

AUTOAVALIAÇÃO VOCAL DE PROFESSORES DE SANTA MARIA/RS

Voice self-assessment of professors at Santa Maria city/RS, Brazil

Carla Aparecida Cielo ⁽¹⁾, Vanessa Veis Ribeiro ⁽¹⁾

RESUMO

Objetivo: associar e correlacionar índice de desvantagem vocal, qualidade de vida e sintomas vocais com sexo, presença de queixas vocais e características profissionais de professores de Santa Maria (RS/Brasil). **Métodos:** 114 indivíduos, entre 20 e 66 anos, 102 mulheres e 12 homens, professores do ensino fundamental das redes de ensino estadual, municipal e particular, que responderam aos instrumentos: Escala de Sintomas Vocais, Índice de Desvantagem Vocal e Qualidade de Vida em Voz, um questionário, elaborado pelos pesquisadores, contendo dados de identificação, de saúde geral, ocupacionais e presença ou ausência de queixas vocais. **Resultados:** os professores atuavam em média 6,96h por dia, há, em média, 12,7 anos; 72,8% apresentavam queixas vocais; 50% pertenciam à rede de ensino particular, 37,7% à rede estadual e 12,3% à rede municipal. Houve associação entre as escalas de autoavaliação vocal e a presença de queixas vocais, não havendo correlação com idade e características profissionais. Houve maior ocorrência de sintomas vocais em mulheres. A Escala de Sintomas Vocais e o Índice de Desvantagem Vocal mostraram correlação positiva e houve correlação negativa de ambos os protocolos em relação ao Qualidade de Vida em Voz. **Conclusão:** professores com queixas apresentaram maior ocorrência de sintomas vocais, maior índice de desvantagem vocal e menor de qualidade de vida relacionada a voz, havendo maior ocorrência de sintomas vocais no sexo feminino. Houve complementaridade entre os instrumentos de autoavaliação vocal.

DESCRITORES: Docentes; Qualidade de Vida; Questionários; Saúde do Trabalhador; Voz

■ INTRODUÇÃO

A profissão docente implica em muitos riscos biopsicossociais para os professores, fazendo com que sejam os profissionais da voz falada com maior incidência de distúrbios vocais¹ e tornando-os alvo de muitas pesquisas nos últimos anos²⁻⁹. A maior parte dos estudos realizados com professores na área de Voz aborda a avaliação e o diagnóstico dos distúrbios vocais³, o que remete à reflexão acerca da presença dos mesmos e da ausência de procura por orientações e terapia fonoaudiológica para a voz^{6,10}. No entanto, a relação existente entre a voz, seus distúrbios e seu significado para os docentes é mais complexa, e necessita ser melhor explorada.

Assim, alguns autores vêm pesquisando a qualidade de vida relacionada à voz dos professores^{8,11-17}, visto que a autopercepção da qualidade vocal é um parâmetro subjetivo que não possui relação direta com medidas objetivas da avaliação fonoaudiológica vocal, sendo de extrema importância a obtenção de dados sobre quão relevante é aquele distúrbio vocal para o paciente^{8,10}.

Estudo recente que analisou a influência dos aspectos de qualidade de vida relacionada à voz na adesão a terapia vocal em professores, mostrou que os professores que obtiveram escores menos favoráveis de qualidade de vida, tiveram também menor aderência à terapia⁸. Atualmente, os instrumentos de autoavaliação vocal são os melhores procedimentos para se entender essa complexa relação entre saúde/doença e a percepção do sujeito^{8,11-14,16,18}.

Devido a isso, muitos instrumentos elaborados em outros idiomas foram traduzidos e validados

⁽¹⁾ Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

Fonte de auxílio: CAPES; CNPq.

Conflito de interesses: inexistente

para o português^{11-14,16,17,19}. No entanto, ainda observam-se divergências na literatura quanto à existência de correlação entre a autopercepção vocal do professor e sua interferência na qualidade de vida^{20,21}, porém, há concordância de que a falta de uma autopercepção acurada e de conhecimentos a respeito da própria voz são características comuns entre professores e fazem com que esse público esteja no grupo de risco para o desenvolvimento de distúrbios vocais²²⁻²⁵.

Geralmente os instrumentos propostos são compostos por escala de análise quantitativas, fato que facilita a análise, e apresentam vantagens e desvantagens^{15,26}, havendo estudos que questionam o processo de elaboração dos mesmos²⁶ e a incoerência existente entre as subescalas propostas para análise¹⁵. Devido a tais resultados^{15,26}, na presente pesquisa foram utilizados três instrumentos ao mesmo tempo.

