

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E PERFIL DE PARTICIPAÇÃO E ATIVIDADES VOCAIS EM PROFESSORAS DA REDE PÚBLICA DE ENSINO COM E SEM DISTÚRBIOS DE VOZ

Coping Strategies and Profile Voice Activities Participation in teachers of public schools with and without voice disorders

Cristiane Cunha Soderini Ferracciu ⁽¹⁾, Luciano Veloso de Amorim Santos ⁽¹⁾,
Liliane Reis Teixeira⁽²⁾, Marcia Soalheiro Almeida⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: verificar a associação entre o distúrbio vocal com as características sociodemográficas, os aspectos vocais, os tipos de estratégias de enfrentamento e o impacto vocal nas atividades diárias em professoras da rede estadual de ensino de Alagoas. **Métodos:** cento e dez professoras foram submetidas à análise perceptivo-auditiva, aos protocolos Condição de Produção Vocal do Professor, Protocolo de Estratégias de Enfrentamento das Disfonias e Perfil de Participação e Atividades Vocais. Por meio da Escala Analógico-Visual avaliou o grau de distúrbio vocal: até 35,5mm sem distúrbio e acima de 35,5mm com distúrbio. Foram utilizados para as análises estatísticas média, desvio padrão, mediana, Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher. **Resultados:** os percentuais com distúrbio vocal foram mais elevados entre as que lecionavam entre 11 e 20 anos (44,6%) e as que lecionavam em duas a três escolas (49,1%). “Já faltou ao trabalho por alterações vocais e secreção/catarro na garganta” apresentaram associação com a presença do distúrbio vocal. Professoras dos dois grupos apresentaram uma tendência para a utilização das estratégias com foco no problema e não diferiram quanto à percepção do impacto vocal na realização de atividades diárias. **Conclusão:** professoras que possuem mais de 11 anos de docência; lecionavam em duas ou mais escolas; faltavam sempre ao trabalho por alterações vocais e apresentavam como sintoma vocal catarro/secreção na garganta apresentaram maiores chances de ter distúrbio vocal. A presença do distúrbio vocal não se mostrou significativa para as dimensões do protocolo PPAV, assim como para os tipos de estratégias de enfrentamento.

DESCRITORES: Voz; Docentes; Distúrbios da Voz; Estratégias; Saúde Ocupacional

■ INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a literatura especializada tem mostrado o crescente aumento da prevalência

⁽¹⁾ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL, Maceió, Alagoas, Brasil.

⁽²⁾ Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – CESTEH/Fiocruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Fonte de auxílio à pesquisa: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Alagoas – FAPEAL.

Conflito de interesses: inexistente

de disфонia em docentes e o cenário brasileiro do sistema escolar público revela um quadro de condições precárias de trabalho. O estado atual em que se encontra o trabalho dos professores tem chamado à atenção devido ao aumento do adoecimento e afastamento destes profissionais¹.

Os estudos têm indicado a disфонia como um problema frequente no trabalho docente, subsidiando a discussão sobre o uso profissional da voz e o direito do trabalhador. Nos últimos anos, as discussões têm sido orientadas para os aspectos ambientais e relativos às condições e à organização

do trabalho, na busca de relações mais amplas entre este, a saúde e a qualidade de vida².

Os professores pertencem a uma categoria considerada de alto risco ocupacional para distúrbios vocais, uma vez que a voz é um de seus mais importantes instrumentos de trabalho³ e uma alteração vocal pode causar um impacto em seu rendimento profissional. Com frequência, esses profissionais lecionam em condições inadequadas, por longas horas ao dia, para um grande número de alunos, em uma condição ambiental desfavorável e sem treinamento prévio de voz e comunicação.

Comumente há uma procura tardia dos professores para reabilitação vocal, o que pode estar associado com a falta de informação e percepção sobre como lidar com a própria voz, mas que também pode ter relação com a forma deles lidarem com situações estressantes. Provavelmente, a maneira de lidar com um problema de voz ocorre por meio de escolhas individuais, que envolvem as estratégias pessoais para lidar com uma situação de estresse, as chamadas estratégias de enfrentamento, que podem trazer um impacto na prevenção e tratamento de uma disfonia⁴.

O termo enfrentamento refere-se ao modo como cada pessoa lida com situações estressantes em sua vida. As pesquisas sobre enfrentamento foram iniciadas com o objetivo de desenvolver um conceito que permitisse explicar a razão pela qual alguns indivíduos têm melhores resultados que outros quando submetidos ao estresse⁵.

Além disso, estudos apontaram a relevância da inclusão de instrumentos focados na autopercepção do impacto da alteração vocal na vida do paciente na avaliação vocal⁶. Os protocolos de qualidade de vida oferecem diversas informações sobre o impacto do distúrbio de voz na qualidade de vida. Na literatura existem vários protocolos com esse objetivo⁷. A escolha do PPAV ocorreu por ser um dos únicos instrumentos que fornecem dados sobre a autopercepção no impacto da voz nas atividades profissionais, sociais e manifestações emocionais.

As precárias condições do trabalho docente mostram-se associadas com os sintomas mórbidos e há uma elevada prevalência de afastamentos por motivos de doença na categoria⁸. Os professores sentem dificuldade no desempenho do trabalho e conseqüentemente se ausentam por problemas vocais.

Desta forma, o objetivo do estudo é verificar a associação entre o distúrbio vocal com as características sociodemográficas, os aspectos vocais, os tipos de estratégias de enfrentamento e o impacto vocal nas atividades diárias em professoras da rede pública estadual de Alagoas.

■ MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- ENSP com protocolo de nº 227/11 e da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas- UNCISAL, protocolo nº 1345/10.

Esta pesquisa contou com 110 docentes do sexo feminino, do ensino fundamental (1º a 9º ano) da Rede Estadual de Ensino de Alagoas – REEAL. Tratou-se de um estudo epidemiológico de corte seccional analítico, com uma amostra representativa de professoras das escolas subordinadas às quatro Coordenadorias Regionais de Educação (CREs) do município de Maceió. Para seleção das professoras da pesquisa foi realizada alocação proporcional ao número de professoras em cada CRE e sorteadas aleatoriamente pela lista de matrícula fornecida por cada CRE. Os sujeitos da pesquisa submeteram-se à análise perceptivo-auditiva, ao questionário Condição de Produção Vocal do Professor – CPV-P, a fim de levantar dados sócio-demográficos, aspectos vocais e hábitos de vida, ao Protocolo de Estratégias de Enfrentamento das Disfonias – PEED e ao Perfil de Participação e Atividades Vocais – PPAV.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE por todas as professoras foi realizada a análise perceptivo-auditiva da voz.

Para a realização da análise perceptivo-auditiva, todas as vozes foram gravadas diretamente em um computador portátil (HP Pavilion Entertainment PC), com microfone de cabeça da marca Plantronics Audio 20, posicionado a uma distância fixa de cinco centímetros da boca do indivíduo. A amostra vocal consistiu das tarefas de fala: emissões sustentadas das vogais /a/ sustentada e da contagem de números de 1 a 10 em frequência e intensidade confortáveis. O parâmetro selecionado para análise foi o G, grau geral do desvio vocal, registrado em escala analógico-visual de 100 unidades. Os resultados da EAV foram categorizados de acordo com o proposto por Yamasaki et al. (2008)⁹: até 35,5 unidades como Variabilidade Normal da Qualidade Vocal (VNQV), de 35,6 a 50,5 como grau leve a moderado, de 50,6 a 90,5 como grau moderado a intenso e acima de 90,5 como grau intenso. Os dois extremos 0, à esquerda e 100, à direita correspondem respectivamente à ausência de desvio vocal e desvio vocal máximo. Assim surgiram dois grupos, com distúrbio vocal- CDV e sem de distúrbio vocal- SDV.

O CPV-P¹⁰ tem o objetivo caracterizar as condições do trabalho escolar e aspectos vocais de professores. É composto de 71 questões subdivididas em sete dimensões: identificação do sujeito e da escola, situação funcional, aspectos do

ambiente de trabalho, da organização do trabalho, aspectos vocais, estilo e hábitos de vida. O CPV foi modificado pelos autores nas quais as respostas utilizadas são em escala linear utilizando uma régua de 100 mm. Para este estudo foram utilizadas as dimensões: situação funcional denominada dados sociodemográficos, aspectos vocais e hábitos de vida apenas o tabagismo e etilismo.

O PEED é um protocolo composto por 27 itens desenvolvido especificamente para avaliar as estratégias que pessoas com alteração vocal utilizam para enfrentar seu problema de voz, traduzido e adaptado culturalmente para o português brasileiro a partir do VDCQ-27^{5,11}. Os itens são avaliados em uma escala de Likert de 6 pontos que analisa a frequência de utilização da estratégia, sendo que 0 corresponde a “nunca” e 5 a “sempre”. O escore total produzido pelo protocolo pode variar de “0” a “135”, com “0” indicando nenhum uso de estratégias e “135” uso de todas as estratégias do questionário. Para análise dos dados optou-se por seguir a classificação das estratégias com foco no problema e foco na emoção⁵.

O PPAV é um instrumento de auto avaliação validado no Brasil, composto por 28 questões divididas em cinco dimensões: auto avaliação vocal, efeitos no trabalho, efeitos na comunicação diária, efeitos na comunicação social e efeitos na emoção¹². Para cada resposta, um traço na vertical deverá ser assinalado em uma escala analógica de 10 cm e o valor assinalado será medido com régua. Para cada questão a pontuação pode variar de zero a dez. Para o cálculo do escore total do PPAV, somam-se todas as marcações das 28 questões. O escore máximo total é de 280 pontos. A pontuação máxima para a dimensão “auto percepção do grau de seu problema vocal” é de 10 pontos; para dimensão “efeitos no trabalho” é de 40 pontos; para a dimensão “efeitos na comunicação diária” é de 120 pontos; para a dimensão “efeitos na comunicação social” é de 40 e para a dimensão “efeitos na sua emoção” é de 70 pontos. Dois escores adicionais podem ser calculados: Pontuação de Limitação nas Atividades-PLA, que se deve somar à pontuação das dez questões pares dos aspectos “trabalho”, “comunicação diária” e “comunicação social” (questões 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 e 20) e Pontuação de Restrição de Participação – PRP, que se deve somar à pontuação das 10 questões ímpares dos mesmos aspectos (questões 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19 e 21), totalizando uma pontuação máxima de 100 pontos para cada escore. Quanto maiores os resultados obtidos, maior é a limitação nas atividades vocais e maior é a restrição na participação de atividades vocais.

Na análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais e as medidas estatísticas: média, desvio padrão e mediana. Para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas, foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado de Pearson, ou o Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas. Os “softwares” estatísticos utilizados para a obtenção dos cálculos estatísticos foram o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 17 e o STATA na versão 11. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos de 5,0% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiabilidade.

