

Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia

Quality of life and self-perception of health of patients from an Outpatient Clinic of Speech-Language Pathology

Gezaine Priscila Gonçalves da Costa Azevedo¹, Amélia Augusta de Lima Friche², Stela Maris Aguiar Lemos²

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 desses indivíduos. **Métodos:** Dois questionários foram aplicados a 97 pacientes adultos em atendimento em Ambulatório de Fonoaudiologia: o Instrumento de Investigação sobre a Percepção de Saúde, composto por questões fechadas e abertas, e o WHOQOL-Abreviado. Foi utilizada análise de conteúdo para analisar as questões abertas, e os escores foram analisados estatisticamente. **Resultados:** O domínio do WHOQOL-Abreviado que apresentou maior escore foi o social, seguido pelo psicológico, o físico e o meio ambiente. Houve relação 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. Quanto ao conceito de saúde, os sujeitos referiram respostas relacionadas à concepção de saúde do indivíduo ou ao grau de importância na vida do indivíduo. Quanto às necessidades em saúde, as categorias elencadas foram: Condições de vida e trabalho, Fatores psicossociais, Comportamentos individuais, Assistência à saúde, Espiritualidade, Qualidade de vida. **Conclusão:** A autopercepção como ser saudável apresentou relação com a qualidade de vida do sujeito. A baixa escolaridade interferiu na qualidade de vida e na própria percepção do sujeito como pessoa saudável.

Descritores: Qualidade de vida; Fonoaudiologia; Auto-avaliação; Pacientes ambulatoriais; Auto-imagem; Questionários

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida (QV) 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”⁽¹⁾.

A partir da década de 1990, houve a propagação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, especialmente nos Estados Unidos⁽²⁾. A ausência de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida internacionalmente, numa perspectiva transcultural, levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) 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, França, 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 subitens⁽¹⁾. Contudo, a necessidade de um instrumento de aplicação rápida levou a OMS 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⁽¹⁾.

Esses instrumentos fundamentam-se nas idéias de que qualidade de vida é uma construção subjetiva e multidimensional, composta por elementos positivos e negativos⁽³⁾.

As versões em Português do WHOQOL-100 e do WHOQOL-Abreviado^(2,4), foram aplicadas, cada versão, a 300 indivíduos e mostraram ter bom desempenho psicométrico, sugerindo ser um importante instrumento de estudo da qualidade de vida no Brasil.

Trabalho realizado no Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Conflito de interesses: Não

(1) Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

(2) Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Stela Maris Aguiar Lemos. Av. Alfredo Balena, 190, sala 069, Santa Efigênia, Belo Horizonte (MG), Brasil, CEP: 30130-100. E-mail: smarislemons@medicina.ufmg.br

Recebido em: 11/9/2010; **Aceito em:** 24/10/2011

Ao se considerar qualidade de vida como um conceito amplo, admite-se que esta é influenciada por fatores diversos: emprego, moradia, acesso a serviços públicos, comunicação, urbanização, criminalidade, contaminação do ambiente⁽⁵⁾.

Tão complexo quanto conceituar qualidade de vida é conceituar “saúde”, pois este 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. Os diversos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença são complexos e relacionam-se a aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida^(6,7).

Com a definição da OMS, em 1947 – “saúde é o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade” – “saúde”, deixou de representar simplesmente a 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 que se relaciona ao estado de bem-estar. Portanto, a avaliação do estado de saúde deve ser baseada no conceito de saúde, considerando-se, inclusive, os determinantes sociais da saúde, como renda, educação, moradia, condições de trabalho.

Ao construir o conceito e ao avaliar a sua própria saúde, cada sujeito utiliza noções que estão imbricadas e são atravessadas pela percepção da qualidade de vida, e considera aspectos físicos, emocionais e cognitivos. Deste modo, delinear estudos que busquem a discussão deste conjunto de fatores e a correlação com a área de Fonoaudiologia não é apenas desejável, mas, sobretudo necessário para propor ações de promoção de saúde e organizar e avaliar serviços de atenção à saúde na área.

Na literatura foram identificados estudos que discutiram a interrelação Fonoaudiologia e qualidade de vida^(6,8,9), além de estudos que apresentaram instrumentos específicos para uso na prática clínica fonoaudiológica, propondo a avaliação da qualidade de vida na presença de distúrbios da comunicação humana^(10,11).