Acredita-se que a aplicação e análise conjunta da Escala de Sintomas Vocais (ESV), Índice de Desvantagem Vocal (IDV) e Qualidade de Vida em Voz (QVV), possam fornecer um panorama geral e real da percepção dos indivíduos sobre os sintomas, desvantagem e qualidade de vida relacionadas a voz¹⁵, uma vez que muitos professores acreditam que as alterações vocais são normais e inerentes à profissão, não desenvolvendo o devido cuidado com a voz^{27,28}. Considerando a importância da autopercepção e da qualidade de vida na procura por atendimento e na aderência a terapia²⁷⁻²⁹, entende-se que tais dados são fundamentais para a compressão do processo complexo de saúde-doença do docente, que leva em conta as condições de trabalho e a qualidade de vida^{8,10}.

Com base nas considerações apresentadas, o presente trabalho teve como objetivo associar e correlacionar o índice de desvantagem vocal, a qualidade de vida, os sintomas vocais, o sexo, as queixas vocais e as características profissionais de professores de Santa Maria (RS/Brasil).

■ MÉTODOS

Este estudo, de caráter transversal observacional, analítico e prospectivo, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM (23081.016945/2010-76). Os responsáveis pelas instituições de ensino foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Autorização Institucional (TAI). Os sujeitos interessados em participar receberam os esclarecimentos necessários sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os professores do ensino fundamental da área urbana das redes de ensino estadual, municipal e particular, da cidade de Santa Maria (RS/Brasil) foram a população-alvo.

Para o processo de amostragem, a área urbana da cidade foi dividida em regiões, cada uma com seus respectivos bairros. Realizou-se o levantamento das escolas que compunham cada região nas três redes de ensino (36 particulares, 44 municipais e 24 estaduais), sendo feitas três listas numeradas em ordem crescente para cada região. Foi realizada amostragem aleatória por sorteio das três redes de ensino, conforme a região. Cada listagem teve uma escola excluída a cada duas da lista, resultando em 27 particulares, 31 municipais e 19 estaduais. Essas escolas foram randomizadas, novamente numeradas em ordem crescente e sorteadas, constituindo a listagem final, que teve uma escola excluída a cada duas, resultando em 51 escolas. Todas as escolas da listagem final foram convidadas a participar, sendo que destas, 15 escolas que aderiram ao TAI. Nas escolas que aderiram ao TAI, todos os professores que se enquadravam nos critérios de inclusão foram convidados a participar.

Os critérios de inclusão foram: docentes de escolas de ensino fundamental (1º a 9º ano) das redes particular, estadual e municipal, somente da área urbana; idade superior a 19 anos, com o intuito de excluir alterações do período da muda vocal em adolescentes; ambos os sexos; adesão ao TCLE. O total de professores nesse nível foi de 208.

Os critérios de exclusão foram: relato autorreferido de doenças neurológicas, metabólicas, endócrinas, síndromicas e/ou psiquiátricas; autorrelato de crises gástricas ou disfunções hormonais decorrentes de gravidez ou de período pré-menstrual ou menstrual no dia das coletas de dados; apresentar alterações estruturais ou disfunções laríngeas; disfunções auditivas detectadas na triagem auditiva; histórico autorreferido de cirurgia laríngea e/ou qualquer procedimento cirúrgico de cabeça e pescoço; ter realizado tratamento fonoaudiológico e/ou otorrinolaringológico para a voz. Considera-se que esses fatores poderiam influenciar a autopercepção vocal dos indivíduos quanto à qualidade vocal e aos sintomas físicos laríngeos.

Para que fosse possível aplicar os critérios de exclusão da pesquisa, os professores responderam a um questionário e realizou-se triagem auditiva por meio de varredura dos tons puros nas frequências de 500, 1000, 2000, 4000Hz a 25dB, somente pela via aérea, com audiômetro *Amplivox*, modelo A260, 2011. O procedimento foi realizado em uma sala silenciosa fornecida pela escola, com nível de ruído abaixo de 50dB, verificado por meio do medidor de pressão sonora *Instrutherm*, modelo Dec-480. Os

sujeitos que não responderam ao tom puro de 25dB foram retestados. Os indivíduos que não passaram na retestagem foram excluídos da pesquisa e encaminhados para avaliação auditiva completa.