■ RESULTADOS

A idade das professoras pesquisadas variou de 29 a 62 anos, com média de 45,81 anos, desvio padrão de 7,41 anos e mediana de 46,00 anos.

As características sociodemográficas e hábitos de vida do grupo das 110 professoras pesquisadas destacam-se os seguintes dados: a faixa que vai de 29 a 39 anos foi a menos prevalente das três faixas, com 22,7% da amostra, e os percentuais das outras duas variaram de 38,2% a 39,1%; a maioria (63,6%) era casada ou vivia em união estável, as restantes eram separadas / viúvas (20,9%) ou solteiras (15,5%); com exceção de 4,5%, que tinham ensino médio ou superior incompleto, as demais tinham ensino superior; um pouco mais da metade (50,9%) lecionava entre 11 e 20 anos, e o restante se dividiu de forma igual entre as que lecionavam há até 10 anos e há até 21 anos ou mais; um pouco mais da metade (51,8%) ensinava em apenas uma escola e o restante ensinava em duas ou três escolas; a carga horária semanal mais frequente era de 21 a 30 horas, com aproximadamente a metade do grupo, e o segundo maior percentual (30,9%) correspondeu às que tinham carga horária de até 20 horas; apenas 9,1% trabalhavam em um local diferente da escola. O hábito de tabagismo foi verificado em 3,6% do grupo e aproximadamente 1/4 (24,5%) tinha o hábito de etilismo.

Nos resultados sociodemográficos (Tabela 4) verifica-se, comprovada associação significativa entre a presença de distúrbios de voz, o tempo que lecionavam e o número de escolas em que lecionavam. Para as referidas variáveis, o percentual com distúrbio de voz foi mais elevado entre as professoras que lecionavam entre 11 e 20 anos (44,6%), e menos elevado entre as que lecionavam há até 10 anos (14,8%); mais elevado entre as que lecionavam em duas a três escolas do que entre as que lecionavam em apenas uma escola (49,1% x 22,8%).

As professoras que lecionavam a partir de 11 anos ou mais têm de 2,5 a 3,0 maior razão de prevalência (RP) quando comparadas ao grupo que lecionava há até 10 anos. As professoras que lecionavam em mais de uma escola têm 2,15 maior RP quando comparadas ao grupo que lecionava em apenas uma escola.

Na Tabela 5 observa-se que as duas únicas variáveis com associação com a presença do distúrbio de voz foram “já faltou ao trabalho por alterações vocais” e “secreção/catarro na garganta”. Em “Já faltou ao trabalho por alterações vocais” destaca-se que o percentual com distúrbios de voz foi menos elevado entre as que “nunca” tinham faltado ao trabalho por alterações vocais (27,0%), e mais elevado entre as que faltavam “sempre” (66,7%). As professoras que responderam “às vezes” e “sempre” para “já faltaram ao trabalho por

alterações vocais” têm de 1,48 a 2,47 maior probabilidade de apresentar o distúrbio de voz quando comparadas às professoras que nunca faltaram. Em “Secreção/catarro na garganta” destaca-se que o percentual com distúrbio na voz foi mais elevado para quem tinha o problema “Às vezes” (57,1%) e variou de 26,4% a 31,0% nas outras duas categorias da variável.

As Tabelas 1 e 2 se referem às estratégias com maior percentual de respostas positivas e classificação em foco no problema e foco na emoção para o grupo sem distúrbio de voz, e estratégias com maior percentual de respostas positivas e classificação em foco no problema e foco na emoção para o grupo com distúrbio de voz.

A Figura 1 mostra a Média e Desvio Padrão dos escores do PEED segundo a ocorrência do distúrbio de voz.

Tabela 1 – Estratégias com maior percentual de respostas positivas e classificação em foco no problema e foco na emoção para o grupo com distúrbio de voz

Pergunta	Foco da estratégia	Percentual (%)
1. É mais fácil lidar com meu problema de voz quando os outros são amáveis	Emoção	94,9
8. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz procurando compreendê-lo melhor	Problema	87,2
13. Acho mais fácil lidar com meu problema de voz quando faço perguntas aos médicos	Problema	87,2
24. Descansar a voz me ajuda a lidar com o problema de voz	Problema	87,2
15. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz desejando que ele acabe	Emoção	84,6
3. Eu fico pensando como seria bom não ter problema de voz	Emoção	82,1
2. Eu tento evitar situações que tornam meu problema de voz mais evidente	Problema	79,5
4. Eu procuro buscar todas as informações possíveis sobre meu problema de voz	Problema	76,9
5. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz falando o que eu sinto	Emoção	76,9
7. Falar com amigos e familiares sobre meu problema de voz me ajuda	Problema	76,9
11. É mais fácil conviver com meu problema de voz quando não falo	Problema	74,4
9. Eu guardo para mim qualquer preocupação sobre o meu problema de voz	Emoção	71,8

Tabela 2 – Estratégias com maior percentual de respostas positivas e classificação em foco no problema e foco na emoção para o grupo sem distúrbio de voz

