não comer muita bobagem, poder fazer caminhada, ter boa vida espiritual.		Não comer muita bobagem, poder fazer caminhada, ter boa vida espiritual.		
3		Paz e boa convivência.					
4		Bom tratamento médico, boa convivência com a família, principalmente com marido e filhos.		Bom tratamento médico, boa convivência com a família, principalmente com marido e filhos.			
5			Atividade física, boa alimentação, não estragar a saúde.				
6			É cuidar constantemente do seu corpo para que não venha acontecer qualquer dano a ele.				
7				Tratamento.			
8				Acompanhamento médico.			
9				Cuidar, pedir a Deus um bom médico. Tem que ter ajuda de Deus e dos médicos. Se Deus não quiser,	Cuidar, pedir a Deus um bom médico. Tem que ter ajuda de Deus e dos médicos. Se		

continuação

				nada feito.	Deus não quiser, nada feito		
10							Não sentir nada.
11		Só Deus para ter misericórdia. Ter sossego. Ter paz.			Só Deus para ter misericórdia. Ter sossego. Ter paz		
12			Não fumar, não beber, dormir pelo menos 6 horas, evitar todo tipo de excesso, caminhar pelo menos 2km diários.				
13			Fazer de tudo, fazer caminhada, ter boa alimentação, dormir bem, procurar médico de vez em quando.	Fazer de tudo, fazer caminhada, ter boa alimentação, dormir bem, procurar médico de vez em quando.			
14		Boa convivência, alimentação.	Boa convivência, alimentação.				
15		Paz, alegria, comer e dormir bem, trabalhar, viver com Deus.	Paz, alegria, comer e dormir bem, trabalhar, viver com Deus.		Paz, alegria, comer e dormir bem, trabalhar, viver com Deus.		
16				Procurar os médicos, detalhar o que a gente está passando, sofrendo, para que ele passe os medicamentos pra gente superar.			
17		Paz, dormir e alimentar bem.	Paz, dormir e alimentar bem.				
18			Uma única resposta: ter cabeça.				
19				Se ficar doente, tem que procurar o			

continuação

				médico.			
20			Boa alimentação.				
21		Boa alimentação, exercícios físicos e tranqüilidade.	Boa alimentação, exercícios físicos e tranqüilidade.				
22			Ter tempo para você mesmo, ouvir boa música etc.				
23	Um bom lugar para morar, com vários recursos.						
24			Ter disposição para lutar pelos seus ideais e nunca perder a fé em Deus. Sem isso, a gente não é nada, não temos saúde.		Ter disposição para lutar pelos seus ideais e nunca perder a fé em Deus. Sem isso, a gente não é nada, não temos saúde.		
25				Não ter dor.			
26							Não sentir nada.
27			Preservar cuidados, seguir aconselhamentos médicos, não usar álcool, não fumar.				
28			Boa alimentação, ser tranqüilo, não preocupar demais com as coisas, levar a vida normal.				
29							Não respondeu
30			Alimentar bem, ter higiene etc.				
31			Alimentar bem, ter tratamento.	Alimentar bem, ter tratamento.			
32			Alimentação boa, dormir bem,				

			passar, viajar.				
33			Boa alimentação, exercício físico.				
34				Não ter doenças.			
35			Exercício físico, boa alimentação, fazer sempre <i>check-up</i> , ser tranquilo.	Exercício físico, boa alimentação, fazer sempre <i>check-up</i> , ser tranquilo.			
36		É estar de bem consigo mesmo e com os outros.					
37		Tranquilidade.					
38			Uma ótima refeição, fazer exercício físico.				
39			1º:cuidados com o corpo, alimentação, dormir bem, estar de bem comigo mesma e com a vida. 2º:ir ao médico quando necessitar e quando não for preciso, fazer algum <i>check-up</i> .	1º:cuidados com o corpo, alimentação, dormir bem, estar de bem comigo mesma e com a vida. 2º:ir ao médico quando necessitar e quando não for preciso, fazer algum <i>check-up</i> .			
40			Palavras supracitadas. (É você estar em perfeito estado de saúde, corpo físico, ter uma boa alimentação, exercícios físicos etc.)				
41		Boa alimentação, fazer caminhada, exercícios físicos, estar bem consigo mesmo e com a	Boa alimentação, fazer caminhada, exercícios físicos, estar bem consigo mesmo e com a				