Dos 208 professores, foram excluídos 14 na triagem auditiva; três por apresentar relato de doenças neurológicas; 16 por relato de distúrbios endócrinos; sete por ter realizado tratamento fonoaudiológico ou otorrinolaringológico prévio para a voz e 54 por dados incompletos. Dessa forma, a amostra constituiu-se de 114 indivíduos (idades entre 20 e 66 anos com média de 37,76 anos), 102 do sexo feminino e 12 do sexo masculino.

A coleta de dados foi composta pela aplicação dos instrumentos de autoavaliação vocal e de qualidade de vida relacionada à voz: Escala de Sintomas Vocais (ESV), Índice de Desvantagem Vocal (IDV) e Qualidade de Vida em Voz (QVV).

A ESV é composta por 30 questões^{16,17}. Cada questão é pontuada de acordo com a frequência de ocorrência em: “nunca” (zero pontos), “raramente” (um ponto), “às vezes” (dois pontos), “quase sempre” (três pontos) e “sempre” (quatro pontos)^{11,16}.

O instrumento IDV apresenta 30 itens^{14,18} e os indivíduos são orientados a marcar, em uma escala graduada de zero a quatro, a afirmativa correspondente, em que zero significa “nunca” e quatro significa “sempre”.

O questionário QVV é composto por dez questões que investigam o impacto de um possível problema de voz na vida do sujeito. Para responder ao questionário, os indivíduos são orientados a considerar tanto a intensidade do problema, como sua frequência de aparecimento, avaliando cada item numa escala de um a cinco, em que um corresponde a “nunca acontece e não é um problema”, e cinco corresponde a “acontece sempre e realmente é um problema ruim”.

Os docentes foram orientados a preencher todos os dados do cabeçalho e dos instrumentos, ficando os pesquisadores disponíveis para esclarecer possíveis dúvidas durante o preenchimento.

Foi analisado apenas o escore total dos instrumentos. O cálculo do total da ESV foi calculado por meio de somatória simples do valor de cada questão, indicando o nível geral da alteração de voz e pode ter no máximo 120 pontos^{16,17}. O cálculo

do protocolo IDV foi feito por somatória simples, ou seja, quanto maior o valor, maior a desvantagem vocal. A somatória total do IDV pode variar de zero a 120 pontos^{14,18}. Para o protocolo QVV utilizou-se um algoritmo-padrão, que pode variar de zero a 100, quanto mais alto foi o escore, melhor a qualidade de vida^{13,15}.

Os dados referentes às características ocupacionais (tempo médio de exercício profissional como docente e de atuação diária), de identificação (sexo e idade) e queixas vocais (presença ou ausência de queixas vocais) foram obtidos do questionário aplicado na seleção da amostra.

Após a coleta de dados, todos os professores receberam devolutiva individual, e os que apresentaram a autoavaliação vocal fora dos padrões de normalidade esperados foram orientados e encaminhados para avaliação vocal individual.

Os dados coletados foram tabulados e as variáveis foram analisadas estatisticamente por meio de testes não-paramétricos, adotando-se um nível de significância de 5%. O teste Correlação de Pearson foi utilizado para correlacionar as escalas de autopercepção vocal entre si, e às variáveis quantitativas idade, utilização diária da voz (horas) e tempo de atuação profissional (anos). O teste ANOVA foi utilizado para associar os protocolos de autoavaliação vocal às variáveis qualitativas sexo e presença ou ausência de queixas vocais.

■ RESULTADOS

O grupo de professores estudado atuava em média 6,96h por dia, há, em média, 12,7 anos; 57 pertenciam à rede de ensino particular (50%), 43 pertenciam à rede estadual (37,7%), e 14 (12,3%) à rede municipal, sem diferença significativa. Dos 114 professores estudados, 72,8% (n=83) apresentavam queixas vocais e 27,2% não apresentavam (n=31), mostrando predomínio significativo de docentes com queixas vocais ($p < 0,001$).

A Tabela 1 mostra os resultados descritivos das escalas de autoavaliação vocal, observando-se um total de 54,11 sintomas vocais, um índice de desvantagem vocal de 29,90 pontos e um escore de qualidade de vida relacionado a voz de 90,05 pontos.

Tabela 1 – Resultados descritivos das escalas de autoavaliação vocal

Escalas	Média	Mediana	Desvio Padrão
ESV	54,11	53	14,95
IDV	29,90	32	19,00
QVV	90,05	97,5	18,07

Análise descritiva

Legenda: ESV=escala de sintomas vocais; IDV=índice de desvantagem vocal; QVV=qualidade de vida em voz.

