



Autopercepção da voz por professores de escola pública

Voice self-perception of public-school teachers

Auto-percepción de la voz por profesores de escuela pública

*Rayane Kelly Santana Santos**

*Raissa Dias Marques**

*Ana Carolina Nascimento Fernandes***

*Eduardo Magalhães da Silva****

Resumo

Introdução: O uso profissional da voz possui aspectos próprios e os professores apresentam um elevado risco vocal. **Objetivo:** Identificar a percepção que professores da rede pública possuem de suas vozes e o tipo e foco de estratégias de enfrentamento que eles usam quando percebem mudanças vocais. **Métodos:** Três protocolos de autoavaliação vocal foram respondidos por 100 professores (GE) e 40 não professores (GC): Termos Descritivos da Voz (TDV), Perfil de Participação e Atividades Vocais (PPAV), que permite o cálculo da Pontuação de Limitação de Atividade (PLA) e da Pontuação de Restrição de Participação (PRP) e o Protocolo de Estratégias de Enfrentamento das Disfonias (PEED), que classifica as estratégias usadas para lidar com distúrbios de voz com foco no problema e/ou na emoção. Escores mais altos no PPAV e no PEED indicam maior incapacidade. Os dados foram comparados com um nível de confiança de 95%. **Resultados:** Professores classificaram 53 descritores como negativos, com 1% a 40% de ocorrência, contra 40 descritores de não professores, com máximo de 11% de ocorrência. Os escores totais do PPAV e PEED foram, respectivamente, por grupo, 41,95/13,37 e 37,90/10,23, e a PLA foi de 7,59/1,96 e PRP, 4,95/1,43. O GE relatou mais (37,90) estratégias de enfrentamento do que o GC (10,23), sendo as focadas na emoção (GE = 23,21 e GC = 6,53) mais frequentes do que as focadas no problema (GE = 14,69 e GC = 3,70). Todos os dados mostraram diferença significativa ($p < 0,05$) entre GE e GC. **Conclusão:** Os professores percebem o impacto das mudanças em suas vozes, com maior

* Faculdade Santa Terezinha/CEST, São Luís, MA, Brasil

** Centro Universitário Planalto do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

*** Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

Contribuição dos autores:

RKSS participou no desenho do estudo, coleta e interpretação dos dados e preparação do manuscrito; RDM participou no desenho do estudo, coleta e interpretação dos dados; ACNF participou na interpretação dos dados, preparação e revisão crítica do manuscrito; EMS participou como orientador, interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica do manuscrito

E-mail para correspondência: Eduardo Magalhães da Silva edumagalhaes@unb.br

Recebido: 27/08/2018

Aprovado: 17/06/2019



impacto na comunicação diária. Mostram maior ocorrência de estratégias de enfrentamento para lidar com estas modificações na voz e estas são mais centradas na emoção do que no problema.

Palavras-chave: Voz; Disfonia; Qualidade de vida; Saúde do trabalhador; Adaptação psicológica.

Abstract

Introduction: The professional voice usage has some aspects that are inherent to each profession and the teachers present a high vocal risk. **Purpose:** To identify the perception that public-school teachers have of their own voices and the type and focus of coping strategies they use when they perceive vocal changes. **Methods:** Three vocal self-assessment inventories were answered by 100 teachers (EG) and 40 non-teachers (CG): 100 Word-Descriptors for Voice (WDV), Voice Activity and Participation Profile (VAPP), which allows the calculation of the Activity Limitation Score (ALS) and Participation Restriction Score (PRS), and Voice Disability Coping Questionnaire (VDCQ), that classifies the strategies used to cope with voice disorders into focus on problem and on emotion. Higher scores on VAPP and VDCQ indicate greater disability. Data were compared with a 95% level of confidence. **Results:** Teachers classified 53 descriptors as negative, with 1% to 40% of occurrence, against 40 descriptors of the non-teachers, with maximum 11% of occurrence. The total scores of the VAPP and VDCQ were, respectively per group, 41.95/13.37 and 37.90/10.23, and the ALS was 7.59/1.96 and PRS, 4.95/1.43. EG reported more (37.90) coping strategies than CG (10.23), and the emotion-focused (EG = 23.21 and CG = 6.53) coping strategies were more frequent than problem-focused (EG = 14.69 and CG = 3,70) ones. All data showed significant difference ($p < 0.05$) between EG and CG. **Conclusion:** Teachers perceive the impact of changes in their voices, with greater impact on daily communication. They show greater occurrence of coping strategies to deal with these modifications in their voices and these are more emotion than problem-focused.