Pergunta	Foco da estratégia	Percentual (%)
1. É mais fácil lidar com meu problema de voz quando os outros são amáveis	Emoção	87,3
8. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz procurando compreendê-lo melhor	Problema	84,5
13. Acho mais fácil lidar com meu problema de voz quando faço perguntas aos médicos	Problema	83,1
24. Descansar a voz me ajuda a lidar com o problema de voz	Problema	78,9
2. Eu tento evitar situações que tornam meu problema de voz mais evidente	Problema	77,5
3. Eu fico pensando como seria bom não ter problema de voz	Emoção	77,5
4. Eu procuro buscar todas as informações possíveis sobre meu problema de voz	Problema	77,5
5. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz falando o que eu sinto	Emoção	76,1
7. Falar com amigos e familiares sobre meu problema de voz me ajuda	Problema	74,6
11. É mais fácil conviver com meu problema de voz quando não falo	Problema	73,2
15. Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz desejando que ele acabe	Emoção	73,2
9. Eu guardo para mim qualquer preocupação sobre o meu problema de voz	Emoção	71,8

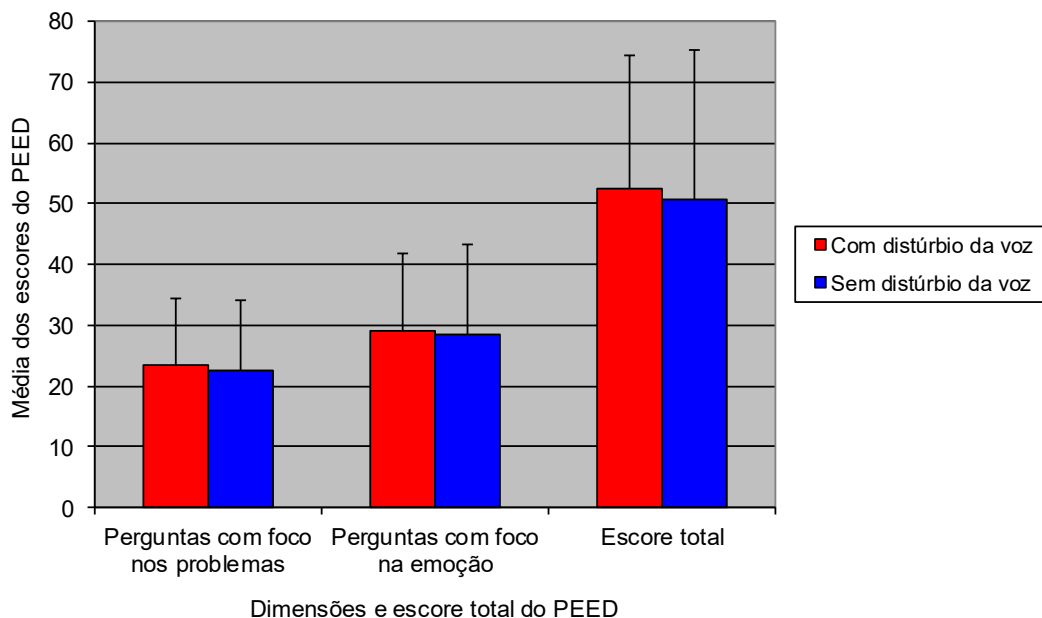


Figura 1 – Média e Desvio Padrão dos escores do PEED segundo a ocorrência do distúrbio de voz

A Tabela 3 apresenta Análise da associação dos escores das escalas PEED e PAAV com os grupos CDV e SDV. A Figura 2 apresenta a Mediana dos escores do PPAV segundo a ocorrência do distúrbio de voz.

■ DISCUSSÃO

Na amostra estudada, optou-se realizar o estudo com professoras pelo fato de as mulheres representarem aproximadamente 80% da população docente¹³, bem como apresentarem uma laringe com maior suscetibilidade ao impacto vocal devido a sua configuração glótica¹⁴ e maior prevalência de distúrbios de voz em comparação com professores do sexo masculino^{14,15}.

A idade das professoras da pesquisa variou de 29 a 62 anos, com média de 45,8 anos. De acordo com a distribuição por classe de frequência para as idades, há um predomínio da faixa etária de 40 a 62 anos (85; 77,3%). Esses dados são semelhantes aos encontrados em estudos nacional¹³ e internacionais^{15,16}. A literatura aponta que, à medida que a idade avança, a eficiência vocal diminui e uma série de alterações estruturais na laringe pode ocorrer, com maior ou menor impacto vocal^{14,16}.

Com relação ao tempo de docência, 56 (50,9%) das professoras estudadas possuía tempo de docência entre 11 a 20 anos, enquanto 27 (24,5%) lecionavam há até dez anos. Esse dado coincide com outra pesquisa que aponta que mais da metade das professoras estudadas tem entre 11 e 20 anos

de docência (55,5%)¹⁷. Pesquisas mostram que, quanto mais anos de exposição ao trabalho docente, maior chance de apresentar distúrbio de voz, ainda que a literatura seja controversa em relação à associação do tempo de profissão e distúrbio de voz¹⁸. Neste estudo verificou-se que 44,6% das professoras CDV lecionavam a partir de 11 a 20 anos e apenas 14,8% CDV lecionavam há até 10 anos. A voz dos professores sofre uma deterioração importante após dois anos de uso profissional na docência¹⁹, pode ser vulnerável ao tempo expresso em anos de trabalho^{18,20} e com apenas cinco anos de serviço, crescem as readaptações na área de otorrinolaringologia, representando grandes prejuízos para o Estado²⁰. A carga horária semanal acima de 21 horas/aula por semana foi observada em 76 professoras (69,1%), dado que se assemelha aos de outras pesquisas²¹. Estudo aponta que a carga horária semanal superior a 25 horas/aula por semana mostrou-se fortemente associada a alguns sintomas vocais como rouquidão, cansaço ao falar, irritação na garganta e perda de voz. O mesmo conclui que uma grande demanda vocal acarretando o uso incorreto da voz, principalmente em atividades que exigem muito esforço, pode resultar em sintoma vocal negativo¹⁸.

