UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

JANAÍNA GHEISSA MARTINELLO

**Avaliações psicométricas de qualidade de vida e voz em
professores da rede municipal de Bauru**

BAURU
2009

JANAÍNA GHEISSA MARTINELLO

**Avaliações psicométricas de qualidade de vida e voz em professores da rede
municipal de Bauru**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo,
como parte dos requisitos para obtenção do título
de Mestre em Fonoaudiologia.

Área de concentração: Fonoaudiologia

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

BAURU

2009

Martinello, Janaína Gheissa
M366a Avaliações psicométricas de qualidade de vida e
voz em professores da rede municipal de Bauru/
Janaína Gheissa Martinello. -- Bauru, 2009.
161 p.: il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Odontologia
de Bauru. Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de
Bauru /USP:

Data de aprovação: 28/11/2007.

Protocolo Nº: 169/2007

DEDICATÓRIA

Dedicatória

Ao Mestre, *Luiz Vitor Martinello* (meu pai), com carinho.

“Quando se admira um mestre, o coração dá ordens à inteligência para aprender as coisas que o mestre sabe. Saber o que ele sabe passa a ser uma forma de estar com ele. Aprendo porque amo, aprendo porque admiro”.

Rubem Alves

AGRADECIMENTOS

Agradecimento Especial

À professora Alcione Ghedini Brasolotto, co-orientadora desta pesquisa.

“Freqüentemente se aprende uma coisa de que não se gosta por se gostar da pessoa que a ensina. E isso porque – lição da psicanálise e da poesia – o amor faz a magia de ligar coisas separadas, até mesmo contraditórias.”

Rubem Alves

Agradecimentos

Aos meus pais, *Valentina* e *Luiz Vitor*! Posso voar mais alto que uma águia, pois vocês são ventos sob minhas asas! Eu tenho a glória mas de vocês vêm a força.

Ao meu irmão, *Victor Augusto Martinello* (in memorian), *Menino Guguinha*, na sua sabedoria de criança me disse: “continue sempre em frente, nunca páre, acredite no sonho de fonoaudióloga”.

A minha irmã *Carolina Gleisse Martinello*, por me ensinar a ser prática, por toda a paciência nas horas intermináveis de madrugada em seu quarto com a luz acesa.

Ao meu noivo *Celso Luiz Sarc*, por todo carinho, amor e principalmente por toda compreensão pela minha ausência. Agora, todos os caminhos me encaminham pra você.

Ao professor *José Roberto Pereira Lauris*, por realizar a análise estatística deste estudo. Obrigada também pela disponibilidade, paciência e por compreender meu ritmo de trabalho.

À professora *Alicione Ghedini Brasolotto*, pelo suporte teórico, pelas sugestões e opiniões na dissertação. Mas principalmente, obrigada por ter me incentivado a continuar o mestrado. Sem você este trabalho não existiria! Você é o exemplo de professora que ama lecionar. Obrigada por todo seu amor.

AGRADECIMENTOS

À *professora Lídia Cristina Telles*, por me conceder espaço para que eu pudesse ser eu mesma dentro da universidade, dando voz ao meu coração. Obrigada também por me mostrar novos horizontes. Estou muito feliz.

A todos os *professores* da rede municipal de Bauru que participaram desta dissertação, respondendo pacientemente aos questionários. Obrigada pela confiança no trabalho!

Ao amigo *Renato Hassunuma*, por estar sempre atento para ouvir as inconformidades de minha alma.

Ao amigo *Maurício Fedra*, pelo apoio técnico. Por compartilhar comigo seu horário nobre (sábado à noite) auxiliando-me na dissertação.

À amiga *Luzia Maria Pozzobom Ventura* pelas orações e incentivo.

À minha professora de Ikebana, *Lúcia Forneretto*, que me ensinou e ajudou a confeccionar os tsurus (origamis), os quais foram entregues aos professores da pesquisa.

Ao *Dr. José Carlos Jorge*, otorrinolaringologista do HRAC, pelo apoio e principalmente por “chorar” junto comigo a perda da minha qualidade de vida. Pude entender a importância do trabalho terapêutico quando nódulos nas minhas pregas vocais limitaram temporariamente a minha atuação profissional.

À *Maristela Ferrari* por ter formatado esta dissertação. Obrigada por ter me mostrado caminhos que eu não havia imaginado.

A todos os meus colegas de trabalho, alunos, pacientes, clientes, amigos e familiares que souberam compreender o “momento do mestrado”. Aos alunos da academia de dança Sigma e à diretora *Karen Teixeira*, aos ex-alunos do SENAC e à coordenadora, *Edelaine Nassar Batista*, ao professor *Franco Junior* do Instituto de Comunicação Franco Junior; ao meu tio *Adolfo Leitão*; ao cantor *Carlos Herrera*, à minha secretária Sandra e às amigas da clínica *Eliene*, *Thati* e *Cláudia*. Prometo que nunca mais vou falar da dissertação!

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

Epígrafe

Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu.

Fernando Pessoa

RESUMO

RESUMO

Os professores são profissionais da voz que vêm sendo amplamente estudados por pesquisadores nacionais e internacionais. Pesquisas apontam alta prevalência de alterações vocais dentre os docentes. Um dos critérios para o estabelecimento da prevalência de alteração vocal baseia-se na auto-percepção do professor, denominado de disfonia auto-referida. Conhecer o quanto a alteração vocal pode trazer consequências para a vida do professor e para o exercício de sua profissão está de acordo com o proposto pela Organização Mundial da Saúde que sugere avaliar o impacto de uma doença sob o ponto de vista do paciente e não do avaliador. O objetivo desta pesquisa foi comparar medidas de qualidade de vida e voz entre grupo de professores que referiu alteração vocal e grupo de professores que não referiu alteração vocal. Participaram deste estudo 97 professores de 11 escolas da rede municipal de Bauru. Todos os professores responderam a três protocolos psicométricos de qualidade de vida e voz (IDV, QVV, PPAV) além de um questionário para caracterização da amostra. Os resultados demonstraram que 39,8% dos professores reportaram alterações vocais no momento da realização da pesquisa. Quando se compararam medidas de qualidade de vida e voz, entre o grupo com alteração de voz e o grupo sem alteração vocal, diferenças estatisticamente significantes foram observadas: entre a pontuação total do IDV e nas três sub-áreas (orgânica, emocional e funcional); entre a pontuação total do QVV e na pontuação dos dois domínios (funcionalidade física e sócio-emocional) e entre a pontuação total do PPAV e nas cinco sessões (severidade do problema vocal, efeito no trabalho, efeito na comunicação diária, efeito na comunicação social e emoção). Também foi verificado que a dimensão orgânica do protocolo IDV tem mais impacto entre as dimensões deste protocolo, tanto para o grupo com alteração quanto para o grupo sem alteração vocal, indicando desconforto laríngeo e dificuldade ao falar. Com relação ao protocolo QVV, o domínio que apresentou mais alto escore foi o da funcionalidade física, também indicando desconforto laríngeo e impacto vocal na comunicação em professores com e sem alteração. Com relação ao PPAV nenhuma sessão prevaleceu sobre a outra no grupo sem alteração vocal. Para o grupo com alteração vocal, três sessões, comunicação diária, efeito no.

trabalho e emoções têm maior impacto que a comunicação social. Os escores de limitação e de restrição foram calculados. Foi observado que a limitação da atividade é maior que a restrição das atividades tanto no grupo com queixa vocal quanto no grupo sem queixa vocal. Concluiu-se que os professores que referiram alteração vocal perceberam o impacto da alteração vocal em diferentes dimensões da qualidade de vida e voz e na realização de suas atividades diárias em maior proporção do que os professores que não referiram alteração vocal.

Palavras-Chave: Professores. Qualidade de Vida. Alteração Vocal.

ABSTRACT

ABSTRACT

Psychometric evaluations of Voice Disordered Quality of Life (VQOL) in teachers with the municipal system in Bauru, SP, Brazil

Teachers are voice professionals who have been widely studied by national and international researchers. Studies show a high prevalence of vocal alterations among teachers. One of the criteria for the establishment of vocal alteration prevalence, is based on teachers' self-perception, termed as self-reported dysphonia (when the teacher him/herself reports the vocal alteration). To know the degree in which vocal alteration may affect a teacher's life and his/her career, is consistent with that proposed by the World Health Organization, which suggests assessing the impact of a disease, taking into account the patient's point of view and not the evaluator's. This study aimed at comparing voice disordered quality of life (VQOL) measures between a group of teachers who reported vocal alteration and a group of teachers who did not, by verifying the teacher's perception as for the impact of vocal alteration in the different dimensions of voice quality of life. Ninety-eight teachers, from 11 municipal schools of Bauru and in different grades (infantile and fundamental teaching and education of adolescents and adults), participated in this study. All teachers answered three psychometric protocols of voice quality of life: Voice Handicap Index (VHI), Voice-Related Quality of Life (V-RQOL), and the Voice Activity Participation Profile (VAPP), besides a questionnaire for the characterization of the sample. The result shows that 39.8% of teachers reported vocal alteration. When comparing voice measures between the groups with and without vocal alteration, statistically significant differences were observed: the total score of VHI and its dimensions (physical, emotional and functional); total score of V-RQOL and its dimensions (physical and socio-emotional functioning), and total score of VAPP and its dimensions (severity of vocal problem, effect on work, effect on daily communication, effect on social communication and emotion). It was verified, too, that the physical dimension of VHI has a greater impact among the dimensions of this protocol, both for the group with complaint and the one without complaint, indicating a laryngeal discomfort and difficulty at speaking. As for VRQOL, the most striking dimension was the physical functioning domain, also indicating the laryngeal discomfort and the

impact of voice on communication, in teachers with and with no complaint. As for VAAP, no domain prevailed over the others, in the group with no complaint. For teachers with complaint, three domains, i.e., daily communication, work and emotions have a greater impact than social communication. The limitation and restriction scores were calculated as well, and it was observed the limitation of activities is greater than the restriction of activities, both in the group with and the group without complaint. One may conclude that the teachers who reported vocal alterations, better realize the impact of voice in different dimensions of voice quality of life.

Key-words: Teachers. Quality of Life. Voice Disorders.

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Sintomatologia apresentada pela população pesquisada em porcentagem (%)	100
Tabela 2 -	Sensações Vocais relacionadas à voz apresentadas pela população pesquisada	101
Tabela 3 -	Sintomatologia apresentada por professores que não referiram alteração vocal (GI) em (%)	102
Tabela 4 -	Sintomatologia apresentada por professores que referiram alteração vocal (GII) em (%)	102
Tabela 5 -	Sensações Vocais relacionadas à voz apresentadas por professores que não referiram alteração vocal (GI)	103
Tabela 6 -	Sensações Vocais relacionadas à voz apresentada por professores que referiram alteração vocal (GII)	103
Tabela 7 -	Resultado dos testes psicométricos: QVV, IDV e PPAV e pontuação máxima esperada para cada protocolo	104
Tabela 8 -	Comparação de resultados dos testes psicométricos entre GI (não referiu alteração vocal) e GII (referiu alteração vocal) com nível de significância de 5%. A pontuação máxima (P.M) que cada teste psicométrico pode apresentar está descrita na penúltima coluna	107
Tabela 9 -	Comparação entre as sub-áreas do IDV entre GI (não referiu alteração vocal) e GII (referiu alteração vocal)	108
Tabela 10 -	Comparação entre os domínios do QVV entre os grupos GI (não referiu alteração vocal) e GII (referiu alteração vocal)	108
Tabela 11 -	Comparação entre as sub-áreas do PPAV entre GI (não referiu alteração vocal) e GII (referiu alteração vocal)	109
Tabela 12 -	Comparação entre Limitação e Restrição do PPAV entre GI (não referiu alteração vocal) e GII (referiu alteração vocal)	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação International das Doenças
CIF	Classificação International de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
GI	Grupo de professores que não referiu alterações vocais
GII	Grupo de professores que referiu alterações vocais
GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
ICIDH	<i>International Classification of Impairment, Disabilities and Handicap</i>
IDV	Índice de Desvantagem Vocal
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
ns	não significativa
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPAV	Perfil de Participação de Atividades Vocais
QV	Qualidade de Vida
QVV	Qualidade de Vida e Voz
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
VAAP	<i>Voice Active and Participation Profile</i>
VHI	<i>Voice Handicap Index</i>
VOS	<i>Voice Outcome Survey</i>
V-RQOL	<i>Voice-Related Quality of Life Measure</i>
WHQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment</i>

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	47
2	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	53
2.1	QUALIDADE DE VIDA: CONCEITO SUBJETIVO E MULTIDIMENSIONAL.....	55
2.2	QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	57
2.3	QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE E SUA MENSURAÇÃO	59
2.4	QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	63
2.5	PSICOPATOLOGIA DO TRABALHO E MAL-ESTAR DOCENTE.....	64
2.6	REVISÃO DE LITERATURA.....	68
2.6.1	O professor e sua voz.....	68
2.6.2	Protocolos de Qualidade de Vida em Voz	74
2.6.3	Qualidade de Vida em Professores	77
3	PROPOSIÇÃO	83
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	85
3.1.1	Comparar Domínios da Qualidade de Vida e Voz (QVV).....	85
3.1.2	Comparar os escores das sub-escolas do Índice de Desvantagem Vocal (IDV).....	85
3.1.3	Comparar as sessões do Perfil de Participação em Atividades Vocais (PPAV)	85
4	MATERIAIS E MÉTODO	87
4.1	CASUÍSTICA E QUESTÕES ÉTICAS	89
4.2	MATERIAIS E MÉTODO.....	90
4.3	COLETA DE DADOS	93
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE QUESTIONÁRIOS	94
4.5	CONDUTA.....	95
4.6	FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS	95
5	RESULTADOS.....	97
6	DISCUSSÃO	111
7	CONCLUSÕES	129
	REFERÊNCIAS.....	133
	ANEXOS	143

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Dentre os profissionais da voz, cantores, atores, radialistas e outros, os docentes são os que apresentam os mais altos riscos para o desenvolvimento de alterações vocais (SMITH et al., 1997, VERDOLINI; RAMING, 2001).

Em termos estatísticos, Roy et al. (2004) comprovaram que os professores têm o dobro de chance de ter uma alteração vocal quando comparados a uma população que não exerce a atividade docente.

O conceito de alterações de voz engloba termos como rouquidão, disfonia, afonia, dor ao falar, cansaço ao falar, falhas na voz, falta de projeção vocal e dificuldade para falar em forte intensidade (PENTEADO, 2007).

Fatores físicos como espaço inadequado, número de alunos por sala e fatores psico-emocionais, como problemas de adaptação profissional e estresse, também podem contribuir para o desenvolvimento das alterações vocais. (FERREIRA et al., 2003, DELCOR et al., 2004 e THOMÉ, 2007).

Para Sataloff (1997), Ma e Yiu (2002), Roy et al. (2004), Dragone (2007) e Preciado-López et al.(2008) as alterações vocais apresentadas pelos professores podem limitar ou restringir a sua atuação profissional, podendo tornar o exercício da profissão docente impraticável.

Portanto, há necessidade de se investigar se uma alteração vocal pode trazer consequências negativas para a qualidade de vida do professor, para a realização diária de suas atividades, para a sua vida social e profissional, assim como para sua comunicação e expressão de suas emoções.

Entretanto realizar uma avaliação da qualidade de vida não é uma tarefa fácil, pois esta se insere na visão subjetiva do indivíduo avaliado e não do avaliador.

A Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no que se refere ao contexto cultural e sistema de valores, nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e interesse (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Profissionais da saúde se utilizam de questionários, rigorosamente elaborados e idealizados de acordo com declarações de pacientes, para avaliar objetivamente resultados de tratamentos ou qualidade de vida (GASPARINI, 2005).

Os testes de qualidade de vida são considerados psicométricos, têm como objetivo a avaliação de variáveis psicológicas através da aplicação de procedimentos matemáticos (DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2009).

Na avaliação de qualidade de vida, o impacto da doença é avaliado sob a percepção do paciente e não sob a ótica do profissional da saúde. A multidimensionalidade do ser humano e a sua percepção (subjetividade) são os pontos em comum das avaliações de qualidade de vida na área de saúde (FLECK, 2000, SEIDL; ZANNON, 2004).

Existem três protocolos psicométricos que avaliam a qualidade de vida e voz validados no Brasil: o “Índice de Desvantagem Vocal” (IDV) validado para o português por Santos, Behlau e Gasparini (2007); o protocolo Qualidade de Vida e Voz (QVV), validado para o português por Gasparini e Behlau (2009) e o Perfil de Participação e Atividade Vocal (PPAV), validado para o português por Ricarte, Gasparini e Behlau (2006).

Os protocolos IDV e QVV são de natureza semelhante: ambos são escala de cinco pontos (cinco opções de resposta para cada pergunta). O questionário IDV avalia as multidimensões orgânica, funcional e emocional para estabelecer um índice de desvantagem vocal. Quanto maior os escores, maior a desvantagem vocal apontada pelo questionário. Por sua vez o protocolo QVV avalia qualidade de vida e voz baseado em duas dimensões: funcionalidade física e domínio sócio-emocional. Quanto maior os escores do QVV melhor a relação entre voz e qualidade de vida.

O protocolo PPAV é uma escala analógica-visual de 10 cm na qual o participante pode marcar sua resposta em qualquer lugar da escala. O protocolo PPAV propõe a análise de cinco dimensões, denominadas pelos autores como sessões: o nível da severidade do problema da voz, o efeito da voz no trabalho, na comunicação diária, na comunicação social e na emoção. Quanto maior a pontuação, maior o impacto da voz na realização das atividades diárias.

Spilter (1987) relata que não existe padrão ouro na escolha de um protocolo para ser utilizado em uma pesquisa de qualidade de vida em saúde. A escolha do protocolo depende dos objetivos e interesses do pesquisador.

Assim, utilizando-se de diferentes protocolos na avaliação de qualidade de vida e voz de professores, diversas dimensões da vida do docente podem ser analisadas.

Para Grillo e Penteado (2005) as pesquisas que se propõem a investigar e a relacionar saúde vocal à qualidade de vida contribuem na compreensão dos sujeitos: como eles percebem a relação entre a sua própria saúde e condição de existência subjetiva, levando em conta os aspectos relacionais, culturais, sociais do trabalho, de sua historicidade. Estes aspectos podem interferir na produção vocal nos diversos espaços e relações sociais implicados na vida cotidiana.

Conhecer como o professor percebe uma alteração vocal e o impacto desta alteração na sua qualidade de vida auxilia os profissionais da saúde e os responsáveis por políticas de promoção de saúde a desenvolverem programas mais efetivos para assegurar a saúde dos docentes.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este capítulo visa a contextualizar a expressão qualidade de vida quanto a sua acepção, a utilização do termo na área de saúde, na promoção de saúde e na área do trabalho. Acrescentam-se também considerações sobre a saúde e as condições do trabalho docente.

2.1 QUALIDADE DE VIDA: CONCEITO SUBJETIVO E MULTIDIMENSIONAL

Qualidade de vida, bem-estar, satisfação das necessidades, felicidade! Para o pesquisador Maslow (1954) por maiores que sejam as diferenças entre as pessoas, entre as culturas, modo de produção, nível intelectual, posição social, todos os seres humanos buscam por satisfação de suas necessidades, por bem-estar e qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida (QV) é subjetivo, cada ser humano, cada época, cada geração, cada cultura tem a sua concepção sobre os construtos que acrescentam qualidade à vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, SEIDL; ZANNON, 2004).

Para Beck, Budó e Gonzáles (1999) o termo qualidade de vida surgiu na Grécia Antiga associado a palavras como "felicidade e virtude", as quais, quando alcançadas, proporcionariam ao indivíduo "boa vida". Vinculava-se também a termos como bem-estar, necessidade, aspiração e satisfação

Na sociedade moderna o termo QV foi mencionado pela primeira vez em 1920, em um livro sobre economia e bem-estar. O livro trazia a discussão sobre o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado. O termo não foi valorizado e foi esquecido. Entretanto em 1964, o então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, difundiu conceitos de qualidade de vida (FLECK, 2000).

Ainda de acordo com Fleck (2000) o conceito foi ampliado e aplicado com a finalidade de medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente e socialmente. Aspectos como educação, saúde e lazer passaram a ser considerados como componentes de qualidade de vida.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) QV tem três fóruns de referência. O primeiro é histórico. Uma sociedade em um determinado tempo do seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico tem um parâmetro de QV que difere de outra época. O segundo é cultural. Valores e necessidades de um povo são construídos e hierarquizados de acordo com suas tradições. O terceiro referiu-se à estratificação ou a classes sociais. A idéia de qualidade de vida relaciona-se ao bem-estar e à passagem de uma camada da sociedade à outra. Neste construto valores como: conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidade doméstica, viagens, carro, televisão, telefone, computador, uso de tecnologias que diminuem o trabalho manual, consumo de arte e cultura, entre outras comodidades e riquezas, são preconizados.

Ainda de acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000) no universo de construtos de QV há um patamar material mínimo e universal que diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. A estes parâmetros materiais mínimos e necessários à vida de qualquer ser humano somam-se também valores não materiais como amor, prazer, felicidade, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal. Tanto construtos materiais universais mínimos como não materiais compõem a concepção do termo qualidade de vida.

Os pesquisadores Velarde-Jurado e Avila-Figueiroa (2002) acrescentam que a satisfação com o desempenho profissional e com a situação econômica também integra o conceito multidimensional de QV.

De acordo com o psicólogo Maslow (1954), um dos fundadores da psicologia transpessoal, os conceitos abstratos como solidariedade, liberdade, respeito e amor, entre outros, são praticamente impossíveis de serem assimilados e vivenciados efetivamente por sujeitos que não tenham suas necessidades fisiológicas básicas atendidas. Quando um sujeito é dominado pela necessidade fisiológica, a tendência maior de suas ações é a de elaborar percepções voltadas essencialmente aos mais variados estímulos que objetivem a sua satisfação. Desta forma, à medida que os

aspectos básicos que formam a qualidade de vida são preenchidos, os indivíduos podem deslocar seus desejos para aspirações cada vez mais elevadas. O pesquisador citado elaborou a teoria da hierarquização, também chamada de teoria de motivação, que reconhece que o ser humano possui cinco níveis de necessidades que precisam ser atendidas para o seu bem-estar. As cinco necessidades constituem-se em: fisiológicas (água, comida, etc); segurança (proteção, etc); social (pertencer a um grupo social); *status* e auto-estima (ser competente e ser reconhecido); e necessidade de auto-realização (pôr em prática seu potencial único).