Keywords: Voice; Dysphonia; Quality of life; Occupational health; Adaptation, Psychological.

Resumen

Introducción: El uso profesional de la voz trae algunos aspectos inherentes a cada profesión, y los profesores presentan un alto riesgo vocal. **Propósito:** Identificar la percepción que los maestros de las escuelas públicas tienen de sus propias voces y el tipo y enfoque de las estrategias de afrontamiento que utilizan cuando perciben alteraciones vocales. **Métodos:** 100 maestros (EG) y 40 non docentes (CG) respondieron tres inventarios vocales de autoevaluación: los 100 Word-Descriptors for Voice (WDV), Perfil de Actividad y Participación Vocal (VAPP), que permite el cálculo de el Puntaje de Limitación de Actividad (ALS) y el Puntaje de Restricción de Participación (PRS), y el Voice Disability Coping Questionnaire (VDCQ), que clasifica las estrategias utilizadas para enfrentar los trastornos de la voz centradas en el problema y/o en la emoción. Puntuaciones más altas en VAPP y VDCQ indican mayor discapacidad. Los datos se compararon con un nivel de confianza del 95%. **Resultados:** Los maestros clasificaron 53 descriptores como negativos, con 1% a 40% de ocurrencia, contra 40 descriptores de non docentes, con un máximo de 11% de ocurrencia. Las puntuaciones totales de VAPP y VDCQ fueron, respectivamente por grupo, 41.95/13.37 y 37.90/10.23, y la ALS fue 7.59/1.96 y PRS, 4.95/1.43. EG informó más (37,90) estrategias de afrontamiento que el CG (10,23), y las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (EG = 23,21 y CG = 6,53) fueron más frecuentes que las centradas en el problema (EG = 14,69 y CG = 3,70). Todos los datos mostraron una diferencia significativa ($p < 0.05$) entre EG y CG. **Conclusión:** Los maestros perciben el impacto de los cambios en sus voces, con mayor impacto en la comunicación diaria. Muestran mayor ocurrencia de estrategias de afrontamiento para lidiar con estas modificaciones en la voz y éstas están más centradas en la emoción que en el problema.

Palabras clave: Voz; Afonía; Calidad de vida; Salud Laboral; Adaptación Psicológica.

Introdução

Qualquer alteração de voz relacionada ao seu uso profissional que reduza, comprometa ou limite o desempenho do trabalhador e/ou suas habilidades comunicativas é denominado Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho¹.

Dentre os fatores de risco relacionados às alterações vocais, em professores, vários podem ser citados, como o excesso e a complexidade do trabalho, a cultura institucional, a estrutura escolar, o sistema de trabalho adotado e as relações com a comunidade^{2,3}, variações de umidade e a interferência da hidratação da faringe e da mucosa laríngea, os aspectos de constituição física, doenças do sistema respiratório e o estresse^{4,5}.

A saúde dos professores é um assunto incipiente no setor da Educação, tanto em termos de gerenciamento escolar quanto em termos de longevidade profissional. Embora exista evidência científica de relação causal entre o uso inadequado da voz e o esforço excessivo em algumas profissões e ocupações^{6,7}, as alterações da voz ainda não estão reconhecidas como risco ou doença ocupacional, embora se reconheça na literatura a maior probabilidade de seu desenvolvimento em professores que em outros profissionais^{3,6-8}.

O Ministério da Saúde do Brasil compôs um grupo de trabalho que revisou e atualizou o Protocolo de Distúrbios de Voz Relacionados ao Trabalho e divulgou sua publicação durante o Seminário Latino-Americano de Voz e Trabalho¹.

Nos últimos anos aumentaram as publicações sobre a voz do professor. Contudo, a maioria destes estudos foi de intervenções e ações coletivas desenvolvidas sobre os processos de trabalho, com grande variação em relação ao tempo de execução das ações, carga de trabalho e número de encontros². Ainda existem limitações em relação às estratégias para adaptar o uso da voz à sala de aula e à participação da comunidade escolar. Assim, ações de Fonoaudiologia direcionadas a programas de saúde vocal são necessárias na perspectiva da promoção da saúde e no estabelecimento de políticas públicas de saúde.

