UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ADRIANA PEREIRA DE FINA-IQUEDA

Auto-percepção da voz e interferências de problemas vocais: um estudo com professores da rede municipal de Ribeirão Preto/SP

Ribeirão Preto

2006

ADRIANA PEREIRA DE FINA-IQUEDA

Auto-percepção da voz e interferências de problemas vocais: um estudo com professores da rede municipal de Ribeirão Preto/SP

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade, Departamento de Medicina Social.

Orientador: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Ribeirão Preto

2006

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta dissertação, por meio, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Defina-Iqueda, Adriana Pereira

Auto-percepção da voz e interferências de problemas vocais: um estudo com professores da rede municipal de Ribeirão Preto/SP.

165 p. : il. ; 30cm

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Santos, Jair Lício Ferreira.

1. Voz. 2. Professor. 3. Trabalho. 4. Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Adriana Pereira Defina-Iqueda

Auto-percepção da voz e interferências de problemas vocais: um estudo com professores da rede municipal de Ribeirão Preto/SP

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade, Departamento de Medicina Social.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Instituição: Fac. Med. Ribeirão Preto-USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Alcione Ghedini Brasolotto

Instituição: Fac. Fono. Bauru- USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Vera Lúcia Navarro

Instituição: Fac. Filo. Cienc. Letras R.P.-USP

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À **DEUS**,
Toda glória,
toda honra,
toda adoração,
e todo o louvor,
seja dada somente a Ti meu Pai.
Declaro que Tu és Santo,
o Senhor da minha vida,
para todo o sempre!
Amém*

*Aos **meus pais**,
Porque a realização deste meu sonho,
foi muito antes, o sonho sonhado por vocês.
Muito obrigada!*

AGRADECIMENTOS

Esta etapa da minha vida foi possível graças a Deus e a vocês.

*"O Senhor te abençoe e te guarde!
o Senhor faça resplandecer o rosto sobre ti
e tenha misericórdia de ti!
o Senhor sobre ti levante o rosto
e te dê a paz."
(Bíblia Sagrada – Número 6,24-27)*

*Ao meu orientador, Prof. Dr. **Jair Lício Ferreira Santos**, pela paciência, palavra esta que eu deveria ter escrito em letras maiúsculas, mas ainda assim não seria representativo.*

*À **Solange Pedersoli**, da biblioteca do Departamento de Medicina Social, porquê se não fosse você, eu não teria conseguido. Não tenho como agradecer por toda a sua dedicação, apenas posso desejar que DEUS TE ABENÇOE!*

*À **Luíse Elena Zanin** pela ajuda sem tamanho no momento em que eu mais precisei.*

*À Profa. Dra. **Alcione Guedini Brasolotto** pela disponibilidade em ajudar apesar da distância. Você foi muito mais presente que muitos próximos!*

*À Profa. Dra. **Mara Behlau** por me fornecer a tradução do Protocolo VAPP. Você sempre será modelo de vitória e competência para mim e para toda a Fonoaudiologia. Nossa eterna professora!*

*À **Secretaria Municipal de Educação**, em nome do Prof. Dr. **Abid Salim Cury** que permitiu a realização desta pesquisa.*

*À Sra. **Odete Hitora**, da Secretaria Municipal de Educação que mui atenciosamente atendeu às minhas necessidades, sempre que precisava de algo da instituição.*

*À **Secretaria Municipal de Saúde**, em nome do Dr. **Oswaldo Cruz Franco** que permitiu a análise dos Comunicados de Acidentes de Trabalho (CATs) mencionadas nesta pesquisa.*

*À **Dra. Rosângela Aparecida Murari Mondadori**, do CEREST de Ribeirão Preto, que prontamente atendeu à minha solicitação e me auxiliou na leitura das CATs.*

*Aos **professores** que participaram indiretamente, compartilhando comigo suas dificuldades relacionadas à voz e ao trabalho e aos que participaram respondendo ao instrumento; todos vocês foram fonte de minha inspiração para a realização desta pesquisa. Muito obrigada!*

*À **D. Rute**, minha avó adotiva, que também foi professora, desculpe-me por eu ter sumido.*

*À **Jurema Blum e Adriana** que apesar de tanto pés e mãos para cuidar, ainda conseguiram tempo prá mim.*

*Ao pessoal responsável pela correção do português, minha prima **Valéria**, minha cunhada **Daniela** e meu irmão **Cléber**, que pacieeeeeennncia heim gente!*

*Ao **Setor de Fonoaudiologia**: **Juliana Reche, Alessandra, Ana Paula, Andréa, Anne, Carla, Cláudia, Danille, Juliana Andrez, Luíse, Paula, Renata e Thaís**. Em especial à **Danielle** por ter-me ausentado e "te deixado na mão" no exames da videoflорoscopia.*

*Ao casal 20, **Lilian e Hilton Ricz**, pelo aprendizado constante que me oferecem, pelo suporte e companheirismo durante as minhas ausências (e também quando estou presente, é claro) e por podermos partilhar da nossa fé até mesmo no local de trabalho, o que torna o fardo mais leve.*

*À **Fernanda, Cristiane, Débora, Priscila e Vanessa**, pela minha ausência nesse período em que deveria estar auxiliando-as em seu crescimento profissional.*

*À **Chris**, psicóloga do ambulatório da CCP e minha também, valeu!*

*À todos os **colegas de turma do curso de mestrado** em Saúde na Comunidade (2004). Foi muito legal conviver vocês por um ano inteiro. Guardarei boas recordações de vocês. Seremos sempre amigos.*

*Às secretarias do Departamento de Medicina Social, **Carolina, Mônica e Regina**, pela constante disponibilidade em ajudar. Sou muito grata pela atenção e apoio que me deram, quando eu achei que não conseguiria.*

*Ao pessoal do CPD, **Rosane, Sidney, Gilmar, Nádia, Olinda, Maria Helena, Goulart, Goreti, Dulce**, pela ajuda nas questões da informática que muito me ajudaram na montagem deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha família,

*"E a paz de DEUS,
que excede todo o entendimento,
guardará o vosso coração e a
vossa mente em
JESUS CRISTO,
nosso Senhor e Salvador."*

(Bíblia Sagrada - Filipense, 4:7)

À Deus, "porque Dele e por Ele são todas as coisas".

*Aos meus pais, **Atílio e Suely**, por nunca se cansarem de querer o melhor para mim e meus irmãos.*

*Ao "sr. meu marido", **Rogério**, pela ajuda na montagem das enormes planilhas do Excel, pelo amor, carinho, paciência e noites dormidas sem jantar, obrigada pela compreensão.*

*À minha vózinha, minha dama-de-honra, **Zita**, obrigada por ter-nos mostrado o caminho da luz.*

*Aos meus irmãos, **Gustavo e Cleber**, eu me orgulho muito de vocês.*

EU AMO MUITO TODOS VOCÊS!

*“Ouve-se a voz do Senhor,
Ouve-se a voz sobre as águas,
Troveja ó Deus da glória.
A voz do Senhor é poderosa,
A voz do Senhor quebra os cedros do Líbano,
A voz do Senhor despede chama de fogo.
A voz do Senhor é majestosa
E no seu Santo templo tudo grita: Glória!
(Bíblia Sagrada - Salmo 29,3-9)*

*E chamou o Senhor Deus ao homem
e lhe perguntou: “Onde estás”?
(Bíblia Sagrada - Gênesis 3,9)*

RESUMO

Defina-Iqueda, A. P. **Auto-percepção da voz e interferências de problemas vocais: um estudo com professores da rede municipal de Ribeirão Preto/SP**. 2006.165 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

A maior incidência de disfonia em profissionais que utilizam a voz falada como instrumento de trabalho está entre os professores. O distúrbio da voz relacionado ao trabalho é caracterizado como qualquer alteração vocal diretamente relacionada ao uso da voz durante a atividade profissional que diminua, comprometa ou impeça a atuação e/ou a comunicação do trabalhador. Fatores ambientais e organizacionais podem atuar como atores principais ou coadjuvantes ao desenvolvimento da doença, que frequentemente ocasiona incapacidade laboral temporária ou permanente; pode ou não haver lesão nas pregas vocais secundária ao uso vocal. Evidências científicas abundantes mostram a contribuição da saúde geral para a qualidade de vida das pessoas ou de populações. Da mesma forma, é sabido que muitos componentes da vida social contribuem para uma vida com qualidade. No caso dos professores, esses componentes envolvem questões muito além do uso excessivo da voz, como problemas de adaptação profissional, condições ruins de trabalho, espaço físico inadequado devido a higiene do ambiente e ao número de alunos ou à má condição acústica da classe, violência, pouco tempo de preparo para as aulas e o estresse gerado pela má remuneração e pelas más condições gerais de trabalho e saúde, entre outros. Muito pode ser evitado se houver atenção à saúde vocal do professor, que deveria ser iniciado durante a formação profissional, visto que muitos professores apresentam episódios de disfonia antes do término da graduação. Com essa mudança, os prejuízos com o absenteísmo dos professores às salas de aulas, que em 2004 ultrapassaram duzentos milhões de reais, poderão ser diminuídos. É preciso ouvir o educador para a elaboração de leis que garantam ao professor o direito de ter o seu distúrbio vocal, quando relacionado ao trabalho, reconhecido como uma doença ocupacional. O objetivo do presente é observar a influência da alteração vocal nos aspectos profissional, pessoal e emocional dos professores da rede pública municipal da cidade de Ribeirão Preto. Participaram da amostra 118 professores, atuantes em salas de aula, da rede municipal de Ribeirão Preto, ambos os sexos, do ensino infantil, fundamental e médio e 96 sujeitos não-professores (controle). Todos foram solicitados a responder o protocolo Vapp - Voice Activity and Participation Profile e o questionário de caracterização da amostra. Os resultados mostraram que a prevalência de 93% de queixa de disfonia entre os professores da rede pública municipal da cidade de Ribeirão Preto/SP e baixos escores de auto-percepção quanto à severidade do problema vocal, como também para a influência dos efeitos da alteração vocal no trabalho, na comunicação diária, na comunicação social e nas emoções. Os valores do PLA revelaram que no momento da entrevista, os professores consideravam-se pouco limitados em suas atividades devido ao problema vocal. Os valores do PRP mostraram que nos últimos seis meses os professores foram pouco restritos em participar de atividades profissionais e de vida diária devido ao problema vocal. Pode ser concluído que os professores da rede municipal de Ribeirão Preto apresentaram baixa influência de problemas vocais nos aspectos profissional, pessoal e emocional no momento da entrevista como também nos últimos seis meses.

Palavras-chaves: Voz. Professor. Trabalho. Saúde.

ABSTRACT

Defina-lqueda, A. P. **Self-perception of voice and interferences of voice disorders: an study about Ribeirão Preto/SP's municipal teachers.** 2006.165 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

The largest dysphonia incidence in professionals that use the voice spoken as work instrument is among the teachers. The disturb of the voice related to the work is characterized directly as any vocal alteration related to the use of the voice during the professional activity that decreases, commit or impede the performance and/or the worker's communication. Environmental and organization factors can act as main or helping actors to the development of the disease, that frequently causes inability temporary or permanent. It cannot or there not to be lesion in the secondary vocal folds to the vocal use. Many scientific evidences show the contribution of the general health for the quality of the people's life or of populations. In the same way, it is known that many components of the social life contribute to a life with quality. In the teachers' case, those components involve many subjects besides the excessive use of the voice, as problems of professional adaptation, unsatisfactory conditions of work, inadequate physical space due to hygiene of the atmosphere and to the number of students or the bad acoustic condition of the class, violence, little time of prepare for the classes and the stress generated by the bad remuneration and for the bad general conditions. A lot it can be avoided, if there is primary attention to the teacher's vocal health, that should be begun during its professional formation, because many teachers present disфонia episodes before the end of its. With that change, the damages with the absence of the teachers to the rooms of classes, that surpassed two hundred million reals in 2004,. It is necessary to hear the educator for the elaboration of laws that could guarantee to the teacher the right of having the voice disturbance related to the work recognized as a occupational disease. The objective of the present was to observed the influence of the dysphonia in the professional, personal and emotional aspects of the Ribeirão Preto's teachers. They participated in the 118 teachers (10% of the total number of teachers),who worked in class rooms, both sexes, of the infantile, fundamental and medium level and 96 subject no-teachers (control group). Everybody was requested to answer the protocol Vapp - Voice Activity and Participation Profile and the questionnaire of characterization of the sample. The results showed prevalence of 94% dysphonia complaint between the teachers of the municipal public schools of Ribeirão Preto/SP's city and low solemnity-perception scores with relationship to the severity of the vocal problem, as well as for the influence of the effects of the vocal alteration in the work, in the daily communication, in the social communication and in the emotions. The values of ALS revealed that in the moment of the interview, the teachers were considered not very limited in its activities due to the vocal problem. The values of PRS revealed that in the last six months the teachers were not very restricted in participating in professional activities and of daily life due to the vocal problem. It can be concluded that the teachers of the municipal public net of the city of Ribeirão Preto presented low influence of vocal problems in the aspects professional, personal and emotional in the moment of the interview as well as in the last six months.

Key words: Voice. Teachers. Work. Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização da amostra - ambos os grupos	89
Tabela 2-	Existe na rede municipal de Ribeirão Preto/SP algum tipo de atenção voltada aos cuidados da voz do professor? É suficiente?	90
Tabela 3-	Sugestões a respeito do que gostaria que tivesse no serviço público municipal de Ribeirão Preto/SP para os cuidados com a voz do professor.....	91
Tabela 4-	Estudo do efeito da idade nas variáveis dependentes: valores das medianas em cada classe e resultados dos testes – Ambos os Grupos	92
Tabela 5-	Estudo do efeito da idade nas variáveis dependentes: valores das medianas em cada classe e resultados dos testes – professores	93
Tabela 6-	Valores medianos dos escores de limitações (PLA) e restrições (PRP) segundo grupos	94
Tabela 7-	Características da amostra de professores e não-professores	95
Tabela 8-	Características da amostra de professores: nível do ensino ministrado e número de alunos por sala	96
Tabela 9-	Comparações das medianas dos escores de auto-percepção dos problemas vocais segundo as variáveis independentes ..	97
Tabela 10-	Comparações das medianas dos escores de efeitos da voz no trabalho segundo as variáveis independentes	98
Tabela 11-	Comparações das medianas dos escores de efeitos da voz na comunicação diária segundo as variáveis independentes	99
Tabela 12-	Comparações das medianas dos escores de efeitos da voz na comunicação social segundo as variáveis independentes.	100
Tabela 13-	Comparações das medianas dos escores de efeitos da voz nas emoções segundo as variáveis independentes	101

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

QV - Qualidade de vida

QVT- Qualidade de vida no trabalho

OIT- Organização internacional do trabalho

OMS- Organização mundial de saúde

PIACT- Programa internacional para o melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho

OPAS- Organização pan-americana de saúde

CAT- Comunicados de acidentes de trabalhado

CEREST- Centro de Referência Regional à Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Qualidade de vida.....	16
1.2	Qualidade de vida no trabalho.....	20
1.3	Qualidade de vida e promoção de saúde.....	24
1.4	As conferências internacionais sobre promoção de saúde.....	25
1.4.1	Declaração de <i>Alma-Ata</i> sobre cuidados primários.....	25
1.4.2	Carta de Ottawa sobre a promoção da saúde.....	26
1.4.3	Declaração de Adelaide sobre cuidados primários.....	27
1.4.4	Declaração de Sundsvall sobre promoção da saúde.....	27
1.4.5	Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde.....	28
1.4.6	Carta de Bogotá sobre promoção da saúde.....	28
1.5	Cidades e escolas promotoras de saúde.....	30
1.6	Voz.....	31
1.7	O professor e o distúrbio da voz relacionado ao trabalho.....	35
1.8	Saúde geral, voz, higiene e ambiente de trabalho.....	48
1.9	Voz e qualidade de vida.....	64
1.10	Os direitos dos profissionais da voz.....	68
1.11	A Fonoaudiologia e a preocupação com a voz do trabalhador.....	76
2	OBJETIVOS	79
3	METODOLOGIA	81
4	APRESENTAÇÃO DOS DADOS	88
5	ANÁLISE DOS DADOS	102
6	CONCLUSÕES	124
	REFERÊNCIAS	126
	ANEXOS	150
	APÊNDICES	156

***NO** princípio, criou Deus os céus e a terra. A terra, porém era sem forma e vazia; havia trevas sobre a face do abismo, e o Espírito de Deus pairava por sobre as águas. E disse Deus: haja luz e houve luz. E viu Deus que a luz era boa...
(Bíblia Sagrada - Gêneses, 1-4)*

1.1 Qualidade de vida

Felicidade! Esse foi o termo escolhido por Aristóteles para conceituar um certo tipo de atividade virtuosa da alma. Nasceu aí o conceito de qualidade de vida, que tanto se pensa na atualidade, mais de dois mil anos depois.

Segundo Sawada (2002) o termo "qualidade de vida" (QV) foi mencionado pela primeira vez na década de 20, em um trabalho sobre economia e bem estar; nesse momento fora discutido o suporte governamental para as classes sociais baixas e seu impacto sobre suas vidas, bem como o reflexo disso nas finanças governamentais.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu o conceito de Q.V. à saúde, elaborando a seguinte definição: saúde é "um estado de bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de enfermidades" (SEGRE; FERRAZ, 1997). Entretanto, somente décadas mais tarde é que se estabeleceu que todos os indivíduos têm o direito ao cuidado psicossocial e uma adequada qualidade de vida e não apenas o cuidado fisiológico (SAWADA, 2002). Para Farquar (1995), essa definição é utópica, pois considera impossível alcançar um completo estado de bem estar, porém, é uma definição que direciona as ações e torna a relação qualidade de vida e saúde, um conceito de muitas variáveis (multidimensional).

Para a OMS, qualidade de vida é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". A esta definição inclui-se 6 domínios (ou variáveis): saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual. Outros autores como Kaplan (1989) atribuem 3 variáveis a essa

relação: mobilidade, atividade física e atividade social. Ferrans e Powers (1985) consideram 4 variáveis principais: saúde e funcionamento; sócio-econômico; psicológico e espiritual; e familiar. Para Andrykovsky (1994), o conceito de QV em saúde é multivariável e considera ser necessário incluir todos os aspectos do cotidiano do indivíduo, como o desempenho no trabalho, as atividades diárias, o bem estar social, o psicológico, a atividade sexual e outros.

Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8) explicam o porquê de tamanha variabilidade de conceitos:

[...] o termo abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividade que a ele se reportam em várias épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto, uma construção social, com marca de relatividade cultural.

Apontam três referências que determinam a subjetividade da noção de QV: histórica, cultural e social. Histórica: em um determinado tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de QV diferente da mesma sociedade em outra época. Cultural: valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições. Social: cada classe social tem suas concepções de bem estar.

Diante do exposto, é correto considerar que QV é um conceito subjetivo, tem dinâmica própria, depende dos valores de cada indivíduo, do seu momento de vida e tem muitas variáveis a serem consideradas; se soma a isso, o fato de existirem várias disciplinas e linhas de pesquisa, portanto, diferentes perspectivas e interesses trabalharem com o conceito de QV (SPILKER, 1990; FARQUAR, 1995).

[...] Mede-se em qualidade de vida apenas uma fração dos movimentos exercidos no solo urbano e na pele humana. Estes configuram-se somente a parte que pode ser exposta e mensurável das complexidades do homem. É a pretensão (do homem) em verter a agilidade da vida em conceitos, números, cálculos, análises ... Mas a vida é muito mais que isso, desabafa ROCHA et al. (2000, p. 80).

Apesar da subjetividade, várias são as razões da sua utilização do conceito, a mais óbvia é a necessidade de comparar resultados, porém o mais importante é distinguir, em cada estudo, qual a natureza de medida e o tipo de questionário que será utilizado (que dependerá dos objetivos do estudo).

Para utilizá-lo não existe "modelo ouro" (SPITZER, 1987), a escolha dependerá do objetivo, do tipo de estudo, da população e das propriedades psicométricas do instrumento.

Linde (1996) refere haver duas formas de mensurar QV: através de instrumentos genéricos que incluem a avaliação do perfil de saúde e através dos instrumentos específicos da doença. Como os dois instrumentos fornecem informações diferentes, eles podem ser empregados concomitantemente.

As características dos instrumentos genéricos são: abordam o perfil de saúde; tentam englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Têm a vantagem do uso em qualquer população, avaliam o estado de saúde geral, o impacto da doença e as intervenções em diferentes aspectos da qualidade de vida. A desvantagem é que não são sensíveis a detecção de aspectos particulares e específicos da QV de uma determinada doença. Exemplo de instrumentos genéricos: EORTC core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30), Nottingham Health Profile (NHP), etc.

Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QV em determinadas situações. Avaliam de maneira individual e específica determinados aspectos de QV como as funções física, voz, sexual, sono, fadiga, etc. A desvantagem é a dificuldade na compreensão do fenômeno e em validar as características psicométricas do instrumento devido ao reduzido número de itens e amostras insuficientes. Exemplo de instrumentos específicos: Functional Status Index (FSI); Voice Activity and Participation Profile (VAPP), etc.

O que diferencia a medição dos aspectos da QV de outras medidas de saúde é a incorporação dos valores do paciente e suas preferências (Sawada 2002).

No Brasil, segundo Paschoal (2000), qualidade de vida passou a ter importância nas pesquisas da área da saúde na última década, quando houve um aumento bastante considerável de pesquisas.

Hoje, no mundo todo, o presente tema é considerado imprescindível na área de saúde, visto que seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos, avaliar custo/benefício do cuidado e reduzir taxas de morbidade e mortalidade. No entanto, há a urgente necessidade de envidar esforços para a construção de um modelo conceitual ou a teoria que fundamente o constructo de qualidade de vida relacionada a saúde. Sawada (2002) criticou o fato de haver poucos estudos que se preocupem em desenvolver estruturas teóricas e afirmou que há um investimento grande nas questões de mensuração em detrimento de testar as hipóteses sobre o conceito de QV subjacente.

Atualmente, cientistas sociais, economistas, pesquisadores clínicos, farmacêuticos da indústria e clínicos em geral têm se engajado no debate do

significado de QV, suas medidas e a utilidade nos resultados do cuidado de saúde. Para tanto, há a necessidade de escolher um referencial teórico que responda aos objetivos da pesquisa, uma metodologia compatível e instrumentos confiáveis e válidos com os propósitos do estudo. Somente dessa forma, os resultados das pesquisas poderão ser utilizados na prática clínica.

1.2 Qualidade de vida no trabalho

Em 1950, a Organização Internacional do Trabalho definiu "a segurança e a higiene do trabalho são conceitos indivisíveis e deverão ser tratados como dois aspectos de um mesmo problema, isto é, a proteção dos trabalhadores" (TUDOR, 1985).

Qualidade de vida no trabalho (QVT) é uma temática que assume relevância a partir da década de 70, até mesmo no Brasil, quando há um esgotamento da organização do trabalho de corte taylorista/fordista (LACAZ, 2000).

Há um conflito de idéias no que diz respeito a sua definição, tal qual a definição de qualidade de vida. De modo geral, qualidade de vida no trabalho relaciona-se a motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho, ambiente de trabalho e mais recentemente, graças ao nascimento do Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho (PIACT) em 1976, tem envolvido discussões sobre formas de organização do trabalho e novas tecnologias.

Historicamente, com a maior mobilização dos trabalhadores europeus em busca de seus direitos, QVT consolidou-se na perspectiva de tornar o trabalho mais humanizado, a partir daí, o trabalhadores são vistos como sujeitos, estando

sua realização calcada no desenvolvimento e aprofundamento de suas potencialidades. Nesta época, inspirada nessas preocupações o PIACT já propunha estratégias de intervenções sobre o processo de trabalho, principalmente a respeito das questões carga de trabalho, duração de jornada, organização e conteúdo do trabalho e a escolha da tecnologia.

Segundo Lacaz (2000), QVT nos remete a dois extremos, de um lado, as mudanças na organização do processo de trabalho como consequência de movimento de qualidade do trabalho e/ou democracia industrial (adotada nos países escandinavos no início da década de 1970). No outro lado, trata de questões práticas que se preocupam muito pouco com as condições e organização do trabalho, na medida que sua vertente individualista apenas incentiva a prática de hábitos de vida saudáveis. No entanto, é visível que elas não atingem as relações e a organização do processo de trabalho, categoria esta central para explicar os principais problemas atuais de saúde dos trabalhadores.

A idéia de QVT tenta somar diversos interesses contraditórios presentes nos ambientes e condições de trabalho, seja em empresas públicas ou privadas. Esses interesses não se resumem aos do capital e do trabalho, mas também aos relativos ao mundo subjetivo, tais como desejos, vivências, sentimentos, valores, crenças, ideologias, além de interesses econômicos e políticos.

Ciborra e Lanzarra (1985, apud Lacaz 2000)¹ criticam a terminologia qualidade de vida no trabalho e sugerem qualidade do trabalho. Consideram esta mais adequada por incluir todas as características de uma certa atividade humana.

¹ CIBORRA, C.; LANZARRA, G. F. (org.) **Progettazione delle tecnologie e qualita del lavoro**. Milão: Franco Angeli editore, 1985, 330p.

No Brasil, as políticas empresariais de programas de saúde são caracterizadas por envolver mecanismos de controle da percepção e subjetividade para enquadrar trabalhadores mediante engrenagens que visam a adaptar as normas e metas da empresa. Para os trabalhadores brasileiros, é possível perceber que QVT não foi e continua não sendo, uma bandeira de luta e defesa da saúde como direito de cidadania.

Melhorar a qualidade de saúde no trabalho acarreta identificar os problemas em cada situação, com a participação efetiva dos sujeitos do processo de trabalho e replanejá-lo, o que envolve sempre um processo de negociação (LAURELL; NORIEGA, 1989, apud LACAZ, 2000)².

Todo trabalhador, independente do sexo, tem o direito ao trabalho em condições de higiene e segurança, "para que o trabalho seja um meio de vida e não um meio de morte. Melhorar a qualidade de vida" (TUDOR, 1985).

No passado, o perfil de adoecimento do trabalhador sempre era vinculado a sua atividade, não se aceitava que trabalhadores adoecessem e morressem da mesma maneira que a população em geral, e isso era tido como normal e esperado.

Com o aumento da sobrecarga no grau de automação imposto ao trabalho, associado a mudanças importantes na forma de organização da jornada, há uma mudança no perfil da morbi-mortalidade, que se associa, no final dos anos 60, ao aumento do absenteísmo, da insatisfação no trabalho, das operações tartarugas como maneira de resistência. São primeiros sinais do esgotamento desta forma de trabalho.

² LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**. Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1989, 333p.

No Brasil, a organização dos trabalhadores nos locais de trabalho, que deveria ser um dos pilares da busca pela qualidade do trabalho, é uma realidade muito pouco encontrada quando não considerada indesejável ou até ilegal.

Para Lacaz (2000), é inadmissível falar em qualidade do trabalho sem pensar na qualidade do ambiente e das condições do trabalho, o que seria sobremaneira auxiliado pela democratização das relações sociais nos locais de trabalho. Na ausência dessas necessidades, têm sido incorporadas condições contraditórias a saúde, tais como, maior intensidade do ritmo de trabalho, maior controle e conhecimento do trabalho, polivalência, criatividade; esses incrementos expressam-se em um quadro de queixas no qual prevalecem o mal-estar físico e mental, como dores de cabeça e nas costas, dificuldade de dormir e cansaço que não melhora com o descanso.

Do ponto de vista da saúde, essa questão forma um novo perfil de morbimortalidade dos trabalhadores. Além das doenças tradicionais, agregam-se doenças não reconhecidas ao trabalho.

É idealista talvez, porém necessário, que questões ligadas às novas tecnologias e seu impacto para a saúde e o meio ambiente; aos salários; incentivos e participação nos lucros das empresas; à criatividade, autonomia, grau de controle e quantidade de poder dos trabalhadores sobre o processo de trabalho, sejam discutidas e replanejadas e é fundamental a necessidade da ação participativa dos trabalhadores, não somente da elite pensante, ou por melhor dizer, é necessária que haja a integralidade entre as diferentes castas de trabalhadores, os que fazem e os que pensam.

É imprescindível a conquista de um replanejamento do trabalho em que a gestão participativa seja real, com verdadeiros canais coletivos de negociação - capital-trabalho, visando à resolução dos conflitos/contradições de interesses.