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 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 estudo tem como objetivos: avaliar a qualidade de vida global dos indivíduos adultos em atendimento fonoaudiológico, por meio do WHOQOL-Abreviado; investigar a autopercepção de saúde de indivíduos em atendimento fonoaudiológico; e relacionar os escores por domínio e o escore das questões genéricas com fatores socioeconômicos, demográficos e com a autopercepção de saúde dos sujeitos.

MÉTODOS

Trata-se de estudo analítico do tipo observacional transversal, com amostra não-probabilística por tipicidade, aprovado pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (processo N° 148/06) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Federal de Minas Gerais (UFMG), sob parecer ETIC 517/06.

Foram considerados critérios de inclusão: ser paciente do Ambulatório de Fonoaudiologia em que o estudo foi realizado; estar em tratamento fonoaudiológico há, no mínimo, 30 dias; ter no mínimo 18 anos; ter condições neurológicas e cognitivas para compreender as questões dos instrumentos, concordar em participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O Ambulatório de Fonoaudiologia prestou atendimento, durante o primeiro semestre de 2007, a 169 pacientes adultos. Destes, foram excluídos da amostra 53 pacientes: 32 com quadro afásico, 13 que apresentavam demência/declínio cognitivo, dois com deficiência auditiva e dificuldade de compreensão do código oral e/ou gráfico, seis que não completaram 30 dias de terapia até o fim do semestre letivo.

Preencheram, portanto, os critérios de inclusão 116 pacientes. Desses, três faleceram, 14 se recusaram a participar por indisponibilidade de tempo e dois por não se sentirem confortáveis em responder às questões pessoais. A amostra final da pesquisa foi composta por 97 sujeitos atendidos nos ambulatórios de voz, motricidade orofacial, disfagia, fissura labiopalatina, câncer de cabeça e pescoço e reabilitação vestibular. Todos os sujeitos assinaram o TCLE, consentindo, desta forma, com a realização e divulgação desta pesquisa e de seus resultados, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde.

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

1. Instrumento de Investigação sobre a Percepção de Saúde (Anexo 1), elaborado pelas pesquisadoras, que contém questões fechadas sobre: dados socioeconômicos (gênero, idade, renda, escolaridade e local de residência); percepção do problema fonoaudiológico como problema de saúde; percepção como saudável ou não e auto-avaliação da saúde. Há também duas questões abertas pesquisando a concepção do indivíduo sobre saúde.
2. WHOQOL-Abreviado, que contém 24 questões que avaliam os domínios físico, psicológico, social e meio ambiente, e duas questões genéricas. Esse instrumento foi validado para o Português Brasileiro⁽⁴⁾. Cabe ressaltar que os escores foram obtidos segundo critérios de referência e sintaxe propostos pela OMS^(4,8). Devido ao fato de não existirem propostas para pontos de corte para os escores de qualidade de vida, optou-se por utilizar as medianas para comparação dos grupos, conforme sugerido em outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento^(6,8). Além disso, a utilização de medianas justifica-se pela distribuição não gaussiana dos escores do WHOQOL-Abreviado.

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. Foi realizada, ainda, análise para verificar associação entre as variáveis demográficas (socioeconômicas, percepção e auto-avaliação da saúde) e a mediana dos escores do WHOQOL-Abreviado, utilizando os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. Foram considerados como associações significativas os resultados que apresentaram um nível de significância menor ou igual a 5%.

Para as questões abertas, optou-se 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, verificou-se a frequência de ocorrência (advento) de termos e expressões nos discursos dos sujeitos⁽¹⁰⁾.

A entrada, o processamento e a análise quantitativa dos dados foram realizados com o uso do pacote estatístico *Software Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 13 (2007).

RESULTADOS

Com o intuito de facilitar a compreensão dos resultados, os mesmos estão apresentados em três partes.

Parte 1. Análise descritiva das respostas às questões dos instrumentos utilizados e análise dos escores por domínio e questões genéricas do WHOQOL-Abreviado

A distribuição da amostra em relação ao gênero e à idade está representada na Figura 1.