Os fonoaudiólogos têm estudado as vozes dos professores em decorrência da grande possibilidade desses profissionais de desenvolver algum tipo de distúrbio vocal⁶, sendo este um dos grandes desafios enfrentados no que se refere à saúde vocal e qualidade de vida.

Este estudo foi realizado após se perceber que era grande o número de queixas vocais apresentadas no Sistema Único de Saúde do município. E ainda, após ações de atenção primária à saúde fonoaudiológica, ter sido observado que as estratégias de cuidados com a voz eram norteadas por crenças individuais e “mitos”, além de uma baixa procura pelo serviço de Fonoaudiologia em relação a essas queixas. Diante disso, os pesquisadores perceberam que os professores apresentavam estes distúrbios vocais por uso indevido da voz, deficiência do tratamento acústico em sala de aula e/ou falta de informação sobre hábitos de saúde vocal. Além de saber que políticas públicas de saúde direcionadas aos professores na esfera governamental são escassas.

Assim, a proposta deste estudo foi identificar a percepção que os professores da educação pública têm de suas vozes, se a presença de alterações e queixas vocais gera restrições de participação e/ou limitações em suas atividades e, se presentes as alterações, que tipo de estratégias utilizam.

Métodos

Este estudo foi registrado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo nº 2014.01.05.06-20, e aqueles que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde estava estabelecido que a participação era voluntária, a forma de coleta de informações e a confidencialidade das informações de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

O estudo foi realizado em um município com aproximadamente 29 mil habitantes, um índice de desenvolvimento de 0,626 e um índice de desenvolvimento da educação básica de 4,9 pontos^{9,10}. A rede pública de educação era composta por 77 escolas de Educação Infantil e Ensino Fundamental I e II, com 557 professores cadastrados¹⁰.

Dois grupos foram compostos para a pesquisa, considerando apenas as oito escolas da zona urbana e os 123 professores do Ensino Fundamental nelas cadastrados:

Grupo Experimental (GE), com 100 professores do Ensino Fundamental da rede pública, segundo os seguintes critérios de inclusão: um ano ou mais de trabalho efetivo em sala de aula exclusivamente na rede pública, não exercer outras atividades ou *hobbies* que envolvessem o uso da

voz, sem queixas vocais, não estar em acompanhamento com fonoaudiólogo, professor de canto ou preparador vocal, não serem fumantes e não terem passado por fonocirurgia.

Grupo Controle (GC), selecionados por conveniência em diferentes locais da cidade, como lojas e escritórios, por meio de uma abordagem direta e que atendessem aos critérios de não realizar qualquer atividade relacionada ao ensino, sem queixas vocais, e não serem fumantes. Com isso foi possível selecionar 40 participantes que não professores.

As únicas informações pessoais coletadas foram idade e gênero e os protocolos utilizados, os quais foram adaptados ou validados para o português brasileiro em estudos anteriores. Todos os protocolos foram distribuídos e preenchidos nos locais de trabalho dos participantes e os pesquisadores ficaram disponíveis para explicações e para resolver quaisquer dúvidas ou dificuldades. Foram utilizadas as versões brasileiras dos seguintes instrumentos:

Termos Descritivos da Voz (TDV)⁴, uma lista alfabética de 100 adjetivos ou descritores que denotam a opinião positiva e negativa da voz. Essa lista pode ser usada para desenvolver uma percepção de diferentes características da voz. Os participantes foram convidados a escolher descritores e classificá-los como positivos ou negativos em relação às suas vozes;

Perfil de Participação e Atividade Vocais (PPAV)¹¹, descrito como um questionário de 28 itens, desenvolvido especificamente para avaliar a qualidade de vida e o resultado de tratamentos de distúrbios vocais em pessoas disfônicas. Os itens são distribuídos em cinco seções: seção 1 - severidade autopercebida do problema de voz (um item), seção 2 - efeitos no trabalho (quatro itens), seção 3 - efeitos na comunicação diária (12 itens), seção 4 - efeitos na comunicação social (quatro itens) e seção 5 - efeitos na emoção (sete itens). Cada item usa uma escala visual analógica de 100 mm para coletar as respostas. Na escala, a distância entre a extremidade esquerda e a marca traçada corresponde à pontuação, que pode chegar a 10 pontos em cada item. A pontuação total é a soma das pontuações das cinco seções (280, no máximo). Duas pontuações adicionais podem ser calculadas, a Pontuação de Limitação de Atividade (PLA) e a Pontuação de Restrição de Participação (PRP), definidas, respectivamente, como a soma das primeiras e segundas questões das seções 2, 3

e 4. Quanto maior a pontuação, pior é a percepção do problema de voz, da PLA e da PRP;