Para Beck, Budó e Gonzáles (1999) a natureza abstrata dos termos talvez explique porque QV tem diferentes significados para diferentes pessoas em diferentes locais e épocas, sendo então um conceito sujeito a múltiplos pontos de vista.

2.2 QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DE SAÚDE

A promoção de saúde se associa ao conceito de QV na criação da Carta de Ottawa, documento de referência básico e fundamental no desenvolvimento das idéias promotoras de saúde de todo o mundo. A Carta de Ottawa foi elaborada em decorrência da I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, na cidade de Ottawa, Canadá (BUSS, 2000).

A Carta de Ottawa (OPAS, 2009) representa um marco no início dos debates internacionais sobre promoção de saúde. O documento se referiu à saúde como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Define promoção de saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Ainda, de acordo com o documento, o objetivo da vida do ser humano não deveria ser a busca pela saúde, mas a saúde deveria ser inerente a todo ser humano como um recurso fundamental para as atividades diárias de vida. Neste documento, saúde é entendida como bem-estar, tendo múltiplos determinantes como paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema sustentável, recursos sustentáveis,

justiça social e equidade. Também há referências de que promover saúde não é apenas competência do âmbito da saúde, mas que envolve outros setores como a política, a economia, a educação.

A Carta de Ottawa considera cinco campos centrais de ação na promoção de saúde: elaboração de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; re-orientação do sistema de saúde. As estratégias para pôr em prática a promoção de saúde são: defesa da saúde, capacitação e mediação. A defesa da saúde consiste em lutar para que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, bem como os mencionados pré-requisitos, sejam cada vez mais favoráveis à saúde. A promoção de saúde visa a assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios (capacitação) que permitam a todas as pessoas realizarem completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter a oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes. Aos profissionais e grupos sociais, assim como aos profissionais da saúde, compete a responsabilidade de contribuir para a mediação entre os diferentes interesses em relação à saúde, existentes na sociedade.

O conceito de promoção de saúde foi sendo reelaborado por diversas áreas, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos anos. Inúmeros eventos internacionais, publicações de caráter internacional têm contribuído para as aproximações a conceitos e práticas mais precisas para este campo (BUSS, 2000).

Nos últimos vinte anos destacaram-se quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde: Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997). (IERVOLINO, 2000).

Para Buss (2000) a promoção de saúde representa uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Partindo da concepção saúde-doença e de seus determinantes, a promoção de saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o seu enfrentamento e resolução.

2.3 QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE E SUA MENSURAÇÃO

Nas avaliações de QV na área de saúde, o impacto da doença é avaliado sob a percepção do paciente e não sob a ótica do profissional da saúde. A multidimensionalidade do ser humano e a sua percepção (subjetividade) são os pontos em comum das avaliações na área de saúde (FLETCK, 2000, SEIDL; ZANNON, 2004).

Os questionários psicométricos são as ferramentas que os profissionais da saúde utilizam para avaliar resultados de tratamentos ou qualidade de vida. Rigorosamente elaborados e idealizados de acordo com declarações de pacientes com diversas doenças, pessoas saudáveis e profissionais da área, os protocolos são submetidos a testes estatísticos para que sua validação, confiabilidade e sensibilidade sejam comprovadas (FLETCK, 2000, GASPARINI, 2005).

Os indivíduos com enfermidade crônica requerem avaliações com relação à melhora ou deteriorização do seu estado funcional e sua qualidade de vida. Uma aproximação válida para a medição se baseia no uso de questionários, os quais ajudam a quantificar os problemas de saúde e qualidade de vida (GILL, ALVAN; FEINSTEIN, 1994, GASPARINI 2005).

As avaliações de qualidade de vida aumentaram consideravelmente após a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliar seus conceitos sobre doença. Até 1976, os profissionais de saúde tinham ampla preocupação em classificar as doenças baseando-se nos critérios de etiologia, patologia e manifestação, utilizando para tanto um código internacional das doenças, o CID. Porém, apenas classificar as doenças já não bastava e este conceito foi ampliado para que as conseqüências das doenças também pudessem ser descritas. Assim criou-se a ICIDH (*International Classification of Impairment, Disabilities and Handicap*) traduzido como “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” (AMIRALIAN et al., 2000).

A ICIDH pode ser aplicada a vários aspectos da saúde e da doença podendo ser utilizada juntamente com o CID pelos serviços de medicina, reabilitação e segurança social (AMIRALIAN et al., 2000).

A seguir as definições do ICIDH, de acordo com a OMS (1989):

- ✓ Deficiência: perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas deficiências a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.
- ✓ Incapacidade: restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária.
- ✓ Desvantagem: prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência.

A ICIDH apresentou várias revisões ao longo dos anos e, após versões e numerosos testes, em 2001, a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a “International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF) (FARIAS; BUCHALLA, 2001).

A versão do ICF foi traduzida para a Língua Portuguesa com o título Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF (OMS, 2003).

De acordo com a OMS (2003) o termo funcionalidade é utilizado no aspecto positivo e no aspecto negativo corresponde à incapacidade. Segundo este modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e participação. A

CIF é baseada em uma abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais.

Os conceitos apresentados na CIF introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e incapacidade: elas não são apenas uma consequência das condições de saúde/doença, mas são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CID e a CIF são complementares: a informação sobre o diagnóstico acrescido da funcionalidade fornece um quadro mais amplo sobre saúde do indivíduo ou populações. Por exemplo, duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionalidade, e duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não têm necessariamente a mesma condição de saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Na construção de instrumentos de avaliação de QV, cada vertente de pesquisa busca compreender o conceito de qualidade de vida na sua área de atuação e tenta resolver questões metodológicas para sua mensuração. Reconhecendo a multidimensionalidade, os pesquisadores buscam por instrumentos que combinem duas ou mais dimensões ao longo de um eixo subjetivo-objetivo (BECK; BUDÓ; GONZÁLES, 1999).

Em relação ao campo de aplicação, os protocolos podem ser classificados como genéricos, quando usam questionários de base populacional sem especificar patologias. O primeiro instrumento deste tipo foi elaborado pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS (THE WHOQOL GROUP, 1998) sendo o protocolo denominado de WHQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment). Os autores propuseram que seis dimensões ou domínios deveriam ser abordados no questionário para se avaliar QV: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente; espiritualidade/crenças pessoais. A primeira versão continha 100 questões.

Fleck et al. (1999) relatou que em uma segunda versão a OMS validou um questionário resumido do anterior, o "WHOQOL-Brief" com questões extraídas da

versão anterior, as quais obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios: físico; psicológico; relações sociais; meio ambiente.

De acordo com Seidl e Zannon (2004) outras modalidades de mensuração podem ser classificadas como específicas. Muitas podem ser encontradas na literatura sobre saúde e qualidade de vida (volume e fascículos do periódico *Quality of Life Research*). Para as autoras, a literatura aponta, em geral, para situações, agravos ou intervenções médicas de doenças crônicas como câncer, diabetes, doença coronariana e cerebrovascular, Parkinson entre outras, relacionadas à qualidade de vida cotidiana dos indivíduos, subsequente à experiência de doenças.

Para Smith, Avis e Assmann (1999) qualidade de vida e estado de saúde aparecem na literatura quase como sinônimos, porém são conceitos diferentes. Os autores investigaram a importância de três grandes dimensões – saúde mental, funcionalidade física e funcionamento social – na percepção da qualidade de vida e do estado de saúde. Os autores analisaram 12 estudos que trabalharam com a aplicação de protocolos psicométricos que mensuravam a qualidade de vida em saúde de pacientes portadores de deficiências crônicas (câncer, hipertensão, portadores de HIV, entre outras). Os autores concluíram que os escores de saúde mental/bem-estar psicológico afetaram de modo mais significativo os escores de QV, enquanto o domínio funcionalidade física afetou de modo mais significativo a percepção do estado de saúde.

Velardo-Jurado e Ávila-Figueiroa (2002) concordam com Smith et al., (1999) ao declararem que o termo qualidade de vida na área médica limita-se muitas vezes ao conceito de estado de saúde e relaciona-se principalmente com a enfermidade e com os efeitos do tratamento.

Embora a OMS considere que se deveria prioritariamente medir a qualidade de vida de cinco grupos (pacientes crônicos, seus familiares e pessoal de suporte, pessoas com dificuldade de comunicação e crianças) os estudos têm se concentrado nos pacientes crônicos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Beck, Budó e Gonzáles (1999) ressaltam que esforços são empreendidos na busca de desenvolver medidas numéricas que possam expressar as várias dimensões do indivíduo e as medidas de bem-estar. Há escalas que medem qualidade de vida como um construto unidimensional, enquanto que outras são

multidimensionais e incluem fatores como satisfação no trabalho, satisfação conjugal e condições de vida, entre muitas outras possibilidades. O que torna difícil juntar todas estas dimensões para avaliar a qualidade de vida de uma pessoa, reside no fato de que cada pessoa coloca um valor diferente na importância dessas várias dimensões; o que reafirma a singularidade do sujeito.

2.4 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Existem muitas interpretações para qualidade de vida no trabalho: desde o foco médico da ausência de doenças, até a exigência de recursos, objetos e procedimentos que atendam a demandas coletivas em determinada situação, compondo amplos programas de qualidade de vida no trabalho (ALBUQUERQUE; FRANÇA, 1998).

Para França (1996) o conceito de qualidade de vida no trabalho (QVT) é um conjunto de ações de uma empresa que envolve diagnóstico e implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais, dentro e fora do ambiente de trabalho, visando a propiciar condições plenas de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho. A origem do conceito de QVT no trabalho vem da medicina psicossomática que propõe uma visão integrada, holística do ser humano, em oposição à abordagem cartesiana que divide o ser humano em partes. No contexto do trabalho a abordagem de QV associa-se à condição da existência humana, buscando identificação, eliminação, neutralização ou controle de riscos ocupacionais observáveis no ambiente físico, padrões de relações de trabalho, carga física e mental requerida para cada atividade. A abordagem de QVT também considera o significado do trabalho em si e a satisfação ao exercer a atividade laboral. De forma geral, os conceitos de QVT têm três enfoques: grau de satisfação da pessoa com a empresa, condições ambientais gerais e promoção da saúde.

De acordo com Julião (2001) a promoção da saúde e o bem-estar dos funcionários de uma organização garantem aumento da motivação, da satisfação e do desempenho dos trabalhadores.

Albuquerque e França (1998) relataram que a sociedade vive novos paradigmas sobre modos de vida dentro e fora da empresa, construindo novos valores relativos às demandas de QVT. Neste contexto, diversas são as ciências que têm contribuído para o estudo da QVT: a área de saúde, a ecologia, a ergonomia, a psicologia, a sociologia, a economia, a administração, a engenharia.

Ainda de acordo com Albuquerque e França (1998) há dois movimentos principais na filosofia e gestão de QVT: o primeiro, no setor individual, caracterizado pelo aprofundamento da compreensão a respeito do estresse e de doenças associadas às condições do ambiente organizacional; o segundo, no setor organizacional, relacionado à expansão do conceito de qualidade total, que deixa de restringir-se a processos e procedimentos para incluir aspectos comportamentais e satisfação de expectativas individuais visando à concretização dos resultados da empresa.

2.5 PSICOPATOLOGIA DO TRABALHO E MAL-ESTAR DOCENTE

O pesquisador Esteves (1999) criou a expressão “mal-estar docente” para designar o desgaste biopsíquico do educador e as condições desfavoráveis no ambiente de trabalho. De acordo com o autor, aumentaram as responsabilidades do educador, houve mudanças organizacionais na escola que refletem a globalização e re-estruturas do capitalismo e modificações negativas na valorização social do professor. Aumentaram as exigências e responsabilidades do educador sem que tenham sido oferecidas condições laborais adequadas a estas novas demandas. O pesquisador ainda salienta que a sociedade atual estabelece o *status* social com base no nível salarial. Os baixos salários dos professores podem ser um forte fator na crise de identidade e na insatisfação da categoria, podendo afetar a saúde mental destes trabalhadores.

A pesquisa de Codo (1999) ilustra o mal-estar docente: dentre 30 mil professores pesquisados de todo o Brasil, 26% da população, ou seja, um a cada quatro professores, referiram exaustão emocional. Associa-se ao quadro apresentado desvalorização profissional, baixa auto-estima e ausência de resultados percebidos no trabalho.

Os estudos de Dejours (1987) propõem a busca da compreensão dos fatores psicossociais na vida moderna e na cultura organizacional da saúde do trabalho. O autor é um dos principais pesquisadores a estudar a psicopatologia do trabalho. Sua obra tornou-se difundida a partir da publicação na França, em 1980, do livro *“Travail: usure mentale; essai de psychopathologie du travail”* (traduzido no Brasil, em 1987, com o nome de “A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho”).

A psicodinâmica do trabalho, conceito exposto por Dejours (1987), situa-se entre significação do trabalho e as formas de sofrimento no âmbito infrapatológico ou do pré-patológico. A psicodinâmica do trabalho tem por referência os conceitos ergonômicos de trabalho prescrito e trabalho real, priorizando aspectos relacionados à organização do trabalho (como ritmo, jornada, hierarquia, responsabilidade, controle, etc). As intervenções propostas para melhorar as condições de trabalho são voltadas para a coletividade e para aspectos da organização do trabalho às quais os indivíduos estão submetidos.

Para Jacques (2003) há profundos vínculos entre trabalho e saúde/doença mental. O autor referiu que, de acordo com estimativas da OMS, os chamados transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves cerca de 5 a 10 % da população.

Em professores, Thomé (2007) avaliou a associação entre a presença de alteração vocal (diagnosticado por análise perceptiva-auditiva fonoaudiológica) e os fatores psicossociais em 461 docentes da educação infantil, do ensino fundamental e médio da cidade de Salvador. Considerou como fatores psicossociais a forma como se dá a organização do trabalho. Como metodologia, aplicou um questionário psicométrico, o *Job Content Questionnaire* (JCQ), com o intuito de estudar duas dimensões no trabalho: as demandas psicológicas e o controle do trabalhador sobre o próprio trabalho. Como demanda psicológica considerou o quanto o trabalhador é exigido quanto à concentração, quanto ao tempo para a realização de tarefas, ao ritmo e volume de trabalho. O controle do trabalho foi considerado como: uso de habilidades, criatividade, aquisição de conceitos novos, desenvolvimento de habilidades específicas e poder de decisão que se traduz como liberdade para decidir como fazer as suas tarefas e a opinar sobre o trabalho do grupo. No grupo de professores pesquisado foi constatado docentes com alterações vocais, em graus

de moderado a severo, sendo o trabalho destes profissionais classificado como “alta exigência” (baixo controle e alta demanda). O termo baixo controle relaciona-se à possibilidade de tomar decisões e opinar dentro do próprio trabalho e o termo alta demanda refere-se a períodos longos de concentração e exposição a demandas conflitantes. Outros fatores que foram associados à presença de alteração vocal moderada e severa: ter mais de 20 anos de ocupação como docente, ter de 51 a 65 anos de idade, lecionar em dupla jornada.

Por sua vez, Delcor et al. (2004) aplicaram o questionário *Job Content Questionnaire* (JCQ) em 250 professores da rede de ensino particular da Vitória da Conquista-BA. O protocolo aplicado investigou cinco áreas: características sócio-demográficas e econômicas; esforços físicos no trabalho; saúde física; saúde mental; e a utilização do serviço de medicina e segurança do trabalho. Como resultado, observou-se uma população de professores jovens e de sexo feminino com elevada carga horária, vários locais de trabalho, baixa renda mensal e alta demanda psicológica e física. O grupo de professores pesquisado apresentou elevada proporção de queixas e referências a diagnósticos de problemas de saúde, sendo relatado que 59,2% referiram cansaço mental. Quanto à voz, 92,6% referiram uso intensivo da voz, 63,3% cansavam-se para falar e 57% faziam força para serem ouvidos. Rouquidão foi referida por 59,2% dos professores. Os diagnósticos médicos mais freqüentes referidos foram: varizes em membros inferiores (36,1%), gastrite ou esofagite (24%), infecção do trato urinário (18%), sinusite crônica (17,6%), lesão por esforço repetitivo (17,6%) e “calos” nas pregas vocais (13,3%). Além disto, ritmo acelerado (67,8%); posição inadequada e incômoda do corpo (53,4%) e longos períodos de intensa concentração em uma mesma tarefa (51,9%) foram referidos como fatores negativos para o exercício da profissão docente. Os autores concluíram que o desgaste do corpo dos professores é determinado, em boa parte, pelo tipo e pela forma de organização de seu trabalho. Nas questões do JCQ consideradas como positivas para o desenvolvimento do trabalho, mais de 90% dos professores “concordaram fortemente” com as questões: necessidade de ser criativo (99,2%), necessidade de um alto nível de habilidade (96,0%), possibilidade de aprender coisas novas (94,7%).

Conforme Dejours (1987) a organização do trabalho se apresenta com uma porta de entrada do sofrimento e doença mental, pois pode gerar angústia e

estratégias defensivas quando o trabalhador se sente “pressionado” pela dinâmica de trabalho.

A síndrome de *burnout* (traduzida como síndrome do esgotamento profissional) foi definida por Maslach e Jackson (1981) como uma reação à tensão emocional crônica e envolve três componentes: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição do envolvimento pessoal no trabalho.

Carlotto e Palazzo (2004) pesquisaram a síndrome de Burnout em professores da cidade de Porte Alegre por meio do questionário *Maslach Burnout Inventory*. Como resposta, encontraram altos índices no item exaustão emocional, sem contudo, caracterizar a síndrome em professores. As autoras comentam que a exaustão emocional é a dimensão precursora da síndrome.

O estudo de condições de saúde e trabalho de grupos ocupacionais permite caracterizar os processos laborais e descrever o perfil de adoecimento dos trabalhadores avaliando a associação entre saúde e ocupação.

Com este intuito, a pesquisa de Araújo et al. (2005) realizou levantamento das condições de trabalho da atividade docente, além de aspectos psicossociais, saúde física e saúde mental de 314 professores universitários. Entre as queixas no ambiente de trabalho encontram-se inadequação das salas de aula, manutenção de posição inadequada do corpo, permanecer por longos períodos em pé, carregar material didático, exposição constante ao pó de giz e poeira, ventilação inadequada das salas de aula e ausência de espaço para descanso/repouso. Queixa dos professores quanto à saúde física: 72,6% referiram pelo menos uma queixa de doença. As queixas de doenças mais freqüentes referidas pelos professores relacionavam-se ao uso intensivo da voz, à postura corporal adotada no exercício da atividade, a saúde mental e exposição à poeira. Quanto à saúde mental, a queixa de maior prevalência foi de cansaço mental (44,0%). Quanto ao uso da voz, os professores referiram dor na garganta (20,2%) e rouquidão (18,5%).

Ferreira et al. (2003) apontam que não são apenas as condições desfavoráveis que levam o professor a desenvolver problemas de voz, mas também a insatisfação ao exercer a atividade letiva.

Embora Esteves (1999) considere que transtornos mentais em professores repercuta de forma negativa afetando a personalidade dos docentes, o pesquisador

também ressalta que há professores felizes e eficientes: homens e mulheres que se auto-realizaram trabalhando no magistério, que souberam elaborar respostas efetivas e integradas frente ao aumento das exigências e transformações na área educacional. Para o autor, a relação entre motivação-satisfação pode contrabalancear os aspectos negativos vivenciados pelo docente.

2.6 REVISÃO DE LITERATURA

2.6.1 O professor e sua voz

A maior incidência de disfonia na voz falada está na categoria dos professores, sendo o ensino a atividade de maior risco vocal. Os fatores que predispoem os professores a uma alteração envolvem desde a falta de preparo vocal do professor até a condição insatisfatória de trabalho e a necessidade freqüente de falar em forte intensidade associada à alta demanda vocal (BEHLAU et al., 2005).

O estudo de Simões e Latorre (2002), que consistiu em revisão de literatura sobre prevalência de alteração vocal auto-referida, concluiu que a prevalência é maior quando a população pesquisada é composta apenas de mulheres e menor, quando a amostra é composta por professores do sexo masculino.

As mulheres correspondem a aproximadamente 80% da população docente (SMITH et al., 1997, CODO, 1999, DELCOR et al., 2004, THOMÉ, 2007, entre outros). Sabe-se que população feminina está mais predisposta aos problemas vocais, devido à configuração glótica (BEHLAU; AZEVEDO; MADAZIO, 2001a) e à menor concentração de ácido hialurônico nas pregas vocais (HAMMOND et al., 1997). Estes dois fatores associados tornam as mulheres mais suscetíveis ao fonotrauma.

Behlau et al. (2005) relatou que o impacto da alteração da qualidade vocal é muito variável, podendo ser de grau discreto a severo. A disfonia pode prejudicar a profissão de um indivíduo, como no caso dos profissionais da voz, que dependem de uma produção vocal e/ou de uma qualidade vocal específica para sua existência

profissional. Para Behlau e Pontes (1995) disфония é qualquer dificuldade ou incapacidade na emissão da voz em suas características naturais.

Qualquer alteração vocal diretamente relacionada ao uso da voz durante a atividade profissional que diminua, comprometa ou impeça a atuação ou comunicação do trabalhador, é denominada como distúrbio da voz relacionado ao trabalho (CONSENSO, 2004).

Em 2004, o GT-Voz da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, organizou uma proposta de instrução normativa que foi encaminhada ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) para incluir o distúrbio da voz relacionado ao trabalho ao manual de doenças relacionadas ao trabalho (BEPA, 2005). A proposta de instrução normativa também é conhecida como Consenso (2004).

De acordo com o relatório final do Consenso (2004), o problema de voz do professor é uma questão de saúde pública e ocupacional e deveria ser considerado como doença do trabalho. O documento enfatiza que ter voz para exercer as atividades laborais é uma questão de saúde e de direito do trabalhador.