[...] A "integralidade é uma ação social, um princípio, que tem a Reforma Sanitária Brasileira como contexto político, social e histórico. Isso significa acreditar que a construção da Integralidade requer, necessariamente, interações democráticas entre os sujeitos envolvidos nas práticas do cuidado da saúde, e que essas transformações no cotidiano dos serviços podem garantir a saúde como direito de cidadania... há a necessidade de se conhecer as vozes do usuário, do profissional, do gestor... Por cotidiano entende-se o espaço-lugar (*locis*) onde se expressam não somente as experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas contextos de relações distintas que envolvem tanto pessoas como coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados". Detalha PINHEIRO (2006, p. 21).

Para Pinheiro (2006), estudar os atores, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições é fundamental, pois possibilita a localização de elementos objetivos e subjetivos, por meio dos quais os atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social, que inclui a vida institucional.

1.3 Qualidade de vida e promoção de saúde

Buss (2000) defini saúde como um produto de amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social para as famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e cuidados adequados à saúde. Portanto, as ações da saúde devem ser voltadas ao coletivo de indivíduos e ao meio ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do esforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações. Surge da concepção ampla do processo saúde-doença e de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para sua resolução. É um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

Sigerist (1956 apud BUSS 2000)³ foi um dos primeiros a referir foi o termo, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação e afirmou que "a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso", para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos.

A respeito do movimento de prevenção das doenças crônicas - a promoção da saúde passou a se associar a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, e não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias. (É importante lembrar aqui, que a disfonia do professor é uma doença crônica para esta população!)

1.4 As conferências internacionais sobre promoção de saúde

1.4.1 Declaração de *Alma-Ata* sobre cuidados primários

Realizada à 12 de setembro de 1978, e Alma-Ata (URSS), é a primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde.

3 SIGERIST, H. **The university at the Crossroad**. New York: Henry Schumann Publisher, 1956.

Recomendou a adoção de oito elementos essenciais à saúde: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos. A ação mais importante desta conferência foi a proposta da atenção primária de saúde. Outras questões tratadas: a reafirmação da saúde como direito humano fundamental; que as desigualdades são inaceitáveis; que os governos têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos; e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde.

1.4.2 Carta de Ottawa sobre a promoção da saúde

Realizada à 21 de novembro de 1986, é a Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde e tornou-se um termo de referência ao desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo.

A Carta de Ottawa define promoção de saúde como o "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". Saúde "é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida". Saúde não é um objetivo, mas um recurso fundamental para a vida cotidiana.

As condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Há três estratégias básicas: defesa da saúde; capacitação e mediação. E Cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas

saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; esforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

1.4.3 Declaração de Adelaide sobre cuidados primários

Realizada em Adelaide (Austrália) em 1988, é a Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde e teve como tema central as políticas públicas saudáveis "que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população".

Vemos aqui a questão da intersectorialidade, como também a idéia de responsabilidade do setor público, não só pelas políticas sociais que formula e implementa, como pelas políticas econômicas e seu impacto sobre a situação da saúde e do sistema de saúde.

1.4.4 Declaração de Sundsvall sobre promoção da saúde

Realizada em junho de 1991, na cidade de Sundsvall (Suécia), é a Terceira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde e teve como tema central a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos, como o físico, social, econômico, político e cultural. Refere-se "ao espaço em que as pessoas vivem: a comunidade, suas casa, seu trabalho e os espaços de lazer", engloba também, as "estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão".

A conferência enfatizou quatro aspectos para um meio ambiente favorável e promotor da saúde: a dimensão social (normas, costumes e processos sociais

que afetam a saúde); a dimensão política (garantia da participação democrática nos processos de decisão); a dimensão econômica (redirecionamento dos recursos para os setores sociais, incluindo a saúde e o desenvolvimento sustentável) e a utilização da capacidade e conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o político e o econômico.

O documento cria a "pirâmide dos ambientes favoráveis de Sundsvall": educação, alimentação e nutrição, moradia e vizinhanças, apoio e atenção social, trabalho e transporte.

1.4.5 Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde

Realizada em 1997, é a Quarta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde e foi uma atualização da discussão sobre a importância da ação comunitária e foram definidas cinco prioridades para o campo da promoção da saúde para os anos seguintes: promover a responsabilidade social com saúde, através de políticas saudáveis; aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde, através de melhorias na educação, habitação e outros setores sociais, consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores e níveis governamentais e da sociedade; definir cenários para atuação (escolas, ambientes de trabalho etc).

1.4.6 Carta de Bogotá sobre promoção da saúde

Realizada entre os dias 9 à 12 de novembro de 1992, é a uma Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde na América Latina, cujo documento faz o lançamento da promoção da saúde na América Latina e reconhece a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento. O documento afirma que a

"promoção da saúde na América Latina deve buscar a criação de condições que garantem o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento".

O documento estabelece cinco princípios: a superação das desigualdades econômicas, ambientais, sociais, políticas e culturais; necessidade de novas alternativas na saúde pública; reafirmação da democracia nas relações políticas e sociais; conquista da equidade ao afirmar que o "a promoção da saúde consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações para aliviar seus efeitos, como também atuar como agente de transformações radiais".

Aponta três estratégias para a promoção da saúde na América Latina: impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações; transformar o setor saúde, pondo em relevo a estratégia de promoção da saúde; compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma questão prioritária.

Define onze compromissos indispensáveis a implementação da promoção da saúde na América Latina: impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos; convocar forças sociais para aplicar estratégias de promoção de saúde; incentivar políticas públicas que garantam a equidade social; estabelecer mecanismos de concerto e negociação entre os setores sociais e institucionais; reduzir gastos improdutivos, como os gastos militares, desvios de fundos públicos, a burocracia excessiva e outras fontes de desperdícios e ineficiências; fortalecer a participação da população nas decisões que afetam suas vidas e optar por estilos de vida mais saudáveis; eliminar os efeitos diferenciais das desigualdades sobre a mulher; fortalecer a capacidade de convocação de setor saúde em mobilizar recursos; reconhecer como trabalhadores e agentes de saúde

as pessoas comprometidas com os processos de promoção da saúde; estimular a investigação em promoção da saúde.

1.5 Cidades e escolas promotoras de saúde

O movimento "cidades saudáveis" foi iniciado pela OMS e pela OPAS, tendo como base os princípios elaborados na Carta de Ottawa sobre a promoção da saúde (1986) e representa uma nova forma de pensar e fazer saúde que pressupõe a existência de problemas concretos de pessoas vivendo em um território e que tem como objetivo a qualidade de vida da população, a equidade e o desenvolvimento integral do ser humano e de suas relações (PENTEADO, 2002; WESTPHAL, 2000). Adriano et al. (2000) afirmaram que o ponto fundamental para o êxito das "cidades saudáveis" é a existência de uma efetiva comunhão de valores entre a administração municipal e a sociedade, uma disposição e uma vontade política para superar os problemas e melhorar a qualidade de vida nas cidades.

A proposta das "escolas saudáveis" ou "escolas promotoras de saúde" é uma proposta de promoção de saúde em nível local. É uma iniciativa da OMS consolidada na Europa e pela formação de uma Rede Latinoamericana de Escolas Promotoras de Saúde, difundida na América Latina durante a década de 90. Essa proposta possui uma visão ampla e integral de saúde e educação que considera as peculiaridades culturais, a família e a história de cada um. Enfoca os fatores que influenciam a auto-estima, habilidades comunicativas e a qualidade de vida e saúde dos estudantes, professores, funcionários, familiares e comunidade. A escola é considerada o local ideal para o desenvolvimento de projetos de promoção de saúde de amplo alcance e repercussão interdisciplinar e parcerias

intersectoriais entre saúde/educação. Essa proposta prevê a criação de ambientes físico e social saudáveis e o professor é o profissional central, já que representa um ator social nas ações de promoção de sua saúde e de outros também, por que seus conhecimentos e práticas de saúde servem de referência para a família e a comunidade escolar (PENTEADO; PEREIRA, 1999; PENTEADO, 2002).

Segundo a OPAS/OMS, "escolas saudáveis" ou "escolas promotoras de saúde" seria um ambiente psicossocial saudável, harmonioso e estimulante, sem agressões nem violência verbal, física ou psicológica, que envolve o clima emocional e as interações sociais que afetam o bem-estar e a produtividade da comunidade escolar. Permite vivenciar ambientes saudáveis, empático e solidário que favoreça experiências novas e positivas, bem como sentimentos de felicidade (PENTEADO, 2002).

1.6 Voz

A voz é fundamental para a comunicação humana e está presente desde o nascimento, o som que se ouve quando o bebê chora, é voz (BEHLAU; PONTES, 1993).

Mas o que é voz? Voz é o resultado da somatória dos fatores orgânicos, emocionais e sociais (CONSENSO..., 2004). Do orgânico é importante mencionar que a laringe infantil e a adulta masculina e feminina apresentam particularidades, as mais importantes são: cartilagem tireóide: apresenta forma arredondada e ângulo aproximado de 110° no sexo masculino e 120° no feminino e somente na adolescência assume a forma de escudo, havendo a definição da linha média anterior e redução do ângulo para 90° nos meninos e 110° nas meninas. A cartilagem cricóide inicialmente apresenta forma circular e aos poucos adquire

forma mais circular nas mulheres. A porção membranosa das pregas vocais quase dobram de tamanho no primeiro ano de vida, chegando a fase adulta com variação de 11,5 a 16mm, no homem e de 8 a 11,5mm, na mulher; já a porção cartilaginosa tem um crescimento menor, e apresenta variação de 5,5 a 7mm, no homem, e de 4,5 a 5,5mm, na mulher. Outro item importante a ser mencionado é a proporção glótica (PG), esta relaciona-se as regiões de fonação e respiração da laringe. Os valores da PG são aproximadamente iguais para as crianças, ao redor de 1, sendo discretamente maior nas meninas e isso explica o freqüente achado de fenda triangular posterior nas crianças. Nas mulheres adultas a PG mantém o valor ao redor de 1, enquanto que nos homens esse valor situa-se ao redor de 1,3, o que favorece o fechamento glótico completo. (BEHLAU; AZEVEDO e MADAZIO, 2001).

É importante mencionar também a influência do ácido hialurônico encontrados nas camadas das pregas vocais, este são moléculas que dão resistência às forças de compressão. Homens apresentam três vezes mais quantidade de ácido do que as mulheres, o que provavelmente faz com que o sexo feminino seja mais sensível aos efeitos do fonotrauma. A ocorrência de lesões como os nódulos vocais, na população feminina também encontra uma possível explicação na diferença da quantidade desses ácidos, muito menor nas mulheres; os homens teriam maior absorção do impacto durante a vibração das pregas vocais por apresentarem maior quantidade do ácido (BEHLAU, AZEVEDO e MADAZIO, 2001 apud HAMMOND et al. 1997).⁴

4 HAMMOND, T.; ZHOU, R.; HAMMOND, E.; PAWALAK, A.; GRAY, S. The intermediate layer: a morphologic study of the elastin and hyaluronic acid constituents of normal human vocal folds. *J Voice*, v. 11, p. 59-66, 1997.

Herrington-Hall et al. (1988) descreveram a ocorrência de lesões laringeas e a distribuição destas entre as variáveis idade, sexo em um grupo de 1262 pacientes de diferentes otorrinolaringologistas. As cinco lesões mais freqüentes foram nódulos, edema, pólipos, câncer laríngeo e paralisia de pregas vocais. Estas ocorreram mais freqüentemente em mulheres.

Do emocional, a própria palavra já reflete o significado. Do social entenda-se como a inserção de cada pessoa no meio em que vive e convive. Vale aqui ser lembrado a respeito do reconhecimento da interação entre o ser biológico e o ser psicossocial, no entanto, ainda não se compreende exatamente como o contexto social, em seu sentido amplo, influencia os indivíduos para melhorar a sua saúde; não se sabe, também, de maneira específica e precisa, que modificações deveriam ser feitas no ambiente social para que ele produza condições de melhoria de saúde. (CONTANDRIOPOULOS, 1998)

Portanto, podemos perceber que a voz fala mais do que as palavras escolhidas, ela faz transparecer mensagens "sublimares" do tipo idade, sexo, personalidade, saúde física, saúde emocional, as condições sociais do falante, o pensamento, o sentimento, o querer e o não-querer, isso chamado de psicodinâmica vocal.

Cariola e Behlau (2001), em uma pesquisa a 130 sujeitos, sem alteração vocal, não enxergar foi a resposta mais referida como incapacitante; apenas 7,69% consideraram que não ter voz é um problema. Apesar de um valor baixo, eles percebem que essa incapacidade afetaria sua qualidade de vida em alguns aspectos, como no trabalho (90%); atividades diárias (80%); o modo como as pessoas os tratam (76,92%); relacionamento com os amigos (72,31%). A maioria dos entrevistados citou a depressão, a irritação e a tristeza como sentimentos

relacionados a perda da voz. Os autores concluíram que a voz não é considerada como uma função importante entre pessoas que não têm alteração vocal e não fazem uso profissional da voz e que essas pessoas não possuem a noção adequada do impacto de uma alteração vocal.

Behlau (2001) afirmou ser muito difícil a caracterização de uma voz dita normal, seja pela variabilidade conceitual, seja pela interferência de fatores que envolvem a produção vocal. O que há definido, na fonoaudiologia, são parâmetros universais de uma "boa voz" como, emissão sem esforço, harmônica, com frequência e intensidade adequada ao sexo e idade. Há, também, o conceito de vozes preferidas, se enquadra aqui opções feitas pelo falante de parâmetros respiratórios, vocais, articulatórios, psicodinâmicos e comportamentais, de acordo com a profissão; estes comportamentos se tornam marcadores vocais da profissão e permitem a identificação da profissão, imediatamente, pela voz do falante; exemplo, os professores são divididos em dois grupos de vozes preferidas, a do professor de ensino infantil, que apresenta voz com modulação excessiva, intensidade forte, projeção vocal, qualidade vocal agudizada e com tendência à tensão; o resultado final é uma voz, com psicodinâmica, que transmite segurança, afetividade e alegria. O segundo grupo é formado pelos professores de ensino fundamental e médio, estes apresentam voz com intensidade forte e frequência média, articulação precisa, velocidade de fala adequada ao assunto, com boa projeção vocal e ressonância laringo-faríngea; a psicodinâmica vocal que transmite é de confiança, autoridade e sabedoria. O risco vocal, para ambos os grupos, é moderado a elevado, de acordo com o tempo, local e uso da voz.

Qualquer dificuldade ou incapacidade na emissão da voz em suas características naturais é chamado de disfonia (BEHLAU, 1995). Por ser a produção vocal muito delicada e complexa, a prevalência da disfonia (ou distúrbio vocal) na população geral mundial é relativamente alta, segundo Brindle e Morris (1979) 18%. A maior incidência em profissionais que utilizam a voz falada como instrumento de trabalho está entre os professores.

1.7 O professor e o distúrbio da voz relacionado ao trabalho

Voz profissional é conceituada como uma forma de comunicação oral utilizada por indivíduos que dela dependem para exercer sua atividade ocupacional (CARTA..., 2001; BEHLAU et al. 2005). A partir dessa definição inicial, foi apresentado o distúrbio da voz relacionado ao trabalho como:

[...] qualquer alteração vocal diretamente relacionada ao uso da voz durante a atividade profissional que diminua, comprometa ou impeça a atuação e/ou a comunicação do trabalhador. Os fatores ambientais e organizacionais atuam como fatores de risco para o desenvolvimento da doença, que freqüentemente ocasiona incapacidade laboral temporária. Pode ou não haver lesão histológica nas pregas vocais secundária ao uso vocal. (SOUZA, 2004, p. 5)

Para Guimarães (2004), o termo ideal seria disfonia laboral e a define como sendo o resultado da utilização em demasia do sistema músculo-esquelético e que pode resultar em "lesões por esforço vocal repetitivo (LEVR)", fazendo um paralelo ao já conhecido LER (lesão por esforço repetitivo).

Sataloff (1997) sugeriu categorizar a demanda vocal de profissional em três níveis: no primeiro, a limitação vocal não resulta em alterações significantes ao indivíduo na sua função vocal ocupacional, pois os falantes categorizados neste nível dispõem de pouca ou nenhuma exigência vocal, por exemplo, o digitador

(etc). No segundo nível, a voz é um componente importante para a profissão, mas ainda não é o foco principal da ocupação, sendo que uma alteração vocal pode dificultar ou impossibilitar a atuação profissional, por exemplo, advogados que não fazem júri (etc). No terceiro nível, a voz representa a ocupação primária do indivíduo e uma limitação prejudica profundamente a atuação profissional, podendo torná-la impraticável, como por exemplo, o professor (etc).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1980) elaborou critérios de classificação do impacto de uma doença de acordo com os conceitos de "impairment", "disability" e "handicap". "Impairment" é definido como defeito, ou seja, uma anormalidade na função física ou mental. "Disability" é definido como incapacidade, ou seja, restrição ou falta de habilidade para as atividades diárias. "Handicap" indica uma desvantagem, ou seja, é uma dificuldade social, profissional, econômica ou ambiental, devido a um defeito ou incapacidade. Utilizando esses critérios, um indivíduo com uma fenda glótica fusiforme apresentaria um defeito ("impairment") e incapacidade ("disability") em projetar a sua voz, porém, sendo professor, esse defeito provocaria uma desvantagem profissional ("handicap").

Lucca (1994) referiu que o risco ocupacional tem estreitas relações com a "posição" que a ocupação/profissão adquiriu na estrutura social de cada sociedade, ou seja, é reflexo da estrutura social e econômica, pois há formas de viver e morrer para cada grupo de trabalhadores. As doenças ocupacionais ou os acidentes de trabalho tendem a apresentar incidência diferenciada nos diversos "grupos ocupacionais". Neste caso, se pode dizer que o ensino representa a atividade profissional de maior risco vocal e o professor, pode ser visto como o profissional da disfonia e não o profissional da voz (BEHLAU et al., 2005).

Herrington-Hall et al. (1988) referiram que professorado esteve entre as dez ocupações que mais apresentaram alterações laríngicas.

Fabron (2005) referiu que professores e alunos reconhecem a voz como um recurso didático. No entanto, a voz foi significativamente mais lembrada pelos professores, os quais apontaram para diversas formas de utilização da voz como recurso didático.

Servilha (2000) referiu que a voz do professor assume características e modulações diferentes de acordo com os mais diversos objetivos que quer atingir, sendo norteadas também pelas reações dos alunos. A autora concluiu que a voz é um instrumento ou recurso poderoso para obter a atenção do aluno em sala de aula e envolvê-lo na produção do conhecimento.

Brunetto et al. (1986) puderam extrair da experiência com 300 professores, que apenas 9% não tiveram nem um tipo de alteração vocal e/ou laringea. Consideraram significativo ao diagnóstico: estresse, alteração de vias respiratórias e uso vocal. Foi considerado irrelevante: fatores emocionais; uso excessivo da voz; grau de severidade da disfonia e tabaco. A combinação de fatores atuando simultaneamente resultaram no quadro de alteração vocal e laringea.

Gotaas e Starr (1993) encontraram em 80% dos professores entrevistados a queixa de fadiga vocal.

Smith et al. (1997; 1998a; 1998b), seus achados mostraram que os professores apresentaram mais problemas de voz que não-professores. Apresentam em média 10 sintomas vocais e 5 tipos de desconforto físico. Aproximadamente 20% dos professores faltaram do trabalho por causa do problema vocal, enquanto que apenas 4% dos não-professores faltaram do

trabalho por causa da voz. Um número maior de professoras apresentaram problema de voz, quando comparado a professores. Os resultados sugerem que ser professor é correr um grande risco para problemas vocais e este problema de saúde pode ter significativa relação com trabalho e efeitos econômicos.

Simões e Latorre (2002), as autoras fizeram um levantamento bibliográfico de estudos nacionais e internacionais que investigaram a prevalência de alteração vocal em professores de diferentes níveis de ensino, a prevalência de alteração vocal auto-referida e fatores associados à alteração de voz. Concluíram que a prevalência de alteração vocal em professores é bastante elevada, variando de 21% a 80%, assim como é alta a prevalência de alteração vocal auto-referida, que variou de 20% a 89%. Foi encontrado que a prevalência mais baixa envolveu professores de ambos os sexos e quando a prevalência foi alta o estudo tratava apenas de professoras. Quando comparado os diferentes níveis de ensino, parece haver certa tendência para que professores de educação física e educação infantil apresentem alterações de voz com mais frequência. Quanto aos fatores associados à alteração vocal, observou-se que há controversas, exceto quanto ao sexo (feminino), falar em intensidade forte, postura corporal inadequada e falar em ambiente seco/empoeirado. Sugeriram o desenvolvimento de ações voltadas a diminuição da ocorrência de alterações vocais em professores.

Fuess e Lorenz (2003) observaram entre 451 professores que 80,7% referiram algum grau de disfonia. Não foi observado relação entre idade, tempo de profissão e classe atendida e frequência referida de disfonia. Não houve associação entre frequência de disfonia e número de fatores extra-profissionais de abuso da voz ou tabagismo. Foi observado relação direta entre a frequência de

disfonia e a carga horária semanal ($p < 0,01$) e o número de alunos por classe ($p < 0,02$), além de associação significativa com presença de sintomas de rinite alérgica ($p < 0,001$) e refluxo gastro-esofágico ($p < 0,01$). O exame objetivo da laringe mostrou, ao lado de lesões características de esforço vocal, alterações congênitas e outras etiologias.

Roy et al. (2004a) entrevistaram 2531 pessoas, sendo 1243 professores e 1288 não professores. A prevalência de problemas vocais crônicos foi significativamente maior entre os professores quando comparado com os não professores (11,0%:6,2%), $\chi^2 (1) = 18,2$, $p < .001$, como também a prevalência de episódios isolados de problemas vocais durante o curso da vida foi maior entre os professores (57,7%:28,8%), $\chi^2 (1) = 215,2$, $p < .001$. Os professores procuraram atendimento médico ou fonoaudiológico, devido ao problema vocal, com mais frequência que os não professores (14,3%:5,5%), $\chi^2 (1) = 55,3$ - $p < .001$. Mulheres quando comparadas com homens apresentaram, não apenas a maior prevalência de problemas vocais (46,3%:36,9%), $\chi^2 (1) = 20,9$, $p < .001$, como também a maior prevalência de desordens vocais crônicas (mais que 4 semanas de duração), comparada com desordens vocais agudas (20,9%:13,3%), $\chi^2 (1) = 8,7$, $p = .003$. Os autores discutem que os valores encontrados não somente indicam que os professores representam um grupo de risco de desordens vocais (57,7% vs. 28,8%), mas, além disso, chamam a atenção do leitor para a magnitude da ocorrência de problemas vocais entre a população geral e consideram que uma grande porção desse número são problemas que podem ser prevenidos e portanto, programas de prevenção de problemas vocais devem ser desenvolvidos e avaliados.

Roy et al. (2004b) encontraram que os professores apresentaram maior frequência de sintomas vocais (93,7%), tais como rouquidão, cansaço vocal, mudança na qualidade vocal após o uso, dificuldade para falar ou cantar baixo, dificuldade de projeção vocal, perda da tessitura, desconforto ao falar, voz monótona, esforço vocal e gosto amargo ou ácido na boca, que não professores (88,7). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação à secura e dor de garganta crônicas, pigarros frequentes, dificuldades de deglutição e voz trêmulas ou instável. A média de sintomas vocais foi maior para professores (4,3) que não-professores (3,1). Professores apresentam múltiplos sinais e sintomas vocais que são atribuídos a sua ocupação, com limitação em seu empenho profissional, redução de atividades e nas interações sociais (43%), além de relatarem ter perdido pelo menos um dia de trabalho durante o último ano, por causa de um problema de voz (18,3%). Os sinais/sintomas fonatórios mais comuns foram dificuldades em projetar a voz e esforço para falar, enquanto que secura crônica na garganta foi o mais comum da categoria laringofaríngea. Os professores (60,2%) atribuíram a causa dos sintomas vocais aos trabalhos e à ocupação profissional, com exceção ao gosto amargo e ácido na boca. Não-professores fizeram tal associação em um número muito menor de vezes (20,9%). Os professores, mais que os não-professores, referiram a necessidade provável de mudar de ocupação no futuro por causa de um problema de voz persistente. Concluem que ser mulher, com idade entre 40-59, ter 16 ou mais anos de professorado, ter histórico familiar de problemas vocais, são uma associação de fatores que aumentam o risco de alterações vocais.

Dragone, Reis e Sichirolli (1998; 1999) realizaram um estudo longitudinal a respeito da voz de 69 professoras da cidade de Araraquara. As professoras

tiveram suas vozes avaliadas em um espaço de tempo de dois anos e como resultados os autores encontraram que 65,2% apresentaram piora dos aspectos vocais; 20,3% permaneceram iguais e 14,5% melhoraram. Dentre as vozes que na primeira avaliação não apresentavam alterações, 76,2% pioraram e 23,8% permaneceram iguais. Das vozes que apresentaram opções de ressonância predisponentes à alterações vocais, 92,4% tornaram-se vozes com alterações reais, variando em grau de disfonia discreta à moderada. Das vozes que já eram alteradas em diversos graus de disfonia, 48,5% pioraram, 28,7% melhoraram e 22,8% permaneceram iguais em sua qualidade vocal. Os sinais de perda de resistência vocal não se mostraram significativos na relação com as mudanças de qualidade vocal. Os dados sobre modificações de carga horária não justificaram as pioras de qualidade vocal, visto que das professoras que mantiveram sua carga horária igual, 60,7% tiveram piora da qualidade vocal; entre as que aumentaram a carga horária 66,6% pioraram e 33,3% mantiveram a qualidade vocal; e entre as que diminuíram a carga horária todas as vozes pioraram. Os resultados encontrados sugerem que as vozes apresentaram um desgaste significativo após os dois anos de uso profissional da voz no magistério.

Kooijman et al. (2006) entrevistaram 1878 professores e encontraram que diferentes fatores podem favorecer o desenvolvimento e a consolidação de problemas vocais. Alterações orgânicas e psico-emocionais foram os fatores de risco que mais observaram. O tempo de uso e o meio-ambiente parecem não ser importantes. Os professores que apresentaram problema de voz durante o período de preparação para a profissão referiram maior número de problema vocal durante a carreira. Os resultados reforçam a importância da avaliação e tratamento de fatores variados, apesar dos aspectos orgânicos e psico-

emocionais terem sido observados como fator significativo para o desenvolvimento de problemas vocais. Este estudo enfatiza a importância do trabalho vocal durante os cursos de preparação dos futuros professores.

Sliwinska-Kowalska et al. (2006) entrevistaram 425 professoras polonesas e 83 mulheres polonesas não-professoras e observaram que o grupo de professores referiram maior número de problemas vocais que os não-professores (69%: 36%), principalmente os aspectos rouquidão crônica e episódios agudos e garganta seca. A média de sintomas vocais foi 3,21 para professores e 1,98 para os não-professores ($p < 0.001$). Alteração vocal, tensão muscular cervical à fonação e alteração de ressonância foram significativamente mais freqüentes no grupo de professores. A média do tempo máximo de fonação foi mais curta para o grupo de professores (14,3 segundos: 15,9 segundos, $p < 0.001$). Distúrbio da voz relacionado ao trabalho e disfonia funcional foi mais encontrado no grupo de professores (32,4%) do que no grupo de não-professores (9.6%). A probabilidade do desenvolvimento de incompetência de fechamento glótico e disfonia funcional foi significativamente maior para o grupo de professores. Houve relação positiva para a prevalência de disfonia funcional e tensão à fonação, tensão na região cervical, instabilidade de voz e tempo de uso profissional da voz. Houve correlação entre a prevalência de nódulos vocais e incompetência glótica com uso incorreto da voz, mas não mostrou significância para os fatores psicológicos. Não foi encontrada correlação entre voz e temperatura da classe, umidade do ar, poeira. Concluíram que a prevalência de sintomas referidos e encontrados entre as professoras polonesas são 2 a 3 vezes maiores que grupo de não-professoras. Tempo de uso vocal, uso incorreto da voz e fatores psicológicos parecem ser

fatores predisponentes ao desenvolvimento de distúrbio vocal relacionado ao trabalho.