Um estudo²² comprovou que alterações vocais podem não ser percebidas pelos professores. O principal canal para um professor perceber um problema de voz é o da sensação e não necessariamente os sintomas vocais²³.

O estudo relata que essas três sensações (pigarro, garganta seca e ardor na garganta) podem

Tabela 3 – Análise da associação dos escores das escalas PEED e PPAV com os grupos com distúrbio de voz e sem distúrbio de voz

Variável	Distúrbios da voz				Grupo Total		Valor de p	RP (IC à 95%)
	CDV		SDV		n	%		
	N	%	N	%				
TOTAL	39	35,5	71	64,5	110	100,0		
• PEED								
Perguntas com foco no problema								
Até percentil 30	12	33,3	24	66,7	36	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,746	1,00
> percentil 30	27	36,5	47	63,5	74	100,0		1,09 (0,63 a 1,90)
Perguntas com foco na emoção								
Até percentil 30	10	30,3	23	69,7	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,460	1,00
> percentil 30	29	37,7	48	62,3	77	100,0		1,24 (0,69 a 2,25)
Escore total								
Até percentil 30	10	30,3	23	69,7	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,460	1,00
> percentil 30	29	37,7	48	62,3	77	100,0		1,24 (0,69 a 2,25)
• PPAV								
Limitação nas atividades								
Até percentil 30	14	42,4	19	57,6	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,317	1,31 (0,78 a 2,18)
> percentil 30	25	32,5	52	67,5	77	100,0		1,00
Restrição de participação								
Até percentil 30	11	33,3	22	66,7	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,761	1,00
> percentil 30	28	36,4	49	63,6	77	100,0		1,09 (0,62 a 1,92)
Autopercepção vocal								
Até percentil 30	12	36,4	21	63,6	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,896	1,04 (0,60 a 1,79)
> percentil 30	27	35,1	50	64,9	77	100,0		1,00
Efeitos no trabalho								
Até percentil 30	11	33,3	22	66,7	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,761	1,00
> percentil 30	28	36,4	49	63,6	77	100,0		1,09 (0,62 a 1,92)
Efeitos na comunicação diária								
Até percentil 30	12	36,4	21	63,6	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,896	1,04 (0,60 a 1,79)
> percentil 30	27	35,1	50	64,9	77	100,0		1,00
Efeitos na comunicação social								
Até percentil 30	13	39,4	20	60,6	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,572	1,17 (0,69 a 1,97)
> percentil 30	26	33,8	51	66,2	77	100,0		
Efeitos na emoção								
Até percentil 30	12	36,4	21	63,6	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,896	1,04 (0,60 a 1,79)
> percentil 30	27	35,1	50	64,9	77	100,0		1,00
Escore total								
Até percentil 30	13	39,4	20	60,6	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,572	1,17 (0,69 a 1,97)
> percentil 30	26	33,8	51	66,2	77	100,0		1,00

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Teste Qui-quadrado de Pearson.