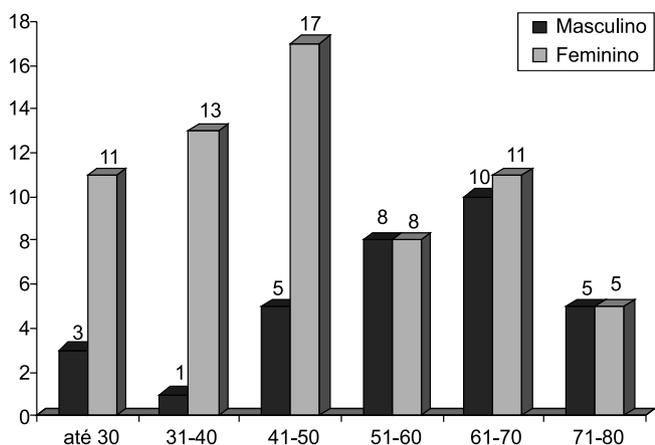


Figura 1. Distribuição da amostra segundo as variáveis gênero e faixa etária (em anos)

Quanto aos dados sócio-econômicos e demográficos, verificou-se que: 54,6% da amostra era casada; 52,6% nunca estudou ou não completou o ensino fundamental e 70,1% sobrevive com renda média familiar de até três salários mínimos.

Observou-se que a alteração fonoaudiológica é considerada como um problema de saúde para 80,4%. Quanto à autopercepção de saúde, 77,3% se consideram saudáveis e 53,6% avaliaram sua saúde como boa ou muito boa.

Em relação à avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-Abreviado, observou-se que o domínio que apresentou maior escore médio foi o domínio social (Tabela 1).

Parte 2. Análise estatística da associação entre as variáveis estudadas

Os escores do WHOQOL-Abreviado foram comparados

Tabela 1. Medidas descritivas dos escores por domínio do WHOQOL-Abreviado

Medidas	Domínio			
	Físico	Psicológico	Social	Meio ambiente
Média	55,49	60,76	69,33	53,79
DP	13,16	13,75	21,30	56,25
Mediana	57,14	62,50	75,00	15,02

Legenda: DP = desvio-padrão

com as demais variáveis do estudo (Tabela 2), cabendo destacar que, quanto à escolaridade, observou-se relação significativa entre os domínios físico, psicológico e meio ambiente, isto é, quanto maior a escolaridade, maior a qualidade de vida nesses domínios. Quanto à renda, houve relação significativa com o domínio meio ambiente, ou seja, quanto maior a renda, maior a qualidade de vida nesse domínio. Em relação à percepção de saúde, observou-se que os sujeitos que se consideram saudáveis apresentaram melhores escores nos domínios físico, psicológico e meio ambiente.

Tabela 2. Associações (valores de p) entre escores por domínio do WHOQOL-Abreviado e escolaridade, renda e percepção como saudável

Variáveis	Domínio			
	Físico	Psicológico	Social	Meio ambiente
Escolaridade	0,02*	0,05*	0,62	0,01*
Renda	0,32	0,11	0,54	0,009*
Percepção como saudável	0,02*	0,001*	0,21	0,001*

* Valores significativos ($p < 0,05$) – Teste Qui-quadrado

Ao verificar-se a associação entre auto-avaliação da saúde com as variáveis sexo, idade, escolaridade e renda, verificou-se relação significativa com a escolaridade e com a renda mensal, mas não com o gênero e a idade. Os sujeitos que avaliaram negativamente a própria saúde possuem escolaridade e renda menores (Tabela 3).

Quando se analisou a associação da presença de co-ocorrências com as variáveis gênero, idade, escolaridade e renda, observou-se relação significativa com a idade, escolaridade e renda. A presença de co-ocorrências esteve relacionada a sujeitos com mais de 50 anos, com menor escolaridade e menor renda.