Pordeus, Palmeira e Pinho (1996) analisaram a prevalência de sintomas de alteração vocal em 606 professores universitários de Fortaleza. Quase 50% dos professores referiram boa qualidade de voz. Os sintomas mais referidos pelos professores foram ressecamento da garganta, pigarro, ardor e rouquidão (20,2%). O sintoma rouquidão foi o critério estabelecido para a conclusão da prevalência da alteração vocal auto-referida nesta população.

Russel, Oates e Greenwood (1998) pesquisaram a prevalência de alterações vocais auto-referidas em professores do sul da Austrália. Dos professores pesquisados, 60% classificaram sua alteração vocal como leve e a severidade do problema da voz estava associada ao sexo feminino. Não houve relação entre alteração vocal e grau de escolaridade no qual o professor lecionava, assim como tempo de carreira e idade.

Oliveira et al.(1998) destacam que os professores realizam grande esforço ao falar, o que resulta na prevalência de sintomas como fadiga vocal, rouquidão e garganta raspando. Nesta situação, o professor percebe que ao longo da jornada de trabalho, a voz vai enfraquecendo, resultando em fadiga muscular, desgaste físico e tensão músculo esquelética ao tentar manter o volume da voz. Outra condição

apontada pelas autoras diz respeito à freqüente postura de manter-se em pé, boa parte do dia e aos repetidos movimentos de escrever, apagar o quadro, que poderá gerar tensões e dores musculares.

Smith et al. (1997) relataram que os sintomas mais freqüentemente referidos por 939 professores foram rouquidão, voz cansada e fraca seguida de esforço para falar.

Smith et al. (1998) consideram que falar em forte intensidade, com ruído competitivo, representa um fator de risco para o desenvolvimento de uma alteração vocal.

Penteado (2007) referiu que os sinais/sintomas vocais mais facilmente interpretados por professores são aqueles que provocam sensações físicas/corporais de desconforto significativo, como ardor, dor ao falar, rouquidão. Porém os professores são pouco sensíveis para interpretar estes sinais como indicativo de problemas vocais.

As pesquisadoras Tavares e Martins (2007) concordam com Penteado (2007) referindo que professores não têm boa percepção de sua alteração vocal, embora relatem sintomas (sensações) de alterações vocais.

Fuess e Lorenz (2003) aplicaram questionário em 451 professores de pré-escola e ensino fundamental na cidade de Mogi das Cruzes, contendo questões relativas à atividade vocal do professor, à presença de disfonia (auto-referida) e a sintomas de alterações vocais. Os resultados indicaram que 80,7% dos professores relataram algum tipo de alteração vocal. O estudo apontou associação entre a disfonia auto-referida com carga horária semanal, com a presença de sintomas de rinite alérgica e com o refluxo gastro-esofágico. A pesquisa realizou avaliação laringoscópica em 30 profissionais que referiram problemas de voz constante, sendo diagnosticados sinais de alterações laríngeas em 22 professores.

Ferreira et al. (2003) desenvolveram um questionário para avaliação das condições de produção vocal dos professores. Este questionário foi elaborado a partir de Seminários da Voz, desenvolvidos pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo. Ao desenvolverem o questionário, as pesquisadoras tinham o intuito de levantar quais seriam os riscos que poderiam predispor os professores a problemas de voz como: riscos químicos (poeira, fumo e produtos químicos,

biológicos, ergonômicos (uso de voz contínua, alta intensidade, uso repetitivo) e físicos (frio, calor, ruído). O questionário foi aplicado em 460 professores do município de São Paulo. Como resultados significantes, as autoras encontraram: ambientes estressantes (presença de fatores ambientais como agressão, brigas, pichações), ritmo de trabalho estressante, necessidade de levar trabalho para casa, realização de esforço físico intenso, acústica da sala insatisfatória, local ruidoso. Dos 460 professores pesquisados, 60% referiram alteração vocal no presente ou no passado e definiram a alteração vocal como moderada.

Em 2007, Ferreira et al. publicaram uma nova versão do questionário elaborado em 2003. A principal mudança do questionário consistiu na transformação das respostas do tipo “sim” e “não” para respostas graduadas em “sempre”, “às vezes”, “raramente”, “nunca”, “não sei”. Os autores salientaram que este questionário já foi aplicado em mais de 10 mil professores e pode ser considerado como um instrumento útil e abrangente. Além disso, as autoras destacaram que o questionário é de fácil compreensão e preenchimento, além de poder ser utilizado em sua totalidade ou em partes, conforme o interesse do pesquisador em avaliar a voz, aspectos gerais de saúde, hábitos de vida, antecedentes familiares ou de ambiente de lazer.

Schwarz e Cielo (2005) estudaram a saúde vocal de 75 professores do ensino infantil fundamental e médio das escolas públicas no interior do Rio Grande do Sul. As autoras aplicaram um questionário para verificar a percepção do professor perante seu problema de voz e realizaram tanto avaliações perceptivo-auditivas das vozes dos professores quanto avaliações laríngeas. A prevalência de alteração vocal auto-referida entre os professores foi de 45%. A sintomatologia mais relatada foi irritação na garganta, voz presa, cansaço vocal, dor ao falar. A análise perceptivo-auditiva, realizada por fonoaudiólogos, apontou que 76% dos professores avaliados tinham qualidade vocal alterada. De 75 professores pesquisados, 35 docentes realizaram exames laringológicos. Foi observado que 49% dos professores apresentavam alteração laríngea, sendo que a maior parte era de origem funcional causada pelo uso intensivo da voz.

Simões e Latorre (2006) avaliaram a prevalência de alteração vocal em educadoras e sua relação com a auto-percepção em oito creches da cidade de São Paulo. Constatou-se que 80% das educadoras referiram presença de alteração vocal

no presente e no passado e 48,7% referiram a alteração vocal apenas no presente. A avaliação perceptivo-auditiva das vozes das educadoras, realizada por fonoaudiólogos, mostrou voz alterada com índice de 79,6% nas 93 educadoras que participaram da pesquisa. Também foi encontrada associação estatística significativa entre aquelas educadoras que se auto-referiram com alteração vocal e aquelas que foram diagnosticadas com alteração vocal pela análise fonoaudiológica. O estudo também demonstrou que professores que se auto-referiram com alteração vocal já haviam recebido orientações sobre o uso da voz.

Tavares e Martins (2007) realizaram pesquisa com professores na cidade de Botucatu, Estado de São Paulo, investigando sintomas de alteração vocal, alterações da qualidade vocal, além de possíveis lesões laríngeas. Para o desenvolvimento da pesquisa, as autoras compararam dois grupos de professores. No grupo I também referido como grupo controle, foram incluídos 40 professores com ou sem sintomas vocais (a frequência do sintoma era menos do que uma vez ao mês). No grupo II foram incluídos professores com sintomas vocais permanentes ou frequentes (frequência maior do que duas vezes ao mês). Como resultado, foram observadas alterações vocais (o critério para o diagnóstico de alteração vocal foi auditivo-perceptivo) em ambos os grupos. Quanto às lesões laríngeas, nódulo vocal foi a patologia mais encontrada, tendo sido observada em 30% da população pesquisada (tanto no grupo I, 11,25%, como no grupo II, 18,75%).

Lima (2008) investigou a relação entre a sintomatologia vocal, a alteração da voz e da laringe em 60 professores do ensino fundamental e médio da rede pública de Sorocaba, Estado de São Paulo. Em seu estudo, 63,3% dos participantes referiram ter no presente ou terem tido no passado, alteração vocal; 43% foram diagnosticados com alterações da qualidade através da análise perceptiva-auditiva e 47,7% dos professores foram diagnosticados com alterações na laringe pelo otorrinolaringologista. Da população pesquisada, 43,3 relataram ter faltado ao trabalho devido ao problema de voz.

Na Espanha, Preciado-López et al. (2008) levantaram a prevalência e a incidência de disfonia entre professores da cidade de La Rioja. A prevalência de professores disfônicos foi de 20,2% e a incidência de disfonia de 3.87 novos casos por ano a cada 1000 professores. O critério para o estabelecimento de disfonia foi baseado em achados laríngeos associado à mudança de qualidade vocal. Os

autores ressaltam que a maioria dos professores (79%), tanto os disfônicos, quanto não disfônicos, reportaram um ou mais sintomas de alterações vocais. Os autores ressaltam que o fato de 79% dos professores relatarem sintomas de patologias laríngeas, especialmente durante períodos de grande atividade vocal, reforça a hipótese de que o esforço vocal é a principal causa das patologias laríngeas. O esforço excessivo laríngeo poderia desencadear uma disfonia hiperfuncional temporária, fato que explicaria a existência de uma série de sintomatologia que poderia durar por apenas algumas horas tais, como uma fonastenia, dor no pescoço, desconforto laríngeo e faríngeo, rouquidão, sensação de garganta raspando.

Preciado-López et al. (2008) também compararam os fatores de risco que pudessem contribuir para uma alteração de voz entre 529 professores disfônicos e 326 não disfônicos. Os resultados demonstraram associação entre o sexo e a presença de disfonia. Entretanto, os autores não encontraram associação entre idade, peso, tempo de docência, demanda vocal por semana, grau de escolaridade para o qual o professor lecionava, ou número de alunos por sala entre os dois grupos pesquisados.

De acordo com Jardim, Barreto e Assunção (2007a) várias pesquisas têm mostrado elevada prevalência de disfonia em professores, porém não há uma definição padronizada de alteração vocal nos estudos realizados, o que dificulta a comparação dos resultados obtidos e o desenvolvimento da pesquisas na área. As autoras também sugerem que a padronização do estabelecimento da prevalência da disfonia em professores deveria incluir tanto sinais e sintomas presentes em fases que precedem alterações orgânicas, como as alterações laríngeas observadas em fases mais avançadas da disfonia.

Para Penteado (2007) os sintomas de alterações de voz (tais como rouquidão ou disfonia, afonia, dor ao falar, cansaço ao falar, falhas na voz, falta de projeção vocal e dificuldade para falar em forte intensidade) são responsáveis por um número significativo de queixas, licenças médicas, afastamentos e readaptações funcionais, representando prejuízos para o trabalhador, para a comunidade escolar e toda a sociedade.

De acordo com Sataloff (1997) a limitação vocal dependerá do perfil do profissional da voz. O autor ressalta três níveis de profissionais: para o primeiro tipo de profissional, uma limitação vocal não resulta em alterações significativas na sua

função vocal ocupacional, pois os falantes categorizados neste nível dispõem de pouca ou nenhuma exigência vocal, por exemplo, o digitador. No segundo nível, a voz é um componente importante para a profissão, mas ainda não é o foco principal, por exemplo, o advogado. No terceiro nível, a voz representa a ocupação primária do indivíduo e uma limitação prejudica a atuação profissional, podendo torná-la impraticável, como por exemplo, o professor.

2.6.2 Protocolos de Qualidade de Vida em Voz

Quanto aos testes psicométricos na área de voz, Franic, Bramlett e Bothe (2005) realizaram uma ampla revisão de literatura de artigos que citassem o uso de protocolos de qualidade de vida relacionados às desordens de voz até julho de 2003. Os autores encontraram nove testes psicométricos (protocolos de qualidade de vida que mensuram a subjetividade e o impacto da doença na vida do paciente) sendo utilizados em pesquisas na área de voz. Contudo, apenas quatro protocolos apresentaram critérios específicos de: confiabilidade, teste-reteste, validação, sensibilidade, praticidade, diversidade de pacientes, severidade da doença, diagnóstico, sexo, idade, cultura e abrangência (as áreas que o protocolo se propõe a averiguar como saúde mental, social, papel do indivíduo na sociedade, comunicação). Entre os protocolos selecionados encontram-se: “Voice Handicap Index” (VHI) elaborado por Jacobson et al. (1997); “Voice-Related Quality of Life Measure” (V-RQOL) idealizado por Hogikyan e Sethuraman (1999); o “Voice Active and Participation Profile” (VAAP) construído por Ma e Yiu (2001) e o Voice Outcome Survey (VOS) que tem como autores Gliklich et al. (1999). O protocolo VOS é um protocolo específico para avaliação da disfonia em indivíduos com paralisia unilateral de pregas vocais.

Quanto ao “Voice Handicap Index” (VHI) pode-se dizer que foi o primeiro protocolo psicométrico a ser elaborado com rigorosos critérios (Jacobson et al. 1997), sendo traduzido no Brasil como IDV (Índice de Desvantagem Vocal) por Behlau, Azevedo e Madazio (2001a). Sua validação no Brasil foi desenvolvida por Santos, Behlau e Gasparini (2007).

O IDV é um protocolo validado para se pesquisar o impacto psicossocial, ou seja, desvantagens que uma alteração vocal pode acarretar para o indivíduo. O IDV é um protocolo com 30 questões, abrangendo três dimensões: orgânica, funcional e emocional. No preenchimento solicita-se ao participante responder a trinta itens, com as seguintes alternativas e pontuações: nunca (0), quase nunca (1), algumas vezes (2), quase sempre (3), sempre (4). Ao final da aplicação do teste, os pontos são somados e verifica-se em qual área o participante apresentou maior pontuação para desvantagem: emocional, orgânica ou física. A sub-escala funcional inclui questões sobre o impacto da desordem da voz nas atividades de vida diárias do falante. Por exemplo: “Meu problema de voz me faz faltar ao trabalho”. A escala emocional consiste em questões sobre a reação emocional do paciente frente às alterações vocais. Por ex.: “Fico irritado quando as pessoas me pedem para repetir o que falei”. Os itens que compreendem a escala orgânica dizem respeito à auto-percepção do paciente quanto ao desconforto laríngeo e conseqüências na produção vocal. Ex.: “Sinto que tenho que fazer força para a minha voz sair”.

A validação do protocolo IDV (Jacobson et al. 1999) demonstrou alta confiabilidade interna e estabilidade no teste-reteste, sendo o protocolo desenvolvido com uma amostra de pacientes com desordens de voz representando uma grande extensão de patologias clínicas, critérios que permitem a generalização para outros clínicos. A relação entre a percepção que o paciente tinha da severidade do problema vocal e os escores obtidos pelo IDV foram considerados do ponto de vista estatístico, como sendo moderadamente forte.

De acordo com o estudo de Franic, Bramlett e Bothe (2004) o IDV é o protocolo mais versátil, aplicado em homens e mulheres, nos EUA e em Taiwan, utilizado para avaliar a voz falada e cantada. Na opinião dos autores, é o protocolo de maior praticidade em aplicação e facilidade para pontuação.

Por sua vez, o protocolo “Voice-Related Quality of Life Measure” (V-RQOL) por Hogikyan e Sethuraman (1999) foi traduzido e adaptado para o Português por Behlau, Azevedo e Madazio (2001) como “Qualidade de Vida e Voz” (QVV) e validado no Brasil por Gasparini e Behlau (2009).

Os objetivos do instrumento são: a análise dos aspectos de qualidade de vida relacionados à voz e quantificação da influência da disfonia no dia-a-dia.

O protocolo possui uma questão isolada e 10 itens desenvolvidos especificamente para avaliar a qualidade de vida e o resultado de tratamentos em transtornos vocais, abrangendo dois domínios: a funcionalidade física (questões 1,2,3,6,7) e o domínio sócio-emocional (questões 4,5,8,10) e global (questões de 1 a 10). Cada pergunta tem como possível resposta: “nunca acontece e não é um problema (0)”; “acontece pouco e raramente é um problema (1)”; “acontece às vezes e é um problema (2)”; “acontece às vezes e é um problema moderado (3)”; “acontece muito e quase sempre é um problema (4)”; “acontece sempre e realmente é um problema ruim (5)”. Cada resposta pode ser pontuada de um a cinco, respectivamente. Os escores dos domínios e o total são calculados por uma fórmula padrão e eles podem variar de 0 a 100, sendo que 0 indica uma qualidade de vida baixa e 100 excelente. Os objetivos do instrumento são a: análise dos aspectos de qualidade de vida relacionados à voz e quantificação da influência da disfonia no dia-a-dia.

Para Franic, Bramlett e Bothe (2005) as publicações com o uso do QVV apresentam-se limitadas quando comparadas ao amplo emprego do IDV.

Tanto o IDV quanto o QVV são protocolos baseados em escala de cinco pontos de Likert, o que difere da escala utilizada no protocolo “Voice Active and Participation Profile” (VAAP).

O protocolo VAAP foi idealizado e validado por Ma e Yiu (2001). No Brasil foi validado por Ricarte, Gasparini e Behlau (2006) com a denominação de “Perfil de Participação de Atividades Vocais” (PPAV).

O protocolo PPAV, uma escala analógica visual de 10 cm, foi validado com vários tipos de disfonia, variação de sexo e idade. Um dos objetivos deste protocolo é analisar a relação entre a limitação da participação vocal e a restrição participativa separadamente (Ma e Yiu, 2001). Para os autores (Ma e Yiu, 2001) o PPAV é diferente do IDV, pois considera a limitação da atividade (incapacidade) e a participação restritiva (desvantagem) separadamente.

Conforme Ma e Yiu (2001) o termo “restrição de atividade” é utilizado como sinônimo de “incapacidade” (disabilities) e “limitação da atividade” é empregado como “handicap”, ou seja, desvantagem. Os autores justificam a mudança da

nomenclatura baseando-se em uma modificação do ICIDH para o ICIDH-2 Beta-1 (posteriormente esta versão deu origem a CIF) pela OMS.

O protocolo PPAV possui uma questão isolada referente à auto-percepção da severidade do problema da voz, podendo a resposta ser respondida em uma escala de 10 cm, com gradações de normal (lado esquerdo da escala) ou severa (lado direito da escala). O protocolo divide-se em quatro dimensões: efeito no trabalho, constituído de cinco questões; efeito na comunicação diária, 12 questões; efeito na comunicação social, quatro questões e efeito na comunicação emocional, sete questões. Para a análise dos resultados, há a necessidade de utilizar uma régua para medir onde o participante marcou sua resposta. Assim, da esquerda para a direita, se o participante fez uma marcação em 2,8 cm da escala, equivale a 2,8 pontos. Além disso, há necessidade de verificar qual questão referiu-se à limitação da participação e qual referiu-se à restrição na participação para que os pontos sejam somados separadamente. Quanto maior a pontuação, maior a limitação vocal e a restrição na participação.

Ma e Yiu (2007) realizaram uma pesquisa com o intuito de verificar se uma escala analógica-visual de 10 cm (uma linha contínua) poderia induzir o participante a responder sempre do lado esquerdo da linha, obtendo pontuações baixas. Os autores justificaram a pesquisa baseando-se em conceitos de psicofísica. Para tanto os autores solicitaram a pacientes disfônicos que respondessem ao PPAV com linhas graduadas e reaplicaram o PPAV sem linhas graduadas com um mês de intervalo entre as duas investigações. Os pesquisadores não encontraram diferenças entre os resultados.

2.6.3 Qualidade de Vida em Professores

Em 2003, Roy et al. aplicaram o protocolo IDV em 64 professores, que foram submetidos à terapia de voz, para avaliar a eficácia do tratamento. Os docentes foram solicitados a preencherem o protocolo antes e após seis semanas de realização de exercícios fonoaudiológicos. Como resultado, os autores verificaram diminuição significativa dos escores do IDV pós-terapia, nas dimensões orgânica, funcional e emocional. O trabalho de Sonnenberg (2005) também corrobora com

estes resultados, embora com uma casuística de apenas cinco professores do sexo feminino.

Na pesquisa de Roy et al. (2001) os professores foram randomizados em 3 grupos: grupo controle, grupo que só recebeu instruções de higiene vocal e grupo que praticou exercícios fonoaudiológicos. O protocolo IDV foi aplicado antes e após seis semanas de treinamento. Na reaplicação do IDV observou-se que houve diminuição significativa na média dos escores de IDV total do grupo que praticou exercícios fonoaudiológicos, porém não foi verificado diminuição de valores quanto à média do grupo controle e a média do grupo que só recebeu instruções de higiene vocal.

No trabalho de Roy et al. (2002), os professores foram randomizados em 3 grupos: um grupo não recebeu nenhum tipo de acompanhamento, o outro grupo recebeu instruções de higiene vocal e o outro utilizou amplificação sonora para lecionar. Foi solicitado aos professores que respondessem ao IDV antes e após seis semanas do início da pesquisa. Somente o grupo com amplificação sonora demonstrou mudanças significativas de escores de IDV total após o tratamento.

Na Bélgica, Kooijman et al. (2007) aplicaram o IDV em 1775 professores com o intuito de avaliar as consequências psicossociais causadas por problemas de voz. Dentre as três sub-escalas, a orgânica demonstrou mais altos escores, os quais, de acordo com os autores, indicam que aspectos físicos têm grande impacto no funcionamento psicossocial. Professores ao longo da carreira e no final da carreira não demonstraram aumento dos índices do IDV. Kooijman et al. (2005) também encontrou altos escores da dimensão física do IDV em professores e estes escores estavam associados à tensão muscular laríngea apresentadas pelos docentes.

Penteado e Pereira (2007) aplicaram o questionário de avaliação de qualidade de vida, *WHOQOL – brief*, em 108 professores de quatro escolas públicas de Rio Claro. O resultado da pesquisa apontou diminuição do escore do domínio meio ambiente em professores da escola de periferia, indicando que o meio ambiente no qual o professor trabalha tem impacto negativo em sua qualidade de vida.

Grillo e Penteado (2005) aplicaram o protocolo QVV em 120 professores do ensino fundamental de escolas estaduais e municipais de Ribeirão Preto. As autoras concluem que em geral os professores percebem-se com boa qualidade de vida e voz (média do QVV global: 84,2). As pesquisadoras também realizaram uma análise detalhada do QVV, examinando em quais questões do QVV (do total de 10 questões) os professores apresentaram maiores pontuações. Encontraram que as questões 1 e 2 do QVV (“falar forte em ambiente ruidoso” e o “ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto falo”) foram as questões que os docentes referiram maiores dificuldades, mesmo aqueles docentes que avaliaram sua voz como boa (49,2%) ou excelente (24,1%).