		vida.	vida.				
42			Boa alimentação, dormir bem e andar bastante.				
43		Tranquilidade, comer devagar, caminhada, não comer açúcar, sal, gordura, manteiga.	Tranquilidade, comer devagar, caminhada, não comer açúcar, sal, gordura, manteiga.				
44				Ir no médico fazer exames periódicos, ter prevenção, ter orientação.			
45				Não estar doente.			
46		É ter saúde, paz e harmonia com todo mundo.					
47		Sossego, tomar remédio.		Sossego, tomar remédio.			
48			Se prevenir desde cedo, não fumar, não beber, não importar muito com as coisas.				
49				Não ter doença, não precisar tomar remédio.			
50			Boa alimentação, evitar <i>stress</i> .				
51			Não beber, não fumar, não ter ansiedade, dormir cedo.				
52	Prevenção, não fumar, não beber, trabalhar, dormir e acordar cedo, alimentar bem.		Prevenção, não fumar, não beber, trabalhar, dormir e acordar cedo, alimentar bem.				

continuação

53				Ir sempre ao médico.			
54		Ser alegre, desinibida, de bem com a vida.	Ser alegre, desinibida, de bem com a vida.				
55				Tudo o que eu respondi acima e muito mais: acesso garantido nos hospitais quando houver necessidade, rápido e bom atendimento e bons médicos.			
56			Alimentação, exercício físico.				
57			Haver colaboração em algumas áreas (pelo próprio paciente), alimentação equilibrada, não ficar parada, boa leitura, estar bem com a vida.				
58							Participar mais da vida.
59			Não ficar nervoso e comer bem.				
60			Boa alimentação, qualidade de vida e exercícios físicos.			Boa alimentação, qualidade de vida e exercícios físicos.	
61			Disciplina alimentar, pouco álcool, exercícios físicos regulares.				
62			Cuidados, boa alimentação,				

continuação

			prevenção.				
63			Consciência. Não é necessário ter dinheiro (embora este ajude), apenas se cuidar.				
64				Cuidar, é fazer prevenções todo ano.			
65							Estar bem.
66	Tranqüilidade. Estar financeiramente e emocionalmente bem.	Tranqüilidade. Estar financeiramente e emocionalmente bem.					
67						Uma boa qualidade de vida.	
68				Prevenção, qualidade de vida.		Prevenção, qualidade de vida.	
69							Conversar normal, comer normal, andar normal.
70			Dormir bem, alimentar bem, exercício físico, caminhar. Tudo que não posso fazer... A pressão sobe.				
71			Cuidar do corpo, mente e espírito.				
72			Dormir bem, comer bem, não beber, não fumar.				
73	Ter uma vida saudável, trabalhar, conversar com outras pessoas.	Ter uma vida saudável, trabalhar, conversar com outras pessoas.					

continuação

74		Muita tranqüilidade e uma alimentação boa.	Muita tranqüilidade e uma alimentação boa.				
75			Cuidar melhor, ter fé, ter Deus, evitar coisas que prejudicam.		Cuidar melhor, ter fé, ter Deus, evitar coisas que prejudicam.		
76			Viver bem. Ter qualidade de vida. Boa alimentação. Dormir bem. Praticar exercícios físicos e confiar em Deus.		Viver bem. Ter qualidade de vida. Boa alimentação. Dormir bem. Praticar exercícios físicos e confiar em Deus.	Viver bem. Ter qualidade de vida. Boa alimentação. Dormir bem. Praticar exercícios físicos e confiar em Deus.	
77				Fazer tratamento.			
78							Não respondeu
79				Fazer um tratamento.			
80	Ter dinheiro pra poder se tratar.						
81			Cuidar da alimentação, não beber, não fumar, ter horários certos de dormir, fazer exercícios, fazer o controle que for preciso.	Cuidar da alimentação, não beber, não fumar, ter horários certos de dormir, fazer exercícios, fazer o controle que for preciso.			
82		Boa alimentação, tranqüilidade, viver mais quieto, sem bebida, sem cigarro.	Boa alimentação, tranqüilidade, viver mais quieto, sem bebida, sem cigarro.				
83							Atenção à vida diária.
84	Qualidade de vida, lazer, estar com a	Qualidade de vida, lazer, estar com a	Qualidade de vida, lazer, estar com a	Qualidade de vida, lazer, estar com a		Qualidade de vida, lazer, estar	