Protocolo de Estratégias de Enfrentamento das Disfonias (PEED)¹², com 27 itens em uma escala *Likert* de seis pontos, variando de “nunca” (zero) a “sempre” (cinco) e indica a variedade de estratégias de enfrentamento para lidar com o problema de voz. A pontuação total máxima é de 135 pontos e as estratégias são classificadas como focadas no problema e focadas na emoção, com base no modelo de Lazarus e Folkman.

Para comparar os resultados dos grupos foi utilizado o teste *t* de *Student* não-pareado com um nível de significância de 95%.

Resultados

140 indivíduos participaram do estudo. O GE foi composto por 82 professoras do sexo feminino e 18 do sexo masculino, com idade média de 41,6 anos. As mulheres tinham uma idade média mais alta (42,5 anos) do que os homens (37,3 anos). Todos os participantes deste grupo trabalhavam como professores em escolas de Ensino Fundamental e não exerciam outras atividades profissionais ou tinham *hobbies* com demanda vocal; não eram fumantes e não apresentavam queixas vocais. O GC foi composto por 36 não-professores do sexo feminino e 4 do sexo masculino, com idade média de 29,3 anos, que não fumavam nem usavam a voz profissionalmente. Os homens tinham uma idade média maior (31,8 anos) que as mulheres (28,5 anos).

No protocolo TDV, os participantes selecionaram descritores para qualificar positiva e negativamente suas vozes. Vale ressaltar que os participantes poderiam classificar um descritor como positivo ou negativo, dependendo de sua percepção ou referência interna.

O GE selecionou 42 palavras diferentes e as classificou como positivas. As escolhas variaram de 1% a 69% de ocorrência, sendo as 16 mais citadas, em ordem decrescente: normal (69%); alegre (62%); poderosa, clara (49%, cada); confiante (37%); forte (35%); feminina (34%); boa (31%); suave (26%); amigável (24%); torácica (21%); legal (20%); aberta (20%); cansada (16%); morna e bonita (11%, cada). 53 descritores foram classificados como negativos, variando de 1% a 40% de ocorrência e, em ordem decrescente, os 21 mais citados foram: alegre (40%); poderosa (34%); rouca

(27%); nervosa (19%); decisiva (17%); estridente, oscilante (16%, cada); superficial (15%); entrecortada, fina (14% cada); torácica, intimidante, tímida, insegura (12%, cada); forçada, nasal, feia (11%, cada); seca; leve; trêmula; áspera (10%, cada). Os outros 26 termos positivos e 32 negativos citados pontuaram menos de 10%.

O GC selecionou 40 palavras classificadas como positivas, sendo as 11 mais citadas, em ordem decrescente: alegre (41%); boa (24%); normal (18%); legal (17%) feminina (16%); forte, poderosa, clara (15%, cada); suave, confiante (14%, cada) e amigável (11%). Mais 40 termos foram classificados como negativos, mas apenas dois deles atingiram 10% e 11% de ocorrência (respectivamente, alegre e poderosa). Todos os

outros 29 termos positivos e 38 negativos citados pontuaram menos de 10%.

O protocolo PPAV apresentou valores significativamente diferentes ($p < 0,05$) entre os escores total, de PLA e de PRP entre o GE (41,95, 7,59 e 4,95 pontos, respectivamente) e GC (13,37, 1,96 e 1,93 pontos, respectivamente). Além disso, todas as seções apresentaram escores significativamente diferentes ($p < 0,05$): seção 1 - severidade autopercebida do problema de voz (3,15 no GE contra 0,49 no GC); seção 2 - efeitos no trabalho (8,42 no GE contra 0,73 no GC); seção 3 - efeitos na comunicação diária (17,57 no GE contra 7,18 no GC); seção 4 - efeitos na comunicação social (3,76 no GE contra 2,06 no GC) e seção 5 - efeitos na emoção (9,05 no GE contra 2,90 no GC) (tabela 1).