Souza e Ferreira (1998; 2000b) em uma pesquisa com 966 professores da rede municipal da cidade de São Paulo concluíram que o perfil do professor é: média de horas/aula em uma semana de 36,9 h e média do tempo de serviço na profissão de 12,34 anos. A maior parte desses profissionais não souberam avaliar se a voz necessitava de cuidados especiais. O grau de conhecimento sobre cuidados vocais é baixo, dos professores que possuíam algum conhecimento, haviam adquirido-o com fonoaudiólogos. Os sintomas vocais mais referidos foram irritação na garganta (75,3%), disfonia (62,9%), cansaço ao falar (62,5%), pigarro (47,3%) e voz fraca (38,8%), mais de um terço já havia perdido a voz. Houve associação entre o fator horas/aula/semana e os sintomas vocais apresentados acima. Houve forte relação entre tempo de serviço e disfonia e perda da voz, pois a frequência de ocorrência desses sintomas foi maior à medida que aumentou o ano de magistério. Um número pequeno de professores havia procurado ajuda devido ao problema vocal e um número muito menor afastou-se da atividade profissional apesar do problema vocal diário. Os autores terminam o texto afirmando que somente o uso excessivo da voz não resulta em distúrbio vocal, mas, a somatória do uso abusivo da voz, com esforço vocal contínuo, mais o desconhecimento de técnicas de higiene vocal, estes sim, juntos, podem resultar em um quadro de disfonia. Portanto é imprescindível incorporar disciplinas sobre saúde vocal nos cursos de magistério e pedagogia e além disso, propor medidas de prevenção primária, secundária e terciária aos professores e portanto, oferecer-lhes melhores condições de exercer sua profissão.

Oliveira (1999) comparou a qualidade vocal de professores de ensino fundamental da rede pública e particular da cidade de Campinas e pode observar que não houve diferença significativa entre prevalência de sintomas vocais, alterações de qualidade vocal e desordens laríngeas, as quais se mostraram elevadas em ambos os grupos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significante, entre docentes de escola pública, que apresentaram pior avaliação de suas conduções físicas de trabalho e melhores avaliações quanto a hábitos de alimentação e hidratação, em relação aos da rede particular. Os dois grupos apresentaram alta prevalência de alteração de qualidade vocal (81%).

Brasolotto e Fabiano (2000) realizaram avaliação acústica da voz em 40 professores, sendo 28 mulheres e 12 homens, 15 minutos antes e 15 após quatro horas de aula expositiva e encontraram modificação nos parâmetros vocais avaliados (frequência fundamental, intensidade, jitter, shimmer e energia de ruído glótico. As modificações de frequência fundamental, intensidade, e energia de ruído glótico não foram as mesmas para ambos os sexos e mostraram as professoras sofreram mais alterações na voz que os professores, o que inferiram estar relacionado à configuração glótica e ao comportamento vocal distinto para ambos os grupos.

Niebudeck-Bogusz; Fiszer e Sliwinska-kowalska (2005) realizaram avaliação vocal acústica em 66 professoras polonesas, sendo 35 com o diagnóstico de alteração vocal ocupacional e 31 com diagnóstico de disfonia funcional. Os seus resultados revelaram que a média da frequência fundamental para os professores com o diagnóstico de doença ocupacional foi 193Hz e o grupo de disfonia funcional foi de 236Hz, os outros parâmetros acústicos

avaliados não mostraram diferenças significantes. Concluíram que a análise vocal acústica não pode ser usada como método para o diagnóstico das alterações vocais relacionadas ao trabalho.

Há um número enorme de trabalhos que descrevem os sinais e sintomas de alteração vocal, no entanto, o elenco é muito parecido a todos. São estes os sintomas vocais freqüentemente encontrados e reclamados entre os professores: fadiga vocal, garganta ressecada, sensação de garganta raspando, ardor, dor, tosse, rouquidão; cansaço vocal, voz mais grave, tensão na musculatura da região do pescoço, postura corporal inadequada, padrão respiratório inadequado com tempos máximos de fonação reduzidos (inclusive para as professoras sem sinal ou sintoma de alteração vocal), freqüência vocal elevada principalmente no grito, voz abafada, presa e sem projeção, etc (ROY et al. 2004b; FERRO; NAVARRETE; ROCHA, 2000; SILVA; MOTTA; TEIXEIRA, 2000; TENOR; CYRINO; GARCIA, 1999; SOUZA; FERREIRA, 1998; NAGANO, 1994).

Magalhães (1997-98) referiram que é importante saber como é a percepção vocal de cada falante e o significado do uso da voz para cada um, pois isso influencia na evolução do quadro vocal.

Alves, Gasparini e Behlau (2005) fizeram uma importante observação; em pesquisa a 73 professores puderam concluir que não houve correspondência entre a avaliação vocal fonoaudiológica e a auto-percepção vocal feitas pelas professoras.

Russel, Oates e Greenwood (1998) avaliaram a auto-percepção vocal de professores, para isso foram questionados se estavam disfônicos naquele dia; se apresentaram episódios de disfonia naquele ano e se apresentaram disfonia ao longo da carreira. As respostas foram: 16% estavam disfônicos no dia da

avaliação; 20 % referiram episódio de disfonia ao longo do ano; 19% referiram problema vocal ao longo da carreira.

Quanto à laringe, Fernández e López (2003) referiram que os nódulos são muito freqüentes entre a população de professores, especialmente entre os mais jovens.

Oliveira (1999) referiu ter encontrado alterações laríngeas em 83% de sua amostra de professores (rede pública e privada); ao exame de videolaringoscopia foi observado lesões de massa, fenda glótica, hiperconstrição medial ou alteração estrutural mínima.

Stier et al. (1998) encontraram, em um grupo de 6000 professores, da rede municipal de ensino da cidade de Curitiba, 25% de alterações vocais e laríngeas, sendo os nódulos vocais a lesão laríngea mais freqüente .

Apreciado, Tapia e Infante (1998) encontraram nódulos vocais (8,1%), disfonia hiperfuncional (4,1%), laringite crônica (2,7%), pólipos (1,4%), disfonia hipofuncional (0,7%) e "suffusion submucosa" (0,7%). A prevalência de disfonia entre os 147 professores entrevistados por estes autores foi de 17,7%.

Fernandes (1998) encontrou em um grupo de 22 professores, da rede municipal de Taboão da Serra, respectivamente, espessamento de prega vocal, o nódulo de pregas vocais e a fenda triangular posterior grau II, características de disfonias orgânico-funcionais.

Herrington-Hall et al. (1988) encontraram em um grupo de 42 professores, (13) nódulos, (7) edema laríngeo e (6) exames normais.

Brunetto et al. (1986) de um total de 300 professores, apenas 9% não tiveram nem um tipo de alteração vocal e/ou laríngea, sendo, 62% alteração funcional (alteração vocal e laríngea); 23% com nódulos, pólipos ou laringite

crônica (relacionado ao mau uso vocal); 6% paresia ou paralisia de pregas vocais (não há relação com o uso vocal).

Stone Jr. (1998) chama atenção à saúde vocal pobre e afirma que esta pode se apresentar na forma de muco laríngeo mais espesso. Essa condição é típica de indivíduos que freqüentemente pigarreiam, o que também é visto como fonte de abuso vocal, devido ao forte atrito entre as pregas vocais e a forte constrição de toda a musculatura intrínseca da laringe. Também considera que tempo aumentado de uso da voz, intensidade elevada, esforço à fonação e uso da voz em freqüência mais elevada que o habitual são fontes de abuso vocal.

Fernández e López (2003) observaram diferenças importantes entre os professores que apresentaram nódulos vocais e os que não apresentaram as lesões: história prévia ao professorado de alteração vocal, até mesmo de fonocirurgia; não houve relação significativa com uso de cigarro e álcool; maior freqüência de diagnóstico de refluxo gastroesofágico entre os professores com nódulos; professores com nódulos apresentaram menor modulação de intensidade e freqüência vocal; os parâmetros acústicos de perturbação de freqüência, amplitude e ruído estavam mais aumentados entre os professores com nódulos.

Masuda et al. (1993) realizaram um interessante estudo; relacionaram as variáveis tempo acumulado de fala, intensidade vocal e achados vocais de 3 grupos: grupo controle: 11 pessoas que trabalhavam em escritório e sem alteração vocal; 13 professores: 6 de pré-escola e 7 de primário ; 5 indivíduos com nódulos vocais (2 professores de nível elementar, 2 trabalhavam em escritório e 1 dona de casa). Os resultados mostraram que o grupo de professores e o grupo nódulos vocais falavam 3 vezes mais que os que

trabalhavam em escritório e não apresentavam alteração laringea; mais da metade do tempo apresentaram intensidade vocal acima de 80dB; e os professores da pré-escola falavam alto apenas enquanto estavam trabalhando, enquanto que o grupo de nódulos vocais falava alto a todo o momento.

Giannini (2003) sugere aos profissionais da saúde, que atendem qualquer profissional que desenvolva o distúrbio da voz relacionado ao trabalho, que compreendam o sintoma para além do que é mostrado no corpo. O diagnóstico de disfonia por abuso "culpabiliza" o sujeito e oculta o vínculo com o trabalho. A autora propõe que as alterações vocais sejam interpretadas como sofrimento, partindo da noção de desgaste, não em concepção reducionista de condições ambientais, mas concebido numa perspectiva dinâmica que leva em conta a dimensão subjetiva dos enfrentamentos cotidianos.

Manzoni (2005) acrescenta que devemos lembrar que usar a voz, envolve a expressão humana, tendo portanto, a subjetividade como característica inerente. A desconsideração desta subjetividade destitui o ser humano do papel da expressão, equiparando-o a uma "máquina ou aparelho falante". Afirma ser fundamental aprimorar a compreensão sobre a ação dos fatores de risco nos indivíduos, o que permitirá também identificar os trabalhadores com maior risco de adoecimento em função ao tipo e qualidade da exposição aos fatores de risco laborais.

1.8 Saúde geral, voz, higiene e ambiente de trabalho

A acentuada competitividade e a busca pela adequada qualidade de vida afetaram substancialmente as relações de trabalho com repercussões sobre o binômio saúde e trabalho.

Existem evidências científicas abundantes que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida das pessoas ou de populações. Da mesma forma, é sabido que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. É fundamental mais que o acesso a serviços de saúde de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população afetada (BUSS, 2000).

No caso dos professores, esses componentes da vida podem ser fatores considerados predisponentes ao distúrbio da voz relacionado ao trabalho e envolvem questões muito além do uso excessivo da voz, como problemas de adaptação profissional, condições insatisfatórias de trabalho, espaço físico inadequado devido a higiene do ambiente e ao número de alunos ou à má condição acústica da classe, violência, pouco tempo de preparo para as aulas e o estresse gerado pela má remuneração (que o conduz a carga horária excessiva) que resultam em comprometimentos psicoemocionais e não somente físicos (MENDES; WALKER; SERVILHA, 2005; BEHLAU et al., 2003; FERREIRA et al. 2003; APRECIADO; TAPIA; INFANTE, 1998). Em um interessante estudo, Simberg (2005) encontrou como queixa dos professores, o aumento do mau comportamento dos alunos como fator coadjuvante a disfonia.

Ferreira et al. (2003) também citam a associação de fatores ambientais como contribuintes a ocorrência de disfonia, como a presença de riscos químicos, ergonômicos, físicos e de acidente, além de problemas de saúde não restritos a laringe, como, articulares, auditivos, gástricos, alérgicos e psíquicos e concluem

que não somente as condições desfavoráveis levam o professor a desenvolver problemas de voz, mas a insatisfação na atividade letiva que contribui para o processo da disfonia. "Mais que o uso excessivo ou abuso de fala, a permanência em situações desgastante contribui para o estabelecimento da alteração vocal".

Munhoz (2004); Camargo e Penteado (2005) mediram a intensidade do ruído das salas de aula e a intensidade de voz dos professores. Ambos os trabalhos encontraram médias acima do sugerido em literatura. Esses achados sugerem que o ambiente de trabalho também pode provocar problemas para a relação professor-aluno, para o processo de ensino-aprendizagem e colocam em risco a saúde vocal e geral dos professores; o que confirma a necessidade de ações de promoção da saúde na escola, a fim de favorecer a qualidade do trabalho e de educação na escola. Servilha (1998) em entrevista a 12 professores encontrou a queixa (100%) de que a escola é muito ruidosa e o que o ruído é fonte de irritação e dificuldade de concentração nas crianças e neles próprios.

Silvany-Neto et al. (1998) encontraram alta prevalência de distúrbios psíquicos menores (DPM) entre os professores entrevistados (51,4%), o que releva uma situação que merece atenção especial dos pesquisadores e autoridades sanitárias. As principais queixas relacionadas ao trabalho foram: presença de poeira, pó de giz, ritmo acelerado de trabalho, esforço físico e ambiente agitado e estressante. Referentes à situação de saúde foram: cansaço mental, dor de garganta, dor nas costas e dor nas pernas.

Delcor et al. (2004) concordam que além de sintomas vocais, há vários fatores associados que prejudicam a integridade, física, emocional e social dos professores. As queixas relacionadas ao trabalho encontradas em seu estudo foram: permanecer em pé (96,7%) e correção de trabalhos escolares (94,1%),

ritmo acelerado de trabalho (67,9%), posição inadequada ou incomoda do corpo (65,4%), atividade física rápida e contínua (63,8%), ritmo frenético de trabalho (54,9%), posição da cabeça e braços inadequadas e incômodas (53,4%) e longos períodos de intensa concentração em uma mesma tarefa (51,9%). Também foram referidas questões como a necessidade de ser criativo (99,2%); necessidade de alto nível de habilidade (96%); necessidade de aprender coisas novas (94,7%). As queixas relacionadas à saúde foram: dor nos braços/ombros, dor nas costas, dor nas pernas/formigamento, dor na garganta, rinite, tosse, problemas digestivos, azia e queimação, sintomas que além de comprometer o bem-estar geral do professor, têm forte influência para o agravamento do quadro vocal. Os autores chamam atenção para o fato de que uma população jovem ter referido um número alto de queixas de saúde, rotulados como sendo de ocorrência "frequente" ou "muito frequente". Consideram este um número alto de problemas de saúde.

Tenor (1998), a partir da observação de um grupo de professores concluiu que entre os professores há predominância de posturas inadequadas de cabeça e ombros durante a conversação e projeção. As regiões corporais que evidenciaram maior concentração de tensão musculoesquelética, durante a conversação, foram as regiões de face (78%), boca (13,8%), lábios (13,8%), e mandíbula (11,3%), além de posição elevada de laringe; a este grupo de professores encontrado alto índice de disfonia, sendo que existe uma relação significativa entre voz alterada e desvios posturais comprovados estatisticamente.

Calheta, Madrid e Brant (2006) afirmaram que os professores vivem as dificuldades do seu próprio espaço, a relação com os outros professores e a necessidade de atualização constante, fatores cumulativos à jornada estressante que enfrentam diariamente. No seu círculo, 90% dos professores fazem, pelo

menos, duas jornadas de trabalho, isto gera conseqüências à qualidade vocal e dificuldade em se obter tempo para o aprendizado de questões relacionadas ao desenvolvimento da linguagem, com a alfabetização, com a leitura e escrita, entre tantos outros.

Zagury (2006), mestre em educação e com a experiência de 33 anos em várias funções de magistério, concluiu que a sociedade e o universo da educação criam mitos que aprisionam, prejudicam o trabalho do professor e os tornam refém da própria consciência por não conseguirem atingir plenamente os objetivos. Em pesquisa com 1172 professores, encontrou cinco principais problemas para o professor em sala de aula, manter a disciplina (22%), motivar os alunos (21%), avaliar de forma adequada (19%), estar atualizado (16%) e escolher a metodologia adequada (10%), todos diretamente relacionados com a atuação do professor. As causas, para essa dificuldade, seriam a formação inconsistente que tiveram ou continuam tendo e a falta de tempo e de recursos financeiros. Outra questão apresentada é o aumento de tarefas que o magistério tem acumulado, além de ensinar o conteúdo para qual foi preparado, o professor deve lidar com temas que não fazem parte de sua especialidade, por exemplo, o professor de matemática não está preparado para falar de educação sexual, nem o de língua portuguesa para ensinar questões ambientais. Esse acúmulo de tarefas deixa o professor preocupado, estressado e deprimido e isso faz com que se torne refém da estrutura educacional. Há também os mitos, um deles é que afeto e carinho são imprescindíveis à aprendizagem; eles são importantes, sim, mas não determinantes. Outro mito é que o bom professor é criativo, dinâmico, usa diversas ferramentas de ensino e qualquer aluno aprende; isso não é verdade, pois para aprender é necessário que o aluno esteja motivado, que

estude, faça suas tarefas e se esforce, "só aulas maravilhosas não bastam". A motivação é um processo interno de cada aluno e não envolve mágica, mas didática e o professor tem de mostrar a idéia, mesmo que isso se resuma a quadro-negro e giz. Outra dificuldade referida é a respeito da avaliação do aluno, para avaliar as conquistas na aprendizagem de conteúdo, o professor precisa olhar para cada aluno de maneira singular. Mas como fazer isso com classes com mais de 40 alunos, dando aulas para várias turmas, em vários períodos e sem tempo para planejar instrumentos de avaliação variados? Nada isenta o governo de fazer seu trabalho e oferecer melhores condições para o docente e ouvir os professores.

[...] Falta ouvir o educador, assim eles poderão apontar o que está dando certo e o que é necessário fazer para melhorar o resultado do trabalho. Falam tanto em afeto em relação ao aluno, por que não ter afeto também em relação ao professor? (ZAGURY, 2006, p. 22).

Para Brenner e Bartell (1984), os professores pertencem a um grupo considerado de alto risco para o desenvolvimento de estresse e a chamada síndrome de Burnout é a consequência ao impacto negativo do estresse originado pelo trabalho. Carvalho (1995) referiu que os professores apresentam, em média, nível moderado desta síndrome, e alerta que esta situação é resultante das condições de vida e trabalho do professor; sugere que as entidades de classe atentem para os problemas de saúde relacionados às condições de trabalho, "quase inadequadas" a que os professores se submetem.

Por ser o estresse um dos inimigos do professor, Lipp (2002 apud Bencini 2005)⁵ apresentou um teste para avaliação do nível de estresse dos professores.

⁵ LIPP, M. N. **O stress do professor**. Campinas: Papirus. 2002. 136p.

São dez questões em que o professor deve indicar quantas vezes apresentou os sintomas na última semana. Apesar de nenhum item questionar a respeito da voz, o teste é interessante porque entre todas as afirmativas, há duas relacionadas a sintomas vocais: "grande tensão muscular e pescoço rígido" (item 1) e "mesmo se alimentando de modo adequado, o estômago ardia com acidez" (item 3).

Para a análise das respostas deve ser considerado quantos itens foram marcados quatro vezes ou mais. Para 1 a 3 marcações significa que "sua vida pode ser um pouco estressante"... Para 4 a 8, "seu nível de estresse está alto"... Para 9 ou 10, seu nível de estresse está altíssimo...

-
1. Tensão muscular e pescoço rígido.....
 2. Grande irritação, com impulso de ser indelicado ou rude com as outras pessoas por pouca provocação.....
 3. Mesmo se alimentando de modo adequado, o estômago ardia com acidez.....
 4. Vontade de sumir.....
 5. Lapso de memória.....
 6. Sensação de incompetência ou de que não conseguiria lidar com as exigências.....
 7. Cansaço de manhã, como se o corpo estivesse pedindo cama.....
 8. Sensação de estar repetindo coisas que já dissera ou pensando repetidamente no mesmo assunto, sem desligar.....
 9. Ansiedade, receio vago, inquietude interior.....
 10. Sensação de trabalhar em um nível de competência abaixo do seu normal.....
-

[...] Profissionais estressados precisam trabalhar até cinco horas mais para obter resultados porque não conseguem vencer a fadiga (93% dos entrevistados), se irritam com as tarefas cotidianas (86%), têm dificuldade para se concentrar (82%), chegam a se sentir incapazes de vencer o cansaço e se manter trabalhando (9%). (O PREJUÍZO..., 2006, p. 19)

Coelho et al. (1996), da relação entre estresse e voz concluíram que as pessoas disfônicas, em geral, atribuem um peso significativamente maior aos eventos de vida estressantes negativos, sejam eles recentes ou passados, que as pessoas não-disfônicas. Essa avaliação subjetiva do evento fica ainda mais evidente quando os disfônicos são de nível sócio-econômico baixo. A exposição contínua dos disfônicos a eventos estressantes negativos faz com que na tentativa de adaptar-se, o organismo termine por concentrar sua reação de estresse num só órgão. Acreditam, também, que no caso dos disfônicos, a laringe seja o órgão vulnerável. Os resultados, também, mostraram que os disfônicos apresentaram uma tendência maior de somatizarem suas emoções em um sintoma físico. No entanto, não confirmaram a hipótese de que pessoas disfônicas apresentam maiores sintomas de estresses. Acreditam que, como os disfônicos já têm a alteração vocal instalada, os sintomas deixaram de ser predominantemente físicos ou psicossociais e passaram a ser típicos da alteração vocal.

Pereira e Ferreira (2005) avaliaram a frequência dos sintomas físicos e psicológicos de estresse em professoras com alteração vocal e encontraram que os sintomas físicos mais apresentados foram os relacionados aos cansaço constante, problemas com a memória e mudança de apetite e os sintomas psicológicos mais frequentes foram relacionados à sensibilidade emotiva excessiva e irritabilidade frequentes sem causa aparente. Os itens com baixa pontuação foram relacionados ao mal-estar generalizado, sem causa aparente e o pensar constantemente em um só assunto.

Bauk (1985), em um interessante artigo a respeito do tema estresse referiu que é impossível pensar em trabalho sem carga de estresse, porque este é necessário à execução de qualquer trabalho de forma eficiente. No entanto,

muitos fatores causadores de estresse do trabalho apenas acarretam em prejuízo à sua realização, prejudicando a capacidade de atenção e concentração, causando lapsos de memória, aumentando o absenteísmo e os acidentes de trabalho e diminuindo a produtividade. Referiu que a insatisfação com o trabalho é um forte aliado ao estresse, além da carga excessiva de trabalho, carência de autoridade e influências necessárias à execução de responsabilidade designadas, interferência do trabalho na vida particular, ser responsável por pessoas, entre outros. Considerou fatores de satisfação que caracterizaram um trabalho agradável e motivante, conseqüentemente menos estressante, como: boa remuneração, reconhecimento e oportunidades reais de promoção, supervisão atenciosa e participante, oportunidade de interagir com os colegas de trabalho em termos de igualdade, tarefas variadas e desafiantes, alto grau de responsabilidade com controle sobre o trabalho e seu ritmo. Referiu que para a American Management Association, os antigos critérios de sucesso para o executivo consistiam em: grande recompensa material, progresso na carreira, reconhecimento, status na comunidade. Atualmente esses valores mudaram para: grande satisfação no trabalho, trabalho mais significativo, tranquilidade doméstica, boa saúde, segurança no trabalho e nas finanças.

Soares-Júnior et al. (1994) entrevistaram 40 professoras e encontraram em 75% algum tipo de distúrbio biológico ou psíquico, sendo fadiga (22,8%); disfonia (15,2%); cefaléia (12,1%); alergias e gripe (9,1%); depressão e nervosismo (7,6%); anemia (4,5%); varizes nos membros inferiores (4,5%); doenças infecciosas (3,0%) e outras 21,2% (cardiopatia, úlcera péptica, constipação intestinal, hipertensão arterial sistêmica, gastrite, hérnia inguinal, diarreia, lombalgias, hemorróida e diabetes). A carência de material didático e o espaço

físico inadequado foram as principais cargas relatadas como responsáveis pelas alterações. Os autores sugeriram que a terapêutica para as mulheres que se dedicam ao ensino está associada a curto prazo, à melhora do salário que lhes permitam adequar o orçamento às despesas e aumentar a auto-estima. A médio e longo prazos, com a elaboração de um plano governamental para que diminua a crise socioeconômica e aumente o investimento nesse setor, valorizando a educação a formação profissional do educador. No plano estritamente da organização do processo de trabalho, faz-se necessário aumentar o grau de participação do professor nas atividades de decisão e planejamento, além da eliminação ou diminuição dos fatores que levam ao desgaste como o excesso de alunos, número elevado de aulas e prolongadas jornadas de trabalho.

O Diesse (Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos) em conjunto com a Associação dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo, realizaram entrevista com 1780 professores paulistas sobre quais são os principais problemas profissionais. "A surpresa: eles não reclamaram do salário. Provavelmente desistiram." (E ELES..., 2005, p. 40).

Do que os professores reclamam...		E como isso afeta a saúde deles	
Superlotação das salas	73%	Nervosismo e cansaço	80%
Falta de material didático	67%	Stress	22%
Excesso de trabalho	64%	Problemas nas cordas vocais	18%
Violência nas escolas	62%	Tendinite	16%

Ainda sobre a questão do ambiente de trabalho, Lieber (1991) referiu que a avaliação do mesmo não implica apenas em medições instrumentais precisas e exatas, mas acima de tudo, na interpretação de uma realidade, voltada à promoção do estado de dignidade humana. É necessária a participação do trabalhador, durante as avaliações, para que não se perca a subjetividade. O autor questiona: "quais podem ser as nossas expectativas na avaliação de ambientes de trabalho quando o nosso trabalhador, premido pela necessidade, não hesita em aceitar piores condições de ambiente por uma pequena contrapartida de salário?".

Manzoni (2005) referiu que o distúrbio da voz relacionado ao trabalho é causado por diversos fatores, entre eles, os laborais. Na perspectiva da prevenção e da promoção da saúde, é preciso reduzir os fatores de risco laborais e melhorar as condições gerais do trabalho. É fundamental investigar as características peculiares na forma do adoecimento desses trabalhadores, bem como aprofundar o conhecimento sobre o ambiente e a organização do trabalho, identificar fatores de risco e possibilidades de agravos de doenças. São considerados alguns fatores de risco, aos professores, a demanda vocal, competição sonora, ausência de controle sobre o modo e ritmo de trabalho e exigência de produtividade. No entanto, não há conhecimentos de limites seguros desses risco.

Para Rodrigues, Azevedo e Behlau (1996), a qualidade vocal do professor, teoricamente, deve inspirar autoridade, confiança e controle sobre o grupo de aluno, além de possuir resistência para longas jornadas de trabalho, em circunstâncias das mais adversas (ROY et al., 2004b). A realidade é que os professores falam muito, gritam e mantêm a intensidade aumentada na tentativa

de superar o ruído ambiental (CAMARGO; PENTEADO, 2005; MUNHOZ, 2004; TENOR et al., 1999), comportamentos vocais estes que comprometem a qualidade vocal, especialmente quando o mau uso e o abuso são freqüentes, como nos casos dos professores.

Assim sendo, o problema vocal é a justificativa mais comum do absenteísmo no trabalho ou readaptação funcional no ensino. Esta situação pode ser revertida com atenção às normas de higiene vocal (BEHLAU; PONTES, 1993) que são simples e fáceis de serem seguidas e estão descritas há muito tempo (BUENO, 1948) e com o desenvolvimento de programas especiais de prevenção de alteração vocal.

Souza e Ferreira (2000b) consideram os cuidados vocais imprescindíveis à manutenção de uma voz saudável, àquele indivíduo que necessita da voz como requisito fundamental para o exercício do trabalho, embora muitos trabalhos mostrem hábitos vocais saudáveis, como não fumar, não beber, ter alimentação regular e atividades de lazer freqüentes (ROY, et al., 2004 a/b; FERREIRA et al., 2003).

Muitos autores sugerem que os programas de prevenção de saúde vocal sejam iniciados durante a formação dos futuros professores, porque muitos deles já apresentam quadros de disfonia desde a sua formação e se estendem durante todo o tempo de serviço (KOOIJMAN et al., 2006; SIMBERG et al., 2006; MENDES; WALKER; SERVILHA, 2005; SIMBERG et al., 2005; SIMBERG et al., 2004; DUFFY; HAZLETT, 2004; FUESS; LORENZ, 2003; HERMES; NAKAO, 2003; YIU, 2002; SIMBERG et al., 2000; SLIWINSKA-KOWALSKA et al., 2000; SOUZA; FERREIRA, 2000a; PENTEADO; PEREIRA, 1999; FERNANDES, 1998; SERVILHA, 1998; STIER et al., 1998; WOJCIEHWSKI et al., 1998; SMITH et al.,

1997; BEHLAU; PONTES, 1993). Simberg et al. (2004) realizaram avaliação vocal em universitários de áreas diversas e observaram que a ocorrência de disfonia é freqüente, no entanto, entre os futuros professores o número é maior.