A pesquisa de Jardim, Barreto e Assunção (2007b) realizada com 2133 professoras do ensino municipal de Belo Horizonte aponta para o domínio total do QVV média de escore de 84,2; para o domínio funcionalidade física média de escore de 79,4 e para o domínio sócio-emocional, média de 90,6. Quanto à sintomatologia, 61% dos professores pesquisados apontaram cansaço vocal. As autoras relataram que a pesquisa não apontou diminuição significativa do impacto da qualidade de vida na voz e apesar da elevada prevalência de cansaço vocal, os escores do QVV não refletiram a influência esperada destes sintomas na qualidade de vida relacionada à voz das professoras pesquisadas. Porém, embora o questionário QVV não demonstre que a alteração vocal estaria influenciando negativamente a qualidade de vida, outro protocolo psicométrico aplicado na mesma população revelou que os professores estão adoecendo psicologicamente. O protocolo *General Health Questionnaire* (GHQ-12) apontou transtornos mentais como depressão e ansiedade em 50% dos professores, sendo que 24% dos docentes faziam uso de medicamentos para depressão, ansiedade e para a falta de sono. Os dados de transtorno mental foram associados com a os escores das dimensões do QVV (funcionalidade física e sócio-emocional). Houve associação entre os escores do domínio sócio-emocional (protocolo QVV) e os escores de transtornos mentais (protocolo GHQ-12) nos professores pesquisados. Para as autoras há uma importante relação entre estresse, emoção e voz.

Na China, Ma e Yiu (2002) aplicaram o PPAV em um grupo de professores que se inscreveram para participar de um *workshop* vocal. O escore total do PPAV apresentado por 30 professores foi comparado com o escore de 30 pacientes

disfônicos e com o escore de 30 pessoas sem alteração vocal (grupo controle). O resultado apontou que houve diferenças significantes entre os grupos. A média obtida pelo grupo de professores foi significativamente mais baixa do que a do grupo de pacientes disfônicos, porém significativamente maior do que a do grupo controle. Os escores de limitação e restrição de atividades foram comparados no grupo de professores e não foram observadas diferenças estatisticamente significantes. Entretanto, quando a pontuação para limitação e para restrição foram comparadas entre cada sessão (trabalho, comunicação social, atividades diárias e emoção), foram observadas diferenças significantes na sessão trabalho quanto à limitação.

No Brasil, Defino-Iqueda (2006) aplicou o protocolo PPAV em professores da rede municipal de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, com o objetivo de observar possíveis limitações ou restrições na atividade docente. A autora concluiu que, embora a queixa da disfonia auto-referida em professores da rede pública seja alta (média dos escores de 93%), os valores da auto-percepção do professor, quanto à severidade do problema vocal e quanto à limitação da participação e participação restritiva, revelaram-se baixos nas sessões: trabalho, comunicação diária, comunicação social e na manifestação das emoções, indicando que os professores não sentem impacto da alteração vocal em suas atividades diárias.

Na Finlândia, Ilömaki et al. (2009) também aplicaram o questionário PPAV em professores. Os autores dividiram os professores em três grupos, de acordo com os achados laríngeos: grupo considerado saudável, grupo quase saudável e grupo com alterações laríngeas. Na comparação dos escores do PPAV aplicado nos três grupos não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes. Os resultados também apontaram que a auto-percepção do professor da severidade do problema de voz não tinha correlação com os achados foniátricos na população pesquisada. Dos professores pesquisados, 87% referiram boa qualidade vocal, porém a avaliação foniátrica apontou 51% da população com alterações laríngeas (37% foi diagnosticada com alterações laríngeas leves, como eritema nas pregas vocais e 14% com lesões orgânicas, como nódulos e pólipos).

A pesquisa de Jardim, Barreto e Assunção (2007b) realizada com 2.133 professores da rede municipal de Belo Horizonte ilustra a restrição da atividade docente devido às alterações vocais: 30% dos professores pesquisados relataram ter se afastado da sala de aula devido aos problemas de voz.

Ferreira et al. (2003) consideraram que mesmo os professores que sentem algum tipo de alteração vocal não se afastam de suas funções profissionais.

Entretanto, Roy et al. (2004), pesquisador norte-americano, relatou que a maioria dos docentes já restringiu sua atuação profissional e se afastou do trabalho devido a problemas de voz. O estudo de Roy et al. (2004) pesquisou a prevalência de alteração vocal em um grupo de professores (1.243 pessoas) e comparou com trabalhadores em geral (1.158 pessoas). O resultado apontou que 43% dos professores pesquisados referiram limitação no seu desempenho profissional, redução das atividades e das interações sociais devido a problemas de voz e quase 20% dos professores referiu já ter restringido sua atuação devido a problemas de voz. A prevalência de restrição de atividades diárias devido a problemas de voz em professores foi quatro vezes mais do que na população não docente. Os autores também levantaram os sintomas vocais mais referidos pela população docente: dificuldade em projetar a voz, esforço ao falar e garganta seca.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste estudo foi verificar a auto-percepção do professor quanto ao impacto do uso vocal na QV e no desenvolvimento de suas atividades diárias.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estabelecer a prevalência de alteração vocal auto-referida pelo professor e comparar medidas de qualidade de vida e voz entre dois grupos de professores: grupo que referiu alteração vocal e o grupo que não referiu alteração vocal.

3.1.1 Comparar Domínios da Qualidade de Vida e Voz (QVV)

- Comparar os escores de qualidade de vida e voz total do domínio sócio-emocional e do domínio funcionalidade física entre grupo de professores que referiram e que não referiram alteração vocal.
- Verificar qual domínio apresenta maior pontuação em cada grupo.

3.1.2 Comparar os escores das sub-escolas do Índice de Desvantagem Vocal (IDV)

- Comparar os índices de desvantagem vocal total na sub-escala orgânica, funcional e emocional entre os indivíduos com queixa e sem queixa vocal.
- Verificar qual domínio apresenta maior pontuação para cada grupo.

3.1.3 Comparar as sessões do Perfil de Participação em Atividades Vocais (PPAV)

- Comparar os índices do perfil de participação de atividade vocal nas sessões severidade do problema vocal, trabalho, comunicação diária,

comunicação social e na emoção, entre indivíduos com queixa e sem queixa vocal.

- Verificar qual sessão apresenta maior pontuação para cada grupo.
- Verificar se há maior pontuação para limitação ou para restrição vocal no exercício de atividades diárias, tanto no grupo com queixa, quanto no grupo sem queixa.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 CASUÍSTICA E QUESTÕES ÉTICAS

Participaram deste estudo 97 professores da rede Municipal de Bauru, que estavam exercendo a profissão docente no período de fevereiro a agosto de 2008.

Foram considerados aptos a participar da amostra todos os professores, atuantes em salas de aula, da rede municipal de Bauru, de ambos os sexos, em qualquer período de tempo de profissão, do ensino infantil (pré-escola), do ensino fundamental e do ensino de jovens e adultos (EJA) que desejassem participar da pesquisa, com ou sem queixa de alteração vocal.

O número total de professores da rede de ensino municipal apresentado pela Secretaria da Educação de Bauru foi de: 507 professores da pré-escola; 210 professores de 1ª a 4ª série; 75 professores de 5ª a 8ª série e 60 professores de educação de jovens e adultos (EJA). A estimativa de participantes para esta pesquisa foi de 100 professores. A seleção da amostra foi realizada por conglomerado, sendo cada escola um conglomerado. A escolha das escolas se deu de maneira intencional com o objetivo de atingir todas as regiões do município. Ao todo, dez escolas municipais, incluindo escolas localizadas na região central e na periferia de Bauru, participaram desta pesquisa.

Os locais visitados para a pesquisa foram: cinco escolas municipais de ensino fundamental (EMEF); quatro escolas municipais de ensino infantil (EMEI); uma escola municipal de ensino infantil integral (EMEI) e o centro de ensino de jovens e adultos (CEJA).

No CEJA são realizadas atividades pedagógicas com todos os professores responsáveis por classes de ensino de jovens e adultos da rede municipal de Bauru. Na cidade de Bauru não há uma escola específica para o ensino de jovens e adultos (EJA). As classes de ensino localizam-se em diversas escolas municipais de Bauru. A pesquisadora convidou todos os professores do EJA para participarem do estudo,

estando presente em diferentes horários e períodos no CEJA para a coleta de dados.

O presente estudo foi autorizado pela Secretaria de Educação do Município de Bauru (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP, sob o número 169/2007 (Anexo B).

4.2 MATERIAIS E MÉTODO

A pesquisa consistiu na aplicação de quatro questionários em professores da rede municipal de Bauru, sendo um questionário de caracterização da amostra e três questionários psicométricos que mensuraram QV.

O questionário de caracterização da amostra e os questionários psicométricos utilizados neste estudo foram:

- Questionário para caracterização da amostra - Ferreira et al. (2007) (Anexo C).
- Índice de Desvantagem Vocal (IDV) - Validado em português, por Santos, Behlau e Gasparini (2007) (Anexo D).
- Qualidade de Vida e Voz (QVV) - Validado em português, por Gasparini e Behlau (2009) (Anexo E).
- Perfil de Participação de Atividade Vocal (PPAV) – Validado em português por Ricarte, Gasparini e Behlau (2006) (Anexo F).

O questionário utilizado para caracterização da amostra de Ferreira et al. (2007) consiste de questões de múltiplas escolhas. Engloba cinco sessões: identificação do questionário, identificação do entrevistado, aspectos gerais de saúde, hábitos e aspectos vocais. As sessões consideradas para caracterização da amostra foram: identificação do entrevistado (idade, sexo, estado civil, escolaridade,

situação funcional, demanda vocal), hábitos (fumo, ingestão de álcool e água), aspectos vocais (a sessão foi considerada integralmente).

Para dividir o grupo entre aqueles que referiram alteração vocal e aqueles que não referiram alteração vocal considerou-se a questão: “Você tem alteração na sua voz?” Foi caracterizado como grupo de professores que relataram alteração de voz, docentes que assinalaram a questão: “sim, tenho”. Os professores que responderam à questão “Você tem alteração na sua voz” com a alternativa “não” ou que responderam com a alternativa “sim, tive” foram considerados como grupo que não referiu alteração vocal.

Os questionários psicométricos, bem como a forma de pontuação, caracterizam-se da seguinte forma:

O IDV é um protocolo com 30 questões abrangendo três sub-escalas: orgânica, funcional e emocional, sendo 10 questões de cada escala. No preenchimento solicitou-se ao participante responder a trinta itens com as seguintes alternativas e pontuações: nunca (0), quase nunca (1), algumas vezes (2), quase sempre (3), sempre (4). Ao final da aplicação do teste, os pontos foram somados para três categorias distintas: IDV emocional (pontuação máxima = 40), IDV orgânico (pontuação máxima = 40), IDV funcional (pontuação máxima = 40). Além disto, as pontuações das sub-áreas foram somadas (emocional, orgânica e funcional) e se obteve um escore geral, denominado de IDV total (pontuação máxima = 120). Quanto maior a pontuação, maior a desvantagem.

O questionário QVV possui 10 itens abrangendo dois domínios: o funcionalidade física (questões 1,2,3,6,7) e o domínio sócio-emocional (questões 4,5,8,10). O domínio global corresponde às questões de 1 a 10. Cada pergunta tem como possível resposta e pontuação: “não é um problema (1)”; “é um problema pequeno (2)”; “é um problema moderado/médio (3)”; “é um grande problema (4)”; “é um problema muito grande (5)”. As pontuações dos domínios QVV funcionalidade física, QVV sócio-emocional e QVV total foram somadas para cada categoria e calculou-se o escore de QV em voz utilizando-se de uma fórmula padrão (algoritmo) proposta por Hogikyan e Sethuraman (1999). Pontuação máxima: 100 pontos para cada item. Quanto maior a pontuação, melhor a relação entre a voz e qualidade de vida.

Algoritmo para calcular o escore total:

$$100 - \frac{(\text{Escore bruto} - 10) \times 100}{40}$$

Algoritmo para calcular escore da funcionalidade física:

$$100 - \frac{(\text{Escore bruto} - 6) \times 100}{24}$$

Algoritmo para calcular escore do domínio sócio-emocional:

$$100 - \frac{(\text{Escore bruto} - 4) \times 100}{16}$$

O protocolo PPAV apresenta-se com 28 questões, divididas em cinco categorias: 1 questão sobre a auto-percepção do paciente da severidade do problema vocal, 4 questões abordando os efeitos da alteração vocal no trabalho, 12 questões abordando o efeito da voz na comunicação diária, 4 questões sobre o efeito da voz na comunicação social e 7 questões sobre o efeito da voz na manifestação das emoções.

O valor assinalado em cada questão foi medido pela pesquisadora com uma régua, sendo que a marcação 0 mm da régua foi colocada no início da escala analógica-visual para verificar a pontuação. Para cada questão a pontuação pode variar de 0 mm a 10 cm. Desta forma na sessão auto-percepção a pontuação máxima que se pode obter é 10 (1 questão); na sessão trabalho a pontuação máxima é de 40 (4 questões); na comunicação diária, 120 (12 questões); na comunicação social, 40 (4 questões) e na sessão emoção a pontuação máxima é 70 (7 questões). Ao todo a pontuação máxima é de 280 pontos. Além disto, dois escores adicionais foram calculados: escores de limitação de atividades e de restrição de participação. Para calcular a pontuação de limitação de atividade somam-se as questões: efeito no trabalho (questões 2 e 4) com efeito na comunicação diária (questões 6,8,10,12,14,16) com efeito na comunicação social (questões 18 e 20).

Para calcular a pontuação da restrição de participação somam-se as questões: efeito no trabalho (questões 3 e 5) com efeito na comunicação diária (questões 7,9,11,13,15,17) com efeito na comunicação social (questões 19 e 21).

A diferença entre estes escores é entendida quando se lê o protocolo. A pontuação de limitação de atividade refere-se à 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). A pontuação da restrição na participação relaciona-se à interferência do problema vocal no passado até o presente momento, por exemplo, “nos últimos 6 meses você alguma vez evitou falar com as pessoas devido ao seu problema de voz?” (questão 7).

4.3 COLETA DE DADOS

Após a autorização do diretor da escola, a pesquisadora foi às unidades de ensino e convidou os professores a participar do estudo. A conversa com os professores foi realizada em hora-atividade do professor, em reunião pedagógica ou no horário do intervalo das aulas. Os professores foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a instituição responsável e o caráter voluntário e sigiloso da participação.

O preenchimento dos questionários foi explicado aos professores antes de receberem os envelopes contendo os testes psicométricos, bem como o preenchimento do questionário para caracterização da amostra e o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo G).

Para o preenchimento do questionário IDV e QVV a pesquisadora solicitou que aos professores circulassem a resposta que melhor o representasse.

Para o preenchimento do PPAV o professor foi orientado a assinalar um X na escala analógica visual de 10 cm, sendo que o lado esquerdo representa “nunca sou afetado” e o lado direito “sempre sou afetado”. Também foi salientado que o professor poderia marcar o X em qualquer ponto da linha, como se fosse um termômetro que graduasse suas respostas.

Tanto o questionário para caracterização da amostra, quanto os testes psicométricos, têm como característica serem auto-aplicáveis, podendo o professor responder aos questionários sem a presença do pesquisador.

Aos professores que aceitaram participar da pesquisa foi entregue um envelope contendo uma cópia dos questionários psicométricos, grampeados conjuntamente em sequência randomizada, mais uma cópia do questionário de caracterização da amostra e uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido.

Após a entrega e explicação do preenchimento dos questionários e do termo de consentimento livre e esclarecido, o material foi deixado com os professores para ser respondido posteriormente, tendo sido estabelecido com os professores a melhor data para o recolhimento dos envelopes.

Aos professores que aceitaram participar da pesquisa foi entregue uma gratificação simbólica: cada professor recebeu um *tsuru* (origami em forma de pássaro, que na tradição japonesa representa saúde e longevidade).

Foram entregues 155 conjuntos de questionários, significando que 155 professores prontificaram-se a participar da pesquisa. Dos professores convidados a participar da pesquisa, 67% (105 professores) retornaram os questionários.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE QUESTIONÁRIOS

Foram excluídos os questionários respondidos de forma incompleta ou inadequada. A exclusão de um único questionário respondido de forma incompleta ou inadequada por um participante implicou na exclusão de todo o conjunto dos questionários respondido por este participante.

Ao todo foram excluídos oito questionários (o que implicou na exclusão de oito participantes): quatro questionários foram respondidos de forma incompleta e quatro questionários apresentaram respostas do protocolo PPAV inadequadas (o professor assinalou a resposta fora da escala analógica-visual).

Considerou-se como amostra 97 conjuntos de questionários respondidos de forma completa e correta.

4.5 CONDUTA

A pesquisadora se comprometeu a encaminhar os resultados da pesquisa às escolas participantes e à Secretaria Municipal de Educação, após a conclusão do trabalho.

Uma escola de ensino infantil da periferia solicitou uma palestra com a pesquisadora no dia da reunião pedagógica. A palestra foi realizada após a coleta dos dados, para um grupo de oito professoras, no dia 26 de setembro de 2008, abordando aspectos sobre saúde vocal.

4.6 FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilha do programa Excel e as análises foram realizadas no programa Statistica for Windows versão 5.1 StatSoft Inc., Tulsa, USA.

Os dados qualitativos foram descritos pela frequência absoluta (n) e relativa (%); os dados quantitativos foram descritos pelos parâmetros de média, mediana e desvio padrão.

Para ser feita a comparação entre as sessões do PPAV, os dados foram descritos em porcentagem por sessões, uma vez que as pontuações máximas diferem em cada sessão.

Para comparação entre os grupos que referiram alteração vocal (Grupo II) e o grupo que não referiu alteração vocal (Grupo I) foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Para comparação entre as sub-áreas do IDV e das sessões do PPAV, foi utilizado o teste não paramétrico de Friedman e, quando este indicou diferença

estatisticamente significativa, foi utilizado o teste de Dunn para as comparações múltiplas.

Para comparação entre os domínios do QVV e restrição e limitação do PPAV foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon para medidas repetidas.

Em todos os testes estatísticos foi adotado nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

De 97 professores pesquisados, 92,9% eram do sexo feminino e 7,1% do sexo masculino. A média de idade foi de 39,2 anos, sendo mínimo de 22 e máximo de 62 anos. O tempo médio de docência foi de 13,4 anos, com mínimo de um ano e máximo de 28 anos. Quanto ao estado civil 25,5% eram solteiros, 60,2% eram casados/ou qualquer forma de união, 9,2% separados/desquitados ou divorciados e 4,1% viúvo.

Quanto ao grau de escolaridade em que o professor lecionava, houve heterogeneidade: 30,4% lecionavam no ensino infantil; 29,6% atuavam de 1ª a 4ª série; 17,3% dedicavam-se da 5ª à 8ª série e 22,4% professores atuavam no ensino de educação de jovens e adultos. Quanto à demanda vocal a população foi composta tanto por professores que permaneciam em atividade laboral com alunos com carga horária de até 20 horas por semana (38,6%), como 30 horas por semana (24,5%); 40 horas por semana (26,5%) e acima de 40 horas por semana (10,2%).

Da população pesquisada, 93,9% declararam não fumar e 84,7% referiram jamais ou raramente consumir álcool sendo que 37,7% da população relataram que ingeriam mais de um litro e meio de água por dia.

O índice de professores satisfeitos com a qualidade vocal foi de 68,4% e o índice de professores não satisfeitos com a qualidade vocal foi de 27,6%.

Quanto às faltas ao trabalho, 81,6% referiram nunca ter faltado ao trabalho devido a problemas de voz. Já 18,4% dos professores referiram ter restringido a atuação profissional devido a problemas de voz.

Da população pesquisada 59,2% já receberam orientação sobre o uso da voz; 27,4% já realizaram tratamento para a voz (9,2% dos professores realizaram terapia fonoaudiológica e 17,3 fazem/fizeram tratamento médico para a voz).

Os professores relataram que o início do problema caracterizou-se como “vai e volta” (31,6%); progressivo (17,3%) e brusco (15,3%).

A sintomatologia apresentada pela população pesquisada está descrita na tabela 1.

A prevalência de professores que referiram alteração vocal no presente/passado foi de 61,2%, sendo a alteração vocal classificada como discreta por 32,7% dos professores; como moderada por 17,3%; severa por 10,3%; e 9,2% não souberam referir.

A prevalência de professores que referiram alteração vocal no momento da realização da pesquisa foi de 39,8% e a prevalência entre os que não referiram alteração vocal no momento atual foi de 60,2%.

As sensações vocais apresentadas pela população pesquisada estão descritas na tabela 2.

Tabela 1 - Sintomatologia apresentada pela população pesquisada em porcentagem (%)

SINTOMAS VOCAIS	NÃO REFERIU	RARAMENTE	ÀS VEZES	SEMPRE
Rouquidão	34,7	23,5	33,7	7,1
Perda da Voz	55,1	23,5	20,4	1,0
Falha na Voz	42,9	20,4	30,6	6,1
Falta de ar	52,0	18,4	20,4	9,2
Voz Fina	73,4	10,2	12,2	2,0
Voz Grossa	66,3	11,2	14,3	7,1
Voz Variando Grossa/ Fina	65,3	14,3	15,3	2,0
Voz Fraca	52,0	20,4	21,4	4,1

Tabela 2 - Sensações Vocais relacionadas à voz apresentadas pela população pesquisada

SENSAÇÕES VOCAIS	NÃO REFERIU	RARAMENTE	ÀS VEZES	SEMPRE
Picada na Garganta	68,4	15,3	9,2	4,1
Areia na Garganta	64,3	13,3	16,3	6,1
Bola na Garganta	62,2	15,3	15,3	6,1
Pigarro	41,8	26,5	23,5	8,2
Tosse Seca	32,7	18,4	39,8	9,2
Tosse com Catarro	54,1	20,4	25,5	0
Dor ao Falar	48,0	16,3	30,6	5,1
Dor ao Engolir	51,0	21,4	24,5	3,1
Dificuldade para Engolir	56,1	19,4	23,5	1
Ardor na Garganta	36,7	16,3	40,8	6,1
Secreção/ Catarro na Garganta	44,9	25,5	28,6	1
Garganta Seca	23,5	13,3	49	14,3
Cansaço ao Falar	26,5	19,4	40,8	13,3
Esforço ao Falar	35,7	19,4	31,6	12,2

A seguir serão apresentados os resultados de sintomatologia e sensação vocal entre o grupo que não referiu alteração vocal (GI) e o grupo que referiu alteração vocal (GII).