Tabela 1. Escores médios dos grupos de professores e de não-professores nas seções do protocolo PPAV.

Seção	Grupo de professores (n=100)	Grupo de não- professores (n=100)	p
Auto percepção do grau de seu problema vocal	3,15	0,49	0,00*
Efeitos no trabalho	8,42	0,73	0,00*
Efeitos na comunicação diária	17,57	7,18	0,00*
Efeitos na comunicação social	3,76	2,06	0,01*
Efeitos na emoção	9,05	2,90	0,00*
Limitação de atividade	7,59	1,96	0,00*
Restrição de participação	4,95	1,93	0,00*
Total	41,95	13,37	0,00*

* Diferença significante ($p < 0,05$) - Teste *t* de Student

Os itens 6 (1,61 no GE e 0,73 no GC), 7 (1,26 no GE e 0,59 no GC), 8 (1,26 no GE e 0,79 no GC), 9 (0,67 no GE e 0,52 no GC), 10 (1,11 no GE e 0,82 no GC), 11 (0,97 no GE e 0,42 no GC) e 17 (1,54 no GE e 0,67 no GC) da seção 3 (efeitos na comunicação diária); 18 (1,03 no GE e 0,56 no GC), 20 (1,05 no GE e 0,84 no GC) e 21 (0,74 no GE e 0,34 no GC) da seção 4 (efeitos na comunicação social); e 23 (0,84 no GE e 0,38 no

GC), 24 (0,74 no GE e 0,38 no GC), 26 (1,59 no GE e 0,73 no GC), 27 (0,66 no GE e 0,36 no GC) e 28 (0,75 no GE e 0,18 no GC) da seção 5 (efeitos na emoção) não apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$) (tabela 2). Esses itens estão relacionados à repetição de informações, à dificuldade de ser compreendido, à evitação da fala e à própria percepção e à percepção de outros sobre suas vozes.

Tabela 2. Escores médios, mínimos, máximos dos grupos de professores e de não-professores nas seções do protocolo PPAV.

Itens	Grupo de professores (n=100)			Grupo de não-professores (n=40)			p
	Média	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo	
1	3,15	0,00	9,50	0,49	0,10	6,20	0,00*
2	3,01	0,00	9,60	0,24	0,10	3,20	0,00*
3	1,92	0,00	9,50	0,13	0,10	0,80	0,00*
4	1,55	0,00	9,40	0,14	0,10	0,80	0,00*
5	1,94	0,00	9,30	0,22	0,10	3,50	0,00*
6	1,61	0,00	9,50	0,73	0,10	8,80	0,06
7	1,26	0,00	8,30	0,59	0,10	9,40	0,08
8	1,26	0,00	9,50	0,79	0,10	9,40	0,26
9	0,66	0,00	9,00	0,52	0,10	9,40	0,61
10	1,11	0,00	9,50	0,82	0,10	9,00	0,44
11	0,97	0,00	9,00	0,41	0,10	5,80	0,08
12	2,70	0,00	9,50	0,57	0,10	7,60	0,00*
13	2,36	0,00	9,50	0,49	0,10	7,70	0,00*
14	1,61	0,00	9,50	0,64	0,10	8,50	0,03*
15	1,13	0,00	9,10	0,37	0,10	9,40	0,03*
16	1,34	0,00	9,50	0,57	0,10	8,00	0,04*
17	1,54	0,00	9,50	0,67	0,10	9,50	0,05
18	1,03	0,00	8,90	0,55	0,10	9,50	0,18
19	0,94	0,00	8,90	0,33	0,10	7,30	0,05
20	1,05	0,00	9,10	0,84	0,10	9,50	0,60
21	0,74	0,00	5,70	0,33	0,10	7,70	0,09
22	1,94	0,00	9,60	0,43	0,10	9,50	0,00*
23	0,84	0,00	9,20	0,38	0,10	9,40	0,15
24	0,74	0,00	9,00	0,38	0,10	9,40	0,24
25	2,54	0,00	9,60	0,44	0,10	9,30	0,00*
26	1,59	0,00	9,30	0,73	0,10	9,30	0,07
27	0,66	0,00	8,50	0,36	0,10	7,90	0,29
28	0,75	0,00	9,00	0,18	0,10	1,00	0,06

* Diferença significativa ($p < 0,05$) – Teste *t* de Student

Os escores totais do PEED foram diferentes ($p < 0,05$) entre GE e GC (37,90 contra 10,23), sugerindo que o GE utiliza mais estratégias para lidar com seus distúrbios de voz que o GC. Curiosamente, ambos os grupos apresentaram escores

mais altos ($p < 0,05$) nas questões cujo foco era a emoção (23,21 no GE e 6,53 no GC) do que naquelas relacionadas às estratégias focadas no problema (14,69 no GE e 3,70 no GC) (tabela 3).