Tabela 3. Associações (valores de p) entre auto-avaliação da saúde e presença de co-ocorrências com gênero, idade, escolaridade e renda

	Auto-avaliação de saúde	Co-ocorrências
Gênero	0,15	0,07
Idade	0,788	0,02*
Escolaridade	0,006*	0,001*
Renda	0,001*	0,039*

* Valores significativos ($p < 0,05$) – Teste Qui-quadrado

Parte 3. Análise qualitativa das questões abertas, realizada a partir da categorização das respostas dos sujeitos

As respostas à primeira questão aberta, “Em sua opinião, o que é saúde?”, foram distribuídas em duas categorias: “Discurso voltado à concepção de saúde do indivíduo”, que, por sua vez, foi distribuído 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 apresentaram um conteúdo que pudesse ser relacionado a uma categoria específica foram agrupadas na categoria “Não foi possível categorizar” (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição das respostas dos sujeitos à questão: “Na sua opinião, o que é saúde?”

Categorias	Subcategorias	Número de ocorrências do conteúdo
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

A segunda questão aberta, “Em sua opinião, o que é preciso para ter saúde?”, teve suas respostas categorizadas em:

Quadro 2. Distribuição das respostas dos sujeitos à questão: “Em sua opinião, o que é preciso para ter saúde?”

Categorias	Ocorrência	Subcategorias conteúdos	Número de ocorrências do conteúdo
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/tranquilidade	11
Comportamentos individuais	56	Atividades físicas	26
		Alimentação	40
		Álcool/fumo	9
		Estilo de vida/comportamento	15
		Sono	15
Assistência à saúde	26	Tratamento/acompanhamento	21
		Não sentir dor/não ter doença	5
Espiritualidade			9
Qualidade de vida			6
Não foi possível categorizar			6
Não respondeu			2

Condições de vida e trabalho; Fatores psicossociais; Comportamentos individuais; Assistência à saúde; Espiritualidade; Qualidade de vida; Não foi possível categorizar (Quadro 2).

DISCUSSÃO

Os resultados revelaram que a maioria dos sujeitos considerava que a alteração fonoaudiológica que apresenta é um problema de saúde. Talvez isso se deva à percepção de que, se uma dificuldade necessita de tratamento, e no caso, o distúrbio da comunicação humana necessita de fonoterapia, tal dificuldade configura-se em um problema de saúde. Além disso, parte das alterações fonoaudiológicas apresentadas pela amostra são sequelas de enfermidades, como câncer, ou acidentes vasculares encefálicos, no caso dos pacientes disfágicos, e disfonias, que geram grande impacto social e profissional.

Quanto à autopercepção de saúde, mais de três quartos dos indivíduos se consideraram saudáveis e mais da metade julgou sua saúde como boa ou muito boa. Uma pesquisa⁽¹²⁾ com amostra da população de um município do interior do Rio Grande do Sul encontrou 63,2% de sujeitos que referiram apresentar boa saúde.

Em relação à avaliação da qualidade de vida pelo WHO-QOL-Abreviado, observou-se que o domínio que apresentou maior escore médio foi o domínio social, seguido pelo psicológico, físico e meio ambiente. Esses achados corroboram outros estudos⁽¹³⁻¹⁵⁾ que também evidenciaram melhores escores para o domínio social e piores para o domínio meio ambiente. Entretanto, as populações dos três estudos foram distintas: houve pesquisas quanto à qualidade de vida de mexicanos portadores de Diabetes Mellitus⁽¹³⁾; de agentes comunitários de saúde do Estado do Paraná⁽¹⁴⁾; e de professores de escolas públicas

de um município do interior de São Paulo⁽¹⁵⁾. Os achados do presente estudo diferem parcialmente da literatura⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Alguns autores^(16,17), observaram melhores escores para o domínio social, semelhante ao encontrado na presente pesquisa, mas os piores escores foram para os domínios físico e psicológico, nessa ordem. Em outro estudo o domínio físico foi o que mais interferiu na qualidade de vida⁽¹⁸⁾. Novamente, cabe ressaltar que há diferenças entre as populações estudadas: pacientes com artrite reumatóide na Índia⁽¹⁶⁾; idosos em Taiwan⁽¹⁷⁾ e idosos residentes no interior de Minas Gerais⁽¹⁸⁾.