Na Tabela 2, observa-se a ausência de correlação entre as escalas de autoavaliação vocal e idade, tempo de atuação profissional e utilização diária da voz profissional.

A Tabela 3 mostra os resultados da associação entre as escalas de autoavaliação vocal e o sexo, com maior ocorrência de sintomas vocais em mulheres.

Na Tabela 4, aparecem os resultados da associação entre as escalas de autoavaliação vocal e a presença de queixas vocais. Os professores com presença de queixas vocais mostraram mais sintomas vocais, maior desvantagem vocal e menor qualidade de vida relacionada a voz.

A Tabela 5 mostra que houve correlação entre os totais obtidos nas escalas de autoavaliação vocal.

Tabela 2 – Resultados da correlação entre as escalas de autoavaliação vocal e idade, tempo de atuação profissional e utilização diária da voz profissional

Escalas	Idade		Tempo de atuação profissional (anos)		Utilização diária da voz profissional (horas)	
	corr	p-valor	corr	p-valor	corr	p-valor
ESV	8,4%	0,377	-8,9%	0,347	7,0%	0,459
IDV	5,5%	0,561	-7,8%	0,411	-6,3%	0,504
QVV	2,6%	0,787	-12,7%	0,177	4,7%	0,617

* Valores estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) – Teste de Correlação de Pearson

Legenda: ESV=escala de sintomas vocais; IDV=índice de desvantagem vocal; QVV=qualidade de vida em voz.

Tabela 3 – Resultados da associação entre as escalas de autoavaliação vocal e sexo

Escalas	Sexo	Média	Mediana	Desvio Padrão	p-valor
ESV	F	55,39	54,0	14,75	0,007*
	M	43,17	39,0		
IDV	F	30,76	32,5	18,63	0,159
	M	22,58	24,0		
QVV	F	89,56	97,5	18,76	0,406
	M	94,16	97,5		

* Valores estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) – Teste ANOVA

Legenda: ESV=escala de sintomas vocais; IDV=índice de desvantagem vocal; QVV=qualidade de vida em voz; F=feminino; M=masculino.

Tabela 4 – Resultados da associação entre as escalas de autoavaliação vocal e a presença ou ausência de queixas vocais

Escalas	Queixas Vocais	Média	Mediana	Desvio Padrão	p-valor
ESV	AQ	43,39	41,0	10,30	<0,001*
	PQ	58,11	56,0	14,47	
IDV	AQ	24,16	30,0	17,36	0,048*
	PQ	32,05	33,0	19,24	
QVV	AQ	96,53	97,5	6,63	0,018*
	PQ	87,63	85,0	20,30	

* Valores estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) – Teste ANOVA

Legenda: ESV=escala de sintomas vocais; IDV=índice de desvantagem vocal; QVV=qualidade de vida em voz; AQ=ausência de queixa; PQ=presença de queixa.

Tabela 5 – Resultados da correlação entre as escalas de autoavaliação vocal

Escalas		ESV	IDV
IDV	corr	61,1%	
	p-valor	<0,001*	
QVV	corr	-61,9%	-52,6%
	p-valor	<0,001*	<0,001*

* Valores estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) – Teste de Correlação de Pearson

Legenda: ESV=escala de sintomas vocais; IDV=índice de desvantagem vocal; QVV=qualidade de vida em voz.

■ DISCUSSÃO

As características profissionais encontradas nos professores do presente estudo (média de 6,96h/aula/dia e média de 12,7 anos na profissão) foram semelhantes à única pesquisa com temática semelhante realizada no mesmo município há dez anos. Tal investigação foi realizada com professores de educação infantil e séries iniciais do ensino fundamental, em que a maioria dos docentes trabalhava oito horas diariamente (56,31%) e tinham em média 14,6 anos de exercício profissional²⁸. Esses dados mostram que independentemente da rede de ensino e do passar do tempo, os professores deste município do interior do Rio Grande do Sul parecem manter as características profissionais com discreta diminuição da carga horária e do tempo de profissão.

Neste trabalho, a maioria dos professores (72,8%) apresentou queixas vocais, índice semelhante ao obtido no estudo realizado no mesmo município há dez anos, em que se encontrou 69%²⁸; resultados esperados visto que professores constituem a classe profissional de maior incidência de distúrbios vocais de ordem ocupacional, havendo estudos que mostram a prevalência de algum grau de disфонia em 17,15% a 80,7% dos professores^{22,30-32}. Apesar do grande número de trabalhos sobre

saúde vocal do professor na literatura científica, a literatura mostra que é complexa a compreensão do processo saúde-doença do professor, que se estende desde a falta de acesso à informação durante o período de formação, a predisposição individual, a fatores de organização do trabalho e a aplicabilidade do conhecimento sobre saúde vocal na rotina diária^{6,20,25,33,34}.