CDV: com distúrbio de voz

SDV: sem distúrbio de voz

PEED: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento nas Disfonias

PPAV: Perfil de Participação e Atividades Vocais

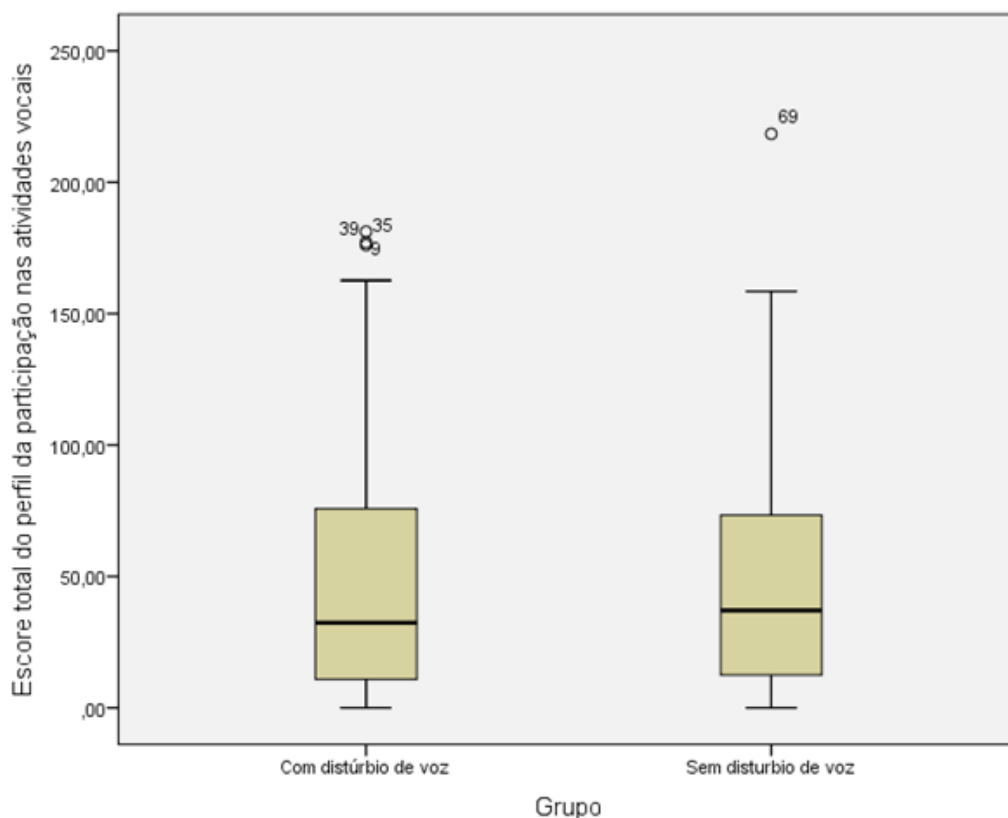


Figura 2 – Mediana dos escores do Perfil de Participação e Atividades Vocais segundo a ocorrência do distúrbio de voz

estar associadas ao fato de os professores falarem muito e à necessidade de superar a presença de ruído forte. Nota-se que os três sintomas têm relação com desconfortos no trato vocal e foram bem maiores que os sintomas relativos à qualidade vocal, na presente pesquisa. Para isso pode indicar que os professores que não referiram queixas vocais, mas apontaram alguns desses desconfortos são professores com predisposição a ter alteração vocal, se não forem atendidos em suas necessidades quanto aos cuidados com a voz²².

Autores relatam que o pigarro é considerado um comportamento vocal inadequado, e pode colaborar para o surgimento de lesões nas pregas vocais, em razão do atrito que provoca irritação e descamação do tecido²⁴. É geralmente encontrado em portadores de distúrbios de voz e é sinal de hidratação insuficiente, como a sensação de garganta seca. Os resultados deste estudo se assemelharam os apresentados no que se refere à sensação de garganta seca¹³.

Pesquisas internacionais referiram à ocorrência maior de estratégias focadas na emoção para sujeitos com queixas vocais e lesões benignas de laringe²⁵ e

sujeitos com diagnóstico de disfonia espasmódica e disfonia por tensão musculoesquelética¹¹.

Pesquisas nacionais indicam que sujeitos com queixa vocal buscam resoluções objetivas e mais reais para enfrentar os problemas de voz, buscando, em maior frequência, estratégias focadas no problema¹¹ e sujeitos que procuraram tratamento apresentaram também uma maior tendência a usar estratégias com foco no problema⁵. Os resultados da presente pesquisa descrevem que as professoras do grupo CDV e do grupo SDV utilizam a mesma quantidade de estratégias com foco no problema e com foco na emoção havendo uma tendência para a utilização mais frequente das estratégias com foco no problema para os dois grupos.

Um estudo avaliou quarenta indivíduos com alteração vocal e quarenta indivíduos sem alteração vocal utilizando-se de avaliação vocal e PPAV. O grupo com disfonia apresentou resultados superiores em todos os parâmetros quando comparados ao grupo sem disfonia²⁶.

Um estudo com 97 professores da rede municipal de Bauru, de ambos os sexos, que lecionavam no ensino infantil, fundamental, médio e ensino de jovens e adultos (EJA). O estudo aponta

Tabela 4 – Caracterização do grupo de professoras com distúrbio de voz e sem distúrbio de voz, segundo as variáveis sociodemográficas

Variável	Distúrbios de voz				Grupo Total		Valor de p	RP (IC à 95%)
	CDV		SDV		n	%		
	n	%	n	%				
TOTAL	39	35,5	71	64,5	110	100,0		
• Faixa etária								
Até 39	11	44,0	14	56,0	25	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,422	1,54 (0,80 a 2,95)
40 a 49	16	37,2	27	62,8	43	100,0		1,30 (0,70 a 2,41)
50 ou mais	12	28,6	30	71,4	42	100,0		1,00
• Estado civil								
Solteiro	7	41,2	10	58,8	17	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,500	1,31 (0,67 a 2,55)
Separado/ Viúvo	10	43,5	13	56,5	23	100,0		1,38 (0,77 a 2,47)
Casado/ União estável	22	31,4	48	68,6	70	100,0		1,00
• Escolaridade								
Ensino médio/Superior incompleto	1	20,0	4	80,0	5	100,0	p ⁽²⁾ = 0,654	1,0
Superior completo	38	36,2	67	63,8	105	100,0		1,81 (0,31 a 10,64)
• Tempo que leciona (anos)								
Até 10	4	14,8	23	85,2	27	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,028*	1,00
11 a 20	25	44,6	31	55,4	56	100,0		3,01 (1,17 a 7,79)
21 ou mais	10	37,0	17	63,0	27	100,0		2,50 (0,89 a 7,00)
• Número de escolas que leciona								
Uma	13	22,8	44	77,2	57	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,004*	1,00
Duas a três	26	49,1	27	50,9	53	100,0		2,15 (1,24 a 3,73)
• Carga horária semanal								
Até 20hs	12	35,3	22	64,7	34	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,087	1,00
21hs a 30hs	15	27,8	39	72,2	54	100,0		0,79 (0,42 a 1,47)
Mais de 30hs	12	54,5	10	45,5	22	100,0		1,55 (0,85 a 2,80)
• Trabalha em outro local diferente da escola								
Sim	3	30,0	7	70,0	10	100,0	p ⁽²⁾ = 1,000	1,00
Não	36	36,0	64	64,0	100	100,0		1,20 (0,45 a 3,20)
• Hábito do tabagismo								
Sim	3	75,0	1	25,0	4	100,0	p ⁽²⁾ = 0,127	2,21 (1,18 a 4,13)
Não	36	34,0	70	66,0	106	100,0		1,00
• Hábito do etilismo								
Sim	11	40,7	16	59,3	27	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,509	1,21 (0,70 a 2,08)
Não	28	33,7	55	66,3	83	100,0		1,00