continuação

	família, bom atendimento médico, boa alimentação. Aproveitar a vida.	família, bom atendimento médico, boa alimentação. Aproveitar a vida.	família, bom atendimento médico, boa alimentação. Aproveitar a vida.	família, bom atendimento médico, boa alimentação. Aproveitar a vida.		com a família, bom atendimento médico, boa alimentação.	
85						Sorte e qualidade de vida.	
86	Ter fé em Deus, ter vontade de viver, ser alegre, otimista, saber lidar com as divergências da vida, ter uma boa alimentação, cuidar do físico e nunca desistir de ser feliz. E ter um objetivo na vida: trabalhar.		Ter fé em Deus, ter vontade de viver, ser alegre, otimista, saber lidar com as divergências da vida, ter uma boa alimentação, cuidar do físico e nunca desistir de ser feliz. E ter um objetivo na vida: trabalhar.		Ter fé em Deus, ter vontade de viver, ser alegre, otimista, saber lidar com as divergências da vida, ter uma boa alimentação, cuidar do físico e nunca desistir de ser feliz. E ter um objetivo na vida: trabalhar.		
87			Estar bem físico e mental, praticando algum exercício físico, ou seja, cuidar do corpo.				
88	Todos os itens descritos no item 19. (Bem estar físico, mental, emocional, espiritual, familiar, conjugal e material).	Todos os itens descritos no item 19. (Bem estar físico, mental, emocional, espiritual, familiar, conjugal e material).	Todos os itens descritos no item 19. (Bem estar físico, mental, emocional, espiritual, familiar, conjugal e material).				
89				Não fazer uso de medicamento.			
90				Recuperar o corpo físico e a fala.			
91				Sempre ir ao médico.			

conclusão

92			Boa alimentação, manter na rotina exames médicos, consultas para saber se está tudo bem, exercícios físicos, boa noite de sono, etc.	Boa alimentação, manter na rotina exames médicos, consultas para saber se está tudo bem, exercícios físicos, boa noite de sono, etc.			
93			Boa alimentação, atividade física, otimismo e fé (crença em Deus).		Boa alimentação, atividade física, otimismo e fé (crença em Deus).		
94			É preciso ter qualidade de vida, ou seja, alimentação adequada, praticar esporte, sono tranquilo (dormir bem), fazer algo que lhe dê prazer.			É preciso ter qualidade de vida, ou seja, alimentação adequada, praticar esporte, sono tranquilo (dormir bem), fazer algo que lhe dê prazer.	
95			Boa alimentação, entre outros.				
96			Repouso.				
97	Boa alimentação, atividades físicas regulares, lar bem estruturado, boa renda salarial.	Boa alimentação, atividades físicas regulares, lar bem estruturado, boa renda salarial.	Boa alimentação, atividades físicas regulares, lar bem estruturado, boa renda salarial.				

8 REFERÊNCIAS

- Aguilar PISG. Qualidade de vida em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 [tese online]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004. [citado 2007 Fev 19]. Disponível em: URL: <http://www.teses.usp.br>
- Alleyne GAO. Health and the quality of life. *Rev Panam Salud Publica* 2001;9(1):1-6.
- Allison PJ, Locker D, Feine JS. Quality of life: A dynamic construct. *Soc Sci Med* 1997;45(2):221-30.
- Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol* 2000;3:4-20.
- Andenas R, Moum T, Kalfoss MH, Wahl AK. Changes in health status, psychological distress, and quality of life in COPD patients after hospitalization. *Qual Life Res* 2006;15:249-57.
- Bedi GS, Gupta N, Handa R, Pal H, Pandey RM Quality of life in Indian patients with rheumatoid arthritis. *Qual Life Res* 2005;14:1953–8.
- Belo Horizonte (Município). Prefeitura de Belo Horizonte. Anuário estatístico de Belo Horizonte 2000 [citado 2007 Mar 25] Disponível em http://portal2.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=562&id_nivel1=-1#territorio
- Bernardino PA, Vicente LC. Avaliação da qualidade de vida e da comunicação em pacientes com fissura labiopalatina [CD-ROM] In: XII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2004 Out 6-9; Foz do Iguaçu. *Rev Soc Bras Fonoaudiologia* 2004 supl esp
- Bezerra KV. Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise [dissertação online]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2006. [citado 2007 Fev 19]. Disponível em: URL: <http://www.teses.usp.br>
- Braga APG, Lima RG, Fernandes GA, Silva CM, Manzi FR. Qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular [CD-ROM] In: XIV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2006 Out 4-7; Salvador. *Rev Soc Bras Fonoaudiologia* 2006 supl esp
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien e Saúde Coletiva* 2000;51:163-77.
- Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? *BMJ* 2001;322:1357-60.
- Castro ASO, Gazzola JM, Natour J, Ganança FF. Versão brasileira do *Dizziness Handicap Inventory* Pró-Fono 2007;19(1):97-104.