A tabela 3 apresenta a sintomatologia referente a professores do GI: nota-se que 19% dos professores do GI relataram que às vezes apresentam rouquidão e que 13,6% dos professores apresentam tanto falta de ar, como falha na voz.

A tabela 4 apresenta a sintomatologia apresentada por professores que referiram alteração vocal (GII). A voz rouca foi reportada por 56,4% como um sintoma que às vezes aparece, bem como perda da voz (41%), falha na voz (56,4%), falta de ar (30,8%), voz fina (23,1%), voz grossa (25,6%), grossa/fina (30,8%), fraca (41%). O sintoma falta de ar foi reportado como “sempre” por 6,8% dos professores.

Tabela 3 - Sintomatologia apresentada por professores que não referiram alteração vocal (GI) em (%)

SINTOMAS VOCAIS GI	NÃO REFERIU	RARAMENTE	ÀS VEZES	SEMPRE
Rouquidão	46,6	34,4	19,0	0
Perda da Voz	74,6	18,6	6,8	0
Falha na Voz	61,0	23,7	13,6	0
Falta de ar	66,1	13,6	13,6	6,8
Voz Fina	86,4	5,1	5,1	3,4
Voz Grossa	84,7	5,1	6,8	3,4
Voz Variando Grossa/ Fina	83,1	10,2	5,1	1,7
Voz Fraca	69,5	16,9	8,5	5,1

Tabela 4 - Sintomatologia apresentada por professores que referiram alteração vocal (GII) em (%)

SINTOMAS VOCAIS GII	NÃO REFERIU	RARAMENTE	ÀS VEZES	SEMPRE
Rouquidão	17,9	7,7	56,4	17,9
Perda da Voz	25,6	30,8	41,0	2,6
Falha na Voz	15,4	15,4	56,4	12,8
Falta de ar	30,8	25,6	30,8	12,8
Voz Fina	53,8	17,9	23,1	0
Voz Grossa	38,5	20,5	25,6	12,8
Voz Variando Grossa/ Fina	38,5	20,5	30,8	2,6
Voz Fraca	25,6	25,6	41,0	2,6

Na tabela 5 podem-se observar as sensações vocais relatadas por professores que não referiram alterações vocais. As sensações mais referidas por GI foram: esforço ao falar (33,9%), cansaço ao falar (44,1%), ardor (25,4%), garganta seca (35,9%), secreção/catarro (23,7%).

A tabela 6 demonstra as sensações relatadas pelo grupo de professores que referiu alterações vocais. As sensações mais referidas pelo GII foram: tosse seca (56,4%), dor ao falar (48,7%), dor ao engolir (30,8%), dificuldade para engolir (35,9%), ardor na garganta (64,1%), garganta seca (56,4%), cansaço (33,9%), esforço vocal (47,4%). As sensações vocais mais relatadas como “sempre” foram garganta seca (28,2%) e esforço ao falar (23,7%).

Tabela 5 - Sensações Vocais relacionadas à voz apresentadas por professores que não referiram alteração vocal (GI)

SENSAÇÕES VOCAIS GI	NÃO REFERIU	RARAMENTE	ÀS VEZES	SEMPRE
Picada na Garganta	81,4	10,2	5,1	1,7
Areia na Garganta	78,0	10,2	8,5	3,4
Bola na Garganta	79,7	10,2	6,8	3,4
Pigarro	52,5	23,7	13,6	10,2
Tosse Seca	44,1	22,0	28,8	5,1
Tosse com Catarro	61,0	20,3	18,6	0
Dor ao Falar	61,0	16,9	18,6	3,4
Dor ao Engolir	61,0	15,3	20,3	3,4
Dificuldade para Engolir	72,9	10,2	15,3	1,7
Ardor na Garganta	50,8	20,3	25,4	3,4
Secreção/ Catarro na Garganta	55,9	20,3	23,7	0
Garganta Seca	28,2	33,3	35,9	2,6
Cansaço ao Falar	32,2	18,6	44,1	5,1
Esforço ao Falar	33,9	28,8	33,9	3,4

Tabela 6 - Sensações Vocais relacionadas à voz apresentada por professores que referiram alteração vocal (GII)

SENSAÇÕES VOCAIS GII	NÃO REFERIU	RARAMENTE	ÀS VEZES	SEMPRE
Picada na Garganta	48,7	23,1	15,4	7,7
Areia na Garganta	78,0	10,2	8,5	3,4
Bola na Garganta	35,9	23,1	28,2	10,3
Pigarro	25,6	30,8	38,5	5,1
Tosse Seca	15,4	12,8	56,4	15,4
Tosse com Catarro	43,6	20,5	35,9	0
Dor ao Falar	28,2	15,4	48,7	7,7
Dor ao Engolir	35,9	30,8	30,8	2,6
Dificuldade para Engolir	30,8	33,3	35,9	0
Ardor na Garganta	15,4	10,3	64,1	10,3
Secreção/ Catarro na Garganta	28,2	33,3	35,9	2,6
Garganta Seca	10,3	5,1	56,4	28,2
Cansaço ao Falar	15,4	28,8	33,9	3,4
Esforço ao Falar	15,8	13,2	47,4	23,7

Os resultados dos protocolos QVV, IDV e PPAV, aplicados nos professores (GI + GII), bem como o escore geral esperado para cada protocolo, encontram-se na tabela 7.

Para fins de melhor visualização da pontuação do protocolo PPAV, os escores de cada sessão também estão apresentados em porcentagem (Tabela 7).

Tabela 7 - Resultado dos testes psicométricos: QVV, IDV e PPAV e pontuação máxima esperada para cada protocolo

TESTES PSICOMÉTRICOS		MÉDIA	MEDIANA	DP	PONTUAÇÃO MÁXIMA
QVV					
	Total	88	92,5	16,5	100
Funcionalidade física		84,4	91,67	19	100
Sócio-emocional		92,7	100	15	100
IDV					
	Total	19,3	13,5	18	120
Orgânico		9,8	8,0	7,8	40
Funcional		5,1	4,0	5,3	40
Emocional		4,2	2,0	6,1	40
PPAV					
	Total	30,8	14,0	42,4	280
Severidade		1,7	1,0	2,0	10
Efeito Trabalho	Total	4,8	2,0	7,0	40
	Limitação	3,25	1,4	4,3	20
	Restrição	1,6	0,25	3,2	20
Comunicação Diária	Total	13	4,95	18,8	120
	Limitação	7,2	3,35	10,3	60
	Restrição	6,0	2,45	9,0	60
Comunicação Social Total		3,1	0,9	5,7	40
	Limitação	1,7	0,5	3,0	20
	Restrição	1,5	0,35	2,8	20
Emoção Total		8,1	2,85	12	70
Limitação de Atividade Vocal Total		12,1	5,9	16,4	100
Restrição de Atividade Vocal Total		8,9	3,6	13,9	100

PPAV (%)

Total	11,0	5,0	15,1	100
Severidade	17,2	10	20,2	100
Efeito Trabalho Total	12,2	5,0	17,5	100
Limitação	16,2	7,0	21,7	100
Restrição	8,0	1,25	16	100
Comunicação Diária Total	10,8	4,1	15	100
Limitação	12	5,6	17	100
Restrição	9,8	4	15	100
Comunicação Social Total	7,8	2,3	14	100
Limitação	8,4	2,5	15,2	100
Restrição	7,2	1,8	14,2	100
Emoção	11,7	4,0	18,2	100
Limitação de Atividade Vocal Total	12,1	5,9	16,4	100
Restrição de Atividade Vocal Total	8,9	3,6	13,9	100

Na tabela 8 observa-se a comparação dos escores do protocolo QVV, IDV e PPAV entre os grupos de professores que referiram alteração vocal (GII) e que não referiram alteração vocal (GI).

Os resultados do teste IDV entre GI e GII demonstraram diferenças significantes tanto no escore total, quanto nas três sub-áreas: orgânica, funcional e emocional (Tabela 8).

Os resultados do teste QVV entre GI e GII foram estatisticamente diferentes quanto ao escore total e nos dois sub-domínios: funcionalidade física e sócio-emocional (Tabela 8).

Os resultados do teste PPAV entre GI e GII foram estatisticamente diferentes nas cinco sessões: severidade do problema, efeito no trabalho (limitação na participação e restrição de atividade), efeito na comunicação diária (limitação na participação e restrição de atividade), efeito na comunicação social (limitação na participação e restrição na participação) e emoção (Tabela 8).

A tabela 9 apresenta resultados estatisticamente significantes entre as sub-áreas (dimensões) do protocolo IDV, sendo a sub-área orgânica a que apresenta

pontuação significativamente maior tanto em GI quanto em GII. Em GII o impacto da voz é igual tanto na sub-área emocional quanto funcional.

Quanto ao GI, grupo que não referiu alteração vocal, a sub-área orgânica é significativamente maior do que a funcional e a sub-área funcional é maior do que a sub-área emocional (Tabela 9).

Com relação ao teste psicométrico QVV, pode-se dizer que os sub-domínios do protocolo, funcionalidade física e sócio-emocional, são estatisticamente diferentes entre si, tanto em GII quanto em GI. Na tabela 10 observa-se que, tanto em GI quanto em GII, a pontuação obtida do sub-domínio sócio-emocional é maior do que a do sub-domínio funcionalidade física.

Na tabela 11 observa-se que há diferenças estatisticamente significantes entre as sessões do protocolo PPAV no GII. Observa-se também que as sessões emoção, efeito no trabalho e efeito na comunicação diária são significativamente maior do que a sessão comunicação social.

Já no GI as sessões trabalho, efeito na comunicação diária, efeito na comunicação social e emoção não demonstraram diferenças estatisticamente significantes (Tabela 11).

Quanto à pontuação da limitação e restrição de atividades do protocolo PPAV, na tabela 12 pode-se observar que, tanto em GI quanto em GII, a pontuação da limitação é significativamente maior do que a pontuação da restrição.

Tabela 8 - Comparação de resultados dos testes psicométricos entre GI (não referiu alteração vocal) e GII (referiu alteração vocal) com nível de significância de 5%. A pontuação máxima (P.M) que cada teste psicométrico pode apresentar está descrita na penúltima coluna

			GI			GII			P.M	P
			MÉDIA	MEDIAN A	DP	MÉDI A	MEDIAN A	DP		
QVV										
Total			94, 3	97,5	7,8	78, 1	85,0	20, 9	10 0	0,001 *
Funcionalidade física			92, 0	95,8	9,0	73, 0	79,2	24, 0	10 0	0,001 *
Sócio-emocional			97, 7	100,0	7,7	85, 3	93,8	20, 5	10 0	0,001 *
IDV										
Total			11, 7	10,0	9,6	30, 7	26,0	21, 6	12 0	0,001 *
Orgânico			6,4	6,0	4,8	15, 1	14,0	8,6	40	0,001 *
Funcional			3,5	2,0	3,5	7,5	6,0	6,7	40	0,001 *
Emocional			1,8	0,0	3,1	7,8	6,0	7,8	40	0,001 *
PPAV										
Total			14, 6	7	21, 8	55, 4	31,7	53, 2	28 0	0,001 *
Severidade			1,0	0,4	1,5	2,8	2,5	2,3	10	0,001 *
Efeito Trabalho Total			3,2	0,5	6,6	7,4	4,5	6,9	40	0,001 *
Trabalho Limitação			2,1	0,4	3,6	5,1	3,3	4,8	20	0,001 *
Trabalho Restrição			1,2	0,0	3,2	2,3	0,8	3,1	20	0,007 *
Comunicação Diária Total			5,9	2,7	8,4	23, 6	12,5	24, 4	12 0	0,001 *
Comunicação Diária Limitação			3,3	1,7	4,7	13, 0	6,5	13, 4	60	0,001 *
Comunicação Diária Restrição			2,8	1,3	4,4	10, 7	5,9	11, 9	60	0,001 *
Comunicação Social Total			1,1	0,4	1,8	6,1	3,0	7,9	40	0,001 *
Comunicação Social Limitação			0,6	0,2	1,0	3,3	1,5	4,2	20	0,001 *
Comunicação Social Restrição			0,5	0,2	0,8	2,8	1,0	4,0	20	0,001 *
Emoção			3,3	1,0	6,6	15, 5	10,3	16, 0	70	0,001 *
Total Limitação de Atividade Vocal			6,0	2,8	8,1	21, 4	12,3	21, 0	10 0	0,001 *
Total Restrição de Atividade Vocal			4,5	1,8	7,6	15, 7	9,6	18, 1	10 0	0,001 *
PPAV (%)										
Total			5,2	2,5	7,8	19, 8	11,3	19, 0	10 0	0,001 *
Severidade			10, 0	4,0	14, 5	28, 2	25,0	22, 8	10 0	0,001 *
Efeito Trabalho Total			8,0	1,3	16, 5	18, 4	11,3	17, 3	10 0	0,001 *

Trabalho Limitação	10,3	2,0	17,9	25,3	16,5	24,1	10,0	0,001*
Trabalho Restrição	5,8	0,0	16,1	11,3	4,0	15,5	10,0	0,007*
Comunicação Diária Total	4,9	2,3	7,0	19,7	10,4	20,4	10,0	0,001*
Comunicação Diária Limitação	5,6	2,8	7,8	21,7	10,8	22,3	10,0	0,001*
Comunicação Diária Restrição	4,6	2,2	7,4	17,8	9,8	19,8	10,0	0,001*
Comunicação Social Total	2,9	1,0	4,5	15,3	7,5	19,7	10,0	0,001*
Comunicação Social Limitação	3,0	1,0	5,0	16,7	7,5	20,9	10,0	0,001*
Comunicação Social Restrição	2,7	1,0	4,2	14,0	5,0	20,2	10,0	0,001*
Emoção	4,7	1,4	9,4	22,1	14,7	22,9	10,0	0,001*
Total Limitação de Atividade Vocal	6,0	2,8	8,1	21,4	12,3	21,0	10,0	0,001*
Restrição de Atividade Vocal	4,5	1,8	7,6	15,7	9,6	18,1	10,0	0,001*

* - diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Tabela 9 - Comparação entre as sub-áreas do IDV entre GI (não referiu alteração vocal) e GII (referiu alteração vocal)

IDV	GI			GII		
	MÉDIA	MEDIANA	DP	MÉDIA	MEDIANA	DP
Orgânico	6,4 ^a	6,0	4,8	15,1 ^a	14,0	8,6
Funcional	3,5 ^b	2,0	3,5	7,5 ^b	6,0	6,7
Emocional	1,8 ^c	0,0	3,1	7,8 ^b	6,0	7,8
P	<0,001*			<0,001*		

* - diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Sub-áreas com letras diferentes, dentro de cada grupo, possuem diferença estatisticamente significativa entre si.

Tabela 10 - Comparação entre os domínios do QVV entre os grupos GI (não referiu alteração vocal) e GII (referiu alteração vocal)

QVV	GI			GII		
	MÉDIA	MEDIANA	DP	MÉDIA	MEDIANA	DP
Funcionalidade física	92,0	95,8	9,0	73,0	79,2	24,0
Sócio-emocional	97,7	100,0	7,7	85,3	93,8	20,5
P	<0,001 *			0,001 *		

* - diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Tabela 11 - Comparação entre as sub-áreas do PPAV entre GI (não referiu alteração vocal) e GII (referiu alteração vocal)

PPAV	GI			GII		
	MÉDIA	MEDIANA	DP	MÉDIA	MEDIANA	DP
Efeito no Trabalho	8,0	1,3	16,5	18,4 ^a	11,3	17,3
Efeito na Comunicação Diária	4,9	2,3	7,0	19,7 ^a	10,4	20,4
Efeito na Comunicação Social	2,9	1,0	4,5	15,3 ^b	7,5	19,7
Emoção	4,7	1,4	9,4	22,1 ^a	14,7	22,9
P	0,116 ns			0,008 *		

ns - diferença estatisticamente não significativa

* - diferença estatisticamente significativa (p<0,05)

Sub-áreas com letras diferentes, dentro de cada grupo, possuem diferença estatisticamente significativa entre si.

Tabela 12 - Comparação entre Limitação e Restrição do PPAV entre GI (não referiu alteração vocal) e GII (referiu alteração vocal)

PPAV	GI			GII		
	MÉDIA	MEDIANA	DP	MÉDIA	MEDIANA	DP
Limitação	6,0	2,8	8,1	21,4	12,3	21,0
Restrição	4,5	1,8	7,6	15,7	9,6	18,1
P	<0,001 *			0,001 *		

* - diferença estatisticamente significativa (p<0,05)

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Na caracterização da amostra, observou-se que a maioria dos professores pesquisados não referiram hábitos nocivos à voz, como ingestão de álcool e tabagismo: 93,9% dos professores relataram não fumar e 84,7% referiram jamais ingerir bebida alcoólica. Porém, apenas 37,7% dos professores relataram consumir mais de um litro e meio de água por dia. De acordo com Behlau et al. (2001) o consumo de água melhora o grau de hidratação/lubrificação laríngea e contribui para minimizar a sensação de garganta seca, pigarro e tosse.

Uma característica da amostra que se destacou foi a atuação feminina na classe docente. Na amostra 92,9% eram mulheres e 2,9% homens. O predomínio das mulheres entre os docentes está de acordo com o que a literatura nacional e internacional aponta: as mulheres correspondem a aproximadamente 80% da população docente (SMITH et al., 1997, CODO, 1999, DELCOR et al., 2004, THOMÉ, 2007, entre outros).

Codo (1999) ao realizar pesquisa com professores de todo o Brasil constatou que a participação dos homens na atividade docente é quase inexpressiva no ensino da pré-escola e ensino fundamental (2,6%). Entretanto, a participação do sexo masculino é maior no ensino de segundo grau (39,2%).

Para Codo (1999) e Delcor et al. (2004) a predominância da mulher na atividade docente é um fator histórico. As mulheres foram chamadas para ocupar os cargos de educadoras, considerando-se o trabalho na escola como uma continuação das tarefas exigidas no âmbito doméstico, transparecendo a imagem da “mãe educadora”.

Na área de voz, sabe-se que a população feminina está mais vulnerável aos problemas vocais, devido à menor concentração de ácido hialurônico nas pregas vocais (HAMMOND et al., 1997) e a configuração glótica (BEHLAU; AZEVEDO; MADAZIO, 2001a). Estes dois fatores associados tornam as mulheres mais suscetíveis ao fonotrauma e à alteração vocal.

Simões e Latorre (2002) em um estudo de revisão de literatura sobre a prevalência de alterações vocais em professores no Brasil concluíram que o gênero influencia o resultado. Em população exclusivamente feminina, o predomínio de alteração vocal pode chegar a 89%. A prevalência diminui quando a população pesquisada engloba professores do sexo masculino (20%).

De acordo com Jardim, Barreto e Assunção (2007a) várias pesquisas têm mostrado elevada prevalência de disfonia em professores, porém não há uma definição padronizada de alteração vocal nos estudos realizados, o que dificulta a comparação dos resultados obtidos e o desenvolvimento da pesquisas na área.

Assim, notam-se na literatura diferentes critérios para o estabelecimento de alterações vocais. Basicamente, podem-se observar três formas de se caracterizar a presença da alteração vocal nos professores: considerando-se as alterações laríngeas (PRECIATO-LÓPEZ et al., 2008, ILÖMAKI et al., 2009, LIMA, 2008); as alterações perceptivo-auditivas, como rouquidão, soproidade, tensão (SCHWARZ; CIELO, 2005, LIMA, 2008); e a auto-percepção do próprio professor da sua alteração vocal (FERREIRA et al. 2003, FUESS; LORENZ, 2003, SIMÕES; LATORRE, 2006, LIMA, 2008).

Quando a alteração vocal é referida pelo próprio professor dá-se a denominação de alteração vocal auto-referida ou disfonia auto-referida. Neste intuito, o estudo de Ferreira et al. (2003) e Ferreira et al. (2007) propõem o estabelecimento da prevalência de alterações vocais sob a percepção do próprio professor. Para as pesquisadoras citadas acima a prevalência de alteração vocal auto-referida é estabelecida somando-se dois parâmetros: quando o professor relata que teve um problema de voz no passado ou quando o professor auto-referiu um problema de voz no presente.

Nesta pesquisa realizada com 97 professores da rede municipal de Bauru, ao se adotar o critério presente/passado para o estabelecimento de prevalência de alteração vocal, observou-se que 61,2% dos professores referiram alterações vocais. Este índice é similar ao encontrado nas pesquisas de Lima (2008), Ferreira et al. (2003): 63,3% e 79,6%, respectivamente. As pesquisadoras Lima (2008) e Ferreira et al. (2007) também utilizaram o critério presente/passado para o estabelecimento de prevalência de alterações vocais auto-referidas.

De acordo com Russell, Oates e Greenwood (1998) a prevalência do problema da voz em professores depende se o critério se baseia em diagnóstico objetivo de patologia da prega vocal, ou subjetivo, onde o próprio professor percebe e refere a alteração vocal (também chamado de alteração vocal auto-referida ou disfonia auto-referida).

Neste presente estudo considerou-se como prevalência de alteração vocal auto-referida apenas o momento presente. Assim a prevalência de alteração vocal diminui de 61,2% (presente e passado) para 39,8% (presente). Esta diminuição da prevalência, também foi observada por Simões e Latorre (2006). As autoras calcularam a prevalência de queixa de voz em educadores de creche sob dois critérios: presente/passado e presente, obtendo como resposta respectivamente: 79,6% e 48,7%.

Os sintomas mais referidos pelos 97 professores, rouquidão (33,7%) e perda da voz, 23,5% (Tabela 1) são similares aos sintomas mais apontados pelo estudo de Ferreira et al. (2003) em 253 professores: rouquidão 53,2%, e em segundo lugar, perda da voz, 19,6%.

As sensações de alterações vocais mais referidas pelos 97 professores, somando-se as alternativas “às vezes” e “sempre”, foram garganta seca (63,3%) e cansaço ao falar (54,1%) (Tabela 2). Este resultado é similar ao encontrado no estudo de Ferreira et al. (2003): 57,6% garganta seca e 50,8% cansaço ao falar.

Nota-se que mesmo os professores que não referiram alteração vocal apontaram sintomas e sensações de alterações na voz (Tabelas 3, 4, 5 e 6).