A análise dos escores obtidos no WHOQOL-Abreviado em relação aos dados sócio-demográficos, não revelou relação significativa com gênero⁽⁹⁾, idade e estado civil. Tais achados corroboram parte da literatura consultada^(16,18), mas não os achados de diversos autores^(13,19,20), que estudaram a qualidade de vida de idosos em Taiwan, e tiveram como resultado que as mulheres e os viúvos/divorciados/solteiros apresentaram menores escores. Em contrapartida outro pesquisador⁽²⁰⁾, em seu estudo com portadores de insuficiência renal crônica, verificou que indivíduos casados e do gênero masculino apresentaram pior avaliação da qualidade de vida. A literatura⁽¹³⁾ revela relação significativa entre estado civil e domínio físico (os que são casados ou vivem juntos apresentaram maiores escores). Estudos nacionais na área da Fonoaudiologia^(8,9) que pesquisaram a temática em indivíduos com alterações auditivas⁽⁹⁾ e idosos⁽⁸⁾ não encontraram associação entre a variável gênero e qualidade de vida, o que coincide com os dados do presente estudo.

Quanto à escolaridade, foi observada, no presente estudo, relação significativa com os domínios físico, psicológico e meio ambiente, ou seja, quanto maior a escolaridade, maior o escore de qualidade de vida nesses domínios. Tal achado não corrobora a literatura nacional⁽¹⁸⁾, que não encontrou relação entre essas variáveis. A literatura internacional⁽¹⁷⁾ revela relação entre o grau de escolaridade e todos os domínios do WHOQOL-Abreviado, na população de idosos taiwaneses. Os dados do presente estudo corroboram parte da literatura nacional⁽²⁰⁾ que observou que pessoas com menor grau de escolaridade apresentaram piores escores nos domínios físico e meio ambiente, o mesmo ocorrendo no domínio social que, entretanto, não foi significativo neste estudo.

Em relação à renda, verificou-se que houve relação com significância estatística apenas no domínio meio ambiente, indicando que a baixa renda mensal implicou em baixa pontuação nesse domínio. O mesmo não foi revelado por outro estudo nacional⁽¹⁸⁾, no qual a renda não interferiu na qualidade de vida global. Em contrapartida são descritos achados⁽¹³⁾, que revelam relação significativa entre renda e domínio social, diferentemente do observado no presente estudo.

A percepção do indivíduo como saudável apresentou relação significativa com os domínios físico, psicológico e meio ambiente; isto é, indivíduos que se sentiam saudáveis, apresentaram melhor avaliação da qualidade de vida nesses domínios. Não foi encontrado na literatura estudo que buscou tal associação. Vale ressaltar que a autopercepção de saúde e a qualidade de vida tem caráter subjetivo⁽²¹⁾.

Na comparação entre auto-avaliação da saúde e as variáveis gênero, idade, escolaridade e renda, verificou-se que os

sujeitos que avaliaram negativamente a própria saúde tinham escolaridade e renda menores. Tal achado corrobora outros estudos^(22,23).

A análise da associação entre presença de co-ocorrências e gênero, idade, escolaridade e renda, revelou que esta esteve relacionada a sujeitos com mais de 50 anos, menor escolaridade e menor renda, o que corrobora documentos oficiais⁽²⁴⁾ ao relatar que pessoas com mais idade e carentes sócio-economicamente estão mais propensas a desenvolverem doenças. Além disso, sujeitos que apresentam co-ocorrências apresentaram auto-avaliação negativa da própria saúde, ao passo que indivíduos que não apresentam doenças avaliaram sua saúde como boa ou muito boa.

Cabe ressaltar que a concepção do processo saúde-doença e dos determinantes sociais descritos em ensaios teóricos e documentos oficiais parece se reproduzir na população estudada. Deste modo, a leitura e a releitura das respostas dos sujeitos da pesquisa nortearam a escolha do referencial teórico que subsidiou a seleção das categorias e subcategorias das questões acerca do conceito e necessidades de saúde. Assim considerou-se que no presente estudo o referencial teórico emergiu das categorias e não o contrário.

A análise das respostas dos sujeitos à questão “Em sua opinião, o que é saúde?”, observou-se dois grandes eixos, conforme o Quadro 1: “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 dez respostas. No primeiro eixo, emergiram três categorias de respostas: Ausência de doença; Dimensão biopsicossocial; Qualidade de vida. Optou-se por essa classificação com base na evolução da concepção de saúde e doença⁽²⁵⁾. Os achados do presente estudo corroboram autores⁽²⁶⁾ 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”. No presente estudo, nota-se que alguns sujeitos conceituam saúde citando doenças/incapacidades que eles próprios apresentaram ou apresentam, confirmando também a forte presença da visão biologicista.