Chen AY, Frankowski R, Bishop-Leone J, Hebert T, Lewin S, Goepfert H et al. The development and validation of a dysphagia specific quality of life questionnaire for patients with head and neck cancer: the M.D. Anderson Dysphagia Inventory. *Arch Otol. Head Neck Surg* 2001;127:870–876.

Coelho MTSD, Almeida Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científicas. *História, ciências, saúde* 2002;9:315-33.

De Brito CMCP, Vasconcelos JM, Duarte GM. avaliação da qualidade de vida de recepcionistas/ telefonistas, vendedores e operadores de telemarketing de empresas do Recife-PE. [CD-ROM] In: XIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2005 Set 28-30; Santos. *Rev Soc Bras Fonoaudiologia* 2005 supl esp

Deary IJ, Wilson JA, Carding PN, Mankenzie K. VoiSS: a patient-derived Voice Symptom Scale. *J Psychos Res* 2003;54:483-9.

Dimenäs ES, Dahlöf CG, Jern SC, Wiklund, IK. Defining quality of life in medicine. *Scand J Health Care* 1990; Suppl 1:7-10 apud Ramos-Cerqueira ATA, Crepaldi AL. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *J Pneumol* 2000;26(4):207-13.

Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1383-94.

Elkington JR. Medicine and quality of life [editorial]. *Ann Int Méd* 1966;64(3):711-4.

Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs* 1995;22:502-6.

Fekkes M, Theunissen NCM, Brugman E, Veen S, Verrips EGH, Koopman HM et al. Development and psychometric evaluation of the TAPQOL: A health-related quality of life instrument for 1±5-year-old children. *Qual Life Res* 2000;9:961-72.

Ferreira, P. E. A.; Cunha, F.; Onishi, E. T.; Branco-Barreiro, F. C. A.; Ganança, F. F. *Tinnitus handicap inventory: adaptação cultural para o Português Brasileiro*. *Pró-Fono* 2005;17(3)303-10.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich 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* 1999a;21(1):19-28.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública* 1999b;33(2):198-205.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.

Forattini, O.P. Qualidade de vida e meio urbano. A cidade de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Públ 1991;25(2):75-86.

Ganança FF, Castro ASO, Natour J, Branco FCA. Dizziness Handicap Inventory: cross-cultural adaptation to Brazilian Portuguese, its application, reproducibility and comparison with the vestibular evaluation results. Arch for Senso Neuro Sci Prac [periódico online] 2003 [citado 2007 Mar 23]. Disponível em URL: [http://www.neurotology.org/search/?PHPSESSID=\(d599f3231ef0283564be73236f&m=c&v=3](http://www.neurotology.org/search/?PHPSESSID=(d599f3231ef0283564be73236f&m=c&v=3).

Gasparini G, Behlau M. Validação do questionário de avaliação de qualidade de vida em voz – QVV [CD-ROM] In: XIV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2006 Out 4-7; Salvador. Rev Soc Bras Fonoaudiologia 2006 supl esp

Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of Quality-of-life measurements. JAMA 1994;272(8):619-626.

Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Christoph P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. J Consult Clin Psychol 1999;67(3):320-31.

Gliklich RE, Glovsky RM, Montgomery WM. Validation of a outcome survey for unilateral vocal cord paralysis. Otolaryngol Head Neck Surg 1999;120(2):153-8.

Gutierrez PR, Oberdiek HI. Concepções sobre a saúde e a doença. In: Soares DA, Cordoni Jr L, Andrade SM. Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL:ABRASCO; 2001. p.1-25.

Hilari H, Byng S, Lamping DL, Smith SC. Stroke and Aphasia Quality of life Scale-39 (SAQOL-39): Evaluation of acceptability, reliability and validity. Stroke 2003;34:1944-50.