Tabela 3. Escores médios máximos dos grupos de professores e de não-professores nas seções do protocolo PEED.

Aspectos	Grupo de professores (n=100)	Grupo de não-professores (n=40)	p
Estratégias com foco na emoção	23,21	6,53	0,00*
Estratégias com foco no problema	14,69	3,70	0,00*
Total	37,90	10,23	0,00*

* Diferença significativa ($p < 0,05$) – Teste *t* de Student

Individualmente, apenas os itens 14 (0,45 no GE e 0,33 no GC), 16 (0,57 no GE e 0,30 no GC), 17 (0,78 no GE e 0,43 no GC) e 23 (0,33 no GE e 0,13 no GC) não apresentaram diferença significativa ($p>0,05$). Entre esses itens, apenas o item 14 não está relacionado à emoção. Os dados sugerem que o GE usa mais frequentemente estratégias com foco na emoção. O que parece corroborar com a

seção 5 do protocolo PPAV, em que os escores são maiores do que os das seções 1 e 2. Além disso, ambos os grupos parecem não considerar a reabilitação da voz como uma possibilidade (item 17), mesmo quando afirmam que buscam informações sobre seu problema de voz (item 4) para provavelmente lidar com isso de maneira mais fácil (item 8) (tabela 4).

Tabela 4. Escores médios, mínimos, máximos, com foco na emoção e com foco no problema dos grupos de professores e de não-professores nos itens do protocolo PEED.

Itens	Grupo de professores (n=100)			Grupo de não-professores (n=40)			p
	Média	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo	
1	2,45	0,00	5,00	0,48	0,00	5,00	0,00*
2	1,76	0,00	5,00	0,48	0,00	5,00	0,00*
3	2,24	0,00	5,00	0,40	0,00	5,00	0,00*
4	1,47	0,00	5,00	0,28	0,00	3,00	0,00*
5	1,76	0,00	5,00	0,40	0,00	5,00	0,00*
6	1,53	0,00	5,00	0,35	0,00	5,00	0,00*
7	1,45	0,00	5,00	0,43	0,00	3,00	0,00*
8	2,25	0,00	5,00	0,40	0,00	4,00	0,00*
9	1,54	0,00	5,00	0,33	0,00	5,00	0,00*
10	1,25	0,00	5,00	0,35	0,00	4,00	0,00*
11	1,30	0,00	5,00	0,53	0,00	5,00	0,00*
12	1,23	0,00	5,00	0,38	0,00	5,00	0,00*
13	1,70	0,00	5,00	0,20	0,00	3,00	0,00*
14	0,45	0,00	5,00	0,33	0,00	5,00	0,45
15	1,49	0,00	5,00	0,48	0,00	5,00	0,00*
16	0,57	0,00	5,00	0,30	0,00	5,00	0,20
17	0,78	0,00	5,00	0,43	0,00	5,00	0,16
18	1,60	0,00	5,00	0,48	0,00	5,00	0,00*
19	1,15	0,00	5,00	0,53	0,00	5,00	0,03*
20	1,60	0,00	5,00	0,43	0,00	4,00	0,00*
21	0,91	0,00	5,00	0,20	0,00	3,00	0,01*
22	1,47	0,00	5,00	0,50	0,00	5,00	0,00*
23	0,33	0,00	5,00	0,13	0,00	3,00	0,22
24	2,56	0,00	5,00	0,55	0,00	5,00	0,00*
25	1,04	0,00	5,00	0,35	0,00	5,00	0,01*
26	0,71	0,00	5,00	0,18	0,00	4,00	0,02*
27	1,31	0,00	5,00	0,40	0,00	5,00	0,01*

* Diferença significativa ($p<0,05$) – Teste *t* de Student

Discussão

A população estudada possui uma alta demanda de uso da voz falada e dela depende profissionalmente. Deve-se notar que os parâmetros de voz refletem a situação de uso da voz e de características individuais básicas, como idade e sexo¹³. Neste estudo houve mais mulheres do que homens, o

que reflete uma característica da força de trabalho docente brasileira e a predominância histórica feminina no ensino fundamental^{10,14}.