Além do eixo anterior, encontraram-se dez respostas revelando o grau de importância da saúde na vida do sujeito, demonstrando preocupação dessas pessoas em relação à saúde. Essas respostas foram semelhantes às encontradas por estudo⁽²⁷⁾ que pesquisou o significado de saúde de mães de famílias em situação de risco social, encontrando, dentre outras definições, “*o principal para se viver*”.

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

Com relação à segunda questão, “Em sua opinião, o que é preciso para ter saúde?”, observaram-se 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⁽²⁸⁾ (Quadro 2). Optou-se por utilizar como eixos de categorias tais determinantes, além de outros eixos que foram considerados importantes, dada a sua frequência de respostas: Assistência à saúde, Espiritualidade e Qualidade de vida.

Respostas relacionadas à primeira categoria foram também encontradas na literatura⁽²⁹⁾ que pesquisou o conceito de saúde de líderes comunitários, encontrando trabalho como sinônimo de saúde e impossibilidade de trabalhar como doença.

Na literatura nacional⁽²⁷⁾, foi percebido que as mães de famílias em risco social verificavam se a família tinha saúde, observando se há o que comer, fato influenciado pela renda familiar.

Na categoria “Fatores psicossociais”, além das subcategorias “senso de pertencer a uma comunidade”, e “redes familiares e sociais de apoio”, elencadas por documento oficial⁽²⁸⁾ foi incluída a subcategoria “paz/tranquilidade”, visto que o número de respostas nessa subcategoria foi significativo.

O eixo mais citado foi o relacionado a “Comportamentos individuais”. As subcategorias observadas nas respostas foram: atividades físicas, alimentação, álcool/fumo, estilo de vida/comportamento⁽²⁸⁾, além da subcategoria “sono”, que foi acrescentada a essa categoria diante do grande número de respostas. Podem ser citadas algumas vinhetas (fala dos entrevistados) como representativas deste achado: “*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 2 km diários.*” “*Boa alimentação, dormir bem e andar bastante.*”

Um dado relevante nos exemplos acima é a preocupação da população em relação à incorporação e manutenção de hábitos saudáveis, o que demonstra a importância de ações de promoção da saúde na população. Em estudo⁽³⁰⁾ com líderes comunitários, verificou-se como resposta o termo “alimentação” para definir saúde, semelhante ao observado na presente pesquisa.

Observou-se, ainda que alguns sujeitos relacionaram saúde a um caráter assistencial, como acompanhamento/tratamento médico, prevenção ou não sentir dores. Um exemplo deste achado é a vinheta: “*Procurar os médicos, detalhar o que a gente está passando, sofrendo, para que eles passem os medicamentos pra gente superar.*” Deste modo, verifica-se ainda que uma parcela importante da amostra considerou assistência como garantia de saúde. É importante salientar que a garantia de acesso aos serviços de saúde parece trazer tranquilidade à população e ser garantia de saúde.

A espiritualidade foi também citada, o que corrobora achado da literatura⁽³⁰⁾, que obteve respostas como fé e proteção divina como fatores necessários para se ter saúde.

“Qualidade de vida” foi citada como fator necessário à saúde. Não se sabe, porém, se o fato dos sujeitos entrevistados saberem que a pesquisa se tratava desse tema tenha influenciado as respostas. Tal fato ocorreu porque ao apresentar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido estava descrito o objetivo do estudo.

A maioria dos sujeitos incluiu vários eixos em suas respostas, atribuindo, portanto, vários fatores determinantes da saúde, corroborando outros estudos^(6,7), ao relatarem que a saúde é determinada e condicionada por vários fatores sociais, econômicos, culturais, físicos e ao estilo de vida. Em estudo nacional⁽⁸⁾ 35% de 160 entrevistados relacionaram saúde a aspectos sociais, econômicos, biológicos e psicológicos, percentual semelhante ao encontrado no presente estudo.