Hogikian ND, Sethuraman G. Validation of an Instrument to Measure Voice-Related Quality of Life (V-RQOL). J Voice 1999;13(4):557-69.

Holmes S, Dickerson J. The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. Int J Nurs Stud 1987;24(1):15-24.

Hörnquist JO. Quality of life: concept and assessment. Scand J Soc Med 1990;18:69-79.

Huang IC, Wu AW, Frangakis C. Do the SF-36 and WHOQOL-BREF measure the same constructs? Evidence from the Taiwan population. Qual Life Res 2006;15:15-24.

Jacobson BH, Johnson A, Grywalski C, Silbergleit A, Jacobson G, Benninger MS et al. The voice handicap index(VHI): development and validation. Am J Speech-Language Pathol 1997;6(3):66-70.

Jacobson GP, Newman CW. The development of the Dizziness Handicap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990;116:424-7.

Jotz GP, Dornelles S. Auto-avaliação da voz. Experiência Clínica. Arq Med Univ Luter Bras 2000;3(2):43-50.

Kluthcovsky ACGC. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde em um município do interior do Paraná [dissertação online]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005. [citado 2007 Fev 19]. Disponível em: URL: <http://www.teses.usp.br>

Lai KL, Tzeng RJ, Wang BL, Lee HS, Amidons RL, Kaoe S. Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. Qual Life Res 2005;14:1169-80.

Lepège A, Rude N. The importance of patient's own view about their quality of life. AIDS 1995;9(9):1108-9.

Lin MR, Huang W, Huang C, Hwang HF, Tsai LW, Chiu YN. The impact of the Chi-Chi earthquake on quality of life among elderly survivors in Taiwan – A before and after study Qual Life Res 2002;11:379–88.

Ma EP, Yiu EM. Voice activity and participation profile: assessing the impact of voice disorders on daily activities. J Speech Lang Hear Res 2001;44(3):511-24.

Mamede MV, Bueno JV, Bueno SMV. Percepção da condição de saúde entre mulheres. R Bras Enfermagem 1993;46:95-100.

Marot R. Depressão 2004 [citado 2007 Out 15] Disponível em: www.psicosite.com.br

Martin VB, Ângelo M. Significado do conceito de saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. Rev Latino-am Enfermagem 1998;6(5):45-51

McHorney CA, Robbins J, Lomax K, Rosenbek JC, Chihnell K, Kramer AE et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults III: documentation of reliability and validity Dysphagia 2002;17:97-114.

Mehanna HM, Morton RP. Why are head and neck cancer clinicians not measuring quality of life? J Laryngol Otol 2006;120:861-64.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Cien e Saúde Coletiva 2000;5(1):7-18.

Morris J, Perez D, McNoe B. The use of quality of life data in clinical practice. Qual Life Res 1998;7:85-91.

Moura TC, Brodersen G, Busana JÁ. Concepção do processo saúde/doença de líderes comunitários [CD-ROM]. In: Seminário Nacional de Promoção da; 3º Encontro de pesquisa em saúde; 10º Encontro da rede sul de pesquisa em família e saúde - LEIFAMS; 2006 Out 18-20; Itajaí. Anais.

Nelson EC, Berwick DM. The Measurement of Health Status in Clinical Practice. Medical Care 1989;27 Suppl 3:77-90.

Newman C W, Jacobson GP, Spitzer JB. The development of the Tinnitus Handicap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996;122(2):143-8.

Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 9. ed. , décima revisão. São Paulo: Edusp; 2003 3v

Organização Pan-Americana de Saúde. O perfil do sistema de serviços de saúde no Brasil 2 ed 2001; Brasília: OPAS.

Organização Pan-Americana de Saúde. Municípios e comunidades saudáveis: Guia dos Prefeitos para promover qualidade de vida. 2002; Brasília: OPAS.

Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. 2003; Brasília: OPAS.

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um documento que privilegia sua opinião [dissertação online]. São Paulo: Universidade de São Paulo;2000. [citado 2006 Set 3]. Disponível em: URL: <http://www.teses.usp.br>.

Penteado RZ, Pereira IMTB. Qualidade e vida e saúde vocal de professores. Rev Saúde Pública 2007;41(2):236-43

Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev Psiquiatr RS 2006(1);28:27-38.

Queiroz MS. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. Cad Saúde Publ 1993;9(3):272-82.