Os professores de GI relataram sintomas de alterações na voz, como “às vezes” e “sempre”: voz rouca (19%); falta de ar (20,4%); falha na voz (13,6%); voz fraca (13,6%) (Tabela 3). Muito provavelmente estes sintomas não são identificados pelos professores como alteração vocal.

Observa-se que o grupo de professores que referiram alteração vocal (GII) aponta como sintomatologia desta alteração, como “às vezes” e “sempre”: voz rouca (74,3%); perda da voz (43,6%); falha na voz (69,2%); falta de ar (43,6%); voz variando grossa/fina (33,4%), voz fraca (43,6%) (Tabela 4).

A voz rouca foi o sintoma de alteração vocal mais reportado por professores tanto de GI quanto de GII. Porém para GI, voz rouca parece não ser interpretada

como sinal de alteração vocal. De acordo com os autores Pordeus, Palmeira e Pinho (1996), Smith (1997) e Ilomäki et al. (2009) a rouquidão é um sintoma que no qual professor se baseia para referir à alteração vocal.

O estudo de Tavares e Martins (2007) comprovou que alterações vocais podem não ser percebidas pelos professores. As pesquisadoras avaliaram professores que referiram e que não referiram sintomas de alterações vocais e encontraram alterações laríngeas como nódulo, pólipos, edema de Reinke, atrofia, leucoplasia tanto no grupo que relatou alterações vocais, quanto no grupo que não relatou alterações.

De acordo com Ilomäki et al. (2009) o principal canal para um professor perceber um problema de voz é o da sensação. A seguir, serão discutidas as sensações de alterações vocais reportadas pelos professores.

Mesmo os professores que não relataram alteração vocal (GI) referiram sensações de uma possível alteração vocal, como “às vezes” e “sempre”: cansaço ao falar (49,2%); garganta seca (38,5%); esforço ao falar (37,3%); tosse seca (33,9%); ardor na garganta (28,8%); pigarro (23,8%); secreção/catarro na garganta (23,7%); dor ao falar (22%), etc (Tabela 5).

Na tabela 6 observam-se as sensações relatadas por professores que referiram alteração vocal (GII), como “às vezes” e “sempre”: garganta seca (84,6%); ardor na garganta (74,4%); esforço ao falar (71,1%); dor ao falar (56,4%), secreção/catarro na garganta (38,5%); cansaço ao falar (37,3%); etc.

Embora não tenha sido objetivo deste estudo comprovar a associação entre falta de hidratação/garganta seca e alterações vocais é interessante notar que 62,3% dos professores pesquisados ingerem menos de um litro e meio de água por dia. Para Behlau et al. (2001) sensação de garganta seca, pigarro e tosse são sinais de falta de hidratação das pregas vocais.

A seguir, serão discutidos os resultados dos protocolos aplicados de qualidade de vida e voz. É importante observar que os resultados representam o quanto o indivíduo julga que a voz interfere na sua qualidade de vida e no exercício de suas atividades diárias e não necessariamente o quanto uma alteração de voz pode ser mais severa de acordo com o referencial do clínico.

Na comparação entre os resultados dos três testes psicométricos, IDV, QVV e PPAV, bem como todos os domínios dos protocolos, houve diferenças significativas entre GI e GII (Tabela 8). Estes resultados indicam que os professores que referiram alterações vocais perceberam que a voz causa um impacto negativo no exercício de suas atividades diárias e qualidade de vida.

O protocolo IDV demonstra o índice de desvantagem vocal. De acordo com o ICIDH (OMS, 1989) desvantagem implica em prejuízo para o indivíduo, sendo resultante de uma deficiência ou uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência.

Para Franic, Bramlett e Bothe (2004) o IDV é o protocolo mais versátil e mais fácil para pontuar.

Neste presente estudo, realizado com 97 professores da cidade de Bauru, nota-se que a média da pontuação do IDV total nos 97 professores pesquisados (GI + GII) foi de 19,3 (Tabela 7). Ressalta-se que a pontuação máxima é de 120 pontos. Quanto maior a pontuação, pior a relação entre a voz e o impacto da voz na realização das atividades diárias.

Quando se separam os professores pesquisados entre GI e GII, observa-se média do IDV total de 11,7 e 30,7, respectivamente. A média do IDV total do GII (30,7) foi similar à média apontada pelo estudo de Roy (2001) desenvolvido com professores que auto-referiram alterações vocais: 31,58.

Na validação do protocolo IDV (Jacobson, 1997), a pontuação do IDV total foi descrita em função da auto-percepção vocal realizada pelo paciente disfônico. Assim, na pesquisa de Jacobson (1997) escores até 33,69 foram associados com uma auto-percepção de um problema leve. Embora, no presente estudo não se tenha realizado teste estatístico de associação entre o grau de alteração vocal auto-percebido e o escore total do IDV em GII, os resultados parecem ser similares ao encontrado por Jacobson (1997): a maioria dos professores de GII classificou sua alteração vocal como discreta/leve (dado coletado na aplicação do questionário de caracterização) e a média do valor de IDV total deste grupo foi de 30,7.

De acordo com Behlau et al. (2005) o impacto da alteração vocal do professor pode ser de grau leve a severo.

Quanto às sub-escalas do IDV, tanto a orgânica, como a funcional e a emocional, apresentaram pontuação significativamente maior em GII do que em GI (Tabela 8), indicando que os professores de GII sentem maior desvantagem psicossocial nos três aspectos.

Na tabela 8 observa-se que na sub-escala orgânica do IDV a média dos escores de GII é significativamente maior (15,1) do que em GI (9,8). Ressalta-se que 40 pontos representam o máximo de pontuação que o protocolo pode apresentar nesta sub-escala.

Na elaboração e validação do protocolo IDV (Jacobson et al., 1997) os autores descrevem que pontuações da sub-escala orgânica até 15,54 pontos foram associadas com alteração vocal leve. No presente estudo realizado com professores de Bauru, assim como analisado na pontuação total do IDV, os resultados parecem ser similares ao do estudo de validação do Jacobson et al. (1997): a maioria dos professores de GII classificou sua alteração vocal como discreta/leve e a média do valor de IDV total deste grupo foi de 15,1.

Ao se testar qual sub-escala do IDV demonstrou maior pontuação, dentro de cada grupo (GI e GII), foi observado que a sub-escala orgânica predominou sobre as outras sub-escalas, tanto em GI, quanto para GII (Tabela 9). Este resultado aponta que os professores de GI e GII têm sensação de desconforto laríngeo e dificuldade de emissão vocal em maior ou menor grau, porém os professores de GI (grupo que não referiu alteração vocal) não interpretam a sensação de desconforto laríngeo e dificuldade de emissão vocal como alteração da voz.

Santos, Behlau e Gasparini (2007) em estudo de validação do IDV no Brasil observaram que a sub-escala orgânica foi a que apresentou escores mais elevados em pacientes com diferentes classificações de alteração vocal/disfonia: organofuncional (23,7); funcional (11,7) e orgânica (19,5).

Em outros estudos com professores (Kooijman et. al, 2007 e Kooijman et al., 2005) a dimensão orgânica do IDV também demonstrou mais altos escores do que nas outras dimensões. Para Kooijman et al. (2005) altos escores da dimensão física entre professores estão relacionados com tensão muscular laríngea.

Nas pesquisas de Roy et al. (2002), Roy et al. (2003) e Sonnenberg (2005) os escores do IDV orgânico, funcional e emocional apresentados pelos professores diminuíram quando os professores foram submetidos à terapia fonoaudiológica.

Guimarães e Abberton (2004) e Jotz et al. (2004) enfatizam que os escores da sub-escala orgânica do IDV são maiores em pacientes disfônicos, com diferentes diagnósticos de alteração vocal, do que em não disfônicos. Entretanto quando o profissional da voz é cantor, a pesquisa de Rosen e Murry (2000) aponta que a sub-escala emocional do IDV é a que apresenta maior pontuação.

Penteado (2007) referiu que os sinais/sintomas vocais mais facilmente interpretados por professores são aqueles que provocam sensações físicas/corporais de desconforto significativo, como ardor, dor ao falar, rouquidão. Porém os professores são pouco sensíveis para interpretar estes sinais como indicativo de problemas vocais.

De acordo com a filósofa Chauí (2003) as sensações constituem a base de todo o conhecimento do ser humano, são fenômenos psicológicos causados com a estimulação do organismo. As sensações podem ser externas ou sensoriais, internas ou orgânicas. As externas ou sensoriais são aquelas captadas pelos órgãos dos sentidos. As sensações internas ou orgânicas são as que provêm do interior do próprio organismo.

Tanto para Chauí (2003) quanto para Dudel e Klinke (1980) a diferença entre a sensação e a percepção está na atribuição de significado.

Enquanto sensação é o termo utilizado para designar a soma de impressões sensoriais vividas pelo indivíduo, a percepção é a interpretação da sensação experienciada (Dudel e Klinke, 1980).

Penteado (2007) considerou que os professores sentem dificuldade em perceber o seu processo saúde-doença e refletir sobre os sinais e sintomas vocais que apresentam. Isso pode ser indicativo de um quadro de deformações da maneira de perceber, de sentir, de interpretar, de significar e de enfrentar as experiências cotidianas – provavelmente favorecido pela forma como o trabalho docente está organizado.

A sensação de desconforto laringo-faríngeo sentida pelos professores, tanto de GI como GII, pode ter relação com as condições de trabalho docente: salas com

ruído externo e interno, demanda vocal sem o uso de amplificação sonora, necessidade de permanecer em pé durante a atividade letiva, o que predispõe o professor a falar mais forte e com mais esforço. Para Smith et al. (1998), Oliveira et al. (1998) a alteração vocal presente no professor tem relação com a situação do professor falar com ruído competitivo e por consequência falar em forte intensidade e com esforço. No estudo de Schwarz e Cielo (2005) o uso intensivo da voz foi considerado como causa das alterações laríngeas apresentadas pelos professores.

De acordo com Grillo (2002) a raiz do problema de voz do professor pode estar diretamente relacionada às concepções que os professores possuem das relações aluno, ensino e aprendizagem. Modelos de ensino baseados na relação hierárquica professor-aluno, em que ao primeiro é atribuído o papel de transmissor dos conteúdos, exige uso exacerbado da voz, pois em geral o ensino é realizado sob a forma de aula expositiva.

De acordo com Oliveira et al. (1998) os professores realizam grande esforço ao falar, o que resulta na prevalência de sintomas como fadiga vocal, rouquidão e garganta raspando.

Para Preciado-López (2008) o esforço vocal é a principal causa das patologias laríngeas. O esforço excessivo laríngeo pode desencadear uma disfonia hiperfuncional temporária, fato que explicaria a existência de uma série de sintomatologia que pode durar por apenas algumas horas tais como uma fonastenia, dor no pescoço, desconforto laríngeo e faríngeo, rouquidão, e sensação de garganta raspando.

Na tabela 9 pode-se observar que em GI, as três sub-escalas do IDV diferem entre si, apontando que existe uma hierarquia. O impacto da voz nas atividades de vida diária é mais perceptível pelo professor na sua dimensão orgânica quanto a desconfortos físicos e dificuldade de emissão vocal. Em segundo lugar, a esfera funcional é mais referida demonstrando interferência da voz no processo da comunicação, sendo que a dimensão emocional é a última a ser relacionada com a utilização da voz.

Na tabela 9 nota-se que em GII o escore da sub-escala emocional é igual ao escore da sub-escala funcional, sugerindo que professores que referiram alterações vocais sentem impacto da alteração da voz, tanto na expressão de suas emoções,

quanto no processo de comunicação. Para Rodrigues, Azevedo e Behlau (1996) uma alteração vocal pode acarretar diversos impactos na atividade profissional e na vida pessoal do indivíduo, podendo colocar em risco a carreira e sobrevivência do educador (impacto emocional).

A seguir, serão discutidos os resultados do protocolo QVV. O protocolo QVV é um instrumento específico para avaliar a percepção do paciente de como sua voz afeta sua qualidade de vida (Murry et al. 2004). Os objetivos do instrumento são: a análise dos aspectos de qualidade de vida relacionados à voz e quantificação da influência da disfonia no dia-a-dia.

Na aplicação do questionário QVV nos 97 professores, a média do QVV global obtida foi de 88. Quanto maior a pontuação, melhor a relação entre a voz e a qualidade de vida. A pontuação máxima para este protocolo é de 100 pontos (Tabela 7).

A média de QVV global (88) encontrada nos 97 professores pesquisados é similar à média encontrada na pesquisa de Jardim, Barreto e Assunção (2007b) e de Grillo e Penteado (2005): 84,2 (o valor encontrado de QVV global em professores foi idêntico nas duas pesquisas). Nos dois estudos (JARDIM; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2007b e GRILLO; PENTEADO, 2005) as autoras consideraram que a média obtida nas pesquisas poderia ser interpretada com um bom valor da relação entre qualidade de vida e voz e que os resultados do protocolo QVV em professores não refletiram impacto considerável na qualidade de vida.

Ao se analisar a média do QVV total entre GI e GII, bem como a média entre o sub-domínio funcionalidade física e entre a dimensão sócio-emocional, observa-se que os escores apresentados foram estatisticamente diferentes entre os grupos (Tabela 8). Os professores de GII sentem mais impacto da voz em sua qualidade de vida nas dimensões físicas, funcionais, sociais e emocionais, do que os professores do GI. As médias de GI quanto ao QVV foram de: QVV total 94,3; QVV domínio funcionalidade física 99; QVV dimensão sócio-emocional 100. Já para os professores de GII, a média para QVV total foi de 78,1; para funcionalidade física foi de 73 e para o domínio sócio-emocional foi de 85,3.

No estudo de validação de Hogykian e Sethuraman (1999) a média de escores para pacientes disfônicos foi de 53,5 para o escore total; 55,9 para o

domínio sócio-emocional e 51,9 para o domínio funcionalidade física. Os valores encontrados neste mesmo estudo para uma população sem queixa foi de 98, média de escore total; 98,9, média do domínio sócio-emocional; e 97,3 para a dimensão funcionalidade física. Na amostra de GII, foram observados escores mais baixo de QVV total e dos seus domínios, quando comparados a uma população sem queixa vocal deste outro estudo, porém maiores do que a média dos escores apresentados pela população disfônica.

Ao se testar qual domínio do protocolo QVV apresentou menor índice de qualidade de vida e voz, observou-se que a dimensão funcionalidade física foi menor, tanto em GI, quanto em GII (Tabela 10). Na validação do questionário no Brasil, Gasparini (2005) observou que o domínio funcionalidade física apresentou escores mais baixos do que a dimensão sócio-emocional, tanto em indivíduos disfônicos, como não disfônicos.

Outros estudos (HOGIKYAN; SETHURAMAN, 1997, GRILLO; PENTEADO, 2005, JARDIM; BARRETO; ASSUNÇÃO 2007b, KASAMA; BRASOLOTTO, 2007, BEHLAU; HOGIKYAN; GASPARINI, 2007, GASPARINI; BEHLAU, 2009) corroboram com os achados de Gasparini (2005), nos quais a voz parece ter maior impacto na dimensão funcionalidade física do que na sócio-emocional. Os incômodos físicos, como sensação de esforço para falar, dificuldade para falar em forte intensidade em ambiente ruidoso, parecem contribuir mais para a percepção do impacto vocal negativo na qualidade de vida relacionada à voz, do que fatores relacionados ao componente sócio-emocional.

De acordo com Jardim, Barreto e Assunção (2007b) parece existir uma hierarquia no impacto de cada domínio na qualidade de vida, sendo que, na maioria das doenças, a funcionalidade física afeta o psicológico e este, o social.

Para Smith, Avis e Assmann (1999) qualidade de vida e estado de saúde são conceitos diferentes, porém são utilizados como sinônimos na literatura médica. Para os autores, três grandes dimensões – saúde mental, funcionalidade física e funcionamento social influenciam na percepção da qualidade de vida e do estado de saúde. Assim, a dimensão saúde mental/bem-estar psicológico está mais relacionado com QV, enquanto o domínio funcionalidade física associa-se mais à percepção do estado de saúde.

No estudo de Jardim, Barreto e Assunção (2007b) as autoras comentam que, apesar da elevada prevalência de cansaço vocal entre professores, os escores do QVV não refletiram a influência esperada destes sintomas na qualidade de vida relacionada à voz das professoras pesquisadas. Porém, outro protocolo psicométrico aplicado na mesma população (GHQ-12) revelou que os professores estão adoecendo psicologicamente. Na análise estatística houve associação entre os escores de transtorno mental de GHQ-12 obtidos pelos professores e os escores da dimensão sócio-emocional do QVV. Para as autoras, há uma importante relação entre estresse, emoção e voz.

De acordo com Beck, Budó e Gonzáles (1999) esforços são empreendidos na busca de desenvolver medidas numéricas que possam expressar as várias dimensões do indivíduo e as medidas de bem-estar nas análises de QV. Cada pessoa coloca um valor diferente na importância dessas várias dimensões, tornando difícil juntar todas estas dimensões para avaliar a qualidade de vida de uma pessoa. Na construção de instrumentos de avaliação de QV, cada vertente de pesquisa busca compreender o conceito de qualidade de vida na sua área de atuação e tenta resolver questões metodológicas para sua mensuração. O que há em comum entre os protocolos é o reconhecimento da multidimensionalidade.

Tanto o protocolo IDV, quanto o protocolo QVV, são questionários baseados nas diretrizes da ICIDH (OMS, 1989) que propõem a avaliação das consequências das doenças sob o ponto de vista do avaliado, utilizando-se de uma escala de cinco pontos. O impacto negativo da voz na qualidade de vida dos professores pesquisados parece ser leve, embora haja diferenças significativas entre GI e GII. Os valores absolutos apresentados pelos protocolos e a pontuação dos subdomínios e das sub-escalas, quando interpretados, apresentaram informações sobre a dinâmica da relação da qualidade de vida e voz. Pôde-se observar que a dimensão física do indivíduo parece influenciar mais negativamente a qualidade de vida dos professores do que questões funcionais e emocionais.

A seguir, serão discutidos os resultados do protocolo PPAV aplicado nos professores.

O protocolo PPAV é uma escala analógica visual de 10 cm. De acordo com a pesquisa de Ma e Yiu (2007) uma escala constituída por uma linha contínua não

induz o participante a responder sempre do lado esquerdo, obtendo assim menores pontuações.

Os idealizadores do PPAV (MA; YIU, 2001) ressaltaram que a concepção do protocolo é diferente do IDV, pois o PPAV considera a limitação da atividade (incapacidade) e a participação restritiva (desvantagem) separadamente. Enquanto a construção do IDV é baseada na ICIDH, a construção do protocolo PPAV foi baseada na ICIDH-2 Beta-1 (posteriormente esta versão deu origem a CIF).

A ICIDH apresentou várias revisões ao longo dos anos e, após versões e numerosos testes, em 2001, a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a “International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF) (FARIAS; BUCHALLA, 2001).

A versão do ICF foi traduzida em Língua Portuguesa com o título Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF (OMS, 2003).

De acordo com Farias e Buchalla (2005) a CIF descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não pode fazer na sua vida diária”, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive.

Ma e Yiu (2002) fornece uma explicação prática sobre a contextualização do modelo ICIDH e CIF nas alterações vocais apresentada pelos professores. Conforme os autores explicam um pólipso na prega vocal é uma deficiência. A incapacidade é definida como a limitação ou falta de habilidade na realização de atividades diárias. Desvantagem é definida como o impacto da deficiência ou da incapacidade nos aspectos sociais, econômicos ou no meio ambiente. Assim, um professor com um pólipso não pode falar em forte intensidade, isto evidencia uma limitação no exercício de sua profissão. Se o professor tem que mudar, de profissão devido à inabilidade de falar em forte intensidade, esta restrição na participação conduz o professor a consequências econômicas e sociais, o que se traduz em desvantagem. No modelo da CIF, deficiência é claramente entendida como deficiência de estrutura e deficiência de função. O termo “restrição de atividade” é

utilizado como sinônimo de “incapacidade” (disabilities) e “limitação da atividade” é empregado como “handicap”, ou seja, desvantagem.

Quanto aos resultados do PPAV, foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre GII e GI quanto à severidade do problema vocal. Para GII a auto-percepção da severidade do problema da voz é maior do que para o GI (Tabela 8).

A média do escore total do PPAV foi significativamente maior em GII (55,4) do que em GI (14,6) (Tabela 8). Os professores de GII sentiram mais impacto da voz em suas atividades diárias.

Os valores encontrados em GII são similares aos valores apresentados por professores na pesquisa de Ma e Yiu (2002): 69,77. Já os valores de GI são similares à média encontrada no grupo controle de Ma e Yiu (2002): 16,9. No estudo de Ma e Yiu o grupo de professores foi constituído por docentes que se inscreveram para participar de um workshop vocal.

No estudo de Ilömaki et al. (2008) os resultados da média dos escores do PPAV não foram diferentes entre grupo de professores que tinham alterações laríngeas, grupo de professores que não tinham alterações laríngeas e grupo controle. Entretanto, os autores ressaltam que o desvio padrão encontrado nos três grupos foi amplo.

Ainda com relação à tabela 8, nota-se que a voz para GII teve impacto estatisticamente significativo na severidade do problema vocal, nas sessões trabalho, comunicação diária, comunicação social e emoção, bem como a pontuação da restrição e limitação de cada sessão.

Neste presente estudo, as médias de escores obtidos por GII nas sessões do PPAV foram: severidade (2,8); trabalho (7,4); comunicação diária (23,6); comunicação social (6,1) e emoção (15,5). Estas médias estão abaixo dos valores reportados por Ma e Yiu (2001): auto-percepção do problema da voz, 6,23 (máximo de 10 pontos); efeito no trabalho, 17,22 (máximo de 40 pontos); efeito na comunicação diária, 50,88 (máximo de 120 pontos); efeito na comunicação social, 12,47 (máximo de 40 pontos) e efeito na emoção 27,33 (máximo de 70 pontos).

Na pesquisa de Defino-Iqueda (2006) os valores da auto-percepção do professor, quanto à severidade do problema vocal e quanto à limitação da

participação e participação restritiva, revelaram-se baixos nas sessões: trabalho, comunicação diária, comunicação social e na manifestação das emoções. Defino-lqueda concluiu que os professores não sentem impacto da alteração vocal em suas atividades diárias.