As principais queixas relatadas por professores brasileiros são cansaço ou esforço ao falar; pigarro ou tosse persistente; falhas na voz; rouquidão; falta de ar para falar; perda de voz ou afonia; variação na emissão vocal; sensação de aperto; peso, dor, ardência, queimação ou secura na garganta^{2,28,35}. Estudo brasileiro mostrou que, apesar de observados sintomas vocais, os professores não procuram auxílio profissional, fazendo isso apenas quando têm outros sintomas associados como problemas respiratórios ou quadros de afonia³⁶, dados diferentes dos encontrados em pesquisa belga, em que professores do sexo feminino mostraram maior procura por auxílio profissional diante de sintomas vocais⁶.

No Brasil, estudo que investigou a prevalência de problemas de voz, as características do aparecimento de uma disфонia e suas prováveis consequências em 3265 indivíduos, professores e não professores, de 27 estados mostrou que os

professores relataram maior média de sintomas atuais (3,7) e passados (3,6), relacionando-os ao trabalho, e mostrando, ainda, que eles antevêm limitações em seu futuro profissional³⁵.

Mesmo com os altos índices de disfonia nesses trabalhadores, muitos professores acreditam que as alterações vocais sejam normais e inerentes à profissão, e apesar de os sintomas vocais gerarem necessidade de modificações/adaptações de estratégias em sala de aula, eles pareceram não interferir nas relações interpessoais e no seu bem-estar biopsicossocial^{5,19}. Estudo com professores da educação infantil e séries iniciais do ensino fundamental reforçam tais afirmações, porque mostra que a maior parte dos professores não recebeu qualquer informação sobre saúde vocal em sua formação (72%), e apesar de referirem ver uma relação direta entre voz e o exercício docente (77%), mais de 50% ficaram sem voz no passado, e mesmo assim, apenas 32% procuraram auxílio médico²⁸.

Na presente pesquisa, professores do sexo feminino possuem ocorrência significativa de sintomas vocais (Tabela 3), concordando com pesquisas cujos maiores índices de disfonia entre professores ocorreram no sexo feminino em uma proporção de 2,7:1, o que indica predisposição das mulheres para adquirir um distúrbio vocal, tanto pela configuração anatômica da laringe, quanto pelos aspectos biológicos^{5,6,37}. Além disso, o fato de que a frequência fundamental (f0) da mulher é próxima à f0 das crianças também gera necessidade do aumento da *loudness* em sala de aula³⁸. As mulheres professoras do ensino fundamental não apenas participam ativamente do mercado de trabalho, como muitas vezes também realizam suas atividades domésticas, exercendo “dupla jornada” e acúmulo de atividades. Isso acarreta desgaste físico e psicológico, gerando estresse que pode contribuir para o desenvolvimento de distúrbios vocais^{7,39}. Outros estudos brasileiros mostram resultados semelhantes aos encontrados no presente trabalho^{20,21,33}.

Mesmo com os índices de qualidade de vida altos e os de desvantagem vocal baixos (Tabela 1), mostrando boa qualidade de vida relacionada à voz, observou-se que professores com queixas vocais apresentaram maior ocorrência de sintomas vocais, maior índice de desvantagem vocal e menor qualidade de vida em voz, com relação significativa entre essas variáveis (Tabela 4).

Isto vai ao encontro de pesquisa que aplicou o QVV a 120 professores do ensino fundamental de escolas municipais e estaduais em que a maior parte dos professores se autoavaliou com boa qualidade de vida relacionada à voz (média de 84,2 pontos no escore total), mostrando que o impacto

da voz sobre a qualidade de vida e trabalho é ainda pouco percebido pelos professores²⁰. Outro estudo que investigou a qualidade de vida de 2.133 professoras do ensino fundamental municipal, por meio da aplicação do QVV e de questões sociodemográficas, de organização do trabalho e de saúde vocal, geral e mental, também obteve escores altos no QVV em todos os domínios (média de 90,6 no domínio socioemocional, 84,2 no domínio total e 79,4 no domínio físico)²¹.