Ribeiro EG. Impacto na qualidade e vida e de voz em laringectomizados totais: nível de satisfação dos indivíduos com comunicação alaríngea. [Trabalho de conclusão de curso]. Belo Horizonte:Universidade Federal de Minas Gerais;2005.

Ricarte A, Behlau M, Gasparini G. Validação do Protocolo Perfil de Participação d Atividades Vocais (PPAV) no Brasil QVV [CD-ROM] In: XIV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2006 Out 4-7; Salvador. Rev Soc Bras Fonoaudiologia 2006 supl esp

Rodrigues RN, Alves LC. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica 2005;17(5-6):333-341.

Roque VMN, Forones NM. Avaliação da qualidade de vida e toxicidade em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas. Arq Gastroenterol 2006;43(2):94-101.

Saupe R, Nietche EA, Cestari ME, Giorgi MDM, Krahi M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2004; 12(4):636-42.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2004;20(2):580-8.

Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer* 1988;57:109-12.

Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334(13):838-40.

The WHOQOL Group. What quality of life? *World Health Forum* 1996;17:354-6.

Tornig PL, Chang WC, Hwang JS, Hsu WC, Wang JD, Huang SC, et al. Health-related quality of life after laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: Is uterine weight a major factor? *Qual Life Res* 2007;16:227–37.

Urbano KPH, Gonçalves SD, Reis JC, Rodrigues WR, Santos DC, Ribeiro RD. [CD-ROM] In: VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Pública; 2006 Ago 21-25; Rio de Janeiro. Anais. ABRASCO; 2006.

Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002;44(4):349-361.

World Health Organization. WHOQOL-BREF – Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment 1996;Geneva:WHO.

World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life 1997;Geneva:WHO. MAS/MNH/PFS/97.4.

World Health Organization. WHOQOL: annotated bibliography 1998;Geneva:WHO. MAS/MNH/MNP/98.4.

Yaruss JS, Quesal RW. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *J Fluency Disord* 2006;31:90–115.

Zanato LE, Costa LS, Tonilo Neto J, Gielow I. Comparação dos hábitos e rotinas alimentares de idosos submetidos a laringectomia total e idosos sem queixas de deglutição, e percepção destes indivíduos sobre a sua qualidade de vida. [CD-ROM] In: XIV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2006 Out 4-7; Salvador. *Rev Soc Bras Fonoaudiologia* 2006 supl esp

Zart VB, Aerts DRGC. Percepção de saúde de moradores de Canoas/RS e fatores associados. [CD-ROM] In: VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Pública; 2006 Ago 21-25; Rio de Janeiro. Anais. ABRASCO; 2006.

Abstract

Purposes: To evaluate overall quality of life of adults undergoing speech therapy, using WHOQOL-Bref; To investigate the self-perception and the concept of health of these patients; To relate the scores of WHOQOL-Bref to social, economical and demographic factors and also to self-perception of health of these patients. **Methods:** Two questionnaires were asked to 97 adult patients from Outpatient Clinic of Speech and Language Pathology of Hospital das Clínicas of Universidade Federal de Minas Gerais: "Investigation about Perception of Health", developed by the authors and composed of open and multiple choice questions, and WHOQOL-Bref. Collected data were analyzed using the software SPSS for Windows 12.0 and the significance level of 5% was adopted. The open questions were analyzed by their contents. **Results:** The social domain of WHOQOL-Bref obtained the best score followed by psychological, physical and environmental domains. Educational status alters significantly the physical, psychological and environmental domains and the self-perception as a healthy person. There are statistical significance differences among the self-perception of person as healthy and the two generic questions and physical, psychological and environmental domains of WHOQOL-Bref. When asked about the concept of health, people said things related to their conception of health or to the importance of health to their lives. When asked about their necessities in health, the answers were: Life/job conditions, Psychosocial factors, Individual behavior, Health care, Spirituality, Quality of life. **Conclusions:** The self-perception as a healthy person influences person's quality of life. Otherwise, low educational status interferes in the quality of life and even the self-perception as a healthy person. It was noticed the presence of the concept of health related to not being ill and the concept of necessities in health, to the social determinants of health.

Bibliografia consultada

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. São Paulo; 2001.

Cegalla DP. Novíssima gramática da língua portuguesa. 46a ed. São Paulo: Nacional; 2005.

Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2004.