No trabalho de Sliwinska-Kowalska et al. (2000), os pesquisadores encontraram em 100% (n=66) do grupo de futuros-professores, a queixa de esforço à fonação, rouquidão e garganta seca; 30% apresentaram incompetência glótica e 6,1% nódulos vocais. Simberg et al. (2000) encontraram 20 futuros-professores com dois ou mais sintomas vocais e 19 % com lesões laringeas. Os autores consideram que esses futuros professores não estão suficientemente preparados para o aumento da demanda vocal.

Hermes e Nakao (2003, p. 55) fazem o seguinte comentário:

[...] o perfil do educador na fase inicial de sua carreira é preocupante, visto a existência de fatores predisponentes de alterações vocais (hábitos de vida, práticas inadequadas vocais, disfonias, ambiente escolar ...) e o inexistente ou precário interesse dos alunos (futuros professores) e da instituição sobre o assunto... observa-se que há um longo caminho a percorrer no que se refere a sua participação na capacitação universitária nas áreas de voz, pois a necessidade de investimentos financeiros é encarada como empecilho pelas universidades...Faz-se necessário a atuação do fonoaudiólogo na prevenção, orientação e treinamento quanto ao uso adequado da voz para professores iniciantes e atuantes em atividade docente, contribuindo para melhorar a qualidade e longevidade vocal.

Calheta, Madrid e Brant (2006) afirmaram que "se o professor estiver bem capacitado, ele pode - além de cuidar de sua própria saúde - cuidar da saúde do aluno nos aspectos que envolvem linguagem oral e escrita, audição, voz e motricidade".

A alteração vocal pode ser detectada através de triagens vocais e quando encontrada deveria, preferencialmente, ser tratada durante a formação profissional. Simberg et al. (2006) realizaram intervenção vocal a 20 futuros

professores com alteração vocal leve e observaram a melhora da qualidade vocal deste grupo, quando comparada aos 20 futuros professores que pertenceram ao grupo controle. Sugerem o tratamento em grupos pequenos e homogêneos.

Para Penteado (2005), a maioria das práticas em voz profissional deveria ser a da prevenção; devido a necessidade de reflexão, revisão e re-orientação de tais práticas, no sentido da promoção da saúde, já que as ações educativas preventivas priorizam informação e orientação para mudanças de hábitos, comportamentos e estilos de vida de indivíduos ou grupos de risco, responsabilizando-os pelas suas condições de saúde.

Na busca por literatura pertinente não foi encontrada unanimidade sobre o conhecimento do professor quanto às questões de higiene vocal. Ueda e Gonçalves (2004) questionaram a 158 professores sobre noções de saúde vocal e puderam observar que 91% dos professores assinalaram corretamente as alternativas que descreviam os principais cuidados com a voz. Na contra-mão, Ferreira et al. (2003) e Servilha (1998) encontraram a queixa de não receberem informações sobre hábitos vocais e produção da voz.

Hermes e Nakao (2003) observaram em entrevista a 61 alunos, do último ano de pedagogia, que os mesmos possuem conhecimentos básicos sobre alimentação, fatores prejudiciais e favoráveis ao discurso, postura, pausas, sobrecarga vocal, vestimentas e prevenção. Em contra-partida encontraram relevante porcentagem de disfonia, desinformação sobre técnicas de aquecimento e desaquecimento vocal, tipo respiratório, formas de atualização sobre voz, dificuldade em auto-percepção vocal e sobretudo, a consciência da desinformação sobre o assunto e a falta de interesse pelo principal instrumento de trabalho.

Tão importante quanto à necessidade do professor conhecer as noções de higiene vocal é a mudança no sistema educacional brasileiro, de maneira que sejam incluídas, nos conteúdos básicos escolares, noções sobre segurança e medicina do trabalho, para que possa haver o reconhecimento do homem como agente de seu próprio ambiente, com possibilidades de desenvolver e transformar a sociedade em benefício da coletividade. A própria legislação brasileira e o Parecer no. 1000/CFE possibilitam espaço, permitindo que se faça a articulação do ensino com o trabalho de maneira que se entrelacem e não se sobreponham (MUCCILLO, 1987).

No caso específico dos professores, esse senso crítico poderia evitar ou diminuir as enfermidades relacionadas ao aparelho fonador, decorrentes ou prejudiciais ao trabalho que têm importante impacto social, econômico, profissional e pessoal e representam prejuízo superior a duzentos milhões de reais ao ano, em nosso país.

[...] Valor (sub) estimado a partir de levantamento que assinala afastamento, licenças e readaptações por disfonia na ordem de 2% dos professores ativos. Considerando-se os dados do MEC de que existem perto de 2 milhões de postos públicos de atuação (função docentes) em Ensino Fundamental, Médio e Profissionalizante no País, no ano 2000 e, supondo-se um salário médio de R\$300,00 (anual de 3600,00), e que estes professores devem ser substituídos (ou não haveria aula), multiplicando-se por 40.000 (os 2% dos cargos ativos) chega-se a um valor em torno de R\$150.000,00 (cento e cinquenta milhões de reais) de perdas anuais no Brasil por laringopatias ocupacionais, apenas de professores. Se forem incluídos outros profissionais da voz, de setor público e privado, certamente os prejuízos ultrapassam R\$200.000,00 (duzentos milhões de reais) ao ano". (CONSENSO... , 2004, p. 5).

Apesar das cifras, as alterações vocais ocasionadas, principalmente, pelas questões relacionadas ao trabalho, que freqüentemente levam à demanda excessiva, têm deixado diversas categorias profissionais em situações de

afastamento e incapacidade para o desempenho de tal funções. Mesmo assim, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ainda não reconhece essa realidade como uma doença relacionada ao trabalho (Revista do CFFa, 2005).

Esta situação não é exclusiva do Brasil, Verdolini e Ramig (2001), em uma vasta revisão literária a respeito do presente tema, estimaram que apenas nos Estados Unidos, o custo social devido às ausências ao trabalho, necessidade de substituição, tratamento médico e vocal, alcançam a quantia dos \$2,5 bilhões de dólares anuais.

Não menos importante que o prejuízo financeiro causado pelas ausências e substituições dos professores, é a possibilidade do aprendizado pode ser comprometido e esta questão não tem preço. Rogerson e Dodd (2005) realizaram um estudo cujo objetivo foi o de investigar o impacto vocal no aprendizado de 117 crianças, com idade ente 9 e 10 anos. As crianças foram divididas em três grupos, cada grupo assistiu a uma filmagem, porém apresentada por pessoas diferentes, com diferentes tipos de vozes, classificadas como normal, disfonia leve e disfonia severa. Os resultados mostraram que as crianças, que assistiram a filmagem da pessoa com voz normal, apresentaram melhor performance do que as crianças que assistiram as pessoas com vozes alteradas e não houve diferença entre as performances das crianças que assistiram aos vídeos com as vozes classificadas como moderada e severa. Essa pesquisa mostrou que qualquer grau de alteração vocal pode comprometer o processamento da fala e resultar em prejuízo ao processo da aprendizagem.

Calheta, Madrid e Brant (2006) comentaram que a voz do professor pode ser considerada como um aspecto que envolve a qualidade de vida do trabalhador, a qualidade do ensino e da aprendizagem. Um professor que falta

várias vezes no ano por causa da sua voz, traz prejuízos ao processo de ensino e aprendizagem. Neste sentido, o professor ter a informação sobre os cuidados com a sua voz é um aspecto que envolve a qualidade do ensino.

1.9 Voz e qualidade de vida

Mais recentemente a literatura tem questionado sobre o enfrentamento do professor frente ao seu quadro de disfonia (DRAGONE, 2001) e mostrado que a severidade da disfonia, mesmo em termos de medidas perceptivas e acústicas, não necessariamente reflete o impacto da desordem vocal no indivíduo e em sua qualidade de vida (MA; YIU, 2001; MURRY; ROSEN, 2000) e que questões emocionais, a vida social, o trabalho e a comunicação podem ser afetadas, uma vez que a comunicação está prejudicada (YIU, 2002).

Hogikyan e Rosen (2002) fazem uma metanálise sobre a importância em se avaliar a qualidade de vida dos pacientes disfônicos e consideram os protocolos ou também chamados de instrumento de qualidade de vida, como o maior avanço para o tratamento das desordens vocais, por estar centrado no paciente e poder refletir o nível do seu sofrimento ou o impacto da alteração vocal na vida profissional, pessoal ou social e até mesmo o quanto a pessoa percebe ser afetada pela disfonia.

Krischke et al. (2005) solicitaram a 108 sujeitos disfônicos que respondessem ao SF-36 (The Medical Outcomes Trust Short Form 36 item) e a partir das respostas puderam concluir que a disfonia influencia significativamente em determinados aspectos da vida. Não houve diferença estatística entre pacientes com disfonia orgânica e funcional, como também não houve diferença estatística quanto ao sexo.

Murry et al. (2004) comparam os valores da avaliação vocal perceptiva e os resultados da análise do instrumento WHOQOL - 100 (World Health Organization Quality Of Life) entre grupo de pessoas disfônicas e não-disfônicas. Os resultados mostraram pequena relação entre o grau de severidade da disfonia e o impacto na qualidade de vida, o que permitiu aos autores a inferência de que há outros fatores, além da voz, que podem ter contribuído para as respostas.

Grillo e Penteado (2004; 2005) aplicaram o protocolo QVV (Mensuração de Qualidade de Vida e Voz), a 120 professores e encontraram com bastante frequência, as afirmativas, "tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em ambientes ruidosos"; "o ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo"; "não sei como a voz vai sair quando começo a falar"; "fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz)"; "tenho problemas no meu trabalho ou para desenvolver minha profissão (por causa da minha voz)"; "tenho que repetir o que falo para ser compreendido", estas são frases que demonstram, claramente, o impacto negativo da disfonia sobre a qualidade de vida desse grupo. Em 2005, os mesmos autores apresentaram a média do domínio global 8,2 (total 10); referiram que a maioria dos professores (49,2%) avaliou a voz como boa, apesar de enfrentarem dificuldades ao falar. Variáveis como idade e carga horária não apresentaram correlação significativa com nenhuma das questões. Tempo de magistério apresentou correlação com questões como falta de ar, uso da voz em forte intensidade, coordenação pneumofônica, trabalho e sentimentos negativos, diretamente relacionados às necessidades de fala da categoria. Concluíram que o impacto da voz sobre a qualidade de vida e trabalho é ainda pouco percebida pelos professores, que têm necessidades vocais que demandam

ações de promoção de saúde que levam em conta a relação entre qualidade de vida do professor.

Penteado (2003) aplicou o instrumento de qualidade de vida WHOQOL - 100 (World Health Organization Quality Of Life) a professores e encontrou um escore médio de 66, considerado regular. Foi observado que questões extra-voz podem ter influenciado o mau-estar geral do indivíduo e reforçado o quadro de disfonia. Dentre os aspectos mais comprometidos estavam o ambiente e o processo de trabalho docente, principalmente no que se referiu aos aspectos sociais, relacionais e da organização, as condições salariais insuficientes para as necessidades cotidianas, o desgaste intenso de energia física e psíquica associado ao sono e ao descanso insuficiente e à falta de oportunidades e de recursos econômicos para investimento pessoal, lazer e diversão, assim como de condições de energia para vivenciar as experiências de lazer com prazer. Esses aspectos têm implicações negativas no bem-estar pessoal, na vida privada - na interação familiar e social -, na saúde geral e vocal e no trabalho profissional, contribuindo para o estresse físico e mental. Pode ser observado que quanto pior foi auto-avaliação vocal, pior e mais negativo foi o impacto da mesma sobre a qualidade de vida do sujeito. A relação professor-aluno implica na vivência de sentimentos de angústia, sofrimento, postura autoritária, comunicações estabelecidas com esforço, conflito e agressividade, ao mesmo tempo em que os professores assumem posições paternalistas/maternalistas.

Ma e Yiu (2001) solicitaram que pessoas disfônicas e não-disfônicas (grupo controle) respondessem ao protocolo VAPP - Voice Activity and Participation Profile - e encontraram que o grupo disfônico apresentou significativamente mais

problemas no trabalho, na comunicação diária e social e nas emoções devido ao problema vocal, quando comparado ao grupo controle.

Benninger et al. (1998) em um estudo prospectivo com 260 sujeitos que responderam ao SF-36 (The Medical outcomes trust short form 36 item) e ao VHI (Voice Handicap Index), encontraram que a alteração vocal tem impacto significativo na qualidade de suas vida. Os aspectos sociais e performance diária foram os mais afetados em ambos os instrumentos de avaliação.

Em estudos anteriores Cariola e Behlau (2001) encontraram que entre as pessoas que não fazem uso profissional da voz e não têm alteração vocal, não possuem a noção adequada do impacto de um problema de voz. Park, Behlau e Fambom (2005) aplicaram o mesmo estudo a um grupo de professores e encontraram que não enxergar continua sendo a dificuldade de maior impacto negativo (3,8), seguidos de não ter voz (3,7), não andar (3,7) e não ouvir (3,6). AS alterações decorrentes de uma eventual perda de voz teriam maiores conseqüências negativas no trabalho (3,9) e no relacionamento social (3,2) e nas atividades rotineiras (3,1), com menor impacto no relacionamento familiar (3,0) e na manifestação das emoções (3,0). Os aspectos de como as outras pessoas tratariam você (2,7) e as atividades de lazer (2,7) seriam pouco prejudicadas. Em relação aos sentimentos relacionados a uma eventual perda da voz, os professores referiram irritação (3,0), depressão (2,7), tristeza (2,6) e dependência do outro (2,5). Não houve diferença quanto ao sexo. Concluíram que até mesmo os professores parecem não avaliar a real dimensão e as manifestações de um problema vocal.

Em um estudo cujo objetivo não era o de avaliar a qualidade de vida de pessoas disfônicas, Sapis, Keidar e Mathers-Schmidt (1993) encontraram entre

237 professoras, que aproximadamente, um quinto das entrevistadas referiram que suas vozes era fonte crônica de estresse e frustração.

Wilson et al. (2002) e Benninger et al. (1998) encontraram escores menores de qualidade de vida num grupo de disfônicos, do que os encontrados em grupo de pacientes oncológicos.

Dragone (2000) encontrou que o valor da voz, para os professores, é diferente se comparado a Fonoaudiologia e referiu que o equilíbrio deve nascer do ouvir a voz usada na sala de aula, nas relações que o professor estabelece com ela e no impacto que a voz pode causar nos alunos.

1.10 Os direitos dos profissionais da voz

"O significado de TRABALHO não se limita ao mercado de trabalho. Sua definição ultrapassa a produção. TRABALHO é cultura, lazer e realização pessoal." (MUCCILLO, 1987, p. 25).

Os "distúrbios da voz relacionado ao trabalho são um problema de saúde pública e que precisam ser tratados com políticas específicas na área de saúde." (DISTÚRBIO..., 2005b, p. 8).

O descaso observado, na prática, sobre saúde vocal do professor vai contra as normas internacionais ligadas à promoção da saúde, propostos pela OMS (Declaração de Sundsvall sobre promoção da saúde e Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde) e pela OIT (GOMES; BEDRIKOW, 1987) que se referem a vários aspectos preventivos relacionados com acidentes de trabalho, proteção da saúde do trabalhador, meio ambiente do trabalho enfermidades profissionais que dão direito a indenizações.

Na Conferência Internacional do Trabalho de 1985, foi aprovada a adoção da recomendação nº 171 e do Convênio nº 161, que dizem respeito aos requisitos necessários para estabelecer e conservar o meio ambiente de trabalho seguro e sadio, que favoreça uma saúde física e mental ótima em relação com o trabalho e à adaptação do trabalho às capacidades dos trabalhadores, levando em consideração seu estado de saúde física e mental. Os Estados-membros que ratificam estas normas devem levar em consideração na sua legislação os seguintes aspectos: informar os trabalhadores sobre os riscos inerentes à sua função; informá-lo sobre os resultados dos exames médicos; todo empregador que conte com mais de um estabelecimento deveria prestar o nível máximo de serviços de saúde; empregados e empregadores deveriam participar das decisões sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde do trabalho. Além das normas já citadas, é importante lembrar outras que, mesmo não estejam rotuladas como de higiene e segurança do trabalho, também disciplinam ações destinadas à promoção da saúde do trabalhador, como, horas de trabalho, descanso semanal, férias remuneradas, serviços sociais, habitação e utilização do lazer etc. Essas questões são reforçadas pelo PIACT - Programa Internacional para Melhora das Condições e meio Ambiente do Trabalho, que se orienta pelo princípio de que a melhoria do ambiente de trabalho deveria entender-se como um programa global, cujos diferentes fatores, além de influir sobre o bem-estar físico e mental do trabalhador estão inter-relacionados (GOMES e BEDRIKOW, 1987).

No papel, tudo é muito bonito, na prática, historicamente sempre existiu um conflito entre saúde, ciências, segurança e trabalho (BERLINGUER, 1993). A questão da distúrbio da voz relacionado ao trabalho é bem grave, na atualidade,

porque o reconhecimento dos problemas vocais como empecilho para o desenvolvimento das atividades profissionais é geralmente limitado ao âmbito clínico e o profissional da voz, quando disfônico, possui escassos recursos legais que lhe permitem recorrer a recursos trabalhistas ou exigir direitos (BEHLAU et al., 2003). Na contra-mão, os distúrbios da voz relacionado ao trabalho têm afastado e incapacitado diversas categorias profissionais do desempenho de suas funções (DISTÚRBIO..., 2005b).

As condições adversas de trabalho, referidas pelos professores, em suas respostas observadas em diversos trabalhos, são um alerta para a qualidade de sua relação com o trabalho (FERREIRA et al., 2003).

Penteado e Pereira (1999) sugeriram uma revisão na atual legislação de saúde do trabalhador, a fim de maior amparo ao professor, visto que as disfonias podem causar redução permanente ou temporária da capacidade profissional. Afirmaram a necessidade de uma equipe interdisciplinar, especializada em saúde do trabalhador, programas e ações de promoção da saúde, prevenção, proteção específica, manutenção e recuperação da saúde vocal. E afirmaram que a saúde vocal é uma responsabilidade a ser assumida pelo próprio professor, pelos profissionais e serviços de saúde, pelas instituições educacionais, poderes executivo, legislativo e judiciário e pela sociedade em geral.

Lucca (1994) elaborou um artigo sobre acidentes de trabalho e suas implicações. O autor fez referência à Lei 1991, que considera acidente de trabalho como "aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução, permanente ou temporária da capacidade de trabalho". Quanto ao aspecto econômico do acidente de trabalho, análogo a doença ocupacional, o

"custo direto" é representado pela perda temporária e/ou definitiva do trabalhador. No binômio trabalhador-empresa, a integridade física e psíquica do trabalhador e sua inserção na sociedade parecem não ser devidamente dimensionada. Quanto aos aspectos legais, o autor refere que os conceitos de acidente do trabalho e as doenças profissionais ficam gradativamente mais limitados desde a Lei nº 7.036 de 10/11/1994, quando foi restringidas as doenças profissionais a um grupo muito limitado de agentes patogênicos ligados ao trabalho, a tal ponto que a Lei nº 6.367 de 19/10/1976, passa a considerar desprezível as condições de trabalho como causa ou agravante. Há leis que estabelecem que certas condições de insalubridade no ambiente de trabalho são "inerentes" a determinadas atividades. Quando há o reconhecimento do risco profissional, se este não for eliminado ou neutralizado, é apenas "monetarizado". Muitas empresas e trabalhadores por falta de consciência coletiva de saúde no trabalho optam por esta forma distorcida que a lei, infelizmente, lhes possibilita. O homem que trabalha não é apenas um organismo biológico e uma entidade psicofísica, mas também um membro da sociedade, com sua rede de relações humanas, cujo modelo é proporcionado pelo sistema legislativo, pelo menos teoricamente (PARMEGGIANI, 1985).

No VII Seminário de Voz, que aconteceu em 1997, na Pontifícia Universidade Católica, cujo tema era disfonia como doença ocupacional, esteve presente o Dr. Bernardo Bedrikov, médico do trabalho, colaborador da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que utilizou a definição de doença ocupacional ou profissional como sendo aquela que resulta do exercício do trabalho, inerente a determinadas ações profissionais. Podem ser resultantes de certas condições do ambiente de trabalho, que desencadeiam danos à saúde do

ponto de vista geral e não específico, de algum órgão ou sistema, dependendo de estabelecimento de nexos causal ou etiológico. Ressaltou, ainda, que a doença do trabalho deve ser obrigatoriamente notificada, podendo esta ser feita por qualquer profissional envolvido no atendimento. Em sua fala ficou evidente a vantagem em se caracterizar a disfonia como doença ocupacional, do ponto de vista epidemiológico, pois assim permitiria o levantamento dos riscos ocupacionais e com isso tomar as providências de caráter preventivo e por outro de lado, do ponto de vista previdenciário, garantir os direitos do trabalhador. Dando continuidade ao tema, porém em discussão aberta, os presentes reconheceram a existência de alterações vocais decorrentes do uso de forma profissional sob certas condições provenientes do ambiente de trabalho, considerando, ainda, a multifatorialidade causal de tais distúrbios, como os agentes físicos, químicos, microbiológicos, ergonômicos e psicopatológicos do trabalho (FERREIRA, 2000).

Foi formado um grupo de trabalho para discutir e elaborar propostas de instrução normativa sobre o distúrbio de voz relacionado ao trabalho e criado um documento que foi encaminhado ao Ministério da Saúde, visando sua inclusão no Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho e também ao Setor de Benefícios do INSS. A respeito dessa questão a fonoaudióloga Márcia Tiveron de Souza comentou:

[...] As ações de vigilância e a elaboração de normas técnicas que adequem o conhecimento científico acumulado às novas condições e demandas de trabalho são praticamente inexistentes e fazem-se necessárias urgentemente, uma vez que existe aumento progressivo dos profissionais que dependem da voz enquanto instrumento de trabalho. Um das grandes conquistas dessa instrução normativa é a determinação do papel dos fatores ambientais e organizacionais do trabalho e a forma que atuam como fatores de risco para o desenvolvimento do Distúrbio da Voz Relacionado ao Trabalho, bem como os impactos gerados na vida

do trabalhador. Portanto, o que se pretende com este documento é conquistar novas formas de lidar com as repercussões que estes impactos causam na saúde do trabalhador, bem como suas possíveis incapacidades. (SOUZA, 2005, p. 4).

A respeito do tema, o Procurador da Justiça do Ministério Público do estado de São Paulo, Dr. Antônio Lopes Monteiro, que há mais de 30 anos atua na área de Previdência a Acidentes do Trabalho e fez o seguinte comentário:

[...] O distúrbio de voz relacionado ao trabalho deve ser reconhecido como uma doença do trabalho, como definida pela Lei n. 8.213/91, em seu artigo 20, inciso II, sem necessidade de recorrer à excepcionalidade do parágrafo 2º do artigo 20 da lei da Previdência Social. O que ainda gera problemas para sua aplicação é a falta de preparo da absoluta maioria dos agentes, operadores e técnicos que tratam dessa questão. Tanto os médicos do trabalho, como os médicos peritos do INSS e os otorrinolaringologista e fonoaudiólogos não estão ainda, totalmente preparados para enfrentar essas questões. O operador de direito, nestes casos, deve se embasar no técnico e se este técnico não informa se esta patologia ou aquela situação ou patologia é ocupacional e tem ou não reflexo no trabalho, não há como aplicar a lei e dar os direitos que o trabalhador faz jus. Na prática temos muitos poucos casos ligados à voz que tenham sido enquadrados como doença ocupacional ou doença do trabalho. (MONTEIRO, 2005, p. 4-5)

O procurador comentou, ainda, que foram as pesquisas de mestrados e doutorados de tantos fonoaudiólogos que mostraram a importância do assunto, até que as empresas começaram a sentir os prejuízos no bolso. A partir de então é que a questão da voz começou a ser estudada e equacionada como um problema ocupacional. E acrescentou que se o INSS acatar a proposta do CEREST, de tratar o distúrbio da voz relacionado ao trabalho, como tal, haverá uma facilitação dos trabalhos dos operadores técnicos nessa área de diagnóstico e da definição das situações que ensejam a concessão. Futuramente, favorecerá a dinâmica de como enfrentar o problema do ponto de vista técnico e jurídico.

No Brasil há várias leis em tramitação no Congresso e Senado, muitas esquecidas em gavetas para serem julgadas e outras já aprovadas, mas sem valor real. "A aprovação de uma lei não garante a sua implementação na sociedade, ou seja, a partir da aprovação no Legislativo é preciso que as partes interessadas lutem para que o Poder Executivo concretize o que está contemplado na Lei". (BALATA, 2005)

Veja a seguir as leis que regem, em nosso país, a respeito dos cuidados vocais dos professores.

Número da Lei	Local	Ementa
10893/2001	São Paulo	Dispõe sobre a criação do Programa Estadual de Saúde Vocal do Professor da Rede Estadual de Ensino e dá outras providências.
1.652/1998	Diadema/SP	Dispõe sobre a inclusão de "Programa de Saúde Vocal" no planejamento escolar das Escolas Municipais.
3.435/2000	Jaú/SP	Autoriza o Executivo a implantar o Programa Municipal de Saúde Vocal objetivando a prevenção de disfonias em professores da Rede Municipal de Ensino.
5.646/2001	Jundiaí/SP	Institui no calendário oficial de eventos o "Dia da Voz" (18 de abril)
1992/2001	Santos/SP	Dispõe sobre a inclusão de programa de saúde vocal no planejamento escolar das escolas municipais (alterada pela Lei Complementar 464/2002).
464/2002 (lei complementar)	Santos/SP	Dispõe sobre a inclusão de programa de saúde da comunicação no planejamento escolar das escolas municipais
7878/1999	Santo André/SP	Dispõe sobre a implantação de "campanha de saúde vocal" no planejamento escolar das escolas do município de Santo André.
14.939/2005	Paraná	Institui o Programa Estadual de Saúde Vocal Preventiva para Professores da Rede Pública Estadual de Educação, conforme específica e adota outras providências.
12.046/2001	Pernambuco	Dispõe sobre a criação do programa Estadual de Saúde vocal do professor da Rede estadual de Ensino e dá outras providências
2.980/2005	Amazonas	Dispõe sobre a criação do Programa de Saúde Vocal do Professor da Rede Estadual de Ensino, e dá outras providências.
1560/2004	Acre	"Dispõe sobre a criação do Programa Estadual de Saúde Vocal do professor da rede estadual de ensino".

Número da Lei	Local	Ementa
3.220/2003	Distrito Federal	Dispõe sobre a criação, no âmbito do Distrito Federal, do Programa de Saúde Vocal do professor da rede pública de ensino.
6.776/2001	Espírito Santo	Dispõe sobre a criação do programa estadual de saúde vocal do professor da rede estadual de ensino.
7.434/2002	Espírito Santo	Autoriza o Poder Executivo a criar o Serviço de Fonoaudiologia Preventiva nas Unidades Educacionais do Estado do Espírito Santo, com o objetivo de prevenir e detectar os possíveis distúrbios de audição, da voz, da linguagem e da fala dos corpos discente e docente do ensino infantil, do fundamental e do médio.
8014/2003	Mato Grosso	Autoriza o Poder Executivo a criar o Programa Estadual de Saúde Vocal ao professor da rede estadual de ensino e dá outras providências.
2.198/2000	Mato Grosso Sul	Dispõe sobre a criação do programa estadual de saúde vocal do professor da rede estadual de ensino, e dá outras providências.

Fonte: Site: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/index2.htm> Acessado em: abr 2006

[...] Compreender a disfonia como doença decorrente do trabalho não é apenas uma questão de saúde, mas uma atitude política de integrar esforços no sentido de buscar soluções para o adoecimento de uma categoria. (FERREIRA, 2003, p. 289).