Trabalho que analisou a desvantagem vocal de 36 professores com queixa vocal de uma escola pública encontrou grau de desvantagem vocal predominantemente baixo, dentro dos padrões de normalidade (77,8%), apesar das queixas relacionadas à voz⁴⁰. No entanto, diferente do que ocorreu neste trabalho, pesquisa que aplicou o IDV em estudantes de pedagogia e na população em geral observou maior ocorrência de queixas vocais nos discentes (17,2%) do que no outro grupo (9,7%), havendo predomínio da desvantagem vocal nos que relataram queixas vocais, quando comparados aos estudantes que não apresentaram queixa, sugerindo relação entre as queixas vocais e a percepção da qualidade de vida³³.

A associação entre qualidade de vida de professores, voz e questões de saúde vocal foi verificada em estudo com 128 professores do ensino médio de escolas estaduais em situação de trabalho. Os resultados mostraram que a maior parte dos professores avaliou sua voz como boa (42,2%), e o escore total médio do questionário QVV foi de 66 pontos. Apesar de razoavelmente satisfeitos com a voz e a qualidade de vida, os professores mostraram dificuldades na percepção do processo saúde-doença. Evidenciaram-se aspectos desfavorecidos da qualidade de vida e necessidades de saúde que podem ter implicações na saúde vocal docente²³. A relação entre voz e qualidade de vida dos docentes foi, ainda, pesquisada em professores universitários, observando-se relatos de satisfação vocal e alto índice de qualidade de vida, porém elevada ocorrência de sintomas vocais²⁴, concordando com os achados deste trabalho.

É consenso na literatura que indivíduos com sintomas ou queixas vocais, possuem menores índices de qualidade de vida^{33,40}, porém, no que se refere aos professores, apesar de menores, os índices ainda estão dentro do esperado^{13-15,19}, evidenciando sua falta de conhecimento vocal e mostrando que essa parece ser a realidade dos docentes no Brasil, verificada também por esta investigação.

A presente análise mostrou ainda, que conforme esperado, há coerência entre os instrumentos utilizados quanto à proporcionalidade dos achados,

visto que a ESV e o IDV mostraram correlação positiva significativa e houve correlação negativa significativa de ambos os instrumentos em relação ao QVV (Tabela 5), evidenciando que, o aumento de sintomas vocais vai na mesma direção do maior índice de desvantagem vocal e menor de qualidade de vida relacionada a voz, nos professores analisados.

Tais resultados concordam com investigação que aplicou o QVV, IDV e o Perfil de Participação e Atividades Vocais em professores disfônicos brasileiros e mostrou que, apesar dos protocolos não apresentarem as mesmas informações em professores disfônicos e de não haver uma equivalência entre as suas subescalas, eles oferecerem resultados semelhantes nos escores totais¹⁵. A presente pesquisa mostra ainda que apesar de um estudo ter apontado falhas nos padrões de desenvolvimento do IDV e do QVV, questionando suas utilizações²⁶, a aplicação conjunta dos protocolos ESV, IDV e QVV analisando-se apenas o escore total mostrou-se relevante para compreender adequadamente a percepção da qualidade de vida relacionada à voz dos indivíduos.

Além das informações fundamentais sobre o predomínio de queixas, maior ocorrência de sintomas no sexo feminino e a associação entre presença de queixas e maior quantidade

de sintomas, menor qualidade de vida e maior desvantagem vocal; os resultados deste estudo são de interesse clínico por mostrar que a utilização dos instrumentos QVV, IDV e ESV, analisando-se apenas os escores totais, proporciona dados coerentes, complementares e consistentes acerca da população estudada. Sugere-se que os mesmos façam parte do diagnóstico clínico fonoaudiológico devido a importância da autopercepção vocal na aderência do sujeito ao processo terapêutico.

Sugere-se a realização de pesquisas longitudinais que possam acompanhar os docentes desde sua formação buscando compreender melhor o processo saúde-doença vocal, averiguando os fatores externos que possam estar influenciando nos altos índices de queixas vocais presentes nessa categoria.

■ CONCLUSÃO

Professores com queixas vocais apresentaram maior ocorrência de sintomas vocais (maior ocorrência no sexo feminino), maior índice de desvantagem vocal e menor de qualidade de vida em voz, havendo complementaridade entre os instrumentos de autoavaliação vocal utilizados na pesquisa.

ABSTRACT

Purpose: to associate and to correlate the voice handicap index, quality of life, vocal symptoms, sex, vocal complaints and professional characteristics of professors in Santa Maria city (RS/Brazil).