De acordo com a tabela 8, os valores de limitação e de restrição de atividades foram maiores para os professores de GII do que GI. Este dado sugere que os professores que referiram alteração vocal podem enfrentar maiores problemas quanto à limitação de suas atividades, devido a problemas de voz e até mesmo restringir suas atividades docentes, tendo que se afastar da sala de aula.

Quando se comparou as médias das sessões do PPAV entre si, observou-se que em GII o impacto vocal na realização de atividades diárias é o mesmo na sessão trabalho, comunicação diária e emoção, sendo a comunicação social menos afetada do que as áreas acima. Em GI não houve diferenças significantes entre as sessões. Estes dados indicam que a utilização da voz tem um impacto negativo maior no trabalho, na comunicação diária e na comunicação das emoções do que no processo de socialização e de interação do professor com seus familiares, amigos e colegas. Em GI observou-se que nenhuma sessão predominou sobre a outra, indicando que no grupo de professores sem queixa vocal, não há impacto da voz nestas sessões (Tabela 11).

Foram comparados os escores de limitação e restrição dentro de cada grupo (GI e GII), observou-se que a média dos escores de limitação foram maiores do que a dos escores de restrição (Tabela 12). Este dado também foi encontrado por Ma e Yiu (2002) no estudo com professores. De acordo com o estudo de Ma e Yiu (2002) a pontuação de limitação em professores foi maior na sessão trabalho, quando comparada às outras sessões. Neste presente estudo realizado com 97 professores não foi pesquisado qual sessão apresentava maior pontuação para restrição e para limitação.

O estudo de Roy (2004) ilustra a restrição de atividade docente. Dos 1.243 professores pesquisados, 20% referiram ter faltado ao trabalho devido a problemas de voz.

De acordo com Sataloff (1997) uma limitação vocal prejudica a atuação profissional do professor, podendo tornar o exercício de sua profissão impraticável.

A restrição ou limitação da atividade docente devido à alteração vocal é denominada de distúrbio da voz relacionado ao trabalho. Uma proposta de instrução normativa foi encaminhada ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) para incluir o Distúrbio da Voz relacionado ao trabalho ao Manual de Doenças relacionadas ao trabalho (CONSENSO, 2004).

Para os professores, o importante é ter voz. Alterações vocais leves parecem não restringir a atividade docente. Neste presente estudo, a maioria dos professores classificou sua alteração vocal como leve e apenas 18,4% dos professores referiram ter restringido sua atuação profissional devido a problemas de voz. A pesquisa de Jardim, Barreto e Assunção (2007b) realizada com 2.133 professores da rede municipal de Belo Horizonte apontou que 30% dos professores já se afastaram da sala de aula devido a problemas vocais.

Mesmo os professores que não referiram alterações vocais perceberam que a voz pode limitar sua atuação profissional (Tabela 12). Provavelmente, esta limitação profissional percebida pelos professores, tanto por GI quanto por GII, tem relação com a sintomatologia e sensações de alterações vocais reportadas pelos docentes.

Para diminuir a sintomatologia e as sensações de alterações vocais referidas pelos professores é necessário que existam programas de saúde vocal que habilitem o professor a utilizar adequadamente sua voz.

Habilitando o professor a utilizar melhor a sua voz, minimizando os desconfortos físicos, promove-se qualidade de vida e conseqüentemente melhores condições de trabalho.

Penteado (2007) sugere que as ações de promoções da saúde vocal de professores sejam organizadas de forma a contribuir para o desenvolvimento da capacidade de atenção, percepção e reconhecimento da própria voz e das suas qualidades, das mudanças e transformações vocais passíveis de serem notadas, pelo professor, nas diversas relações sociais e nos variados contextos cotidianos do uso da voz.

Ferreira et al. (2009) em estudo sobre as leis brasileiras de saúde vocal do professor declarou que deve haver integração entre o trabalho da educação e saúde, áreas que, embora mantenham estreita interface, ainda trabalham de forma

isolada na gestão e desenvolvimento de ações. As leis de saúde vocal aproximam estrategicamente essas duas áreas em direção ao que a Organização Pan-americana de Saúde denomina de escolas promotoras de saúde. A idéia de escolas promotoras de saúde é que a instituição escolar seja também um espaço educativo para a saúde, no cultivo de estilos de vida saudáveis, com repercussão para alunos e comunidade. Desta forma, professores também estariam sendo cuidados e capacitados para essa nova proposta. Dentro do escopo da saúde, a voz ocupa lugar importante, tanto para professores, quanto para alunos e deve ser preservada e aperfeiçoada.

Afinal, saúde é a condição necessária para que todo ser humano possa ir em busca de suas necessidades, tornando-se pleno e único, satisfeito e motivado, tanto na sua vida pessoal, como na sua vida profissional.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Neste estudo, realizado com 97 professores da rede municipal de Bauru, foi observado que 39,8% dos docentes relataram alterações vocais.

Quando foram comparadas medidas de qualidade de vida e voz utilizando-se os protocolos psicométricos IDV, QVV e PPAV entre o grupo de professores que relatou alteração vocal e o grupo que não relatou alterações vocais, foi observado que os professores com queixa vocal perceberam mais impacto negativo na sua qualidade de vida e no exercício de suas atividades em todos os domínios apresentados pelos protocolos.

Na análise do IDV notou-se que os professores que referiram alterações vocais perceberam desvantagem vocal e, conseqüentemente, impacto psicossocial em suas vidas, no domínio físico, emocional e funcional, quando comparados aos professores sem queixa vocal. Quanto às sub-escalas, a dimensão orgânica predominou sobre os outros nos dois grupos pesquisados.

Quanto ao protocolo QVV, pode-se dizer que os dois grupos de professores possuem uma boa qualidade de vida e voz. Porém, quando os resultados foram comparados entre os grupos, a medida de QVV total e de seus domínios funcionalidade física e sócio-emocional foi menor para o grupo com queixa, demonstrando impacto na qualidade de vida e voz. O domínio funcionalidade física apresentou medidas numéricas menores em relação ao sócio-emocional nos dois grupos.

A comparação das medidas do PPAV entre os grupos demonstrou que os professores que relataram alterações vocais, perceberam maior severidade do problema da voz e impacto deste problema no exercício de suas atividades profissionais no seu dia-dia, na vida social e na comunicação de suas emoções. A comparação entre os domínios do PPAV no grupo com queixa mostrou diferenças significativas, sendo que os professores perceberam que a voz causa impacto igual tanto na sessão trabalho, quanto na comunicação diária e na comunicação de suas emoções. Os professores dos dois grupos perceberam que uma alteração de voz limita sua atuação profissional mais do que incapacita o exercício da profissão.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. G.; FRANÇA A. C. L - Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. **Rev Adm**, v. 33, n.2, p. 40-51, abr./jun. 1998.

AMIRALIAN, M.L.T. et al. Conceituando deficiência. **Rev Saúde Públ**, v. 34, n. 1, p. 97-103, fev. 2000.

ARAUJO, et al. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Rev Bah Saúde Públ**, v. 29, p. 6-21, jan./jun. 2005.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO PAULISTA (BEPa) - Distúrbio de voz relacionado ao trabalho n. 26, 2006. Disponível em www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa26.htm. Acesso em: 10 out. 2008.

BECK, C. L. C; BUDÒ, M. L. D.; GONZALES, R. M. B. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professores de enfermagem – elementos para reflexão. **Rev Esc Enf USP**, v. 33, n. 4, p. 348-354, 1999.

BEHLAU, M.; PONTES, P. **Avaliação e tratamento das disfonias**. São Paulo: Lovise, 1995. 312 p.

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. cap.1, 2001b.

BEHLAU, M.; AZEVEDO, R.; MADAZIO, G. Avaliação fonoaudiológica. In. BEHLAU, M. (Org). **Voz: o livro do especialista**, v. 1. São Paulo: Lovise. cap. 3, 2001a.

BEHLAU, M. et al. Voz Profissional: Aspectos Gerais e Atuação Fonoaudiológica. In. BEHLAU, M. (Org). **Voz: o livro do especialista**, v. 1. São Paulo: Lovise. cap. 12, 2001.

BEHLAU, M. et al. Voz Profissional: aspectos gerais e atuação fonoaudiológica. In. BEHLAU, M. (Org). **Voz: o livro do especialista**, v. 2. Rio de Janeiro: Revinter. cap. 12, 2005.

BEHLAU, M.; HOGYKIAN, N.; GASPARINI, G. Quality of life and voice: study of a brasilian population using the voice-related quality of life measure. **Folia Phoniatr Logop**, v. 59, p. 286-289, 2007.

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

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de *bornout* em professores: um estudo epidemiológico. **Arq Méd**, v. 7, n. 2, p. 43-53, jun. 2004.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 13. ed. São Paulo: Àtica, 2003.

CODO, W. (Org). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1999.

CONSENSO Nacional Sobre Voz Profissional: Voz e trabalho: Uma Questão de Saúde e Direito do Trabalhador. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.sborl.org.br/consenso2004_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2008.

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

DELCOR, N. S. et al. L. Condições de trabalho e saúde de professores da rede particular de ensino em Vitória da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Públ**, v. 20, n. 1, p. 187-196, jan./fev. 2004.

DEJOURS C.A. **A Loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Oboré, 1987.

DESCRITORES EM CIÊNCIA DA SAÚDE – Biblioteca virtual saúde. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver>>. Acesso em: jan. 2009.

DRAGONE, M. L. O. S. - **O Despertar da relação consciente com a voz na formação inicial do professor: efeitos na prática docente**. Tese (Doutorado em Educação). UNESP, Araraquara, 2007.

DUDEL, J.; KLINKE, R. Fisiologia geral dos órgãos dos sentidos: psicofísica. In: SCHMIDT, R.: **Fisiologia sensorial**. São Paulo: Edusp, 1980.

ESTEVES, J. M. **O mal-estar docente. a sala de aula e a saúde dos professores**. São Paulo: EDUSC, 1999 .

FARIAS, M.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FERREIRA, L. P. et al. Condições de produção vocal de professores da prefeitura do município de São Paulo. São Paulo: **Disturb Comum**, v. 14, n. 2, p. 275-307, jun. 2003.

FERREIRA, L. P. et al. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: proposta de um instrumento para avaliação de professores –São Paulo: **Disturb Comum**, v. 19, n. 1, p. 127-136, abr. 2007.

FERREIRA, L. P. et al. Políticas públicas e voz do professor: caracterização das leis brasileiras. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v. 14, n. 1, p. 1-7, 2009.

FLECK, M. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL/breve". **Rev Saúde Públ**, v. 34, p. 178-183, 1999.

FLECK, M. P. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciêñ Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 3-38, 2000.

FUESS, V. L. R.; LORENZ, M. C. Disfonia em professores do ensino municipal: prevalência e fatores de risco. **Rev Bras Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 69, n. 6, nov./dez. 2003.

FRANIC, D. M.; BRAMLETT, R. E.; BOTHE, A. C. Psychometric evaluation of disease specific quality of life instruments in voice disorders. **J Voice**, v. 19, n. 22, p. 300-315, 2005.

FRANÇA, A. C. L. **Indicadores empresarias de qualidade de vida: esforço empresarial e satisfação dos empregados no ambiente de manufaturas com certificação ISO 9000**. 1996. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 1996.

GASPARINI, G. G. O. **Validação de Avaliação de Qualidade de Vida e Voz (QVV)**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

GASPARINI, G.; BEHLAU, M. Quality of life: validation of the brazilian version of the voice-related quality of life (V-RQOL) measure. **J Voice**, v. 23, n. 1, p. 76-81, jan. 2009.

GLIKLICH, R. E.; GLOVSKY, R. M.; MONTGOMERY, W. M. Validation of a outcome survey for unilateral vocal cord paralysis. **Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 120, n. 2, p. 153-158, Fev. 1999.

GILL, T. M.; ALVAN, M. D; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of life. **JAMA**, n. 272, p. 619-626, 1994.

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

GRILLO, M. H. M. M. Proposta para o aperfeiçoamento vocal para professores. In: FERREIRA, L. P. **Saúde Vocal - Práticas Fonoaudiológicas**. São Paulo: Roca, 2002.

GUIMARÃES, I.; ABBERTON, E. An investigation of the voice handicap index with speakers of portuguese: preliminary data. **J Voice**, v. 18, n. 1, p. 71-82, Mar. 2004.

HAMMOND, T. et al. The intermediate layer: a morphologic study of the elastin and hyaluronic acid constituents of normal human vocal folds. **J. Voice**, v. 11, n. 1, p. 59-66, 1997.

HOGIKYAN, N.D.; SETHURAMAN, D. Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL) **J Voice**, v. 13, n. 4, p. 557-569, Dec. 1999.

IERVOLINO, S.A. **Escola Promotora de Saúde – um projeto de qualidade de vida**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ILOMÄKI, I. et al. Relationships between self-evaluations of voice and working conditions, background factors, and phoniatic findings in female teachers. **Logoped Phoniatr Vocol**, v. 34, n. 1, p. 20-31, 2009.

JACOBSON, B. H. et al. The voice handicap index: development and validation. **Am J Speech Lang Pathol**, v. 6, n. 3, p. 66-70, Aug.1997.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Psicol Soc**, v. 15, n. 1, p. 97-116, jan./jun. 2003.

JARDIM, R.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Voice Disorder: case definition and prevalence in teachers. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n. 4, p.625-636, 2007a.

JARDIM, R.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. **Cad Saúde Públ**, n. 23, n. 10, p. 2439-2461, out. 2007b.

JOTZ, G. P. et al. Acurácia do VHI na diferenciação do paciente disfônico e não disfônico. **Arqu Internat Otorrinolaringol**, v. 8, n. 3, jul./set. 2004.

JULIÃO, P. **Qualidade de vida no trabalho – avaliação em empresa do setor automobilístico a partir do clima organizacional e do sistema da qualidade baseado na especificação técnica ISO/TS 16.949**. São Paulo. Trabalho de Conclusão de Curso TCC (Administração de Empresas) - Faculdade de Economia Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

KASAMA, S. T.; BRASOLOTTO, A. Percepção vocal e qualidade de vida. **Pro-Fono**, v. 19, n. 1, p. 19-28, set./dez. 2007.

KOOIJMAN, P. G. C. et al. Psychosocial impact of the teachers's voice through the career. **J Voice**, v. 21, n. 3, p. 316-324, May 2007.

KOOIJMAN, P.G.C. et al. Muscular tension and body posture in relation to voice handicap and voice quality in teachers with persistent voice complaints. **Folia Phoniater Logop**, v. 57 n. 3, p.134-147, May/Jun. 2005.

LIMA, M. F. B. **Sintomas vocais, alterações da qualidade vocal e laríngea em professores: análise de instrumentos**. 2008. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2008.

MA, E. P.; YIU, E. M. Voice activity and participation profile: assessing the impact disorders on daily activities. **J Speech Lang Her Res**, v. 44, n. 3, p. 511-524, jun. 2001.

MA, E. P.; YIU, E. M. Voice activity limitation and participation restriction in the teaching professing: the need for preventive voice care. **J Med Speech Lang Pathol**, n.1, Mar. 2002.

MA, E. P.; YIU, E. M. Scaling voice activity limitation and participation restriction in dysphonic individuals. **Folia Phoniater Logop**, v. 59, n. 2, p. 74-82, 2007.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced Burnout. **J Occu Behav**, v. 2, p. 99-113, 1981.

MASLOW, A. H. **Motivación y personalidad**. Barcelona: Sagitário S. A. De Edicione y Distribucione, 1954.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida: um debate necessário. **Ciêñ Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MURRY, T. et al. The relationship between ratings of voice quality and quality of life measures. **J. Voice**, v. 18, n. 2, p. 183-192, Jun. 2004.

OLIVEIRA, I. et al. Distúrbios Vocais em professores da pré-escola e primeiro grau. In: FERREIRA LP (org) **Voz Profissional: o profissional da Voz**. 2. ed. São Paulo: Pró-Fono. 1998. cap. 14. 210 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps)**: um manual de classificação das conseqüências das doenças. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: jan. 2009.

PRECIADO-LÓPEZ et al. Epidemiological study of voice disorders among teaching professionals of La Rioja, Spain. **J Voice**, v. 22, n. 4, p. 489-508. 2008.

PENTEADO, R. Z.; PEREIRA, I. M. T. B. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. **Rev Saúde Públ**, v. 41, n. 2, p. 236-243, 2007.

PORDEUS, A. M. J.; PALMEIRA, C. T.; PINHO, V. C. V. Inquérito de prevalência de problemas da voz em professores da universidade de Fortaleza. **Pró-Fono**, v. 8, n. 2, p. 15-30, 1996.

RODRIGUES, S.; AZEVEDO, R.; BEHLAU, M. Considerações sobre a voz falada. In: MARCHESAN, I. Q.; ZORZI, J. L.; GOMES, L. C. D. (Org.). **Tópicos em Fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1996.

RICARTE, A.; GASPARINI, G.; BEHLAU, M. **Validação do protocolo perfil de participação atividade vocais (PPAV) no Brasil**. In: Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, 14., **Anais...** 2006.

ROSEN, C. A.; MURRY, T. Voice handicap index in singers. **J Voice**, v. 14, n. 3, p. 370-377, 2000.

ROY, N. et al. An evaluation of the effects of two treatment approaches for teachers with voice disorders: a prospective randomized clinical trial. **J Speech Lang Hear Res**, v. 44, p. 286-296, Apr. 2001.

ROY, N. et al. Voice amplification versus vocal hygiene instruction for teachers with voice disorders; a treatment outcomes study. **J Speech Lang Hear Res**, v. 45, p. 625-638, Aug. 2002.

ROY, N. et al. Three treatments for teachers with voice disorders: a randomized clinical trial. **J Speech Lang Hear Res**, v. 46, p. 670-688, Jun. 2003.

ROY, N. et al. Prevalence of voice disorders in teachers and the general population. **J Speech Lang Hear Res**, v. 47, p. 281-293, 2004.

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

SANTOS, L. M. A.; BEHLAU, M.; GASPARINI, G. Validação da versão brasileira do protocolo do índice de desvantagem vocal (IDV). In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE, 1., São Paulo. **Anais...** São Paulo. 2007.

SATALOFF, R. T. Voice and speech impairment and disability. In: **Professional Voice: The science and art of clinical care**. San Diego: Singular, 1997.

SCHWARZ, K.; CIELO, C. A. A voz e as condições de trabalho de professores de cidades pequenas do Rio Grande do Sul. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v. 10, n. 2, p. 83-90, 2005.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos metodológicos e conceituais. **Cad Saúde Públ**, v. 20, p. 580-589.2004.

SMITH, E. et al. Frequency and effects of teacher's voice problems. **J Voice**, v. 11, n. 1, p. 81-87, 1997.

SMITH, E. et al. Voice problems among teachers: differences by gender and teaching characteristics. **J Voice**, v.12, n. 3, p. 328-334, Sept. 1998.

SMITH, K. W.; AVIS, N. E.; ASSMANN, S. F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research. **Qual Life Res**, v.8, n. 5, p. 447-459, Aug. 1999.

SIMÕES, M.; LATORRE, M. R. D. O. Alteração vocal em professores: uma revisão. **J Bras Fonoaudiol**, v. 311, p. 127-134, abr./jun. 2002.

SIMÕES, M.; LATORRE, M. R. D. O. Prevalência de alteração vocal em educadoras e sua relação com a auto-percepção. **Rev Saúde Públ**, v. 40, n. 6, p. 1013-1018, 2006

SONNENBERG, L. L. **A therapeutic approach for improved vocal performance in individuals in teaching occupations**. 2005. Tese (Doutorado) - University of North Carolina, Greensboro, 2005.

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

SCHWARZ, K.; CIELO, C. A. A voz e as condições de trabalho de professores de cidades pequenas do Rio Grande do Sul. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v. 10, n. 2, p. 83-90, 2005.

TAVARES, E. L. M.; MARTINS, R. H. G. Vocal evaluation in teachers with or without symptoms. **J Voice**, v. 21, n. 4, p. 407-414, 2008.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World health Organization. **Soc Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585,1998.

THOMÉ, C. R. **A voz do professor: relação entre distúrbio vocal e fatores psicossociais do trabalho**. 2000. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

VELARDE-JURADO, E.; AVILA-FIGUEIROA, C. Evaluación de La calidad de vida. **Salud Públ México**, v. 44, n. 4, jul./ago. 2002.

VERDOLINI, K.; RAMING, L. O. Review: Occupational risks for voice problems. **Logoped Phoniatr Vocol**, v. 26, n. 1, p. 37-46, 2001.

ANEXOS

ANEXO A – Autorização da Secretaria de Educação do Município de Bauru **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BAURU**

Estado de São Paulo

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

Fone – (014) 3234-1977

End. Rua Padre João nº 8-48- Altos da Cidade

CEP: 17014-003

Autorização

A Secretaria Municipal da Educação, por meio do Departamento Pedagógico, autoriza a pesquisadora Janaína Gheissa Martinello, aluna de Mestrado em Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru FOB - USP, a realizar junto as Unidades de Ensino, o projeto intitulado **“Avaliações Psicométricas de Qualidade de Vida e Voz em Professores da Rede Municipal de Bauru”**, sob a orientação do Profr. Dr. José Roberto Pereira Lauris.

Sem mais,

Atenciosamente.

Bauru, 08 de novembro de 2007.

Maria de Castro Alves Corrêa
RG. 18.036.711-0
Coordenadora de Área de Pesquisa e Projetos

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru
Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

Comitê de Ética em Pesquisa (14)3235-8356
e-mail: mferrari@fob.usp.br

Processo nº 169/2007

Bauru, 13 de dezembro de 2007.

Senhor Professor,

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado "**Avaliações psicométricas de qualidade de vida e voz em professores da rede municipal da cidade de Bauru**", de autoria de Janaína Gheissa Martinello, que será desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de 28 de novembro de 2007 o parecer do relator, **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes.

Informamos que após o envio do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final, que será utilizado para publicação do trabalho.

Atenciosamente,

Profª Drª Maria Teresa Atta
Coordenadora

Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris
Docente do Departamento de Fonoaudiologia

ANEXO C – Voz do Professor

Prezado professor: O questionário abaixo tem como objetivo fazer um levantamento das condições da voz do professor. Por gentileza, responda todas as questões fazendo um x no local indicado ou completando, quando solicitado.

I – IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1	Código do entrevistado (não preencher):
2	Escola:
3	Data: / /

II – IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

4	Nome:		
5	Data de nascimento: / /		
6	Sexo: 0. () feminino 1. () masculino		
7	Estado Civil:		
	1. () solteiro	3. () separado, desquitado ou divorciado	
	2. () casado ou qualquer forma de união	4. () viúvo	
8	Escolaridade:		
	1. () superior completo; curso:	4. () médio completo	6. () fundamental completo
	2. () superior em andamento; curso:	5. () médio incompleto	7. () fundamental incompleto
	3. () superior incompleto	8. () outro:	

III – SITUAÇÃO FUNCIONAL

9	Há quanto tempo você é professor?				
10	Em quantas escolas você já trabalhou em toda sua carreira?				
11	Em quantas escolas você trabalha atualmente?				
12	Além da escola, trabalha em outro local?	0. () não 1. () sim			
	12.1 Se sim, onde trabalha e o que faz?				
13	Há quanto tempo você atua nesta escola?				
14	A escola é	Municipal	Estadual	Federal	Particular
	1. () educação infantil				
	2. () ensino fundamental				
	3. () ensino médio				
	4. () ensino superior				
15	Qual o seu vínculo na escola?				
	1. () Professor efetivo	5. () Coordenador pedagógico			
	2. () Professor substituto	6. () Assistente de diretoria			
	3. () Professor readaptado temporariamente	7. () Diretor			
	4. () Professor readaptado definitivamente	8. () Outros. Qual?			
	4.1 Se readaptado, por qual motivo?				
	4.2 Se readaptado, há quanto tempo?				
16	Qual(is) atividade(s) você desempenha atualmente na escola?				
	1. () leciona	5. () responsável pelo planejamento pedagógico			
	2. () faz trabalho administrativo	6. () é responsável pela biblioteca			
	3. () cuida do recreio/entrada	7. () outro. Qual?			
	4. () atende público				
17	Quantas horas por semana você permanece com os alunos?				
	1. () menos de 10 horas	4. () de 30 a 40 horas			
	2. () de 10 a 20 horas	5. () mais de 40 horas			
	3. () de 20 a 30 horas				
18	Seu ambiente de trabalho é calmo?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei			
19	Você tem bom relacionamento com:				
	1. seus colegas	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei			
	2. a direção da escola	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei			
	3. os alunos	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei			

	4. os pais dos alunos	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
20	Você tem liberdade para planejar e desenvolver as atividades? 0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei	
21	Há supervisão constante?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
22	O ritmo de trabalho é estressante?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
23	Você tem tempo para desenvolver todas suas atividades na escola? 0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei	
24	Você costuma levar trabalho para casa?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
25	Existe local adequado para descanso dos professores na escola?	0. () não 1. () sim
26	Em caso de necessidade, você tem facilidade para se ausentar da sala? 0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei	
	Quanto ao ambiente físico da escola:	
27	A escola é ruidosa ?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
28	Se o local é ruidoso, o barulho vem:	
	1. () do pátio da escola	4. () de obras na escola 7. () de aparelho de som / TV
	2. () da própria sala	5. () da rua 8. () outros:
	3. () de outras salas	6. () da voz das pessoas
29	O ruído observado é forte?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
30	O ruído observado é desagradável?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
31	A acústica da sala é satisfatória?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
32	A sala tem eco?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
33	Há poeira no local?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	33. 1. Se sim, de que tipo?	
34	Há fumaça no local?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	Se sim, de que tipo?	
35	Há umidade no local?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
36	A temperatura da escola é agradável?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	36.1. Por que?	
37	O tamanho da sala é adequado ao número de alunos?	0. () não 1. () sim
38	Há espaço suficiente para sua movimentação?	0. () não 1. () sim
39	Os móveis (lousa, mesa) são adequados à sua estatura?	0. () não 1. () sim
40	Você realiza esforço físico intenso?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
41	Você carrega peso com frequência?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
42	O local tem iluminação adequada?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
43	A limpeza da escola é satisfatória?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
44	Há condição de higiene adequada nos banheiros?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
45	Produtos de limpeza utilizados na escola lhe causam irritação?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	Se sim, descreva que tipo de irritação:	
46	Há comprometimento dos funcionários com a manutenção e organização da escola?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei

47	Há material de trabalho adequado?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
48	Há material de trabalho suficiente?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
49	Você tem satisfação no desempenho da sua função na escola?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	Você considera seu trabalho:	
50	1. monótono	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
51	2. repetitivo	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
52	Há estresse em seu trabalho?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
53	Assinale quais das situações de violência relacionadas abaixo já ocorreram na escola e com que frequência:	
	1. depredações	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	2. roubo de objetos pessoais	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	3. roubo de material da escola	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	4. ameaça ao professor	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	5. intervenção da polícia	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	6. manifestação de racismo	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	7. indisciplina em sala de aula	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	8. brigas	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	9. agressões	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	10. tiros	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	11. insultos	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	12. violência à porta da escola	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	13. violência contra os funcionários	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	14. problemas com drogas	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	15. pichações	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
54	Você acha que os fatores do ambiente de trabalho interferem na sua vida pessoal ou em sua saúde?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
55	Quanto tempo, em média, você leva (independentemente do transporte):	
	1. de casa para o trabalho?	
	2. do trabalho para casa?	
	3. de um trabalho para outro (caso trabalhe em mais de um lugar)?	

IV – ASPECTOS GERAIS DE SAÚDE

56	Em relação ao seu estado geral de saúde, você costuma ter:	
	1. problemas digestivos	
	1.1. azia	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	1.2. refluxo	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	1.3. gastrite	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei

1.4. outro:	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
2. problemas hormonais	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
Se sim, qual/quais?	
3. problemas na coluna	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
Se sim, qual/quais?	
4. problemas dentários	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
Se sim, qual/quais?	
5. problemas circulatórios	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
Se sim, qual/quais?	
6. problemas emocionais	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
Se sim, qual/quais?	
Se sim, faz tratamento?	
0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei	
7. problemas respiratórios	
7.1. rinite	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
7.2. sinusite	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
7.3. amigdalite	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
7.4. faringite	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
7.5. laringite	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
7.6. bronquite	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
7.7. asma	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
7.8. resfriados	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
7.9. outros	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
Se sim, qual/quais?	
8. problemas de audição	
8.1. dificuldade para ouvir	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
8.2. dor de ouvido	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
8.3. incômodo a sons ou ruídos	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
8.4. zumbido	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
8.5. tonturas/vertigens	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
9. outros problemas de saúde	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
Se sim, qual/quais?	
57	Você apresenta problema na fala ?
	0. () não 1. () sim
Se sim, que problema é esse?	

58	Quanto à sua menstruação	
	1. você tem tensão pré-menstrual	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	2. o ciclo é regular	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	3. você está na menopausa	0. () não 1. () sim 2. () não menstruo por outras razões
	4. você faz reposição hormonal	0. () não 1. () sim
59	Você toma medicamentos ?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	Se assinalou sempre na questão anterior, informe quais são e para que servem os medicamentos que toma?	

V - HÁBITOS

60	Você fuma ?	0. () não 1. () sim
	Se sim, 1. Quantos cigarros consome por dia, em média? 2. Há quanto tempo tem este hábito?	
61	Você já fumou?	0. () não 1. () sim
	Se sim, 1. Fumava quantos cigarros por dia? 2. Há quanto tempo parou?	
62	Você consome bebida alcoólica ?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	Se sim, 1. Que tipo de bebida? 2. Quanto consome, em média, por semana?	
63	Você costuma beber água durante o dia?	0. () não 1. () sim
	1. Além de água, você costuma beber outros líquidos (café, chá, suco, refrigerantes, etc.) durante o dia? 0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei	
	2. Quantos copos ingere, em média, de água ou outros líquidos por dia?	
64	Quanto aos seus hábitos alimentares :	
	1. Quantas refeições você faz por dia?	
	2. Você costuma se alimentar em horários regulares? 0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei	
	3. Você evita algum tipo de alimento?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	Se sim, qual (is) dos alimentos relacionados abaixo você costuma evitar?	
	3.1. () alimentos duros (por exemplo, carne, cenoura crua)	3.3. () alimentos condimentados (muito temperados)
	3.2. () alimentos gordurosos	3.4. () alimentos derivados do leite
	3.5. () outros, qual(is)?	
	4. Ao abrir a boca ou mastigar, você nota:	
	4.1. estalos	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	4.2. sensação de areia	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	4.3. desvio de queixo	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	4.4. dificuldade para abrir a boca ou morder o alimento	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	5. Quanto tempo antes de dormir você faz sua última refeição? 1. () até 30 minutos 2. () entre 31 e 60 minutos 3. () mais de uma hora	
65	Quanto ao seu sono :	
	1. Quantas horas, em média, você dorme à noite?	
	2. Você costuma acordar durante a noite?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei

	3. Você acorda descansado?	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
66	Em relação às atividades de lazer , assinale a frequência com que costuma frequentar os locais abaixo:	
	1. clube	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	2. casa de amigos	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	3. shopping center	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	4. igreja	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	5. parques	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	6. cinema ou teatro	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	7. barzinhos	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	8. locais para dançar	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	9. academia de ginástica	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	10. praia / sítio	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	11. outros	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei

VI – ASPECTOS VOCAIS

67	Você tem ou já teve alteração na sua voz?	0. () não 1. () sim, tive 2. () sim, tenho
68	Se você tem alteração na voz, há quanto tempo esta alteração está presente? 1. () 0 a 5 meses 2. () 6 meses a 11 meses 3. () 1 a 2 anos 4. () 3 a 4 anos 5. () mais de 4 anos	
69	Se você teve/tem alteração de voz, em sua opinião, o que a causou :	
	1. () uso intensivo da voz	6. () exposição ao frio
	2. () infecção respiratória	7. () exposição ao barulho
	3. () alergia	8. () não houve causa aparente
	4. () estresse	9. () não sei
	5. () gripe constante	10. () outros, qual/quais?
70	Se você tem/teve alteração de voz, realizou/realiza tratamento especializado para este problema? 0. () não 1. () sim, já realizei 2. () sim, realizo	
	Se sim, que tipo de tratamento foi/é esse?	
	1. () terapia fonoaudiológica	3. () cirurgia
	2. () uso de medicamentos.	4. () outros. Quais?
	Se sim, qual/quais?	
71	Se você teve/tem alteração de voz, o início do problema foi: 1. () brusco 2. () progressivo 3. () vai e volta	
72	Se você teve/tem alteração de voz, esta tem: 1. () se mantido igual 2. () melhorado 3. () piorado	
73	Se você teve/tem alteração de voz, como a definiria? 1. () alteração discreta 2. () alteração moderada 3. () alteração severa 4. () não sei	
74	Sua voz ao longo do dia costuma estar:	
	1. () rouca pela manhã e vai melhorando	4. () rouca de manhã, vai melhorando e à noite volta a piorar
	2. () melhor de manhã e vai piorando	5. () a noite a voz não sai
	3. () de manhã a voz não sai	
75	Como as pessoas reagem quando escutam você falando?	
	1. () referem alteração de voz constante	5. () confundem sua idade

	2. () se espantam com sua voz	6. () perguntam qual é o problema
	3. () não entendem o que você diz	7. () nenhuma reação
	4. () confundem seu sexo	8. () outros. Quais?
76	Quais sintomas vocais você tem atualmente?	
	1. rouquidão	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	2. perda da voz	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	3. falha na voz	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	4. falta de ar	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	5. voz fina	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	6. voz grossa	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	7. voz variando grossa / fina	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	8. voz fraca	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	9. outros	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	Quais?	
77	Quais sensações relacionadas à garganta e à voz você tem atualmente?	
	1. picada na garganta	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	2. areia na garganta	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	3. bola na garganta	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	4. pigarro	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	5. tosse seca	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	6. tosse com catarro	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	7. dor ao falar	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	8. dor ao engolir	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	9. dificuldade para engolir	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	10. ardor na garganta	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	11. secreção / catarro na garganta	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	12. garganta seca	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	13. cansaço ao falar	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	14. esforço ao falar	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	15. outros	0. () nunca 1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
	Quais?	
78	Já faltou ao trabalho devido alterações na voz? 0. () não 1. () sim; Se sim, quantas vezes?	
	Quantos dias, em média, ficou afastado?	
79	Você está satisfeito com sua voz? 0. () não 1. () sim	
	Se não está satisfeito com sua voz, o que mudaria?	
80	Você já recebeu alguma orientação sobre cuidados com a voz? 0. () não 1. () sim	

81	O que você costuma fazer quando sua voz está alterada?	
82	Quanto aos seus hábitos vocais no trabalho , você costuma:	
1. poupar a voz quando não está com os alunos	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
2. gritar	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
3. falar muito	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
4. falar em lugar aberto	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
5. falar realizando atividades físicas	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
6. falar carregando peso	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
7. beber água durante uso da voz	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
83	Fora do trabalho , você realiza outras atividades que exigem o uso da voz?	
1. cantar em coral	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
2. cantar profissionalmente	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
3. cantar em igreja	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
4. fazer leituras públicas	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
5. participar de debates	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
6. cuidar de alunos	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
7. trabalhar com vendas	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
8. fazer gravações	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
9. dar aulas particulares	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
10. falar ao telefone	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
11. outros	0. () nunca	1. () raramente 2. () às vezes 3. () sempre 4. () não sei
84	Existem casos de alteração de voz na sua família ? 0. () não 1. () sim	
	1. Se sim, quem?	
	2. Se sim, qual o problema?	
	3 Se sim, passou por cirurgia? 0. () não 1. () sim	

Gostaria de acrescentar algum comentário?

Agradecemos sua colaboração!

Código do entrevistado (não preencher):
Data: / /

ANEXO D

Índice de Desvantagem Vocal (IDV)

Traduzido e adaptado por Dra. Mara Behlau. Centro de Estudos da Voz – CEV.

Instruções: “As afirmações abaixo são usadas por muitas pessoas para descrever suas vozes e o efeito de suas vozes na vida diária. Circule a resposta que indica o quanto você compartilha da mesma experiência”.

Observação: As letras que precedem cada número correspondem à sub-escala da afirmação, sendo: E = emocional, F = funcional e O = orgânica.

F1. As pessoas não me escutam por causa da minha voz.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

O2. Fico sem ar quando falo.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

F3. As pessoas têm dificuldade de me compreender em locais barulhentos.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

O4. Minha voz varia durante o dia.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

F5. Minha família tem dificuldade de ouvir quando chamo alguém em casa.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

F6. Uso menos o telefone do que eu gostaria por causa da minha voz.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

E7. Fico tenso quando falo com os outros por causa da minha voz.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

F8. Evito grupos de pessoas por causa da minha voz.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

E9. Os outros parecem se irritar com a minha voz.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

O10. As pessoas perguntam: “O que você tem na voz?”

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

F11. Falo menos com amigos, vizinhos e parentes por causa da minha voz.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

F12. As pessoas pedem para eu repetir o que falo.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

O13. Minha voz fica rouca e seca.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

O14. Sinto que tenho que fazer força para a minha voz sair.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

E15. Acho que os outros não entendem o meu problema de voz.

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--------------	--------------------	-----------------	---------------------	---------------

F16. Meu problema de voz limita minha vida social e pessoal.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

O17. Não consigo prever quando minha voz vai sair clara.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

O18. Tento modificar a minha voz, para ver se ela sai diferente.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

F19. Sou deixado de lado nas conversas por causa da minha voz.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

O20. Faço esforço para falar.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

O21. Minha voz é pior à noite.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

F22. Meu problema de voz me causa prejuízos econômicos.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

E23. Meu problema de voz me irrita.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

E24. Fiquei menos expansivo por causa do meu problema de voz.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

E25. Minha voz me deixa em desvantagem.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

O26. Minha voz falha no meio da fala.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

E27. Fico irritado quando as pessoas me pedem para repetir o que falei.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

E28. Fico constrangido quando as pessoas me pedem para repetir o que falei.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

E29. Minha voz me faz sentir incompetente.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

E30. Tenho vergonha do meu problema de voz.

Nunca **Quase nunca** **Às vezes** **Quase sempre** **Sempre**

Código do entrevistado (não preencher):

Data: / /

ANEXO E – Protocolo de Qualidade de Vida em Voz - QVV

Hogikyan, N.D. e Sethuraman, G. – Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). *J. Voice*, 13:557-69, 19

Validação Gasparini, Behlau – 2006

Estamos procurando compreender melhor como um problema de voz pode interferir nas atividades de vida diária. Apresentamos uma lista de possíveis problemas relacionados à voz. Por favor, responda a todas as questões baseadas em como sua voz tem estado nas duas últimas semanas. Não existem respostas certas ou erradas.

Para responder ao questionário, considere tanto a gravidade do problema, como sua frequência de aparecimento, avaliando cada item abaixo de acordo o tamanho do problema que você tem. A escala que você irá utilizar é a seguinte:

- 1 = não é um problema
- 2 = é um problema pequeno
- 3 = é um problema moderado/médio
- 4 = é um grande problema
- 5 = é um problema muito grande

Por causa de minha voz,
problema?

O quanto isto é um

	1	2	3	4	5
1. Tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em lugares barulhentos.	1	2	3	4	5
2. O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo.	1	2	3	4	5
3. Às vezes, quando começo a falar não sei como minha voz vai sair	1	2	3	4	5
4. Às vezes, fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz)	1	2	3	4	5
5. Às vezes, fico deprimido (por causa da minha voz)	1	2	3	4	5
6. Tenho dificuldades em falar ao telefone (por causa da minha voz)	1	2	3	4	5
7. Tenho problemas no meu trabalho ou para desenvolver minha profissão (por causa da minha voz)	1	2	3	4	5
8. Evito sair socialmente (por causa da minha voz)	1	2	3	4	5
9. Tenho que repetir o que falo para ser compreendido	1	2	3	4	5
10. Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz)	1	2	3	4	5

Código do entrevistado (não preencher):

Data: / /

ANEXO F – Protocolo VAPP – Voice Activity and Participation Profile

MA, E.P-M; YIU, E. M-L. Voice Activity and Participation Profile: Assessing the Impact of Voice Disorders on Daily Activities. *Journal of Speech Language, and Hearing Research*. Vol. 44. 511-52, June 2001.

Instruções: O VAPP é um protocolo elaborado para medir aspectos vocais relacionados ao trabalho, à comunicação diária e social e à emoção. Baseia-se este protocolo numa escala visual de 10 cm – representada por uma linha. **Marque um X num ponto qualquer dessa linha, como um termômetro, de modo a responder a cada questão pedida.**

SEVERIDADE DO PROBLEMA DE VOZ

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

NORMAL

SEVERO

EFEITOS NO TRABALHO

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

NUNCA

SEMPRE

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

NUNCA

SEMPRE

4- O seu problema de voz criou alguma pressão no trabalho?

NUNCA

SEMPRE

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

NUNCA

SEMPRE

EFEITOS NA COMUNICAÇÃO DIÁRIA

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

NUNCA

SEMPRE

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

NUNCA

SEMPRE

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

NUNCA

SEMPRE

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

NUNCA _____ SEMPRE

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

NUNCA _____ SEMPRE

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

NUNCA _____ SEMPRE

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

NUNCA _____ SEVERO

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

NUNCA _____ SEMPRE

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

NUNCA _____ SEMPRE

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

NUNCA _____ SEMPRE

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

NUNCA _____ SEMPRE

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

NUNCA _____ SEMPRE

EFEITO NA COMUNICAÇÃO SOCIAL

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

NUNCA _____ SEMPRE

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

NUNCA

SEMPRE

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

NUNCA

SEMPRE

21- Nos últimos 6 meses alguma vez você evitou comunicar-se com seus familiares, amigos ou colegas de trabalho por causa do seu problema de voz?

NUNCA

SEMPRE

EFEITOS NA SUA EMOÇÃO

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

NUNCA

SEMPRE

23- Você fica envergonhado com seu problema de voz?

NUNCA

SEMPRE

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

NUNCA

SEMPRE

25- Você está preocupado com seu problema de voz?

NUNCA

SEMPRE

26- Você sente insatisfeito com seu problema de voz?

NUNCA

SEMPRE

27- O seu problema de voz afeta a sua personalidade?

NUNCA

SEMPRE

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

NUNCA

SEMPRE

ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **Universidade de São Paulo****Faculdade de Odontologia de Bauru**Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679*Departamento de Fonoaudiologia*

Fone: (14) 3235-8232

Será realizada uma pesquisa com os professores da cidade de Bauru-SP com o objetivo de conhecer as condições de uso vocal destes profissionais e para que com os resultados obtidos, possam ser futuramente, desenvolvidas ações que promovam a saúde vocal desta população.

Será solicitado que você responda a quatro questionários: um deles irá investigar dados pessoais, situação funcional (pesquisando os chamados riscos ocupacionais), aspectos vocais, aspectos gerais de saúde, hábitos e antecedentes; o segundo obterá informações sobre o impacto da voz no trabalho, na comunicação diária e em atividades sociais e emocionais; o terceiro irá realizar um levantamento entre a relação da voz e a qualidade de vida e o quarto questionário irá verificar se uma possível alteração vocal poderia acarretar uma desvantagem ao exercer sua profissão.

Os procedimentos utilizados não proporcionarão riscos e você não terá nenhuma despesa.

Caso haja dúvidas sobre este projeto, o participante poderá entrar em contato com a coordenadora do Projeto “Saúde Vocal do Professor”, a Prof. Dr^a Alcione Ghedine Brasolotto, no Departamento de Fonoaudiologia da FOB-USP, pelo fone (14) 3235-8332, ou com a pesquisadora Janaína Gheissa Martinello, pelo fone (3234-1041).

Em algum caso de reclamação em relação a sua participação nessa pesquisa, o sujeito poderá entrar em contato com o Comitê de ética em Pesquisa da FOB-USP, em Bauru, pelo fone (14) 3235-8356.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Sr. (a) _____

Portadora da cédula de identidade _____, após a leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais, em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, afirma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar o seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornam-se confidenciais e guardados por força de sigilo profissional (Art. 29^a do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por estarem de acordo assim o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____

Participante da PesquisaJanaina G. Martinello
PesquisadoraProf. Dr^a Alcione Ghedini Brasolotto
Coordenadora do Projeto Saúde Vocal