Infelizmente no Brasil prevalece o "mito da analgesia" (LIEBER, 1991 apud KOLAKOWSKI, 1981)⁶, ou seja, prevalece a busca incessante para o alívio da dor (entenda-se dor, aqui, tudo aquilo que não agrada) que altera os reais valores do sujeito. Por um lado, a vida se resumiu na busca do prazer, e por outro, a dor alheia deixou de ter significado. O trabalhador que sofre, não busca a mudança da causa do seu sofrimento, busca sim, o alívio da dor. Prevalecendo esta fantasia, os avanços alcançados nesse tema (saúde do trabalhador, ou no caso do presente estudo, disfonia ocupacional), podem não significar a cura real do problema (LIEBER, 1991). Questões básicas, que nos países industrializados já

6 KOLAKOWSKI, L. O fenômeno da indiferença do mundo. In: _____. **A presença do mito**. Brasília: UNB, 1981. p. 63-74.

foram, em grande parte resolvidos, juntam-se às questões decorrentes das mais agressivas formas de organização do trabalho, o que torna o quadro muito mais complexo. Os trabalhadores brasileiros, independente da classe profissional, são atingidos tanto na sua integridade física quanto psíquica, não havendo quem possa dizer que danos físicos causem mais sofrimento que danos mentais e que, portanto, sejam uns mais relevantes que os outros (DEJOURS, 1986).

1.11 A fonoaudiologia e a preocupação com a voz do trabalhador

Para Servilha, Santos e Lázaro (1999 apud Penteado 2002)⁷ a escola deve ser pensada como um espaço de relações interpessoais mediadas pela linguagem e a comunicação, estas, por sua vez, passam a representar elementos essenciais para o desenvolvimento e aplicabilidade da proposta de escolas promotoras de saúde. Sendo a linguagem o objeto de estudo por excelência da Fonoaudiologia, cabe a esse profissional um papel importante em contribuir para a viabilização desta proposta junto às escolas.

Apesar de ainda não ser proporcional à severidade do problema, a questão do professor e o distúrbio da voz relacionado ao seu trabalho tem sido bastante discutido atualmente no Brasil. Apenas no ano de 2005, um número bastante expressivo de pesquisas, sobre o assunto, foram apresentados no Congresso Nacional de Fonoaudiologia.

Em novembro de 2005 foi realizada a 3^a edição da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, com o tema "Trabalhar, sim! Adoecer, não!", convocada pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. Os

⁷ SERVILHA, E. A. M.; SANTOS, I. A.; LÁZARO, J. A. **Fonoaudiologia preventiva: uma experiência junto ao ensino público. Atualização em voz, linguagem, audição e motricidade oral.** Col. Soc. Bras. Fonoaudiologia, São Paulo, 1999, p.195-205

fonoaudiólogos participaram dos eixos 1 "como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do estado em saúde dos trabalhadores" e 3 "como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos trabalhadores?". No eixo 1, entre os 10 itens considerados principais, dois são bastante pertinentes à este estudo:

[...] que o poder público crie normas obrigatórias para o uso de quadro de acrílico e pincel atômico como substitutos permanentes do quadro de giz, nas escolas públicas e provadas, tendo em vista que o pó causa reações alérgicas e é reconhecidamente cancerígeno.

[...] incluir os distúrbios da voz relacionados ao trabalho, garantindo a revisão anual da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho, como prevê a portaria MS/GM 1339/99 e demais legislações pertinentes e também garantindo que o INSS reconheça essas doenças. (É HORA... 2006, p. 18).

Em maio de 2006, na cidade de São Paulo, houve um Simpósio Nacional sobre Voz de Professor, sob a coordenação da fonoaudióloga dra. Mara Behlau. Neste, esteve presente o professor Nelson Roy (já citado neste trabalho). Foram dois dias em que a fonoaudiólogos, professores e médicos do trabalho puderam dividir experiências, pesquisas e buscar idéias de ações conjuntas para a melhora da problemática.

No mesmo evento, Dragone (2006) realizou uma apresentação intitulada "A fonoaudiologia brasileira e a voz do professor", cujo objetivo foi o de levantar o maior número possível de estudos sobre a voz do professor publicados pela Fonoaudiologia até o momento, analisar os caminhos percorridos e as tendências de pesquisas. Referiu ter encontrado 308 referências, com início em 1983 até 2006, categorizadas segundo a origem, tipo e foco do estudo. Concluiu que houve

um crescimento dos estudos enfocando a tríade voz-professor-trabalho e a necessidade de mais pesquisas cujo objetivo seja estratégias de intervenção.

A Fonoaudiologia, tem o dever de, como profissionais competentes, continuar zelando pelo estudo e favorecer melhores condições de saúde para os profissionais da voz, em especial àqueles que tão bravamente contribuem para a educação do país e que mui intensamente sofrem com o uso contínuo da voz.

[...] A Fonoaudiologia tem um trabalho histórico e temos avançado no diagnóstico da disfonia. É importante a caracterização da doença para o recebimento de benefício, mas também para o controle epidemiológico de quantos disfônicos há no Brasil e a montagem de políticas públicas de prevenção, tratamento e reabilitação. (BALATA, 2005, p. 8).

Os objetivos da ação fonoaudiológica ampliam-se e superam o enfoque da doença, no sentido de focalizar os processos que envolvem a comunicação e as relações dinâmicas que os sujeitos e grupos sociais estabelecem entre si. Passa a configurar contexto de trabalho fonoaudiológico outras relações sociais em que a comunicação se faz elemento mediador, o que envolve a sala de aula, mas a este não se restringe. Assumir o paradigma da saúde e sua promoção implica buscar outras estratégias para a ação fonoaudiológica, que incorporem características dialógica, reflexiva, participante e problematizadora, as quais possibilitem aos sujeitos identificar e analisar os determinantes de suas relações com a vida e a saúde e que ofereçam alternativas para controlá-los, melhorando e transformando a sua realidade (PENTEADO, 2002).

*"TU nos destes as Tuas regras de
conduta para serem obedecidas de
verdade e o meu maior desejo é um
andar correto, obedecendo sempre as
Tuas ordens escritas..., não me deixes
desviar das Tuas regras de
conduta...Ajuda-me a entender e seguir
as Tuas instruções para a vida
humana...Ajudá-me porque escolhi
andar pelo teu caminho da verdade e
seguir de perto as Tuas regras sobre a
vida...O meu maior prazer é obedecer
à Tua lei... Lâmpada para os meus pés
é a Tua palavra e luz para o meu
caminho"...*
(Bíblia Sagrada - Salmo 119)

Com base no exposto no capítulo anterior e por falta de informações sobre questões inerentes à saúde vocal dos professores da rede municipal da cidade de Ribeirão Preto/SP é que surgiu a motivação do presente estudo. Para a sua realização será utilizado um questionário auto-aplicável sobre atividades de vida diária, profissional e social e problemas vocais. A partir deste questionário serão extraídos os objetivos a serem analisados.

O objetivo geral do trabalho é:

- Observar a influência do problema vocal nos aspectos profissional, pessoal e emocional dos professores da rede pública municipal da cidade de Ribeirão Preto.

Os objetivos específicos deste estudo são:

- 1- Conhecer a auto-percepção do paciente quanto à severidade do problema vocal.
- 2- Conhecer os efeitos da alteração vocal no trabalho, na comunicação diária, na comunicação social e na manifestação das emoções.
- 3- Conhecer as limitações em atividades (PLA) devido ao problema vocal.
- 4- Conhecer a restrição de participação (PRP) nas atividades profissionais e de vida diária.
- 5- Conhecer a prevalência de queixa de disfonia entre os professores da rede pública municipal da cidade de Ribeirão Preto/SP.

**"Felizes os pobres em espírito,
porque deles é o reino dos céus.
Felizes os mansos,
porque herdarão a terra.
Felizes os aflitos,
porque serão consolados.
Felizes os que têm fome
e sede de justiça,
porque serão saciados.
Felizes os misericordiosos,
porque alcançarão a misericórdia.
Felizes os puros de coração,
porque verão a Deus.
Felizes os que promovem a paz,
porque serão chamados filhos de Deus.
Felizes os que são perseguidos
por causa da justiça,
porque deles é o reino dos céus.
Felizes sois, quando vos injuriarem e vos perseguirem e,
mentindo, disserem todo o mal contra vós por causa de mim.
Alegrai-vos e regozijai-vos, porque será grande a vossa recompensa nos céus,
pois foi assim que perseguiram os profetas,
que vieram antes de vós".
(Bíblia Sagrada - Mateus 5,3-12))**

Definição da amostra

Foram considerados aptos a participar da amostra todos os professores, atuantes em salas de aula, da rede pública municipal de Ribeirão Preto, ambos os sexos, em qualquer período de tempo de profissão, do ensino infantil (pré-escola), ensino fundamental (primeiro grau) e médio (segundo grau).

Os valores referidos pela secretaria municipal de educação totalizam 1132 docentes, considerados em atividades, sendo 1.012 mulheres (89,4%) e 120 homens (10,6%).

A seleção da amostra deu-se por Conglomerado.

A seleção das escolas foi feita pelo maior número de professores, sendo assim, fomos a 5 instituições, sendo (1) Centro Educacional Infantil (CEI -crianças de zero a dois anos), (3) Centros Municipais de Ensino Integrado (CEMEI- ensino infantil, fundamental e médio) e (1) Escola Municipal de Ensino Fundamental e Médio (EMEFEM).

Não houve seleção do professor que responderia à entrevista; foram considerados aptos a participar todos os professores que desejassem, com ou sem queixa de disfonia. O pesquisador foi às escolas, em algumas delas, os questionários foram entregues à direção e em outras, o pesquisador aguardava enquanto os professores respondiam ao questionários; o critério foi determinado pelo responsável da escola.

Os professores foram solicitados a responder o questionário de caracterização da amostra de professores (Apêndice A) e o protocolo VAPP (Anexo A). Estes representam, aproximadamente, 10% da amostra total de docentes (1132), da rede pública municipal de Ribeirão Preto, ou seja, 114 docentes.

Para adequado alcance dos resultados do estudo foi formado um grupo de comparação de voluntários escolhidos ao acaso, obrigatoriamente não professores, com ou sem queixa de disfonia, primeiro grau completo, idade entre 20 e 65 anos. Os mesmos foram solicitados a responder o questionário de caracterização da amostra de não-professores (Apêndice B) e o protocolo VAPP.

A identidade dos entrevistados, professores e não-professores, ou daqueles que se recusarem a participar não será revelada.

Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da pesquisa

Para o grupo de professores:

Participaram da amostra de professores, profissionais de ambos os sexos, de qualquer raça, de qualquer faixa etária e sem determinação de tempo de serviço como professor. Apenas serão aceitos professores da rede municipal de ensino da cidade de Ribeirão Preto/SP.

Foram excluídos os professores que não responderam adequadamente aos instrumentos utilizados.

Para o grupo de não professores:

Para adequada comparação entre os dois grupos, os sujeitos não-professores poderiam ser de ambos os sexos, de qualquer raça, com faixa etária entre 20 e 65 anos. Obrigatoriamente não poderiam exercer qualquer atividade de ensino. Os mesmos deveriam ter cursado, no mínimo, o primeiro grau completo.

Foram excluídos os sujeitos que não responderam adequadamente aos instrumentos utilizados.

Para ambos os grupos:

Todos os entrevistados foram solicitados a ler e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pela Comissão de Ética do Hospital

das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, sendo que a objeção a este item implicaria na exclusão da participação da presente pesquisa.

Método

Foi utilizado o PROTOCOLO VAPP - Voice Activity and Participation Profile (Anexo A) - autoria de Ma & Yiu (2001). O protocolo VAPP apresenta-se com 28 questões, divididas em 5 aspectos: auto-percepção do paciente da severidade do problema vocal, os efeitos desta alteração no trabalho, na comunicação diária, na comunicação social e na manifestação das emoções. Para cada resposta, um X deve ser assinalado em uma escala analógica de 10cm, sendo que o lado esquerdo representa “não afetado” e o lado direito representa “sempre afetado”; o valor assinalado foi medido com régua. Para cada questão a pontuação varia de 1 a 10. Desta forma, no primeiro aspecto a pontuação máxima é 10, no segundo 40, no terceiro 120 pontos, no quarto 40 pontos e no quinto 70 pontos, o que pode somar um resultado máximo de 280 pontos.

Dois escores adicionais podem ser calculados, a chamada "pontuação de limitação nas atividades" (PLA) e a de "restrição de participação" (PRP), somando-se a pontuação das primeiras questões dos aspectos 2,3 e 4 para o cálculo do PLA e os escores das segundas questões desses mesmos aspectos para o PRP. A diferença entre estes escores é entendido ao ler-se o protocolo, o PLA refere-se a interferência do problema vocal imediatamente, por exemplo, "as pessoas pedem para você repetir o que acabou de dizer devido ao seu problema de voz?" (questão 6); o PRP questiona a interferência do problema vocal no

passado até o presente, por exemplo, "nos últimos 6 meses você alguma vez evitou falar com as pessoas devido ao seu problema de voz?" (questão 7).

Os entrevistados responderam a algumas questões que serviram para a caracterização da amostra (apêndices A e B). Por existir dois grupos de sujeitos, foram elaborados dois modelos de questionário, sendo que a diferença entre os mesmos, está em algumas perguntas específicas a professores, como por exemplo, "dá aula para: ensino infantil (), ensino fundamental (), ensino médio ()"; "qual a média de alunos por sala de aula?", entre outras.

Período da coleta dos dados

O período da coleta de dados foi de aproximadamente dois (2) meses, a partir do ano letivo escolar de 2006.

O trabalho de campo foi realizado após a aprovação do projeto em exame de qualificação para o Mestrado, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e após a aprovação pela Secretaria Municipal de Educação de Ribeirão Preto/SP (Apêndice C).

Foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP, autorização para verificação dos Comunicados de Acidentes de Trabalho (CAT) emitidas ao Centro de Referência Regional à Saúde do Trabalhador (CEREST). Tendo sido possível averiguar, somente, as emitidas no ano de 2005, em um número total de 1840. O objetivo desta pesquisa foi o de conhecer quantos professores foram notificados com queixa de problema vocal e quais foram as condutas realizadas (Apêndice D).

Coleta de dados

Tanto o questionário para definição da amostra quanto o VAPP são auto-aplicáveis. Portanto, uma cópia contendo os dois assuntos foram entregues a cada entrevistado, que os responderam sem auxílio do pesquisador.

Conduta

A pesquisa foi sujeita a avaliação pela Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (Apêndice E).

O pesquisador sentiu-se obrigado a orientar o entrevistado que desejasse e realizou palestras sobre cuidados com a voz para as escolas interessadas (Apêndice F).

Após a realização da apresentação da pesquisa para a obtenção do título de mestre à banca avaliadora, os resultados obtidos serão encaminhados as escolas que possibilitaram a realização deste trabalho, como também a Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal de Saúde.

Análise dos Dados

Os dados foram tabulados em planilha do programa Excel.

As tabulações e análises foram realizadas pelo *software* STATA 7.0 como segue:

Os testes utilizados foram do tipo não paramétrico, bi-caudais, com probabilidade de erro de primeira espécie (alfa) de 5%.

Para a comparação dos escores dos dois grupos foi utilizado o teste U de Mann-Whitney, através da aproximação normal (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

No caso de comparação de interna ao grupo dos professores, em duas ou mais categorias foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

Na comparação de categorias de variáveis qualitativas foi empregado o teste do Qui-Quadrado. (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

*"O Senhor é o meu pastor, nada me faltará
Em verdes pastagens me faz repousar.
Para as águas tranqüilas me conduz
e restaura minhas forças;
ele me guia por caminhos justos,
por causa do seu nome.
Ainda que eu caminhe por vale tenebroso
nenhum mal temerei, pois estás junto a mim;
Teu bastão e Teu cajado me deixam tranqüilo.
Diante de mim preparas a mesa
à frente dos meus opressores;
unge a minha cabeça com óleo,
e minha taça transborda.
Sim, felicidade e amor me seguirão
todos os dias da minha vida;
minha morada é a casa do Senhor
por dias sem fim".
(Bíblia Sagrada - Salmo 23)*

Tabela 1- Caracterização da amostra - ambos os grupos

Variáveis	Professores	Não-Professores
Total de entrevistados	118	95
Média da idade	42,87	36,83
Média de tempo de serviço	16,75	13,28
Média de horas trabalhadas na semana	35,98	38,9
Frequência do sexo	87,3% (Mulheres)	71,6% (Mulheres)
Escolaridade	72% (Terceiro grau)	26,9% (Terceiro grau)
Atividade profissional paralela	19,49%	Não questionado
Profissão paralela: Professor	9,32%	Idem
Ruído no trabalho	84,74%	53,68%
Alguma vez já ficou rouco	93,2%	73,68%
Está rouco agora	26,27%	12,63%
Rouquidão o ano passado	69,49% (pelo menos 1)	49,47% (pelo menos 1)
Já foi afastado por causa da voz	27,96%	7,36%
Quantas vezes foi afastado	8,47% (2 vezes)	3,15% (2 vezes)
Fala alto durante as aulas	82,2%	Não questionado
Fala alto fora das salas de aulas	34,74%	Idem
Sente dor nos ombros	65,25%	67,36%
Infecção de vias respiratórias	48,3%	38,94%
Quando fala sente cansaço	44,91%	13,68%
Faz esforço para falar	50%	12,63%
Sente a garganta ressecada	66,1%	32,63%
Sensação de garganta raspando	66,1%	32,63%
Sente ardor na garganta	39,83%	16,84%
Dor na garganta enquanto fala	24,57%	2,1%
Tosse frequente	24,57%	18,94%
Voz mais grossa com o tempo	53,38%	15,78%
Fala mais alto com ventilador ligado	65,25%	24,21%
Médico afirmou que tem rinite	33%	35,78%
Dor no estômago com frequência	23,72%	18,94%
Queimação no estômago/garganta	34,74%	30,52%
Tem dificuldade na digestão	24,59%	18,94%
Alimentação inadequada	30,5%	43,15%
Inflamação trato digestivo	27,96%	17,89%
Barulho no ouvido	24,59%	22,1%
Não escuta bem	27,96%	13,68%
Fuma	9,32%	9,47%

*Desse 27,96%, 2 estavam afastados no momento em que responderam o questionário.

Tabela 2 - Existe na rede municipal de Ribeirão Preto/SP algum tipo de atenção direcionada aos cuidados da voz do professor? É suficiente?

	Atenção direcionada à voz	Suficiente
Desconhece	20%	2,5%
Branco	6,77%	91,52%
Não	67,79%	5%
Sim	8,47%	0,84%

Tabela 3- Sugestões a respeito do que gostaria que tivesse no serviço público municipal de Ribeirão Preto/SP para os cuidados com a voz do professor.*

Variável	Valor (%)
Atendimento especializado para voz	20,33
Cursos, orientações, palestras	20,33
Acompanhamento fonoaudiológico	11
Prevenção	10,16
Respeito	7,62
Salas e escolas menores em tamanho ou em número de alunos	6,77
Diminuir ruído	4,23
Fonoaudiólogo na escola	4,23
Exames admissional e periódico	3,38
Reduzir carga horária	1,69
Mais fonoaudiólogo na rede	1,69
Banir uso de giz	1,69
Mais profissionais	1,69
Melhores condições de trabalho	1,69
Microfone nas salas de aulas	1,69
Fonoaudiólogo para os alunos	0,84
Professor emergencial deveria ter direito a fonoaudiólogo	0,84
Programa de saúde vocal	0,84
Que os alunos falassem menos	0,84
Medicina alternativa	0,84
Insalubridade	0,84
Salas de aulas mais limpas	0,84
Substituir café por alimento que não faça mal à voz	0,84

Tabela 4- Estudo do efeito da idade nas variáveis dependentes: valores das medianas em cada classe e resultados dos testes – Ambos os Grupos

VARIÁVEIS	Até 29	30 a 39	40 a 49	50 a 65	TOTAL	Teste de Kruskal-Wallis	
						X ²	P
Auto Percepção	1,00	0,50	0,75	2,50	1,00	7,67	0,053
Efeitos no Trabalho	0,25	0,50	0,50	1,25	0,50	12,35	0,006*
Efeitos na Comunicação Diária	0,25	0,50	0,50	1,50	0,50	17,23	0,001*
Efeitos na Comunicação Social	0,00	0,50	0,50	1,00	0,50	17,95	0,001*
Efeitos na Emoção	0,20	0,50	0,50	1,90	0,50	13,97	0,003*
Total	0,40	0,51	0,50	1,80	0,54	15,8	0,001*
Limitações	1,50	1,50	2,20	7,25	2,00	13,28	0,004*
Restrições	0,5	1,5	1,5	1,5	1,5	7,63	0,054

* Resultados significantes ao nível de 5%

Nem todos os participantes informaram a idade. Portanto, esta tabela não corresponde ao número total de sujeitos em ambos os grupos.

Tabela 5- Estudo do efeito da idade nas variáveis dependentes: valores das medianas em cada classe e resultados dos testes – professores

VARIÁVEIS	Até 29	30 a 39	40 a 49	50 a 65	TOTAL	Teste de Kruskal-Wallis	
						X ²	P
Auto Percepção	2,75	2,00	1,50	4,75	3,00	8,08	0,044*
Efeitos no Trabalho	1,00	1,12	0,75	2,00	1,25	5,46	0,140
Efeitos na Comunicação Diária	0,72	0,83	0,64	2,42	1,08	11,37	0,010*
Efeitos na Comunicação Social	0,50	1,00	0,50	1,75	1,00	9,49	0,023*
Efeitos na Emoção	0,60	1,00	0,50	2,57	1,25	8,41	0,038*
Total	0,72	1,00	0,66	2,5	1,23	11,33	0,010*
Limitações	4,50	4,70	5,00	9,40	6,40	8,89	0,031*
Restrições	1,5	2,2	1,5	4,0	1,75	1,77	0,621

* Resultados significantes ao nível de 5%

Nem todos os participantes informaram a idade. Portanto, esta tabela não corresponde ao número total de professores.

Tabela 6- Valores medianos dos escores de limitações (PLA) e restrições (PRP) segundo grupos*

GRUPOS		PLA	PRP
Professores		7,0	2,0
Não-Professores		1,5	0,0
Teste de Mann - Whitney	Z	7,19	5,57
	P	0,000*	0,000*

Resultados significantes ao nível de 5%.

* Esta tabela representa a resposta de todos os participantes em ambos os grupos, os que informaram a idade e os que não a informaram.

Tabela 7- Características da amostra de professores e não-professores

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	PROFESSORES		NÃO PROFESSORES		TOTAL	
SEXO	Feminino	103	(87,3)	68	(71,6)	171	(80,3)
	Masculino	15	(12,7)	27	(28,4)	42	(19,7)
	Total	118	(100,0)	95	(100,0)	213	(100,0)
	Teste	Chi Quadrado = 8,20 P = 0,004*					
IDADE	Até 29	18	(16,1)	35	(37,6)	53	(25,9)
	30-39	24	(21,4)	19	(20,4)	43	(21,0)
	40-49	33	(29,5)	21	(22,6)	54	(26,3)
	50-65	37	(33,0)	18	(19,4)	55	(26,8)
	Total	112	(100,0)	93	(100,0)	205	(100,0)
	Teste	Chi Quadrado = 13,62 P = 0,003*					
TEMPO NA PROFISSÃO (anos)	5	22	(19,1)	29	(36,2)	51	(26,1)
	6-15	33	(28,7)	25	(31,2)	58	(29,8)
	16-25	36	(31,3)	11	(13,8)	47	(24,1)
	26 ou mais	24	(20,9)	15	(18,8)	39	(20,0)
	Total	115	(100,0)	80	(100,0)	195	(100,0)
	Teste	Chi Quadrado = 11,52 P = 0,009*					
HORAS / SEMANA NO TRABALHO	Até 30	30	(27,0)	18	(24,7)	48	(26,1)
	31-44	60	(54,1)	41	(56,1)	101	(54,9)
	45 ou mais	21	(18,9)	14	(19,2)	35	(19,0)
	Total	111	(100,0)	73	(100,0)	184	(100,0)
	Teste	Chi Quadrado = 0,13 P = 0,936					
NÍVEL DE INSTRUÇÃO	Segundo Grau Completo	11	(9,6)	46	(48,9)	57	(27,3)
	Terceiro Grau	89	(77,4)	40	(42,6)	129	(61,7)
	Pós-Graduação	15	(13,0)	8	(8,5)	23	(11,0)
	Total	115	(100,0)	94	(100,0)	209	(100,0)
	Teste	Chi Quadrado = 40,0 P = 0,000*					

Tabela 8- Características da amostra de professores: nível do ensino ministrado e número de alunos por sala

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Número de alunos	Até 34	39	34,8
	35	44	39,3
	36-40	29	25,9
	Total	112	100,0
Nível do Ensino	Infantil	17	14,5
	Fundamental	53	45,3
	Médio	3	2,6
	Infantil e Fundamental	11	9,4
	Fundamental e Médio	33	28,2
	Total	117	100

Tabela 9- Comparações das medianas dos escores de auto-percepção dos problemas vocais segundo as variáveis independentes

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	MEDIANA	TESTE ESTATÍSTICO	RESULTADO
Grupo	Professores	3	Mann-Whitney	Z=6,7 P<0,000*
	Não-professores	0,5		
	Total	1		
Nível do Ensino	Infantil	5	Kruskal-Wallis	X ² =5,0 P=0,28
	Fundamental	2		
	Médio	2,5		
	Infantil e Fundamental	1,5		
	Fundamental e Médio	3		
	Total	3		
Sexo (Ambos os Grupos)	Feminino	1,5	Mann-Whitney	Z=2,5 P<0,010*
	Masculino	0,5		
	Total	1		
Sexo (Apenas Professores)	Feminino	3,0	Mann-Whitney	Z=0,8 P<0,402
	Masculino	2,5		
	Total	3,0		
Tempo de Serviço	Até 5 anos	0,5	Kruskal-Wallis	X ² =7,60 P=0,06
	6-15	1,5		
	16-25	2		
	26 ou mais	1,75		
	Total	1,45		
Horas trabalhadas por semana	Até 30	1	Kruskal-Wallis	X ² =0,7 P=0,69
	31-44	1,5		
	45	2		
	Total	1,5		
Nível de Instrução	Até segundo grau completo	0,5	Kruskal-Wallis	X ² =1,3 P=0,55
	Terceiro grau	1,5		
	Pós-graduação	1,5		
	Total	1		
Alunos por classe	Até 34	3	Kruskal-Wallis	X ² =0,68 P=0,71
	35	2,5		
	36-40	3		
	Total	3		
Nível de Ruído excessivo	Não	0,5	Mann-Whitney	Z=4,5 P<0,000*
	Sim	2		
	Total	1		

* Diferenças significativas a 5%

Tabela 10- Comparações das medianas dos escores de efeitos da voz no trabalho segundo as variáveis independentes

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	MEDIANA	TESTE ESTATÍSTICO	RESULTADO
Grupo	Professores	1,4	Mann-Whitney	Z=7,5 P<0,000*
	Não-professores	0,0		
	Total	0,5		
Nível do Ensino	Infantil	1,5	Kruskal-Wallis	X ² =4,90 P=0,29
	Fundamental	1,2		
	Médio	0,7		
	Infantil e Fundamental	1		
	Fundamental e Médio	2,0		
	Total	1,3		
Sexo (Ambos os Grupos)	Feminino	0,5	Mann-Whitney	Z=2,5 P<0,010*
	Masculino	0,5		
	Total	0,5		
Sexo (Apenas Professores)	Feminino	1,3	Mann-Whitney	Z=0,5 P=0,960
	Masculino	1,7		
	Total	1,4		
Tempo de Serviço	Até 5 anos	0,2	Kruskal-Wallis	X ² =11,5 P=0,009*
	6-15	0,5		
	16-25	0,9		
	26 ou mais	0,5		
	Total	0,5		
Horas trabalhadas por semana	Até 30	0,5	Kruskal-Wallis	X ² =0,19 P=0,901
	31-44	0,5		
	45	0,5		
	Total	0,5		
Nível de Instrução	Até segundo grau completo	0,5	Kruskal-Wallis	X ² =2,73 P=0,256
	Terceiro grau	0,5		
	Pós-graduação	0,5		
	Total	0,5		
Alunos por classe	Até 34	1,2	Kruskal-Wallis	X ² =0,11 P=0,947
	35	1,4		
	36-40	1,2		
	Total	1,2		
Nível de Ruído	Não	0,0	Mann-Whitney	Z=29,0 P<0,000*
	Sim	0,7		
	Total	0,5		

*Diferenças significativas a 5%

Tabela 11- Comparações das medianas dos escores de efeitos da voz na comunicação diária segundo as variáveis independentes