Methods: 114 individuals, aged 20 to 66 years, 102 women and 12 men, professors of elementary school responded to the protocols: Voice Symptom Scale, Voice Handicap Index and Voice-Related Quality of Life, a questionnaire containing data identification, the overall health, occupational and vocal complaints. **Results:** professors worked on average 6,96 hours a day, there are on average 12,7 years, 72,8% had vocal complaints, 50% belonged to the private school network, 37,7% to the state network and 12,3% to the municipal network. There was an association between voice self-assessment scales and presence of vocal complaints, there was no correlation with age and professional characteristics. Had a higher occurrence of vocal symptoms in women. The Voice Symptom Scale and the Voice Handicap Index showed positive correlation and negative correlation of both protocols in relation to Voice-Related Quality of Life. **Conclusion:** professors with complaints showed higher occurrence of vocal symptoms, greater voice handicap index and lower quality of life in voice, with a higher occurrence of vocal symptoms in females. There was complementarity between the vocal self-assessment protocols.

KEYWORDS: Faculty; Quality of Life; Questionnaires; Occupation Health; Voice

■ REFERÊNCIAS

1. Smolander S, Huttunen K. Voice problems experienced by finnish comprehensive school teachers and realization of occupational health care. *Logoped Phoniatr Vocol*. 2006;31(4):166-71.
2. Caporossi C, Ferreira LP. Sintomas vocais e fatores relativos ao estilo de vida em professores. *Rev CEFAC*. 2011;13(1):132-9.
3. Dragone ML, Ferreira LP, Giannini SPP, Simões-Zenari M, Vieira VP, Behlau M. Voz do professor: uma revisão de 15 anos de contribuição fonoaudiológica. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(2):289-96.
4. Choi-Cardim K, Behlau M, Zambon F. Sintomas vocais e perfil de professores em um programa de saúde vocal. *Rev CEFAC*. 2010;12(5):811-9.
5. Musial PL, Dassie-Leite AP, Zaboroski AP, Casagrande RC. Interferência dos sintomas vocais na atuação profissional de professores. *Distúrb Comun*. 2011;23(3): 335-41.
6. Van-Houtte E, Claeys S, Wuyts F, Van-Lierde K. The impact of voice disorders among teachers: vocal complaints, treatment-seeking behavior, knowledge of vocal care, and voice-related absenteeism. *J Voice*. 2011;25(5):570-5.
7. Rocha LMR, Souza LDM. Voice Handicap Index Associated With Common Mental Disorders in Elementary School Teachers. *J Voice*. 2013;27(5):595-602.
8. Almeida LD, Santos LR, Bassi IB, Teixeira LC, Gama ACC. Relationship between adherence to speech therapy in patients with dysphonia and quality of life. *J Voice*. 2013;27(5):617-21.
9. Pizolato RA, Rehder MIBC, Dias CTS, Meneghim MC, Ambrosano GMB, Mialhe FL et al. Evaluation of the effectiveness of a voice training program for teachers. *J Voice*. 2013;27(5):603-10.
10. Kasama ST, Brasolotto AG. Percepção vocal e qualidade de vida. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2007;19(1):19-28.
11. Deary IJ, Wilson JA, Carding PN, Mackenzie K. VoiSS: a patient-derived voice symptom scale. *J Psychosom Res*. 2003;54(3):483-9.
12. Wilson JA, Webb A, Carding PN, Steen IN, Mackenzie K, Deary IJ. The Voice Symptom Scale (VoiSS) and the Vocal Handicap Index (VHI): a comparison of structure and content. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 2004;29(2):169-74.
13. Gasparini G, Behlau M. Quality of Life: Validation of the Brazilian version of the Voice-Related Quality of Life (V-RQOL) Measure. *J Voice*. 2009;23(1):76-81.
14. Behlau M, Oliveira G, Santos LMA, Ricarte A. Validação no Brasil de protocolos de auto-avaliação do impacto de uma disfonia. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2009;21(4):326-32.
15. Tutya AS, Zambon F, Oliveira G, Behlau M. Comparação dos escores dos protocolos QVV, IDV e PPAV em professores. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(3):273-81.
16. Moreti F, Zambon F, Oliveira G, Behlau M. Adaptação transcultural da versão brasileira da escala de sintomas de voz: VoiSS. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23(4):398-400.
17. Moreti FTG. Validação da versão brasileira da Voice Symptom Scale – VoiSS. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(2):238.
18. Behlau M, Santos LMA, Oliveira G. Cross Cultural adaptation and validation of the voice handicap index into Brazilian Portuguese. *J Voice*. 2009;25(3):354-9.
19. Hogikyan ND, Sethuraman G. Validation of an instrument to measure Voice-Related Quality of Life (V-RQOL). *J Voice*. 1999;13(4):557-69.
20. Grillo MHMM, Penteado RZP. Impacto da voz na qualidade de vida de professor(a)s do ensino fundamental. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2005;17(3):321-30.
21. Jardim R, Barreto SM, Assunção AA. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. *Cad Saúde Pública*. 2007a;23(10):2439-61.
22. Munier C, Kinsella R. The prevalence and impact of voice problems in primary school teachers. *Occup Med*. 2008;58(1):74-6.
23. Penteado RZ, Pereira IMTB. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):236-43.
24. Fabricio MZ, Kasama ST, Martinez EZ. Qualidade de vida relacionada à voz de professores universitários. *Rev CEFAC*. 2010;12(2):280-7.
25. Moraes EPG, Azevedo RR, Chiari BM. Correlação entre voz, autoavaliação vocal e qualidade de vida em voz de professoras. *Rev CEFAC*. 2012;14(5):892-900.
26. Branski RC, Cukier-Blaj S, Pusic A, Cano SJ, Klassen A, Mener D et al. Measuring quality of life in dysphonic patients: a systematic review of content development in patient-reported outcomes measures. *J Voice*. 2010;24(2):193-8.
27. Park K, Behlau M. Sinais e sintomas da disfunção autônoma em indivíduos disfônicos. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23(2):164-9.
28. Tomazzetti CT. A voz do professor: instrumento de trabalho ou problema no trabalho [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2003.
29. Rogerson J, Dodd B. Is there an effect of dysphonic teachers' voices on children's processing of spoken language? *J Voice*. 2005;19(1):47-60.
30. Simões M, Latorre MRDO. Prevalência de alteração vocal em educadoras e sua relação