Nota-se uma crescente produção científica de fonoaudiólogos sobre o tema da avaliação subjetiva da saúde e da qualidade de vida^(6,8-11,15). Além dos autores que utilizaram o mesmo instrumento do presente estudo – WHOQOL-Abreviado, merecem destaque os esforços na proposição de instrumentos específicos para uso no campo da Fonoaudiologia^(10,11,15). Embora tais estudos tenham trazido à tona a temática da qualidade de vida e o processo de comunicação humana, ainda é incipiente o confronto do tema autopercepção de saúde e Fonoaudiologia, apontando para a necessidade de aprofundamento dessa relação.

Assim como no presente estudo, a literatura⁽²⁹⁾ aponta a impossibilidade de se considerar um indicador universal de saúde, pois 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.

Em relação às questões abertas, vale ressaltar que embora tenham contribuído para a compreensão do conceito de saúde dos entrevistados elas não permitem discutir toda a complexidade do conceito de saúde. Deste modo, são necessários estudos com metodologias qualitativas de análise de conteúdo ou de análise do discurso para aprofundamento da temática.

O presente estudo utilizou-se de um grupo composto por usuários de apenas um Ambulatório de Fonoaudiologia; contudo demonstrou que a associação entre autopercepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos com distúrbios da comunicação é um ponto a ser explorado. Cabe ressaltar que no planejamento de atendimentos clínicos e de ações coletivas de intervenção e promoção da saúde fonoaudiológica devem ser considerados elementos que dêem indícios das demandas e concepções de saúde e doença da população. Para tanto, é necessário avançar na discussão da temática e buscar a utilização de instrumentos e protocolos validados. Deve-se buscar, também, a triangulação de achados nacionais com internacionais e de dados quantitativos com dados qualitativos visando à ampliação da discussão e o avanço científico na área.

CONCLUSÃO

Verificou-se que o WHOQOL-Abreviado é um instrumento útil na prática clínica, possibilitando maior conhecimento do paciente e de suas necessidades. Na medida em que permite observar qual a área da qualidade de vida do paciente que está mais afetada, proporciona ao clínico a compreensão de possíveis interferências desses domínios sobre o sucesso terapêutico.

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

Verificou-se, em relação à análise das questões abertas, que para a maioria da população estudada, saúde é entendida de maneira multidimensional e que os problemas e necessidades de saúde extrapolam as questões biológicas, incluindo fatores psicossociais, espirituais e socioeconômicos, como incorpora-

ção de hábitos saudáveis, qualidade de vida e trabalho. Outro dado relevante foi a percepção de que a garantia de acesso aos serviços, ou seja, a assistência à saúde é considerada fator importante para se ter saúde pelos sujeitos da pesquisa.

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the overall quality of life of adults undergoing speech-language therapy, using the WHOQOL-Bref; to investigate the self-perception and the concept of health of these individuals. **Methods:** Two questionnaires were applied to 97 adult patients from an Outpatient Clinic of Speech-Language Pathology: the Instrument of Investigation about Perception of Health, composed of open and closed questions, and the WHOQOL-Bref. Content analysis was used to analyze open questions, and the scores were statistically analyzed. **Results:** The highest score on the WHOQOL-Bref was obtained on the social domain, followed by the psychological, physical and environmental domains. There was a significant relationship between educational status and the physical, psychological and environmental domains, and the self-perception as a healthy person. There was statistical relationship between individuals' self-perception as a healthy person and both generic questions of the WHOQOL-Bref, as well as the physical, psychological and environmental domains. Regarding the concept of health, subjects' responses were related to their conception of individual's health or to its level of importance to the individual's life. What regards to their health needs, the categories mentioned were: Life and work conditions, Psychosocial factors, Individual behaviors, Health care, Spirituality, Quality of life. **Conclusion:** Self-perception as a healthy person was related to the individual's quality of life. Low educational status interferes on the quality of life and on the subject's own self-perception as a healthy person.