O ensino está intrinsecamente relacionado com o risco de desenvolver problemas de voz^{6,7} e isso despertou o interesse de muitos pesquisadores. Investigar e compreender a relação saúde-trabalho-adoecimento do ponto de vista dos trabalhadores

favorece o estabelecimento de políticas públicas direcionadas às reais necessidades do mercado de trabalho.

Estudos epidemiológicos têm utilizado a autoavaliação da saúde como um indicador da condição “real” ou “objetiva”, com a capacidade de prever, consistentemente, a diminuição da saúde funcional do indivíduo. Portanto, pensar em protocolos de autoavaliação da saúde ocupacional define potencialidades e características específicas para a determinação de escores e pontuações que podem contribuir para a avaliação de vários domínios da saúde e do trabalho. Uma das principais causas do absenteísmo de professores no trabalho é o distúrbio de voz e este assume grande importância relacionada ao cenário econômico e pedagógico, pois pode gerar sentimentos de insegurança e isolamento entre os educadores¹⁵.

A autoavaliação da saúde relacionada ao trabalho tem sido amplamente utilizada como indicador em estudos epidemiológicos. Este indicador, determinado pela forma como os indivíduos avaliam seu estado de saúde usando uma escala *Likert*, tem poder preditivo sobre mortalidade, morbidade e uso de serviços de saúde, além de refletir uma avaliação global de doenças, sintomas e habilidades funcionais e bem estar geral. E por apresentar confiabilidade e validade equivalentes a outras avaliações mais complexas do estado de saúde, deve ser considerada um complemento importante para medidas^{16,17}.

É importante que o sujeito analise e autoavaleie o impacto que sua voz produz no ouvinte, observando o comportamento vocal, seja no trabalho ou em uma conversa informal^{4,17}. O TDV amplia a percepção do avaliador/terapeuta sobre o que incomoda o falante durante o seu processo de fonação e como a sua voz é autopercebida. Embora, apenas uma análise descritiva seja realizada, neste estudo, o GE apresentou maior ocorrência de termos negativos, enquanto o GC apresentou a mesma ocorrência de termos positivos e negativos, mas com impacto diferente na seleção, uma vez que o descritor mais selecionado como negativo foi escolhido somente 11 vezes, enquanto GE o escolheu 40 vezes, o que pode sugerir uma avaliação diferente do impacto dos sintomas de voz. Isso pode mostrar uma maior preocupação com a qualidade da voz por parte do GE. Todavia, também pode sugerir uma autocrítica mais atenta em relação às modificações da voz devido ao seu uso contínuo e excessivo ou demandas

específicas da profissão. No entanto, a maioria do GE considerou a voz como normal.

A percepção da voz do GC não pode ser ignorada, entretanto há uma provável indicação de que, neste grupo, os participantes apenas classificaram suas vozes com atributos negativos quando parecem incomodar os ouvintes como uma voz desagradável, o que se reflete em um dos adjetivos negativos selecionados, como, por exemplo, “poderosa”, que por ser compreendido como uma voz muito potente, o que pode indicar ou uma autopercepção ou uma afirmação do ouvinte. Curiosamente, os atributos negativos do GC também foram citados pelo GE (alegre, 40% e poderosa, 34%), o que sugere que ambos os grupos, provavelmente, reconhecem a dificuldade de controlar o volume e o tom de suas vozes. A presença de mais atributos negativos no GE pode ser justificada pelo fato de os professores apresentarem demanda e esforço vocal muito maiores que os não-professores, pois utilizam a voz de forma intensa e frequente, já que procuram manter a atenção dos alunos, controlar a sala de aula e manter a disciplina. Além disso, estão constantemente expostos à fadiga vocal devido a uma maior tensão muscular, ao aumento da intensidade devido ao ruído e à competição sonora, à poluição do ar, ao estresse e à ansiedade, aos hábitos pessoais e ao estilo de vida^{7,8,17}, que pode se tornar um estilo de comunicação, uma “voz do professor” e/ou um hábito vocal.