com a autopercepção. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(6):1013-8.

31. Sliwinska-Kowalska M, Niebudek-Bogusz E, Fiszer M, Los-Spychalska T, Kotylo P, Sznurowska-Przygocka B. The prevalence and risk factors for occupational voice disorders in teachers. *Folia Phoniatr Logop*. 2006;58(2):85-101.

32. Jardim R, Barreto SM, Assunção AA. Disfonia: definição de caso e prevalência em professores. *Rev Bras Epidemiol*. 2007b;10(4):625-36.

33. Thomas G, Kooijman PG, Cremers CW, De-Jong FI. A comparative study of voice complaints and risk factors for voice complaints in female student teachers and practicing teachers early in their career. *Eur Arch Otorrinolaryngol*. 2006;263(4):370-80.

34. Santana M CCP, Goulart BNG, Chiari BM. Distúrbios da voz em docentes: revisão crítica da literatura sobre a prática da vigilância em saúde do trabalhador. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;24(3):288-95.

35. Behlau M, Zambon F, Guerrieri AC, Roy N. Epidemiology of voice disorders in teachers and nonteachers in Brazil: prevalence and adverse effects. *J Voice*. 2012;26(5):665-9.

36. Medeiros AM, Assunção AA, Barreto SM. Alterações vocais e cuidados de saúde em professores. *Rev CEFAC*. 2012;14(4):697-704.

37. Ziegler A, Gillespie AI, Abbott KV. Behavioral treatment of voice disorders in teachers. *Folia Phoniatr Logop*. 2010;62(1):9-23.

38. Souza CL. Distúrbio vocal em professores da educação básica da cidade de Salvador- BA [Dissertação]. Salvador (BH): Universidade Federal da Bahia; 2008.

39. Holmqvist S, Santilla P, Lindstrom E, Sala E, Simberg S. The association between possible stress markers and vocal symptoms. *J Voice*. 2013 [no prelo].

40. Puccini FRS, Servilha EAM. Voz e qualidade de vida: avaliação da desvantagem vocal em professores. Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas. 2010. Pontífice Universidade Católica de Campinas. Disponível em: http://www.puc-campinas.edu.br/websist/porta/pesquisa/ic/pic2010/resumos/2010924_185248_502028297_resl%C3%A1v.pdf. Acesso em 20 de maio de 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620151746514>

Recebido em: 25/02/2014

Aceito em: 16/07/2014

Endereço para correspondência:

Carla Aparecida Cielo

UFSM – Av. Roraima nº 1000 –

Cidade Universitária – Bairro Camobi

Prédio 26 – 4º andar – Departamento de

Fonoaudiologia

Santa Maria – RS – Brasil

CEP: 97105-900

E-mail: cieloca@yahoo.com.br