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%

(1): Teste Qui-quadrado de Pearson

(2): Teste Exato de Fisher

CDV: com distúrbio de voz

SDV: sem distúrbio de voz

que a comparação das medidas do PPAV entre os grupos com alteração vocal e sem alteração vocal demonstrou que os professores que relataram alterações vocais perceberam maior severidade do problema da voz e impacto desse problema no exercício de suas atividades profissionais, no seu dia a dia, na vida social e na comunicação de suas emoções. Comparando com o presente estudo observa-se que as médias encontradas nos

grupos CDV e SDV foram próximas às médias do grupo que referiu alteração vocal do estudo de²⁷. As professoras CDV e SDV não diferem quanto à percepção do impacto vocal na realização de atividades diárias.

Para os instrumentos PPAV e PEED não foram encontradas associações significantes. A grande divergência nos resultados dos estudos pode ser devido a alguns fatores como diferenças

Tabela 5 – Caracterização do grupo de professoras com distúrbio de voz e sem distúrbio de voz, segundo as variáveis relacionadas aos aspectos vocais

Variável	Distúrbios de voz				Grupo Total		Valor de p	RP (IC à 95%)
	CDV		SDV		n	%		
	n	%	n	%				
TOTAL	39	35,5	71	64,5	110	100,0		
• Já faltou ao trabalho por alterações vocais?								
Nunca	17	27,0	46	73,0	63	100,0	p⁽¹⁾ = 0,025*	1,00
Às vezes	14	40,0	21	60,0	35	100,0		1,48 (0,83 a 2,63)
Sempre	8	66,7	4	33,3	12	100,0		2,47 (1,40 a 4,37)
• Já tirou licença médica?								
Nunca	25	33,3	50	66,7	75	100,0	p ⁽²⁾ = 0,447	1,00
Às vezes	10	35,7	18	64,3	28	100,0		1,07 (0,59 a 1,93)
Sempre	4	57,1	3	42,9	7	100,0		1,71 (0,84 a 3,51)
• Secreção/catarro na garganta								
Nunca	14	26,4	39	73,6	53	100,0	P ⁽¹⁾ = 0,019*	1,00
Às vezes	16	57,1	12	42,9	28	100,0		2,16 (1,25 a 3,76)
Sempre	9	31,0	20	69,0	29	100,0		1,17 (0,58 a 2,38)
• Além de lecionar, realiza outras atividades que exigem o uso da voz?								
Nunca	34	34,0	66	66,0	100	100,0	p ⁽²⁾ = 0,431	1,00
Às vezes	1	33,3	2	66,7	3	100,0		0,98 (0,19 a 4,97)
Sempre	4	57,1	3	42,9	7	100,0		1,68 (0,84 a 3,37)

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências muito baixas

(1): Teste Qui-quadrado de Pearson

(2): Teste Exato de Fisher

CDV: com distúrbio de voz

SDV: sem distúrbio de voz

metodológicas no procedimento, tipo e tamanho da amostra populacional, conflitos na definição de distúrbio de voz, critérios de avaliação e fatores organizacionais e ambientais, entre outros¹⁵, fato este que comprova a multicausalidade que envolve o distúrbio de voz²⁸.

■ CONCLUSÃO

Professoras que possuem mais de 11 anos de docência, lecionam em duas ou mais escolas, faltam sempre ao trabalho por alterações vocais e apresentam como sintoma vocal catarro/secreção

na garganta apresentam maiores chances de ter distúrbio de voz.

A presença do distúrbio de voz não se mostrou significativa para as dimensões do protocolo PPAV, assim como para os tipos de estratégias de enfrentamento, revelando uma tendência à utilização de estratégias de enfrentamento com foco no problema.

■ AGRADECIMENTOS

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas- FAPEAL pelo apoio financeiro no desenvolvimento deste trabalho.

ABSTRACT

Purpose: to verify the association between the voice disorder, with the socio-demographic characteristics, vocal aspects, the types of coping strategies, and the vocal impact on daily activities of teachers from State Schools of Alagoas. **Methods:** 110 teachers were submitted to a perceptive-hearing analysis, to a protocol called Condition of Vocal Production of the Teacher, a protocol of Coping Strategies of disphonies, and a Profile of Participation and Vocal Activities. By using the Visual-Analogue Scale the level of voice disorder was assessed: up to 35.5 mm without presenting a disorder and over 35.5 mm presenting a disorder. Statistical analyses were carried out, such as mean, standard deviation, median, The Pearson chi-squared test and the Exact Fisher test measures. **Results:** the percentages with voice disorder were higher among those who had taught for 11 to 20 years(44,6%), and those who had taught at two or three schools(49,1%). The teachers who had missed because of voice disorder and secretion/catarh in the throat presented an association with the presence of voice disorder. Teachers in the two groups tended to allow the use of strategies as focus on the problem and did not differ in relation to the vocal impact in the daily activities. **Conclusion:** teachers who have been working for more than 11 years, used to teach at two or more schools. They would always miss work because they had change of voice and had some vocal symptoms such as catarrh/secretion in the throat and they tended to have voice disorder. The voice disorder didn't seem to be the most significant in terms of the dimensions of the protocol PAV as well as the different types of coping strategies.