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	MEDIANA	TESTE ESTATÍSTICO	RESULTADO
Grupo	Professores	1,3	Mann-Whitney	Z=6,3 P<0,000*
	Não-professores	0,4		
	Total	0,5		
Nível do Ensino	Infantil	1,0	Kruskal-Wallis	X ² =1,7 P=0,797
	Fundamental	1,6		
	Médio	1,3		
	Infantil e Fundamental	0,6		
	Fundamental e Médio	1,7		
	Total	1,3		
Sexo (Ambos os Grupos)	Feminino	0,6	Mann-Whitney	Z=2,0 P=0,051
	Masculino	0,5		
	Total	0,5		
Sexo (Professores)	Feminino	1,3	Mann-Whitney	Z=1,2 P=0,250
	Masculino	0,6		
	Total	1,3		
Tempo de Serviço	Até 5 anos	0,3	Kruskal-Wallis	X ² =16,4 P=0,001*
	6-15	0,5		
	16-25	1,2		
	26 ou mais	1,1		
	Total	0,5		
Horas trabalhadas por semana	Até 30	0,5	Kruskal-Wallis	X ² =3,51 P=0,170
	31-44	0,5		
	45	0,9		
	Total	0,6		
Nível de Instrução	Até segundo grau completo	0,5	Kruskal-Wallis	X ² =1,74 P=0,420
	Terceiro grau	0,5		
	Pós-graduação	0,9		
	Total	0,5		
Alunos por classe	Até 34	0,9	Kruskal-Wallis	X ² =1,13 P=0,567
	35	2,0		
	36-40	1,1		
	Total	1,3		
Nível de Ruído	Não	04	Mann-Whitney	Z=4,79 P<0,000*
	Sim	0,9		
	Total	0,5		

* Diferenças significativas a 5%

Tabela 12- Comparações das medianas dos escores de efeitos da voz na comunicação social segundo as variáveis independentes.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	MEDIANA	TESTE ESTATÍSTICO	RESULTADO
Grupo	Professores	1,0	Mann-Whitney	Z=6,0 P<0,000*
	Não-professores	0,1		
	Total	0,5		
Nível do Ensino	Infantil	1,0	Kruskal-Wallis	X2=2,0 P=0,726
	Fundamental	1,7		
	Médio	1,5		
	Infantil e Fundamental	0,5		
	Fundamental e Médio	1,2		
	Total	1,0		
Sexo (Ambos os Grupos)	Feminino	0,5	Mann-Whitney	Z=2,8 P=0,001*
	Masculino	0,5		
	Total	0,5		
Sexo (Professores)	Feminino	1,5	Mann-Whitney	Z=0,9 P=0,370
	Masculino	0,5		
	Total	1,0		
Tempo de Serviço	Até 5 anos	0,0	Kruskal-Wallis	X2=16,3 P=0,001*
	6-15	0,5		
	16-25	1,0		
	26 ou mais	0,5		
	Total	0,5		
Horas trabalhadas por semana	Até 30	0,5	Kruskal-Wallis	X2=1,05 P=0,591
	31-44	0,5		
	45	0,5		
	Total	0,5		
Nível de Instrução	Até segundo grau completo	0,5	Kruskal-Wallis	X2=0,19 P=0,909
	Terceiro grau	0,5		
	Pós-graduação	0,5		
	Total	0,5		
Alunos por classe	Até 34	0,5	Kruskal-Wallis	X2=0,26 P=0,876
	35	1,4		
	36-40	0,5		
	Total	0,9		
Nível de Ruído	Não	0,2	Mann-Whitney	Z=16,4 P<0,000*
	Sim	0,5		
	Total	0,5		

* Diferenças significativas a 5%

Tabela 13- Comparações das medianas dos escores de efeitos da voz nas emoções segundo as variáveis independentes

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	MEDIANA	TESTE ESTATÍSTICO	RESULTADO
Grupo	Professores	1,4	Mann-Whitney	Z=6,1 P<0,000*
	Não-professores	0,3		
	Total	0,5		
Nível do Ensino	Infantil	2,1	Kruskal-Wallis	X ² =0,6 P=0,965
	Fundamental	1,4		
	Médio	0,9		
	Infantil e Fundamental	0,5		
	Fundamental e Médio	2,0		
	Total	1,3		
Sexo (Ambos os Grupos)	Feminino	0,5	Mann-Whitney	Z=2,3 P=0,021*
	Masculino	0,5		
	Total	0,5		
Sexo (Professores)	Feminino	1,9	Mann-Whitney	Z=1,4 P=0,170
	Masculino	0,6		
	Total	1,4		
Tempo de Serviço	Até 5 anos	0,2	Kruskal-Wallis	X ² =11,1 P=0,011*
	6-15	0,5		
	16-25	1,0		
	26 ou mais	0,5		
	Total	0,5		
Horas trabalhadas por semana	Até 30	0,5	Kruskal-Wallis	X ² =0,65 P=0,723
	31-44	0,5		
	45	0,6		
	Total	0,5		
Nível de Instrução	Até segundo grau completo	0,5	Kruskal-Wallis	X ² =0,04 P=0,981
	Terceiro grau	0,5		
	Pós-graduação	0,5		
	Total	0,5		
Alunos por classe	Até 34	0,6	Kruskal-Wallis	X ² =0,72 P=0,697
	35	1,6		
	36-40	1,1		
	Total	1,3		
Nível de Ruído	Não	0,0	Mann-Whitney	Z=4,56 P<0,000*
	Sim	0,6		
	Total	0,5		

* Diferenças significativas a 5%

*"SE o meu povo, que se chama pelo meu nome, se humilhar, e orar e me buscar e se converter dos seus maus caminhos. Então, eu ouvirei dos céus, perdoarei os seus pecados e sararei a sua terra".
(Bíblia Sagrada - 2 Crônicas 7,14)*

*"EU é que sei que pensamentos que tenho sobre vós, diz o Senhor. Pensamentos de paz, e não de mal, para vos dar o fim que desejais. Então, me invocareis, passareis a orar a mim e Eu vos ouvirei, quando me buscardes do todo o vosso coração. Serei achado de vós, diz o Senhor, e farei mudar a vossa sorte".
(Bíblia Sagrada - Jeremias 29,11-4).*

A voz, presente desde o nascimento (Behlau, 1993), é fundamental para a comunicação humana. Por ser intrínseca e inata ao ser humano, a população em geral não a considera como uma função importante e também não possui a noção adequada do impacto de uma alteração vocal (CARIOLA E BEHLAU, 2001).

A produção vocal requer o equilíbrio da saúde física, emocional e social (CONSENSO... 2004), isso significa que um leve desnivelamento entre qualquer um desses fatores pode desafinar esse instrumento. Se for somado o possível desinteresse da população a respeito da voz e a sua delicadeza e complexidade, é possível compreender a razão da prevalência da alteração vocal na população geral mundial ser relativamente alta 18% (Brindle e Morris, 1979).

O nome dado a qualquer dificuldade ou incapacidade na emissão da voz em suas características naturais é disfonia (Behlau e Pontes, 1995) e a maior incidência entre os profissionais que utilizam a voz falada como instrumento de trabalho está entre os professores, esta é uma realidade visível em clínicas fonoaudiológicas e médicas.

O professor e sua voz. Este é um tema bastante complexo, conseqüente à sua intersetorialidade, pois abrange questões relacionadas à saúde, trabalho, educação, política, emoções e principalmente, diz respeito a uma vida. Assunção (2003) cita que "a organização do trabalho, ao atingir o indivíduo, modifica a sua maneira de enfrentar os riscos e traz efeitos sobre a saúde ainda não perfeitamente conhecidos ou dimensionados."

No presente estudo, como mencionado no capítulo metodologia, não houve seleção do professor que responderiam à entrevista; foram considerados aptos a participar todos os professores que desejassem, com ou sem queixa de disfonia.

A partir de suas respostas, foi possível constatar das respostas dos 118 professores que colaboraram com a pesquisa, que 87,3% foram mulheres, com idade ao redor dos 42 anos, 72% com terceiro grau completo, 16 anos de serviço como professor, 36 horas trabalhadas na semana; 19,5% possuem outra ocupação paralela, destes 9,3% como professor. Porcentagem importante dos professores ministram aulas para o ensino fundamental, 45,3% ou fundamental e médio paralelamente, 28,2% (tabela 8), com 39,3% trabalhando em classes de 35 alunos (tabela 8). Esses valores foram próximos aos apresentados por Souza e Ferreira (1998; 2000b) para a variável horas trabalhadas na semana, 36,9 e de Roy et. al (2004b) que encontraram que ser mulher, professora, com idade entre 40-59, ter 16 ou mais anos de professorado, são uma associação de fatores que aumentam o risco de alterações vocais.

Quanto ao comportamento vocal, 82,2% dos professores referiram que falam em intensidade elevada durante as aulas e 34,74% falam em intensidade elevada fora dos momentos de aulas; 53,7% afirmaram que a voz ficou mais grave com o passar dos anos; 93,2% já ficaram disfônicos alguma vez durante os anos de trabalho, sendo que 26,2% estavam disfônicos no momento da entrevista, 69,5% apresentaram pelo menos 1 episódio no ano passado e 27,96% já foram afastados do trabalho devido à problemas na voz, sendo que 8,47% foram afastados, 2 vezes, devido ao problema de voz (tabela 1 e 7).

Baseados nestes valores, foi considerado, a prevalência de queixa de disfonia, entre os professores da rede pública municipal, da cidade de Ribeirão

Preto/S, 93,2%. Este valor é próximo ao apresentado por Simões e Latorre (2002), que afirmou ser a prevalência de alteração vocal auto-referida próxima a 89%. Fuess e Lorens (2003) e Roy et al. (2004b) referiram 80,7% e 93,7, respectivamente, como valores para prevalência de disfonia em professores. Williams (2003) realizou uma metanálise a respeito do tema e referiu que a prevalência de problemas vocais em professores depende de como o problema é visto, se for através de uma leitura baseada na presença de lesão histológica nas pregas vocais é ao redor de 4,4%, mas se for subjetiva e baseada na auto-avaliação de problema vocal pode ser mais elevado que 90%.

Russel, Oates e Greenwood (1998) avaliaram a auto-percepção vocal de professores e encontraram que 16% estavam disfônicos no dia da avaliação; 20% referiram episódio de disfonia ao longo do ano e 19% referiram problema vocal ao longo da carreira. Os achados do presente trabalho mostraram números muito mais elevados que estes, 26%, 69,1% e 92,3% respectivamente.

Apesar dos valores encontrados serem alarmantes, 67,79% dos entrevistados referiram que não há atenção direcionada à saúde vocal do professor da rede pública municipal de Ribeirão Preto, outros 20% desconhecem se há ou não. Salta aos olhos o fato de um número elevado considerar que não existe atendimento; caso haja esse serviço, isso pode significar, ou que este não os agrada ou que sabem da sua existência. Isso é muito grave, visto que se for somado esses dois grupos, se tem 87,79% de profissionais da voz que têm necessidade de cuidados vocais permanentes, mas não são atendidos. De quem é a falha? Deles ou de algum órgão público municipal? Não cabe ao autor responder a essa indagação, mas fica aqui a reflexão, a falha está na divulgação, caso este exista este serviço? Ou na falta de tempo ou interesse do professor?

Durante as visitas às escolas, muitos professores falaram da falta de tempo para ir ao médico. Outros, por sua, disseram nunca terem se interessado em fazer uma consulta ao médico, por causa de suas vozes, por acharem desnecessário, até mesmo professores de longa data. Se todo automóvel precisa de manutenção, até mesmo os novos, porque é isso que promove o melhor rendimento, segurança e mais tempo de uso e todo instrumento musical, violão, piano, flauta... precisa ser constantemente afinado, por quê não a voz? Recentemente o mundo inteiro assistiu à copa mundial de futebol e o que se viu foi jogadores serem preservados para jogos mais importantes, jogadores fazerem aquecimento, beberem água, atendimento médico especializado e qual é a diferença entre um jogador de futebol e um professor? Por quê um jogador recebe cuidados especiais para os seus pés, joelhos e pernas e um professor não tem a mesma atenção para a sua voz? Falta de orientação?! Despreparo?! Falta de incentivo?! Ingenuidade?! Falta do serviço na rede?

Há ainda outra questão e está é mais polêmica. Qual a origem da disfonia dessa pessoa que trabalha como professor? É realmente resultado do uso intenso da voz? É realmente porque fala muitas horas seguidas em intensidade elevada? Ou porque trabalha com giz? Quem é o profissional da voz que desenvolverá a disfonia? Quando relacionar a disfonia ao trabalho? Qual garantia se tem que determinada pessoa, se não fosse professor, que não seria também disfônica?! Esta é uma questão ainda a espera de resposta adequada. A respeito desta questão Ferreira (2001) comentou:

[] "Quais são os fatores que podem determinar disfonias? A princípio, parecem ser vários....Quais são as profissões que podem acarretar disfonias? Muitas vezes, o problema pode aparecer na relação que se estabelece com a profissão, muito mais do que no próprio uso vocal....se conhecermos melhor o

profissional saberemos se o problema de voz é decorrente do trabalho ou está relacionado à sua vida particular...o problema parece ser como conhecer de fato o profissional, até porque muitas vezes a própria empresa dificulta o acesso...Pode haver relação se o indivíduo bebe, fuma, grita... mas também quantas horas ele passa trabalhando, usando a voz. Dessa forma, o que é ser apto vocalmente, para uma determinada profissão ou função? Existem cantoras que têm alterações na estrutura vocal e são aptas para cantar... Há pessoas que não têm alterações na estrutura e podem ser inaptas para desenvolver um determinado trabalho.... Será que o problema de voz está relacionado à profissão ou ele teria esse problema por ser um momento de vida propício que contribuiria para o desenvolvimento do problema? É justo neste caso afastar o sujeito de seu trabalho? Várias são as possibilidades de levantarmos dados sobre os sujeitos, tanto no que se refere a objetivo (diagnóstico? Avaliação admissional? Pesquisa?...) quanto ao instrumento a ser utilizado para tal"... (FERREIRA, 2001, p.1-2).

Foi realizada visita ao CEREST de Ribeirão Preto/SP (abrange toda a DIR de Ribeirão Preto), tendo sido possível averiguar todas as CATs emitidas no ano de 2005, em número de 1840. O objetivo desta pesquisa foi o de conhecer quantos professores foram notificados com queixa de problema vocal e quais foram as condutas realizadas. Após horas de trabalho, não foi encontrado nenhuma CAT emitida à professor, que fique claro aqui, não houve nenhuma CATs emitida à qualquer professor, por qualquer problema. É importante relatar que, inclusive, as CATs de tele-operadores não se referiam à problema vocal, mas somente à síndromes cervicais e tendinites. Estranho, principalmente, considerando que no momento da entrevista, dois professores afirmaram que estavam afastados (apesar de não ter sido perguntado) devido ao problema da voz.

A literatura é abundante em apresentar trabalhos que descrevem os sinais e sintomas vocais freqüentemente encontrados e reclamados entre os professores (ROY et al. 2004b; FERRO; NAVARRETE; ROCHA, 2000; SILVA; MOTTA; TEIXEIRA, 2000; TENOR; CYRINO; GARCIA, 1999; SOUZA; FERREIRA, 1998; NAGANO, 1994), fadiga vocal, garganta ressecada, sensação de garganta raspando, ardor, dor, tosse, rouquidão; cansaço vocal, voz mais grave, tensão na musculatura da região do pescoço, postura corporal inadequada, padrão respiratório inadequado com tempos máximos de fonação reduzidos (inclusive para as professoras sem sinal ou sintoma de alteração vocal), freqüência vocal elevada principalmente no grito, voz abafada, presa e sem projeção, etc.

Os sinais e sintomas de comprometimento vocal indicados pelos professores de Ribeirão Preto são muito parecidos com os encontrados em literatura. Das sensações que normalmente são referidas pelas pessoas disfônicas, os professores referiram: (65,25%) região dos meus ombros e/ou pescoço são doloridas e/ou tensas (66,1%) garganta ressecada; (66,1%) sensação de garganta raspando; (48,3%) infecção de vias respiratórias (+ de 2 episódios/ano); (50%) esforço para falar; (44,9%) cansaço enquanto fala; (39,83%) ardor na garganta; (34,74%) queimação no estômago ou na garganta; (33%) rinite; 30,5% alimentação inadequada; (27,96%) não escuta bem; (27,96%) inflamação no trato digestório; (24,57%) dor na garganta enquanto fala; (24,57%) tosse freqüente; (24,59%) dificuldade na digestão; (24,59%) barulho no ouvido; (23,72%) dor de estômago com freqüência; (9,32 %) uso de tabaco (tabela 1). Como é que tantos sinais e sintomas relacionados à disfonias ou fatores que podem favorecer a manutenção podem ser ignorados?

Muitos trabalhos realizaram comparação entre sinais e sintomas relacionados à disfonia em grupo de professores e não-professores, inclusive no presente estudo e em todos, a prevalência de problemas vocais crônicos foi significativamente maior para o grupo de professores; professores apresentaram múltiplos sinais e sintomas vocais que foram atribuídos a sua ocupação, com limitação em seu empenho profissional, redução de atividades e nas interações sociais (SMITH et al., 1997, 1998a/b; ROY et al., 2004a/b; SLIWINSKA-HOWALSKA et al., 2006.)

Sabe-se também da importância de um ambiente sadio, para que o trabalho não resulte em prejuízo à saúde e proporcione uma adequada qualidade de vida. No caso dos professores, os fatores considerados predisponentes ao distúrbio da voz relacionado ao trabalho envolvem questões muito além do uso excessivo da voz, como problemas de adaptação profissional, condições insatisfatórias de trabalho, espaço físico inadequado devido a higiene do ambiente e ao número de alunos ou à má condição acústica da classe, violência, pouco tempo de preparo para as aulas, estresse, má remuneração (que o conduz a carga horária excessiva), indisciplina e outros que resultam em comprometimentos psicoemocionais e não somente físicos (O PREJUÍZO... 2006; ZAGURY, 2006; BENCINI, 2005; E ELES... 2005; MENDES; WALKER; SERVILHA, 2005; SIMBERG et al., 2005; CAMARGO; PENTEADO, 2005; MUNHOZ, 2004; BEHLAU et al., 2003; FERREIRA et al., 2003; SERVILHA, 1998; APRECIADO; TAPIA; INFANTE, 1998; CARVALHO, 1995; SOARES-JÚNIOR et al. 1994; BRENNER; BARTEL, 1984). "Mais que o uso excessivo ou abuso de fala, a permanência em situações desgastante contribui para o estabelecimento da alteração vocal" (FERREIRA, 2003). Lieber (1991) referiu que a avaliação do

ambiente de trabalho não implica apenas em medições instrumentais precisas e exatas, mas acima de tudo, na interpretação de uma realidade, voltada à promoção do estado de dignidade humana.

A tabela 2 elenca as sugestões dos professores a respeito do que gostariam que existisse na rede pública municipal de Ribeirão Preto, para os cuidados da voz e mostra, claramente, a existência de situações que fazem a manutenção do estado de estresse, o que indiretamente influencia na qualidade vocal e situações que diretamente influenciam no abuso vocal, por exemplo, foi sugerido mais respeito (7,62%); salas de aulas e escolas menores em tamanho e em número de alunos (6,77%); necessidade de melhorar as condições acústicas devido ao ruído interno e/ou externo (4,23%); reduzir carga horária (1,69%); banir o uso de giz (1,69%); melhores condições de trabalho (1,69) necessidade de uso de microfone em salas de aulas (1,69%); que os alunos falem menos (1,69%); salas de aulas mais limpas (1,69%); substituição do café (1,69%). Quando esta pergunta foi elaborada, se pensou em sugestões de atendimento à saúde. Foi uma grande surpresa, essa leitura que alguns professores fizeram ao se reportarem às condições desfavoráveis de salas de aulas. É inadmissível falar em qualidade do trabalho sem pensar na qualidade do ambiente e das condições do trabalho (LACAZ, 2000). "A segurança e a higiene do trabalho são conceitos indivisíveis e deverão ser tratados como dois aspectos de um mesmo problema, isto é, a proteção dos trabalhadores" (TUDOR, 1985). Contandriopoulos (1998) afirmou que características do ambiente social reforçam a resistência às doenças de uma maneira geral.

ROY et al. (2002) fala a respeito do uso de equipamento amplificação sonora e observou melhora significativa dos sinais e sintomas da disfonia após o

início do uso desses equipamentos. Provavelmente a aquisição desses equipamentos deve onerar menos do que o gasto com os professores afastados e substituídos .

Calheta, Madrid e Brant (2006) comentaram que a voz do professor pode ser considerada como um aspecto que envolve a qualidade de vida do trabalhador, além da qualidade do ensino e da aprendizagem. Um professor que se ausenta do trabalho por causa da sua voz, traz prejuízos ao processo de ensino e aprendizagem, assim como um professor que ministra a aula durante episódio de disfonia, prejudica ao aprendizado do aluno (ROGERSON; DODD, 2005) e a si próprio.

Da qualidade acústica do ambiente de trabalho, 84,74% dos professores referiram que o ambiente é ruidoso. É bastante delicada essa questão em algumas escolas em Ribeirão Preto/SP. É comum de observar-se escolas localizadas em lugares com grande movimento de trânsito, com suas janelas colocadas para ruas e avenidas; escolas em reformas; ventiladores barulhentos, além ruído resultado da conversa dos alunos ou de professores que necessitam falar mais alto ou utilizar equipamentos sonoros. O ambiente ruidoso também pode provocar problemas para a relação professor-aluno, para o processo de ensino-aprendizagem e colocam em risco a saúde vocal e geral dos professores; o que confirma a necessidade de ações de promoção da saúde na escola, a fim de favorecer a qualidade do trabalho e de educação na escola. Munhoz (2004); Camargo e Penteado (2005) mediram a intensidade do ruído das salas de aula e a intensidade de voz dos professores e encontraram médias acima do sugerido em literatura, o que significa falar durante 8 horas, ao dia, em intensidade considerada mais elevada que o natural, devido ao ruído do ambiente. .Servilha

(1998) encontrou a queixa (100%) de que a escola é muito ruidosa e que isso é fonte de irritação e dificuldade de concentração nas crianças e em professores.

Os jornais e Tvs diariamente trazem notícias a respeito da violência nas escolas, os professores entrevistados não fizeram referencia a isso, mas quando sugeriram "que os alunos falassem menos" nota-se o mau comportamento dos mesmos. Simberg (2005) encontrou como queixa dos professores, o aumento do mau comportamento dos alunos como fator coadjuvante a disfonia.

Tanto descontentamento vai contra a proposta da "escolas saudáveis" ou "escolas promotoras de saúde", de que a escola é um ambiente psicossocial saudável, harmonioso e estimulante, sem agressões nem violência verbal, física ou psicológica, que envolve o clima emocional e as interações sociais que afetam o bem-estar e a produtividade da comunidade escolar (PENTEADO, 2002). O professor, considerado o ator principal para esta proposta, está doente, insatisfeito, impossibilitado de realizar a sua função nesta obra social, educar.

Muitos componentes da vida social contribuem para uma vida com qualidade e são fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde (e voz). É fundamental mais que o acesso a serviços de saúde de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público, sindical e a mobilização da população afetada (BUSS, 2000), além da eliminação ou diminuição dos fatores que levam ao desgaste como o excesso de alunos, número elevado de aulas e prolongadas jornadas de trabalho, como também aumentar o grau de participação do professor nas atividades de decisão e planejamento (SOARES-JÚNIOR et al., 1994).

Inicialmente as pesquisas a respeito da voz dos professores traziam questionamentos relacionadas à epidemiologia, atualmente esse olhar foi substituído para a busca do conhecimento do quanto o uso intenso da voz influencia na vida do profissional (DRAGONE, 2001).

No presente estudo foi utilizado o protocolo VAPP - Voice Activity and Participation Profile, elaborado por MA e YIU, (2001). São 28 questões, divididas em 5 aspectos: auto-percepção do paciente da severidade do problema vocal (valor total igual à 10), os efeitos desta alteração no trabalho vocal (valor total igual à 40), na comunicação diária vocal (valor total igual à 120), na comunicação social (valor total igual à 40) e na manifestação das emoções (valor total igual à 70). O resultado máximo são 280 pontos. Dois escores adicionais podem ser calculados, a chamada "pontuação de limitação nas atividades" (PLA) e a de "restrição de participação" (PRP). O PLA refere-se a interferência do problema vocal no momento da entrevista e o PRP questiona a interferência do problema vocal nos últimos 6 meses.

Em uma metanálise sobre a importância em se avaliar a qualidade de vida dos pacientes disfônicos, Hogikyan e Rosen (2002) se refere aos protocolos como o maior avanço para o tratamento das desordens vocais, por estar centrado no paciente e poder refletir o nível do seu sofrimento ou o impacto da alteração vocal na vida profissional, pessoal ou social e até mesmo o quanto a pessoa percebe ser e estar afetada pela disfonia.

Todas as medianas dos escores pesquisados, auto-avaliação do problema vocal e interferência do problema vocal no trabalho, na comunicação diária, na comunicação social e na manifestação das emoções, mesmo quando relacionado a outras variáveis como sexo, idade, nível de ensino, tempo de serviço, horas

trabalhadas na semana; nível de instrução; número de alunos por salas de aulas e nível de ruído interno e/ou externo, apresentaram escores muito baixo, o que demonstra que o possível problema vocal não interfere nos aspectos de qualidade de vida pesquisados, trabalho, comunicação diária, comunicação social e emoções. Isso talvez porque quando se trata de estudo de aspectos da qualidade de vida deve-se considerar que este é um tema complexo, subjetivo, com dinâmica própria, dependente dos valores de cada indivíduo, do seu momento de vida e com muitas variáveis a serem consideradas (FARQUAR, 1995). Para Rocha et al. (2000) a vida é muito mais do que conceitos, números, cálculos, análises, é pretensão do homem transformar a vida em meros números e palavras.

Quanto à voz, pesquisas têm mostrado que a severidade da disfonia, mesmo em termos de medidas perceptivas e acústicas, não necessariamente reflete o impacto da desordem vocal no indivíduo e em sua qualidade de vida (MA; YIU, 2001; MURRY; ROSEN, 2000). Alves, Gasparini e Behlau (2005) observaram que não houve correspondência entre a avaliação vocal fonoaudiológica e a auto-percepção vocal feitas pelas professoras. Park, Behlau e Fabrom (2005) concluíram que, mesmo os professores, parecem não avaliar a real dimensão e as manifestações de um problema vocal, o que é compatível com os achados de Penteado (2003) que encontrou escore médio de 66 pontos quando utilizou o instrumento WHOQOL - 100 ao entrevistar professores. É importante saber como é a percepção vocal de cada falante e o significado do uso da voz para cada um, pois isso influencia na evolução do quadro vocal (MAGALHÃES, 1997-98).

A mediana do escore total, que é igual à 280, para o grupo de professores é 1,23, ($p=0,010$ - tabela 5) e para ambos 0,54 ($p=0,001$ - tabela 4).

A auto-avaliação do problema vocal, quando analisado por faixas etárias de ambos os grupos, mostrou mediana 1 (tabela 4). Quando avaliado apenas o grupo de professores foi encontrado mediana 3 ($p=0,001$ tabela 5).

A mediana dos escores da interferência do problema vocal no trabalho, na comunicação diária, na comunicação social e na manifestação das emoções, de ambos os grupos (tabela 4) mostrou valor 0,50 para todas as variáveis ($p<0,003$), sendo que os valores máximos são 40, 12, 4, 70 respectivamente (tabela 4). Quando avaliado os professores, separadamente, os valores são 1,25; 1,08; 1,0; 1,25, para todas as variáveis, $p<0,038$ (tabela 5).

As medianas dos escores que revelam a limitação de ambos os grupos, no momento da entrevista devido ao problema vocal (PLA) e a restrição de participação em atividades nos últimos seis meses devido ao problema vocal (tabela 4) também foram baixas, 2,00 ($p=0,004$) e 1,5 ($p=0,054$). Quando comparado com os resultados obtidos na extração da mediana do grupo de professores (tabela 5), os valores são 6,40 ($p=0,031$) e 1,75 ($p=0,621$). Apesar da estatística mostrar que os valores são significantes e insignificantes, respectivamente, todos os valores são bastante baixos principalmente quando comparados ao escore máximo (30) de cada variável. Convém ressaltar também que há um visível aumento dos valores das medianas do PLA e do PRP com o aumento da idade (tabela 4), sendo a faixa etária de 50 à 65 anos, a que mostrou maiores escores em ambos e a estatística revela $p=0,004$ e $p=0,054$ respectivamente. Os grupos os professores, quando avaliados separadamente (tabela 5), apresentaram valores de mediana mais elevados entre os dois grupos,

6,40 e 1,75, com $p=0,031$ e $p=0,621$, respectivamente. Quanto maior o escore, maior a interferência da voz nesta situação. É importante lembrar que as tabelas 4 e 5 representam os valores das pessoas que informaram suas idades, pois nem todos o fizeram.