Keywords: Quality of life; Speech therapy; Speech, language and hearing sciences; Self assessment; Outpatients; Self-concept; Questionnaires

REFERÊNCIAS

1. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum. 1996;17(4):354-6.
2. Fleck MP, 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. 1999;21(1):19-28.
3. Minayo MC, Hartz ZM, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):7-18.
4. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000;34(2):178-83.
5. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Méx. 2002;44(4):349-61.
6. Paulo MG, Teixeira AR, Jotz GP, Barba MC, Bergmann RS. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de idosos portadores de deficiência auditiva: influência do uso de próteses auditivas. Arq Int Otorrinolaringol. 2008;12(1):28-36.
7. Seidl EM, Zannon CM. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):580-8.
8. Teixeira AR, de la Rocha Freitas C, Millão LF, Gonçalves AK, Becker Júnior B, Vieira AF, et al. Relação entre deficiência auditiva, idade, gênero e qualidade de vida de idosos. Arq Int Otorrinolaringol. 2008;12(1):62-70.
9. Teixeira AR, Almeida LG, Jotz GP, De Barba MC. Qualidade de vida de adultos e idosos pós adaptação de próteses auditivas. Rev Soc Bras Fonoaudiol [Internet]. 2008 [citado 2012 Jan 12];(4):357-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v13n4/a10v13n4.pdf>
10. Oliveira RC, Teixeira LC, Gama AC, de Medeiros AM. Análise perceptivo-auditiva, acústica e autopercepção vocal em crianças. J Soc Bras Fonoaudiol. 2011;23(2):158-63
11. Mangilli LD, Amoroso MR, Nishimoto IN, Barros AP, Carrara-de-Angelis E. Voz, deglutição e qualidade de vida de pacientes com alteração de mobilidade de prega vocal unilateral pré e pós-fonoterapia. Rev Soc Bras Fonoaudiol [Internet]. 2008 [citado 2012 Mar 12];13(2):103-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v13n2/03.pdf>
12. Zart VB, Aerts DR. Percepção de saúde de moradores de Canoas/RS e fatores associados [CD-ROM]. In: 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública; 2006 Ago 21-25; Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006.
13. Aguilar PISG. Qualidade de vida em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
14. Kluthcovsky AC. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde em um município do interior do Paraná [resumo]. Rev Bras Med Fam e Com. 2007;2(8):315-7.
15. Pentead RZ, Pereira IM. Qualidade e vida e saúde vocal de professores. Rev Saúde Pública. 2007;41(2):236-43.
16. Bedi GS, Gupta N, Handa R, Pal H, Pandey RM. Quality of life in Indian patients with rheumatoid arthritis. Qual Life Res. 2005;14(8):1953-8.
17. Lai KL, Tzeng RJ, Wang BL, Lee HS, Amidon RL, Kao S. Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. Qual Life Res. 2005;14(4):1169-80.
18. Pereira RJ, Cotta RM, Franceschini S, 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 Rio Gd Sul. 2006;28(1):27-38.
19. 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(4):379-88.
20. Bezerra KV. Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2006.

21. Menezes KE, Pereira CA, Pedro AC, Dias AG. Avaliação do impacto da doença cárie na qualidade de vida de crianças com faixa etária de 6 a 12 anos, atendidas na clínica odontológica da Faculdade São Lucas. Rev Odontol Univ Cid São Paulo. 2009;21(1):24-30.
22. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5-6):333-41.
23. Szwarcwald CL, de Souza-Júnior PR, Esteves MA, Damascena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. Cad Saúde Pública. 2005;21Supl:S54-64.
24. Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS; 2003.
25. Gutierrez PR, Oberdiek HI. Concepções sobre a saúde e a doença. In: Soares DA, Cordoni Junior L, Andrade SM. Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL; 2001. p.1-25.
26. Mamede MV, Bueno JV, Bueno SM. Percepção da condição de saúde entre mulheres. Rev Bras Enferm. 1993;46:95-100.
27. Martin VB, Ângelo M. Significado do conceito de saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. Rev Latinoam Enferm. 1998;6(5):45-51.
28. Organização Pan-Americana de Saúde. Municípios e comunidades saudáveis: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. Brasília: OPAS; 2002.
29. de Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? Ver Bras Epidemiol. 2000;3(1-3):4-20.
30. Moura TC, Brodersen G, Busana JA. Concepção do processo saúde/doença de líderes comunitários [CD-ROM]. In: 1º Seminário Nacional de Promoção da Saúde; 2006 Out 18-20; Itajaí. Anais.

Anexo 1. 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. Em sua opinião, o que é saúde?

13. Em 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