KEYWORDS: Voice; Faculty; Voice Disorders; Strategies; Occupational Health

■ REFERÊNCIAS

1. Brito J, Gomes L. Desafios e possibilidades ao trabalho docente e à sua relação com a saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2006;5(1):49-62.
2. Schwarz K, Cielo C. A voz e as condições de trabalho de professores de cidades pequenas do Rio Grande do Sul. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol*. 2005;10(2):83-90.
3. Vianello L, Assunção AA, Gama ACC. O uso da voz em sala de aula após adoecimento vocal. VI Seminário da Redestrado – Regulação Educacional e Trabalho Docente. Rio de Janeiro, 2006.
4. Zambon FC. Estratégias de enfrentamento em professores com queixa de voz. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol*. 2012;17(2):237.
5. Oliveira G, Hirani SP, Epstein R, Yazigi L, Behlau M. Coping strategies in voice disorders of a brazilian population. *J. Voice*. 2012;26(2):205-13.
6. Hogikyan N. The Voice-Related Quality of Life (V-RQOL) Measure: History and Ongoing Utility of a Validated Voice Outcomes Instrument. *Voice and Voice Disorders*. 2004;14(1):3-5.
7. Zraick RI, Risner BY. Assessment of quality of life in persons with voice disorders. *Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery*. 2008;16(3):188-93.
8. Gasparini SM, Barreto SM. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*. 2005;31(2):189-99.
9. Yamasaki R, Leão SH, Madazio G, Padovani M, Azevedo R, Behlau M. Correspondência entre escala analógico-visual e a escala numérica na avaliação perceptivo-auditiva de vozes. In: XVI Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2008 Set 24-27; Campos de Jordão – SP.
10. Ferreira LP, Giannini SPP, Figueira S, Silva EE, Karmann DF, Thomé-de-Souza TM. Distúrbio da voz relacionado ao trabalho: proposta de um instrumento para avaliação de professores. *Distúrb Comun*. 2007;19(1):127-37.
11. Epstein R, Hirani SP, Stygall J, Newman SP. How do individuals cope with voice disorders? Introducing the voice disability coping questionnaire. *J Voice*. 2009;(23):209-17.
12. 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.
13. Thomé CR. A voz do professor: relação entre distúrbio vocal e fatores psicossociais do trabalho [Dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
14. Roy N, Merrill, RM, Thibeault S, Gray SD, Smith EM. Voice disorders in teachers and the general population: effects on work performance,

attendance and future career choices. *J Speech Lang Hear Res.* 2004;47:542-51.

15. Russell A, Oates J, Greenwood KM. Prevalence of voice problems in teachers. *J Voice.* 1998;12:467-79.

16. Kooijman PGC, Thomas G, Graamans K, de Jong FI. Psychosocial impact of the teacher's voice throughout the career. *J Voice.* 2006;21(3):316-24.

17. Ferreira LP, Esteves AAO, Giannini SPP. Reprodutibilidade (teste-reteste) de sintomas vocais e sensações laringofaríngeas. *Distúrb. Comun.* 2012;24(3):389-94.

18. Ceballos AGCC, Souza RC, Borges LL, Campos AF, Pinto AL, Santos CC. Tempo de docência como fator de risco para a disфонia relacionada ao trabalho. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. – Suplemento Especial.* 2008;1(numero?):78.

19. Dragone MLS, Sichirolli S, Reis R, Behlau M. O desgaste vocal do professor: um estudo longitudinal. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 1999;3(5):50-6.

20. Brito J, Athaide M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. *Trab. educ. saúde.* 2003;1(2):239-66.

21. Jardim R, Barreto SM, Assunção AA. Condições de trabalho, qualidade de vida e disфонia entre docentes. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(10):2439-61.

22. Tavares ELM, Martins RHG. Vocal evaluation in teachers with or without symptoms. *J Voice.* 2008;21(4):407-14.

23. Ilomaki I, Leppanen K, Kleemola L, Tyrmi J, Laukkanen AM, Vilkmann E. Relationships between self-evaluations of voice and working conditions, background factors, and phoniatric findings in female teachers. *Logoped Phoniatric Vocol.* 2009;34(1):20-31.

24. Behlau M, Azevedo R, Pontes P. Avaliação de Voz. In: Behlau M. (Org.) *Voz: o livro do especialista.* Rio de Janeiro: Revinter, 2001. P. 121-5.

25. Mchugh-Munier C, Scherer KR, Lehmann W, Scherer U. Coping strategies, personality, and voice quality in patients with vocal fold nodules and polyps. *J Voice.* 1997;11:452-61.

26. Antoni MH, Lechner S, Diaz A, Vargas A, Holley H, Phillips K et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol.* 2001;20(1):20-32.

27. Martinello JG. Avaliações psicométricas de qualidade de vida e voz em professores da rede municipal de Bauru [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo- Faculdade de Odontologia de Bauru; 2009.

28. Ferreira LP, Bernardi APA. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: resgate histórico. *Distúrb. Comun.* 2011;23(2):233-6.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517415714>

Recebido em: 09/09/2014

Aceito em: 19/03/2015

Endereço para correspondência:

Cristiane Cunha Soderini Ferracciu

Rua Baltazar Passos, 260 apt 1901 – Boa Viagem

Recife – PE – Brasil

CEP: 51130-290

E-mail: crissoderini@uol.com.br