A tabela 6 mostra o valor de todas as pessoas que responderam o VAPP, mesmo os que não informaram a idade. É possível observar que houve um pequeno aumento nos valores das respostas de PLA (7,0, $p=0,000$) e PRP (2,0, $p=0,000$) para o grupo de professores.

Da comparação das medianas dos escores de auto-percepção do problema vocal (tabela 9) pode ser observado que os professores, mais que os não-professores, foram os que apresentaram maior mediana (3,0:0,5, $p<0,000$). O professores que ministravam aula, paralelamente, no ensino fundamental e médio foram os que apresentaram maior mediana (3,0), seguido do ensino médio (2,5) e fundamental (2,0), ($p=0,28$). As professoras apresentaram maior mediana que os professores (3,0:2,5; $p<0,402$). Quem trabalha entre 16 e 25 anos apresentou a maior mediana para esta comparação (2,0, $p=0,06$). O grupo que trabalha 45 horas por semana foi o que apresentou a maior mediana (2,0, $p=0,69$). Quanto ao grau de instrução, o grupo com terceiro grau completo e pós-graduação apresentaram a maior mediana (1,5, $p=0,55$). Quanto ao número de alunos por sala de aula, o menor escore foi referido por aqueles que ministram aula para classes de 35 alunos (2,5, $p=0,71$). O grupo de professores que afirmou trabalhar em ambiente ruidoso apresentou mediana maior (2,0:1,0, $p<0,000$).

Da comparação das medianas dos escores de efeitos da voz no trabalho (tabela 10) pode ser observado que os professores, mais que os não-professores, foram os que apresentaram maior mediana (1,4:0,0, $p<0,000$), novamente os que

ministravam aula, paralelamente, no ensino fundamental e médio foram os que apresentaram maior mediana (2,0, $p=0,29$); interessante é que os professores apresentaram maior mediana que as professoras, porém esse valor foi considerado insignificante (1,7:1,3, $p=0,960$). Novamente quem trabalha entre 16 e 25 anos apresentou a maior mediana para esta variável (0,9, $p=0,009$). Não houve diferença entre as medianas para a quantidade de horas semanais de trabalho e nível de instrução (0,5), porém a análise estatística comprou insignificância para o primeiro ($p=0,901$) e significância para o segundo ($p=0,256$). Os professores que referiram classes com média de 35 alunos foram os que apresentaram a maior mediana (1,4, $p=0,947$). Novamente o grupo de professores que afirmou trabalhar em ambiente ruidoso apresentou a maior mediana para os efeitos da voz no trabalho (0,7:0,0, $p<0,000$).

Da comparação das medianas dos escores de efeitos da voz na comunicação diária (tabela 11) pode ser observado que os professores, mais que os não-professores, foram os que apresentaram maior mediana (1,3:0,4, $p<0,000$); novamente os que ministravam aula, paralelamente, no ensino fundamental e médio foram os que apresentaram maior mediana (1,7, $p=0,797$), porém foi próxima da mediana apresentada pelo grupo que ministra aula somente ao ensino fundamental (1,6). As professoras apresentaram maior mediana que os professores (1,3:0,6, $p=0,250$). Novamente quem trabalha entre 16 e 25 anos apresentou a maior mediana para esta variável (1,2, $p=0,001$). Quem trabalha 45 horas semanais apresentou a maior mediana para efeitos da voz na comunicação diária (0,9, $p=0,170$). Quanto ao nível de instrução, foi encontrado maior valor no grupo de professores com pós-graduação (0,9, $p=0,420$). Os professores que referiram classes com média de 35 alunos foram os que apresentaram a maior

mediana (2,0, $p=0,567$). Novamente o grupo de professores que afirmou trabalhar em ambiente ruidoso apresentou mediana (0,9:0,4, $p<0,000$).

Da comparação das medianas dos escores de efeitos da voz na comunicação social (tabela 12) pode ser observado que os professores, mais que os não-professores, foram os que apresentaram maior mediana (1,0:0,1, $p<0,000$); foi observado mudança no padrão de comparação entre efeitos na comunicação social e nível de ensino, desta vez a maior mediana foi encontrada no grupo que ministra aula para o ensino fundamental (1,7, $p=0,726$), seguido pelo grupo que ministra aula exclusivamente para o ensino médio e fundamental e médio (1,5 e 1,2, respectivamente), porém foi constatado valor insignificante. As professoras apresentaram maior mediana que os professores (1,5:0,5, $p=0,370$). Quem trabalha entre 16 e 25 anos apresentou a maior mediana para esta variável (1,0, $p=0,591$). Não houve diferença entre as medianas para a horas semanais de trabalho e nível de instrução (0,5), sendo os dois valores sem significância estatística ($p=0,591$ e $0,909$, respectivamente). Foi mantida o valor mais elevado para as medianas daqueles que trabalhavam com classes de 35 alunos (1,4, $p=0,876$) e em ambiente ruidoso (0,5:0,2, $p<0,000$).

Da comparação das medianas dos escores de efeitos da voz na manifestação das emoções (tabela 13) pode ser observado que os professores, mais que os não-professores, foram os que apresentaram maior a mediana (1,4:0,3, $p<0,000$); novamente os que ministravam aula, paralelamente, ao ensino fundamental e médio foram os apresentaram maior mediana (2,0, $p=0,965$). As professoras apresentaram maior mediana que os professores (1,9:0,6, $p=0,170$). Quem trabalhava entre 16 e 25 anos apresentou a maior mediana para esta variável (1,0, $p=0,011$). O grupo que trabalha 45 horas por semana foi o que

apresentou a maior mediana (0,6, $p=0,723$). Não houve diferença nas respostas encontradas separando o grupo por grau de instrução (0,5, $p=0,981$). Aqueles que trabalhavam com classes de 35 alunos (1,6, $p=0,697$) e trabalham em ambiente ruidoso apresentam as maiores medianas (0,6 :0,0, $p<0,000$).

Apesar de o grupo de professores ter apresentado valores de medianas sempre menores que o grupo de não-professores, foram considerados estatisticamente significantes poucas afirmativas, tais como, mediana inferior para auto-avaliação do problemas vocais, (3,0:0,5, $p<0,000$), interferência de problemas vocais no trabalho (1,4:0,0, $p<0,000$), interferência de problemas vocais na comunicação diária (1,3:0,4, $p<0,000$), interferência de problemas vocais na comunicação social (1,0:0,1, $p<0,000$) e interferência de problemas vocais na manifestação das emoções (1,4:0,3, $p<0,000$). Quanto aos tempo de trabalho, 16 à 25 anos como professor e a percepção da interferência do problema vocal nos vários aspetos pesquisados ($p<0,009$). Os professores que afirmaram trabalhar em ambiente com ruído interno e/ou externo revelaram maior percepção da interferência do problema vocal nos vários aspetos pesquisados ($p<0,000$).

Murry (2004); Grillo e Penteado (2005) concluíram que o impacto da voz em determinados aspectos de qualidade de vida ainda é pouco percebida pelos professores, devido a pequena relação entre o grau de severidade da disfonia e o impacto na qualidade de vida, o que sugere que existem outros fatores, além da voz, que podem contribuir para a questão, no entanto, falta conhecer quais são estes fatores contribuintes. Apesar dessa contradição, se sabe que questões emocionais, a vida social, o trabalho e a comunicação podem ser afetadas, uma vez que a comunicação está prejudicada (YIU, 2002).

Grupo para Comparação

As mulheres, professoras e não-professoras, referiram maior interferência de problemas vocais em todos os aspectos pesquisados, com exceção à interferência de problemas vocais na comunicação diária ($p=0,051$).

O grupo de não-professores, também voluntários, disfônicos ou não, apresenta as seguintes características: 71,6% (mulheres), com média de idade entre 36,8 anos, com média de 13 anos de serviço e 38,9 horas de trabalho semanal, 26,9% referiram terceiro grau completo.

Entre os não-professores, 67,36% disseram que falam muito em sua profissão e apenas 15,62% afirmaram que a voz ficou mais grave com o passar dos anos. 72,9% já apresentaram algum episódio de disfonia, sendo que 12,5% estavam disfônicos no momento em que responderam ao questionário, 48,59% referiram pelo menos 2 episódios de disfonia ao longo do ano passado, 7,29% já precisaram ser afastados do trabalho, sendo que 3,12% foram afastados 2 vezes devido ao problema de voz (tabela 1).

O grupo de não-professores apresentou os seguintes sintomas: (67,6%) região dos ombros e/ou pescoço são doloridas e/ou tensas; (38,94%) infecção de vias respiratórias (+ de 2 episódios/ano); (43,15%) alimentação inadequada; (35,78%) rinite; (32,63%) garganta ressecada; (32,63%) sensação de garganta raspando; (30,52%) queimação no estômago ou na garganta; (24,21%) necessita falar mais alto quando o ventilador ou o ar condicionado estão ligado; (22,1%) barulho no ouvido; (18,94%) tosse frequentemente; (18,94%) dor de estômago com frequência; (18,94%) dificuldade na digestão; (17,89%) inflamação no trato

digestório; (16,84%) ardor na garganta; (13,68%) cansaço enquanto fala; (13,68%) não escuta bem; (12,63%) esforço para falar; (9,47%) uso de tabaco; (2,1%) dor na garganta enquanto fala (tabela 1). Importante, o hábito de fumar, diagnóstico confirmando de rinite, alimentação inadequada e dores nos ombros foram mais pontuados pelo grupo de não-professores.

Da qualidade acústica do ambiente de trabalho, 53,12% dos não-professores referiram que o ambiente é ruidoso (tabela 1).

Quanto ao VAPP, todas as medianas dos escores pesquisados, auto-avaliação do problema vocal e interferência do problema vocal no trabalho, na comunicação diária, na comunicação social e na manifestação das emoções, mesmo quando relacionado a outras variáveis como sexo, idade, nível de ensino, tempo de serviço, horas trabalhadas na semana; nível de instrução; número de alunos por salas de aulas e nível de ruído interno e/ou externo, apresentaram escores mais baixos do que os encontrados no grupo dos professores.

Considerações finais

Após as observações foi possível inferir que os professores da rede pública municipal de Ribeirão Preto/SP apresentaram baixa mediana para a auto-percepção de problemas vocais e interferência de problemas vocais no trabalho interferência de problemas vocais na comunicação diária, interferência de problemas vocais na comunicação social e interferência de problemas vocais na manifestação das emoções.

Ser mulher, com idade acima de 50 anos, com tempo de serviço entre 16 e 25 anos, trabalhar em ambiente com ruído interno e/ou externo são variáveis que favorecem a percepção da auto-percepção vocal, a interferência do problema vocal

no trabalho, na comunicação diária, na comunicação social e na manifestação das emoções, apesar de os valores das medianas terem sido baixo é.

Com relação às queixas dos sinais e sintomas que podem ser relacionado à disfonia, um número maior de 30% dos professores referiram: garganta ressecada; sensação de garganta raspando; infecção de vias respiratórias (+ de 2 episódios/ano); esforço para falar; cansaço enquanto fala; ardor na garganta; queimação no estômago ou na garganta; rinite e alimentação inadequada.

A análise dos dados é contraditória. Como é possível haver um número tão elevado de prevalência de disfonia e queixas de sinais e sintomas que podem ser relacionado à disfonia e valores tão baixo para a interferência da mesma em vários aspectos de qualidade de vida? Talvez o início da resposta esteja no resultado da auto-avaliação do problema vocal, que se revelou bastante baixo. Este fato é certo e pode ser claramente observado entre os professores da rede pública municipal de Ribeirão Preto/SP, é comum e abundante a falta de percepção a respeito de suas vozes, a autora pôde perceber esse fato ao conversar com tantos professores em suas várias visitas às escolas! Será meramente falta de atenção, percepção ou discriminação auditiva ou adaptação à qualidade vocal alterada e aos desconfortos que acompanha o quadro da disfonia? Ou desinformação? Falta de assistência médica? Falta de terem suas vozes ouvidas atentamente? Falta de apoio... Ou será que no caso do presente estudo, os valores obtidos foram muito baixos, porque não houve seleção prévia de professores disfônicos em mesma proporção que professores não-disfônicos? Fica aqui a sugestão para um próxima pesquisa, aplicar o VAPP a quatro grupos, professores e não-professores, disfônicos e não-disfônicos e comparar os achados aos encontrados aqui.

Por tanta dificuldade vinculada à profissão, além dos sinais relacionados à disfonia, baixos salários, problemas de saúde, estresse, excesso de horas trabalhadas, más condições de ambiente de trabalho, violência nas escolas, etc, com certeza, eles devem amar muito o que fazem!

*"Era um voz que soava como um som
de trombeta, dizendo: EU sou o Alfa e
o Ômega, o Princípio e o Fim"...
(Bíblia Sagrada - Apocalipse 1,10-11)*

A voz é um instrumento que facilmente pode ser desafinado, basta a interferência sutil de diversos fatores simples. A disfonia pode limitar o indivíduo no trabalho, em casa ou até mesmo no lazer. Quando ela acomete profissionais da voz, isso pode se tornar uma tragédia para o sujeito e para a economia nacional. Este é o tema que rege o presente estudo.

Após a análise dos dados obtidos foi encontrado que:

- Os professores da rede pública municipal da cidade de Ribeirão Preto apresentam baixa influência de problemas vocais nos aspectos profissional, pessoal e emocional.
- 1- É baixo o escore da auto-percepção do professor quanto à severidade do problema vocal.
- 2- Foram baixos os escores dos professores para os efeitos da alteração vocal no trabalho, na comunicação diária, na comunicação social e na manifestação das emoções.
- 3- Os valores do PLA revelaram que no momento, os professores são pouco limitados em suas atividades devido ao problema vocal.
- 4- Os valores do PRP revelaram que nos últimos seis meses os professores foram pouco restritos em participar de atividades profissionais e de vida diária devido ao problema vocal.
- 5- A prevalência de queixa de disfonia entre os professores da rede pública municipal da cidade de Ribeirão Preto/SP é de 93%.

*"Conhecereis a verdade e a
verdades vos libertará".
(Bíblia Sagrada - João 8,32)*

Referências

ADRIANO, J. R.; WERNECK, G. A. F.; SANTOS, M. A.; SOUZA, R. C. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.

ALVES, L. A.; GASPARINI, G.; BEHLAU, M. Relação entre avaliação vocal em sala de aula e queixa vocal de professoras de escolas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, 13., 2005, Santos. **Anais do...** Santos: 2005. Cd-rom.

ANDRYKOWSKI, M. A. Psychossocial factors in bone marrow transplantation: a review and recommendation for research. **Bone Marrow Transplantation**, Inglaterra, v. 13, p. 357-375, 1994.

APRECIADO, J. A.; TAPIA, R. G.; INFANTE, R. C. Estudio de la prevalencia de los trastornos de la voz en los profesionales de la enseñanza. Factores que intervienen en su aparición o en su mantenimiento. **Acta Otorrinolaringol Esp.**, Espanha, v. 49, n. 2, p. 137-142, 1998.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciências & Saúde Coletiva**. [on line], v. 8, n. 4. p. 1005-1018, 2003.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s1413-81232003000400022&ing=pt&nrm=isso> Acessado em 6 mai 2006.

BALATA, A. Distúrbio da voz já é um problema de saúde pública. **Jornal do CRFa.**, Brasília, p. 8, abr./mai. 2005

BAUK, D. A. Stress. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 13, n. 50, p. 28-36, abr./mai./jun., 1985.

BEHLAU, M.; PONTES, P. **Higiene Vocal: Informações Básicas**. São Paulo: Lovise. 1993. 15p.

_____. **Avaliação e Tratamento das Disfonias**. São Paulo: Lovise. 1995. 312p.

BEHLAU, M. Vozes preferidas; considerações sobre opções vocais nas profissões. **Fono Atual**, São Paulo, v. 4, n. 16, p. 10-14, 2001.

BEHLAU, M.; AZEVEDO, R.; MADAZIO, G. Anatomia da laringe e fisiologia da produção vocal. In: BEHLAU, M. (org.). **Voz: O Livro do Especialista**. V. 1. São Paulo: Lovise. 2001. Cap. 1. p. 2-51.

BEHLAU, M.; FEIJÓ, D.; MADAZIO, G.; REDHER, M. I.; AZEVEDO, A.; FERREIRA, A. E. Voz Profissional: Aspectos Gerais e Atuação Fonoaudiológica. In: BEHLAU, M. (org.). **Voz: O Livro do Especialista**. V. 2. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. Cap. 12. p. 28-408

BENCINI, R. Estresse, o (ex)inimigo número 1 do professor. **Nova Escola**, São Paulo, v. 20, n. 181, p. 34-35, abr., 2005.

BENNINGER, M. S.; AHUJA, A. S.; GARDNER, G.; GRYWALSKI, C. Assessing outcomes for dysphonic patients. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 12, n. 4, p. 540-550, 1998.

BERLINGUER, G. Relação entre saúde e trabalho do ponto de vista bioético. In: ALVARENGA, A. T. A.; CARVALHEIRO, J. R. (editores). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 101-135, 1993.

BRASOLOTTO, A. G.; FABIANO, S. Uso profissional da voz pelo professor – análise acústica. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, ano 4, n. 6, p. 6-11, 2000.

BRENNER, S. O.; BARTELL, R. The teacher stress process: a cross-cultural analysis. **J Occupational Behavior**, n. 5, p.183-195, 1984.

BRINDLE, R.; MORRIS, H. L. Prevalence of voice quality deviations in the normal adult population. **J Disord Commun**, Londres, n. 12, p. 439-445, 1979.

BRUNETTO, B.; OYARZÚN, R.; MELLA, L. AVILLA, S. Mitos y realidades de la disfonia profesional. **Revista de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 46, p. 115-120, 1986.

BUENO, F. S. **Manual de califasia, califonia, calirritmia e Arte de Dizer**. São Paulo: Saraiva, 1948.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CALHETA, P.; MADRID, M. P.; BRANT, A. T. Através do professor, o aluno. **Revista de Fonoaudiologia**, São Paulo, n. 67, p. 12-16, mai./jun., 2006.

CAMARGO, M. O.; PENTEADO, R. Z. Considerações sobre ruído de sala de aula e intensidade vocal do professor. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, 13., 2005, Santos. **Anais ...** Santos: 2005. Cd-rom.

CARIOLA, S. G.; BEHLAU, M. O impacto de uma eventual perda da voz na vida diária de indivíduos normais. In: BEHLAU, M. (org.). **A Voz do Especialista**. Rio de Janeiro: Lovise, 2001. v. 2, Cap. 12, p. 141-154.

CARVALHO, M. M. B. **O professor - um profissional, sua saúde e a educação em saúde a escola**. 1995. 187f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública-USP, São Paulo, 1995.

CARTA Pró-Consenso 2001 Sobre Voz Profissional. Voz e Trabalho: Uma Questão de Saúde e Direito do Trabalhador. Rio de Janeiro, 2001, 7p. Disponível em: <http://www.sborl.org.br>. Acesso em 2 de jun 2004.

CARTA de Ottawa sobre promoção da saúde. 06 fev 2002. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br>. Acesso em 28 jul. 2005.

CARTA de Bogotá sobre promoção da saúde. 06 fev 2002. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br>. Acesso em 28 jul. 2005.

COELHO, M. A.; BEHLAU, M.; VASCONCELLOS, E. G. Da relação entre stress e distúrbio da voz. In: MARQUESAN, I. Q.; ZORZI, J. L.; GOMES, I. C. D. **Tópicos em Fonoaudiologia**. V. 3. São Paulo: Lovise, 1996. Cap. 25, p. 361-388.

CONSENSO Nacional Sobre Voz Profissional: Voz e Trabalho: Uma Questão de Saúde e Direito do Trabalhador. Rio de Janeiro, 2004. 68p. Disponível em: http://www.sborl.org.br/consenso2004_relatorio_final.pdf. Acesso em 02 de junho de 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 199-204, jan./mar., 1998.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata sobre cuidados primários. 06 fev. 2002. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br>. Acesso em 28 jul. 2005.

DECLARAÇÃO de Adelaide sobre cuidados primários. 06 fev. 2002. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br>. Acesso em 28 jul. 2005

DECLARAÇÃO de Sundsvall sobre promoção da saúde. 06 fev. 2002.

Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br>. Acesso em 28 jul. 2005

DECLARAÇÃO de Jacarta sobre promoção da saúde. 06 fev. 2002. Disponível

em: <http://www.saudeemmovimento.com.br>. Acesso em 28 jul. 2005

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./mai./jun., 1986.

DELCOR, N. S.; ARAUJO, T. M.; REIS, E. J. F. B.; PORTO, L. A.; CARVALHO, F. M.; SILVA, M. O.; BARBALHO, L.; ANDRADE, J. M. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino em Vitória da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 187-96, jan./fev., 2004.

DISTÚRBIO da voz já é um problema de saúde pública. **Jornal do CRFa**, Brasília, p. 8, abr./mai., 2005.

DRAGONE, M. L. S. Desgaste vocal do professor: um estudo longitudinal. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, n. 5, p. 50-56, 1999.

_____. **Voz do professor: interfaces e valor como instrumento de trabalho.** 2000. 191f. Dissertação (Mestrado em educação escolar) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2000.

_____. Novos caminhos para os estudos sobre a voz do professor. **Fonoaudiologia Brasil**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 43-50, set., 2001.

_____. A fonoaudiologia brasileira e a voz do professor. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO CEV., 6, 2006, São Paulo. **Anais do...**, São Paulo, 2006. p. 33-37.

DRAGONE, M. L. S; REIS, R. A.; SICHIROLLI, S. C. Desgaste vocal do professor: um estudo longitudinal. In: BEHLAU, M. (org.). In: BEHLAU, M. (org) **Laringologia e Voz Hoje**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. Cap. 98, p. 413-414.

DUFFY, O. M; HAZLETT, D. E.; The impact of preventive voice care program for training teachers: a longitudinal study. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 18, n. 1, p. 63-70, 2004.

E ELES nem falaram do salário... **Veja**, São Paulo, v. 38, n. 42, p. 40, out., 2005.

É HORA de virar o jogo. **Jornal do CFFa**, Brasília, v. 8, n. 28, p. 17-19, jan./fev./mar., 2006.

FABROM, E. M. G. **A voz como recurso didático: reconhecimento e julgamento de suas qualidades**. 2005. Tese (Doutorado em psicologia) - Universidade Estadual Paulista, Marília, 2005.

FARQUAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, Inglaterra, v. 22, p. 502-8, 1995.

FERNANDES, C. R. J. Caracterização de um grupo de professores com alteração vocal da pré-escola do município do Taboão da Serra. In: FERREIRA, L. P. (org.). **Dissertando sobre Voz**. Carapicuíba: Pró-Fono, 1998. v. 2, Cap.14, p.100-115.

FERNÁNDEZ, C. A. P.; LÓPEZ, J. P. Nódulos de cuerdas vocales. Factores de riesgo en los docentes. Estudio de casos y controles. **Acta Otorrinolaringol Esp**, Espanha, v. 54, p. 253-560, 2003.

FERRANS, C.E.; POWERS, M.J. Quality of life index: development and psycometric properties. **Advances in Nursing Science**, Estados Unidos, v. 8, n. 1, p. 15-24, 1985.

FERREIRA, L. P. A disfonia como doença ocupacional: relato de uma primeira discussão fonoaudiológica. In: FERREIRA, L. P.; COSTA, H. O. **Voz ativa, falando sobre o profissional da voz**. São Paulo: Roca, 2000. p. VII-IX.

FERREIRA, L. P. A disfonia como doença do trabalho. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/JOURNAL/jorn-12/j12-19.htm>. 2001. Acesso em 28 jul. 2005.

FERREIRA, L. P.; GIANNINI, S. P. P.; FIGUEIRA, S.; SILVA, E. E.; KARMANN, D. F.; SOUZA, T. M. T. Condições de produção vocal de professores da prefeitura do município de São Paulo. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 274-307, jun., 2003.

FERRO, L.; NAVARRETE, R. G.; ROCHA, S. D. A importância da hidratação vocal para o docente. **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**, Curitiba, v. 1, n. 5, p. 79-87, out./nov./dez., 2000.

FUESS, V. L. R; LORENZ, M. C. Disfonia em professores do ensino municipal: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 69, n. 6, p. 807-812, nov./dez., 2003.

GIANNINI, S. P. P. **Histórias que fazem sentido: as sobrederterminações da alteração vocal do professor**. 2003. Dissertação (Mestrado em fonoaudiologia) - Pontífica Universidade Católica, Campinas, 2003.

GOMES, J. R.; BEDRIKOW, B. Papel da Organização Internacional do Trabalho (OIT) na promoção da saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 15, n. 58, abr./mai./jun., p. 23-26, 1987.

GOTAAS, C.; STARR, C. D. Vocal fatigue among teachers. **Folia Phoniatic.**, v. 45, p. 120-129, 1993.

GRILLO, M. H. M. M.; PENTEADO, R. Z. Avaliação do impacto da voz na qualidade de vida de professores do ensino fundamental. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, 5., 2004, Ribeirão Preto. **Anais do ...** Ribeirão Preto, 2004. Cd-rom. ISSN1518-5613.

_____. Impacto da voz na qualidade de vida de professore(a)s do ensino fundamental. **Pró-fono**, Barueri, v. 17, n. 3, p. 321-330, set./dez., 2005.

GUIMARÃES, B. T. L. Lesões por esforço vocal repetitivo - do treinamento através da ginástica vocal laboral à terapia da disfonia laboral. **Fonoaudiologia Brasil**, Brasília, v. 4. n. 1, p. 1-4, 2004.

HERMES, E. G. C.; NAKAO, M. Educação vocal na formação do docente. **Fonoaudiologia Brasil**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 48-59, jun., 2003.

HERRINGTON-HALL, B. L.; LEE, L.; STEMPEL, J. C.; NIEMI, K. R.; McHOME, M. M. Description of laryngeal pathologies by age, sex, and occupation in a treatment-seeking sample. **The Journal of Speech and Hearing Disorders**, Estados Unidos, v. 53, p. 57-64, feb., 1988.

HOGIKYAN, N. D.; ROSEN, C. A. A review of outcome measurements for voice disorders. **Otolaryngology - Head & Neck Surgery**, Chicago, v. 126, n. 5, p. 562-572, may, 2002.

HOLLANDER, M.; WOLFE, D.A. **Nonparametric statistical methods**. 2ª ed., New York: John Wiley e Sons, 1999.

KAPLAN, R. M. Aplications in AIDS, cystic fibrosis and arthrits. **Medical Care**, Estados Unidos, v. 27, p. 27-43, 1989.

KOOIJMAN P.G.; JONG, F.I.; THOMAS, G.; HUINCK, W.; DONDEERS, R.; GRAAMANS, K.; SCHUTTE, H. K. Risk factors of voice problems in teachers. **Folia Phoniatica et Logopaedica**, Suíça, v. 58, n. 3, p.159-74, 2006.

KRISCHKE, S.; WEIGELT, S.; HOPE, U.; KÖLLNER, V.; KLOTZ, M.; EYSHOLDT, U.; ROSANOWSKI, F. Quality of life in dysphonic patients. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 19, n. 1, p. 132-137, 2005.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.

LIEBER, R. R. Saúde no trabalho rumo ao ano 2000: tendências na avaliação dos ambientes de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 19, n. 74, p. 52-60, jul./dez., 1991.

LINDE, C. How to evaluate quality of life in pacemaker patients: problems and pitfalls. **Pace**, v. 10, n. 3, p. 293-304, 1996.

LUCCA, S. R. Os acidentes do trabalho no Brasil - algumas implicações de ordem econômica, social e legal. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 22, n. 81, p. 7-14, jan./fev./mar., 1994.

MA, E. P. M.; YIU, E. M. L. Voice activity and participation profile: assessing the impact of voice disorders on daily activities. **The Journal of Speech and Hearing Disorders**, Estados Unidos, v. 44, p. 511-524, jun., 2001.

MAGALHÃES, C.; ALMEIDA, C. M.; ANELLI, W. A percepção do indivíduo em relação à sua disfonia sob o enfoque social da voz. In: MARQUESAN, I. Q.; ZORZI, J. L. ; GOMES, I. C. D. **Tópicos em Fonoaudiologia**, São Paulo: Lovise, 1997-98. v. 4, Cap. 17, p. 295-305.

MANZONI, C. R. C. T. Voz no trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, 13., 2005, Santos. **Anais do ...**, Santos, 2005. Cd-rom.

MASUDA, T.; IKEDA, Y.; MANAKO, H.; KOMIYAMA, S. Analysis of vocal abuse: fluctuations in phonation time and intensity in 4 groups of speakers. **Acta Otolaryngol (Stockh)**, Norway, v. 113, p. 547-552, 1993.

MATTISKE, J. A.; OATES, J. M. GREENWOOD, K. M. Vocal problems among teachers: a review of prevalence, causes, prevention, and treatment. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 12, n. 4, p. 489-499, 1998.

MENDES, G. B.; WALKER, A. S.; SERVILHA, E. A. M. Voz, trabalho e lazer em futuros professores. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, 13., 2005, Santos. **Anais do ...** Santos, 2005. Cd-rom.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 19-31, 2000.

MONTEIRO, A. L. Distúrbio da voz: a lei aplicada ao trabalho. **Revista de Fonoaudiologia**, São Paulo, n. 59, p. 4-7, 2005.

MUCCILLO, M. Prevenção de acidentes de trabalho no Sistema Educacional Brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 15, n. 59, p. 23-28, jul./ago./set., 1987.

MUNHOZ, L. C. **Intensidade vocal do professor e ruído de fundo da sala de aula**. 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista, Marília, 2004.

MURRY, T.; MEDRADO, R.; HOGIKYAN, N. D.; AVIV, J. E. The relationship between ratings of voice quality and quality of life measures. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 18, n. 2, p. 183-192, 2004.

MURRY, T.; ROSEN, C. L. Outcomes measurements and quality of life in voice disorders. **Otolaryngologic Clinics of North America**. Voice Disorders and

phonosurgery. W. B. Saunders Company, Filadélfia, v. 33, n. 4, p. 905-917, 2000.

NAGANO L. **Perfil vocal e análise perceptivo-auditiva das vozes de professores de pré-escola.** 1993-94. 31f. Monografia (Especialização em voz) - Centro de Estudos da Voz. São Paulo, 1994.

NETO-SYLVANY, A. M.; ARAÚJO, T. M.; KAWALKIEVICZ, C. ; LIMA, B. G.; DUTRA, F, R. D.; PAIVA, L. C.; SARNO, M. M. Condições de trabalho e saúde em professores da rede particular de ensino na Bahia: estudo piloto. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 24, n. 91-92, p. 15-124, 1998.

NIEBUDECK-BOGUSZ, E; FISZER, M.; SLIWINSKA-KOWALSKA, M. Assessment of voice acoustic parameters in female teachers with diagnosed occupational voice disorders. **Medycyna Pracy**, Poland, v. 56, n. 6, p. 431-8, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constitution of the World Health Organization.** Basic documents. Genebra: WHO, 1946.

_____. **International classification of impairments, disabilities and handicaps:** a manual of classification relating to the consequences of disease. Genebra: WHO, 1980.

O PREJUÍZO do stress. **Veja**. São Paulo, v. 39, n. 28, p. 42, jul., 2006.

OLIVEIRA, I. B. **Desempenho vocal do professor: avaliação multidimensional**. 1999. Tese (Doutorado em psicologia) - Pontífica Universidade Católica, Campinas, 1999.

PARK, K.; BEHLAU, M.; ZAMBOM, F. A opinião de professores sobre o grau de impacto de uma eventual perda da voz . In: CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, 13., 2005, Santos. **Anais ...** Santos, 2005. Cd-rom.

PARMEGGIANI, L. A nova legislação de segurança e saúde dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 13, n. 50, p. 19-27, abr./mai./jun., 1985.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião**. Dissertação. 245f. (Mestrado em medicina). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PENTEADO, R. Z. Escolas promotoras de saúde - implicações para a ação fonoaudiológica. **Fonoaudiologia Brasil**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 28-37, jun., 2002.

_____. **Aspectos de qualidade vocal e de subjetividade na promoção da saúde vocal do professor**. 2003. 212 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública-USP, São Paulo, 2003.

_____. Voz profissional: conceituando prevenção e promoção de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, 13., 2005, Santos. **Anais do...**, Santos, 2005. Cd-rom.

PENTEADO, R. Z.; PEREIRA, I. M. T. B. A voz do professor: relações entre trabalho, saúde e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 25, n. 95-96, p.109-130, abr., 1999.

PEREIRA, L. P.; FERREIRA, L. P. Sintomas físicos e psicológicos de estress em professoras com disfonia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, 13., 2005, Santos. **Anais do...**, Santos, 2005. Cd-rom.

PINHEIRO, R. Integralidade no cotidiano da saúde. **Revista de Fonoaudiologia**, São Paulo, n. 67, p. 20- 24, mai./jun., 2006.

ROCHA, A. D.; OKABE, I.; MARTINS, M. E. A.; MACHADO, P. H. B.; MELLO, T. C. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de janeiro, v. 5, n.1, p. 63-81, 2000.

RODRIGUES, S.; AZEVEDO, R.; BEHLAU, M. Considerações sobre voz profissional falada. IN: MARQUESAN, I. Q.; ZORZI, J. L.; GOMES, I. C. D. **Tópicos em Fonoaudiologia**, São Paulo: Lovise, 1996, v. 3, cap. 50, p. 701-11.

ROGERSON, J.; DODD, B. Is there an effect of dysphonic teachers' voice on children's processing of spoken language? **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 19, n. 1, p. 47-60, 2005.

ROY, N.; MERRILL, R. M.; THIBEAULT, S.; PARSA, R. A.; GRAY, S. D.; SMITH, E. M. Prevalence of voice disorders in teachers and the general population. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, Washington, v. 47, p. 281-293, abr., 2004a.

ROY, N.; MERRILL, R. M.; THIBEAULT, S.; GRAY, S. D.; SMITH, E. M. Voice disorders in teachers and the general population: effects on work performance, attendance, and future career choices. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, Washington, v. 47, p. 542-551, jun., 2004b.

RUSSEL, A.; OATES, J.; GREENWOOD, K. M. Prevalence of voice problems in teachers. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 12, n. 4, p. 467-479, 1998.

SAPIR, S.; KEIDAR, A.; MATHERS-SCHMIDT, B. Vocal attrition in teachers: survey findings. **European Journal of Disorders of Communication**. London, v. 28, p. 177-185, 1993.

SATALOFF, R. T. Voice and speech impairment and disability. In: **Professional Voice: The Science and Art of Clinical Care**. San Diego: Singular, 1997. p.795-800.

SAWADA, N. O. **Qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. 2002. Tese. 104f. (Livre docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Ribeirão Preto. 2002.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.

SERVILHA, E. A. M. Programa de saúde vocal na pré-escola. In: BEHLAU, M. (org) **Laringologia e Voz Hoje**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. Cap. 103, p. 425-426.

_____. **A voz do professor: indicador para compreensão da dialógica no processo ensino-aprendizagem**. 2000. Tese (Doutorado em psicologia) - Pontífica Universidade Católica, Campinas, 2000.

SILVA, B. A. R; MOTTA, L; TEIXEIRA, S. B. Eficácia da hidratação na redução de queixas vocais de professores. **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 10-15, jan./fev./mar., 2000.

SIMBERG, S.; LAINE, A., SALA, E.; RÖNNEMAA, A-M. Prevalence of voice disorders among future teachers. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 14, n. 2, p. 231-235, 2000.

SIMBERG, S.; SALA, E.; RÖNNEMAA, A. M. A comparasion of the prevalence of vocal symptoms among students and other university students. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 18, n. 3, p. 363-368, 2004.

SIMBERG, S.; SALA, E.; VEHMAS, K.; LAINE, A. Changes in the prevalence of vocal symptoms among teachers during a twelve year period. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 19, n. 1, p. 95-102, 2005.

SIMBERG, S.; SALA, E.; TUOMAINEM, J.; SELLMAN, J.; RÖNNEMAA, A. M. The effectiveness of group therapy for students with mild voice disorders: a controlled clinical trial. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 20, n. 1, p. 97-109, 2006.

SIMÕES, M.; LATORRE, M. R. D. O. Alteração vocal em professores: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**, Curitiba, v. 311, p. 127-134, abr./jun., 2002.

SLIWINSKA-KOWALSKA, M.; NIEBUDECK-BOGUSZ, E.; FISZER, M.; LOS-SPYCHALSKA, T.; KOTYLO, P.; SZNUROWSKA-PRZYGOCKA, B.; MODRZEWSKA, M. The prevalence and risk factors for occupational voice disorders in teachers. **Folia Phonitrica Logopaedica**, Suíça, v. 58, n. 2, p. 85-101, 2006.

SLIWINSKA-KOWALSKA, M.; FISZER, M.; NIEBUDECK-BOGUSZ, E.; KOTYLO, P.; SZNUROWSKA-PRZYGOCKA, B.; RZADZINSHA, A. Evaluation of quality

students from teaching colleges. **Medycyna Pracy**, Poland, v. 51, n. 2, p. 573-80, 2000.

SMITH, E.; GRAY, S. D.; DOVE, H.; KIRCHNER, L.; HERAS, H. Frequency and effects of teachers' voice problems. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 11, n. 1, p. 81-87, 1997.

SMITH, E.; GRAY, S. D.; KIRCHNER, H. L.; TAYLOR, M.; HOFFMAN, H.; LEMKE, J. H. Voice problems among teachers: differences by gender and teaching characteristics. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 12, n. 3, p. 328-334, 1998a.

SMITH, E.; LEMKE, J.; MARGARETTA, T.; KIRCHNER, H. L.; HOFFMAN H. Frequency of voice problems among teachers and other occupations. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 12, n. 4, p. 480-488, 1998b.

SOARES-JÚNIOR, J. M.; PIANETTI, G. M.; CECÍLIO, S.; TEIXEIRA, V. P. A. A saúde do professor do sexo feminino do ensino primário. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 51, n. 7, p. 891-898, jul., 1994.

SOUZA, T. M. Distúrbio da voz relacionado ao trabalho - o documento. 05, nov. 2004. Disponível em:
http://www.fonosp.org.br/publicar/arquivos/imprensa/Disturbio__da_Voz_Relacionado_ao_Trabalho.Pdf. Acesso em 28 jul. 2005.

_____. Distúrbio da Voz: CEREST elabora proposta de Instrução Normativa. **Revista Fonoaudiologia**, São Paulo, n. 59, p. 4-5, jan./fev., 2005.

SOUZA, T. M. T.; FERREIRA, L. P. "O professor e sua voz - um difícil encontro". In: BEHLAU, M. (org) **Laringologia e Voz Hoje**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. Cap. 111, p. 452-453.

_____. Um século de cuidados com a voz profissional falada: a contribuição da fonoaudiologia. In: FERREIRA, L. P.; COSTA, H. O. **Voz ativa, falando sobre o profissional da voz**. São Paulo: Roca, 2000a. p. 1-18.

_____. Caracterização vocal dos professores do município de São Paulo - DREM 5. In: FERREIRA, L. P.; COSTA, H. O. **Voz ativa, falando sobre o profissional da voz**. São Paulo: Roca, 2000b. p. 145-161.

SPIPKER, B. **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. New York: Raven Press, 1990.

SPITZER, W. O. State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. **Journal of Chronic Diseases**, v. 40, n. 6, p. 465-174, 1987.

STIER, M. A. ; MACEDO, E.; BRANDALISE, J.; GRAÇANO, S.; MACEDO, C.; GOMES, G. F. Programa de saúde e qualidade vocal dos 6.000 professores da rede municipal de ensino de Curitiba. In: BEHLAU, M. (org.) **Congresso**

Brasileiro do Laringologia e Voz Hoje, 4., 1998. São Paulo. Temas do..., Rio de Janeiro: Revinter, cap.103, 1998, p. 411-412.

STONE JR, R. E. Revendo os mecanismos do abuso vocal. In: BEHLAU, M. (org.) **Congresso Brasileiro do Laringologia e Voz Hoje, 4.**, 1998. São Paulo. Temas do..., Rio de Janeiro: Revinter, cap.103, 1998. p. 27-28.

TENOR, A. C. **Postura corporal e voz de professores de pré-escola, em sala de aula.** 1996. 54f. Monografia (Especialização em voz) - Centro de Estudos da Voz. São Paulo, 1998.

TENOR, A. C.; CYRINO, E. G.; GARCIA, V. L. Investigação da percepção vocal de professores de pré-escolas da rede municipal de ensino de Botucatu-SP. **Salusvita.** Bauru, v. 18, p.107-116, 1999.

TORRANCE, G. W. Utility approach to measuring health-related quality of life. **Journal of Chronic Diseases**, v. 40, p. 593-600, 1987.

TUDOR, T. C. Trabalho de mulher. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. São Paulo, v. 13, n. 50, p. 63-67, abr./mai./jun., 1985.

UEDA, K. H; GONÇALVES, M. P. S. Conhecimento dos professores da rede municipal de ensino fundamental sobre a fonoaudiologia. In: JORNADA DE FONOAUDIOLOGIA DA UNESP/MARÍLIA, 10., 2004, Marília. **Anais da...**, Marília, 2004, p. 80-81.

VERDOLINI, K.; RAMIG, L.O. Review: occupational risk for problems. **Logopedics, Phoniatics, and Vocology**, Norway, v. 26, p. 37-46, 2001.

WESTPHAL, M. F. O movimento de cidades/municípios saudáveis "um compromisso com a qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.

WILLIAMS, N. R. Occupational groups at risk of voice disorders: a review of the literature. **Occupational Medicine**, n. 53, p. 456-460, 2003.

WILSON, J. A.; DEARY, J. J.; MILLAR, A.; MACKENZIE, K. The quality of life of dysphonia. **Clinical otolaryngology**, Inglaterra, v. 27, p. 179-182, 2002.

WOJCIEHWSKI, A. P. F.; HEEMANN, C. S.; COSTA, E. M. F. Saúde vocal do professor: a prevenção como fator primário. In: BEHLAU, M. (org) **Laringologia e Voz Hoje**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. Cap.70, p. 315-316.

YIU EM-L. Impact and prevention of voice problems in the teaching profession: embracing the consumer's view. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 16, n. 2, p. 215-228, 2002.

ZAGURY, T. O Professor precisa ser ouvido. [Entrevista à Paola Gentile]. **Nova Escola**, ano 21, n. 192, p. 20-22, mai., 2006.

*"O que habita no esconderijo do Altíssimo
e descansa à sombra do onipotente e diz ao senhor:
meu refúgio e meu baluarte, Deus meu, em quem confio.
Pois Ele te livrará do laço do passarinho e da peste perniciosa.
Cobri-te-á com as Suas penas, e, sob as Suas asas, estarás seguro;
e Sua verdade é pavês e escudo.
Não te assustarás do terror noturno, nem da seta que voa de dia,
nem da peste que se propaga nas trevas, nem da mortandade que assola ao meio-dia.
Caíam mil ao teu lado, e dez mil, à tua direita; tu não serás atingido.
Somente com os teus olhos contemplarás e verás o castigo dos ímpios.
Pois disseste: O Senhor é o meu refúgio.
Fizeste do Altíssimo a tua morada. Nenhum mal te sucederá,
Praga nenhuma chegará à tua tenda.
Porque aos seus anjos dará ordens a teu respeito,
para que te guardem em todos os teus caminhos.
Eles te sustentarão nas suas mãos, para não tropeçares nalguma pedra.
Pisarás o leão e a áspide, calcarás aos pés o leãozinho e a serpente.
Porque a mim se apegou com amor, Eu o livrarei,
pô-lo-ei a salvo, porque conhece o meu nome.
Ele me invocará, e eu lhe responderei; na sua angústia eu estarei
com ele, livrá-lo-ei e o glorificarei.
Saciá-lo-ei com longevidade e lhe mostrarei a minha salvação.
(Salmo 91)*

ANEXO A

PROTOCOLO VAPP- MA & YIU, 2001 Voice Activity and Participation Profile

AUTO-PERCEPÇÃO DA SEVERIDADE DO PROBLEMA DE VOZ

1- O quanto severo é o seu problema de voz agora?

Normal | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Severo

Por favor, responda às seguintes questões colocando um X no local da linha que melhor representa sua resposta. Um X em direção ao lado esquerdo significa que você nunca é afetado, enquanto que um X em direção ao lado direito significa que você sempre é afetado.

EFEITOS NO TRABALHO

2- Seu trabalho é afetado pelo seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

3- Nos últimos 6 meses você tem pensado em mudar seu trabalho devido ao seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

4- O seu problema de voz criou alguma pressão em seu trabalho?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

5- Nos últimos 6 meses, o seu problema de voz tem afetado suas decisões para o futuro de sua carreira?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

EFEITOS NA COMUNICAÇÃO DIÁRIA

6- As pessoas pedem para você repetir o que acabou de dizer devido ao seu problema de voz?

Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Sempre

7- Nos últimos 6 meses você alguma vez evitou falar com as pessoas devido ao seu problema de voz?

Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Sempre

8- As pessoas têm dificuldade em entender você ao telefone devido ao seu problema de voz?

Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Sempre

9- Nos últimos 6 meses você tem reduzido o uso do telefone devido ao seu problema de voz?

Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Sempre

10- O seu problema de voz afeta sua comunicação em ambientes silenciosos?

Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Sempre

11- Nos últimos 6 meses você tem evitado conversar em ambientes silenciosos devido ao seu problema de voz?

Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Sempre

12- O seu problema de voz afeta sua comunicação em ambientes ruidosos?

Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Sempre

13- Nos últimos 6 meses você alguma vez evitou conversar em ambientes ruidosos devido ao seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

14- O seu problema de voz afeta sua mensagem quando você está falando para um grupo de pessoas?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

15- Nos últimos 6 meses você alguma vez evitou conversar em grupo devido ao seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

16- O seu problema de voz afeta a transmissão da sua mensagem?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

17- Nos últimos 6 meses você alguma vez evitou falar devido ao seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

EFEITO NA COMUNICAÇÃO SOCIAL

18- O seu problema de voz afeta você em atividades sociais?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

19- Nos últimos 6 meses você alguma vez evitou atividades sociais devido ao seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

20- Seus familiares, amigos e colegas de trabalho se incomodam com o seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

21- Nos últimos 6 meses você alguma vez evitou comunicar-se com sua família, amigos ou colegas de trabalho devido ao seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

EFEITO NA SUA EMOÇÃO

22- Você sente-se chateado com seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

23- Você fica envergonhado com seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

24- Você tem uma baixa auto-estima devido ao seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

25- Você está preocupado com seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

26- Você se sente insatisfeito com seu problema de voz?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

27- O seu problema de voz afeta sua personalidade?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

28- O seu problema de voz afeta sua auto-imagem?

Nunca | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sempre

Ó DEUS, *Tu nos asseguras a paz;
Na verdade, todas as nossas obras Tu as fazes por nós!*
(Bíblia Sagrada - Isaías 26,12)

APÊNDICE A

Caracterização da Amostra - Professores

Identificação

Iniciais do nome: _____ Sexo: M () F () Idade: _____
Tempo de professorado: _____ Quantas horas/aulas/semana: _____
Grau de escolaridade: _____

Exerce outra atividade profissional paralela: Sim () Não ()
Qual: _____
Há quanto tempo: _____ Quantas horas por semanais: _____

- 1- Dá aula para: pré-escola (), ensino fundamental (), ensino médio ().
- 2- Qual a média de alunos por sala de aula? _____
- 3- Quantas horas/aula trabalhou no último mês? _____
- 4- As salas de aulas são barulhentas (seja por ruído interno e/ou externo à sala)?
Sim() Não()
- 5- Alguma vez já ficou rouco? Sim () Não ()
- 6- Está rouco neste momento? Sim () Não ()
- 7- Ficou rouco no último mês? Sim () Não ()
- 8- Quantos episódios de rouquidão apresentou no ano passado inteiro? _____
- 9- Já precisou ser afastado por causa da rouquidão? Sim () Não ().
Quantas vezes? _____
- 10- Por favor, marque com um X apenas as questões que são verdadeiras:
 - ♦ Falo alto durante as aulas ()
 - ♦ Falo alto fora das salas de aulas ()
 - ♦ Sinto que a região dos meus ombros e/ou pescoço são doloridas e/ou tensas ()
 - ♦ Tenho infecção de garganta/nariz/ouvido/amígdalas. Qualquer sintoma + de 2 episódios/ano ()
 - ♦ Quando falo sinto cansaço ()
 - ♦ Sinto que faço esforço para falar ()
 - ♦ Sinto a garganta ressecada ()
 - ♦ Tenho a sensação de garganta raspando ()
 - ♦ Sinto ardor na garganta ()
 - ♦ Sinto dor na garganta enquanto falo ()
 - ♦ Tenho tosse freqüentemente ()
 - ♦ Percebo que minha voz é rouca ()
 - ♦ Percebo minha voz mais grossa com o passar dos anos ()
 - ♦ Preciso falar mais alto quando o ventilador ou o ar condicionado estão ligados ()
 - ♦ O médico já falou que tenho rinite ()
 - ♦ Tenho dor de estômago com freqüência ()
 - ♦ Sinto queimação no estômago ou na garganta ()
 - ♦ Tenho dificuldade na digestão ()
 - ♦ Minha alimentação é exagerada em alimentos condimentados, achocolatados, enlatados, sal e pimenta () - Marque mesmo que seja 1 alternativa apenas.

- ♦ O médico já falou que tenho gastrite e/ ou úlcera e/ou esofagite () - Marque mesmo que seja 1 alternativa apenas.
 - ♦ Tenho barulho no ouvido ()
 - ♦ Não escuto bem ()
- 11- Existe na rede municipal algum tipo de atenção direcionada aos cuidados da voz do professor? Sim () Não (). É suficiente? Sim () Não (). O quê falta?
- 12- Deseja fazer sugestões sobre o que gostaria que tivesse a disposição, no serviço público municipal de Ribeirão Preto, para os cuidados da voz do professor

APÊNDICE B

Caracterização da Amostra – Não Professores

Identificação

Iniciais do nome: _____ Sexo: M() F() Idade: _____

Grau de escolaridade: _____

Exerce qual atividade profissional: _____

Há quanto tempo: _____ Quantas horas por semanais: _____

- 1- Sua função exige que você fale: muito () pouco ()
- 2- O local de trabalho é barulhento: Sim () Não ()
- 3- Alguma vez já ficou rouco? Sim () Não ()
- 4- Está rouco neste momento? Sim () Não ()
- 5- Ficou rouco no último mês? Sim () Não ()
- 6- Quantos episódios de rouquidão apresentou no ano passado inteiro? _____
- 7- Já precisou ser afastado do trabalho por causa da rouquidão? Sim() Não()
Quantas vezes? _____
- 8- Por favor, marque com um X apenas as questões que são verdadeiras:
 - ◆ Sinto que a região dos meus ombros e/ou pescoço são doloridas e/ou tensas ()
 - ◆ Tenho infecção de garganta/nariz/ouvido/amígdalas. Qualquer sintoma + de 2 episódios/ano ()
 - ◆ Quando falo sinto cansaço vocal ()
 - ◆ Sinto que faço esforço para falar ()
 - ◆ Sinto a garganta ressecada ()
 - ◆ Tenho a sensação de garganta raspando ()
 - ◆ Sinto ardor na garganta ()
 - ◆ Sinto dor na garganta enquanto falo ()
 - ◆ Tenho tosse freqüentemente ()
 - ◆ Percebo que minha voz é rouca ()
 - ◆ Percebo minha voz mais grossa com o passar dos anos ()
 - ◆ Preciso falar mais alto quando o ventilador ou o ar condicionado estão ligados ()
 - ◆ O médico já falou que tenho rinite ()
 - ◆ Tenho dor de estômago com freqüência ()
 - ◆ Sinto queimação no estômago ou na garganta ()
 - ◆ Tenho dificuldade na digestão ()
 - ◆ Minha alimentação é exagerada em alimentos condimentados, achocolatados, enlatados, sal e pimenta () - Marque mesmo que seja 1 alternativa apenas.
 - ◆ O médico já falou que tenho gastrite e/ ou úlcera e/ou esofagite () - Marque mesmo que seja 1 alternativa apenas.
 - ◆ Tenho barulho no ouvido ()
 - ◆ Não escuto bem ()

APÊNDICE C

AUTORIZAÇÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO*

Yahoo! Mail - adrianadefina@yahoo.com.br

Página 1 de 1

Prezado (a) Diretor (a),

Venho por meio desta comunicar que esta Secretaria através do Dr. Abib Salim Cury, autorizou a mestrandia Sra Adriana Defina USP/RP a realizar a sua pesquisa "Relação entre qualidade de vida e voz dos professores da rede pública municipal de Ribeirão Preto".

Atenciosamente,

Odete Hirota
Coord. Educação

Especial

*Documento emitido antes da definição do título atual (Auto-percepção da voz e interferências de problemas vocais: um estudo com professores da rede municipal de Ribeirão Preto/SP).

APÊNDICE D**AUTORIZAÇÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - CEREST** **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

Ribeirão Preto, 08 de agosto de 2006

Autorizo a aluna Adriana Pereira Defino Ikeda, do Curso de Mestrado do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP a analisar os Comunicados de Acidente de Trabalho (CATs) no ano de 2005, no CEREST de Ribeirão Preto.

Dra. Rosângela A. Murari Mondadori
Coordenadora do CEREST

APÊNDICE E COMITÊ DE ÉTICA*

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 28 de setembro de 2005

Ofício nº 2705/2005
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E VOZ DOS PROFESSORES DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 211ª Reunião Ordinária realizada em 26/09/2005, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 9972/2005.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
ADRIANA PEREIRA DEFINA
PROF. DR. JAIR LÍCIO FERREIRA SANTOS (Orientador)
Depto. de Medicina Social
Curso Saúde na Comunidade
Em mãos

*Documento emitido antes da definição do título atual (Auto-percepção da voz e interferências de problemas vocais: um estudo com professores da rede municipal de Ribeirão Preto/SP).

APENDICE F

DECLARAÇÕES DAS PALESTRAS REALIZADAS ÀS ESCOLAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
CEMEI "VIRGÍLIO SALATA"
RUA JAPURÁ, 965.
FONE 633.4804

CEMEI - EM NÓS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a fonoaudióloga **ADRIANA PEREIRA DEFINA** esteve presente nesta Unidade Escolar, em reunião com os professores, desenvolvendo o tema "Cuidados com a Voz" com propriedade, didática e maestria.

Por ser verdade assinamos a presente.

Ribeirão Preto, 16 de maio de 2006.

Mayra Helena S. M. Barbosa
MAYRA HELENA S. M. BARBOSA
R.G. 9.437.736-4
DIRETORA

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Educação

CEMEI PROF. EDUARDO ROMUALDO DE SOUZA

RUA VISCONDE DE INHUMIRIM, 1001 - VILA VIRGÍNIA

e-mail: romualdo@educacao.pmrp.com.br

FONE: 39198502

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a
Fonoaudióloga ADRIANA PEREIRA DEFINA - Crfa. 8446 esteve
nesta Unidade Escolar das 18h às 20h na reunião de
T.R. (trabalho remunerado) proferindo uma palestra sobre
disfonia para os professores deste CEMEI.

Ribeirão Preto, 23 de maio de 2006

Atenciosamente

JOANA D'ARC TELXEIRA NETO
Orientadora Educacional
Registro nº 2.557

CEI OPUS DEI
Rua : Dep. Orlando Jurca, 164
Fone/Fax : 36382830
Ribeirão Preto – SP.

DECLARAÇÃO

Declaro que, ADRIANA PEREIRA DEFINA IQUEDA, realizou uma Palestra neste Centro de Educação Infantil, cujo tema foi ‘ CUIDADOS COM A VOZ’ , para o grupo de Educadores da Creche Municipal OPUS DEI e da Creche Municipal CLORESDITH FERLIM FERREIRA, no dia 05/06/06, das 17,00 às 19,00 hs.

Fátima Ap. da Silva Botelho
RG 8.582.455
Diretor-Coordenador

Margareth M.M. Gonçalves
RG 8.721.581
Diretor - Coordenador
CLORESDITH F. FERREIRA