A voz é um componente essencial no relacionamento interpessoal e, neste estudo, essa assertiva também vale para o ambiente de trabalho, visto que, se há uma desarmonia de fatores orgânicos, fisiológicos e emocionais, isso pode gerar um distúrbio vocal e, conseqüentemente, uma comunicação oral ineficiente. Assim sendo, a partir do momento em que a pessoa se torna mais consciente de sua psicodinâmica vocal, ela se apropria de sua expressão vocal e de seu impacto no ouvinte¹⁸. Conseqüentemente, a percepção adequada da psicodinâmica vocal ganha especial interesse pelo seu uso laboral e pelas limitações comunicativas decorrentes dos sintomas vocais, que podem gerar angústia relacionada à longevidade laboral e ao desenvolvimento da carreira¹⁹.

O impacto de um distúrbio de voz na qualidade de vida depende de vários fatores, incluindo a demanda vocal da profissão, mas não está necessariamente ligado ao grau de disфония²⁰. Deve-se, ainda, considerar que a severidade de um distúrbio

de voz pode não ser o melhor indicador de impacto da voz na qualidade de vida, visto que existe baixa correlação entre autopercepção de seus distúrbios na qualidade de vida dos indivíduos disfônicos²¹.

Professores têm dificuldades em relacionar seu processo saúde-adoecimento e também de refletir sobre os sintomas vocais que podem sentir ou apresentar. Isso pode indicar uma dessensibilização ao próprio sofrimento e uma distorção em como percebem, sentem, interpretam, compreendem, adaptam-se e lidam com as experiências cotidianas, provavelmente favorecidas pela maneira como o processo ensino-aprendizagem é organizado²².

Os escores totais e das seções do PPAV foram significativamente diferentes entre o GE (41,95) e o GC (13,37) e sugerem que o GE percebe a influência do impacto dos distúrbios da voz na qualidade de vida. Porém, vale ressaltar que, quando analisados os escores das seções isoladamente, parece que ambos os grupos não valorizam os sintomas vocais e não os relacionam ao seu trabalho, uma vez que os escores da seção efeitos no trabalho (8,42 no GE e 0,74 no GC) foram menores que os da seção efeitos na comunicação diária (17,57 no GE e 7,18 no GC). Este resultado sugere que os professores parecem não ter consciência de que os sintomas vocais podem estar relacionados ao trabalho, o que pode ser devido à não existência de distúrbios vocais ou à falta de atenção a essas modificações na voz durante a vida profissional ou, conforme discutido anteriormente, devido à maneira como entendem e adaptam o uso da voz às suas experiências cotidianas, o que pode levá-los a considerar suas vozes sem alterações no TDV.

Além disso, é importante considerar que o bem estar docente agrega melhores resultados, pois o professor é o agente mais importante que afeta os ganhos do estudante na sala de aula²³. Mais ainda, professores com qualidade vocal alterada apresentam pior percepção de sua profissão e de sua relação com os estudantes em comparação a professores sem alteração de voz. Mostram também desesperança com o futuro profissional e maior desejo de abandonar a profissão²⁴.

Aqueles que formulam as políticas de educação devem considerar as estratégias e as políticas que possam influenciar positivamente as decisões dos professores de ingressar e permanecer na profissão docente, como oferecer meios eficazes e acessíveis para fornecer apoio e melhorar as condições de

trabalho²⁵, como os cuidados com a saúde vocal através de sessões de orientação.

De forma conflitante, na pergunta 2 (“Seu trabalho é afetado pelo seu problema de voz?”) do PPAV, os resultados do GE sugerem que o grupo percebe alguma influência da voz em seu trabalho (3,01 pontos). No entanto, isto reforça a discussão anterior, quando confirma que os sintomas vocais não são levados em consideração pelos professores, os quais não parecem estabelecer uma correlação direta entre o distúrbio de voz, a demanda vocal profissional, o mau uso da voz e seu trabalho. Isso pode ser visto nas perguntas 3 (“Nos últimos 6 meses você chegou a pensar em mudar seu trabalho por causa do seu problema de voz?”, 1,92 pontos), 4 (“Seu problema de voz criou alguma pressão em seu trabalho?”, 1,55 pontos) e 5 (“Nos últimos 6 meses, o seu problema de voz tem afetado o futuro de sua carreira profissional?”, 1,94 pontos), que definiu pontuações mais baixas.

Por outro lado, mesmo não mostrando significância em todos os itens da seção 5 (efeitos na emoção), os resultados sugerem que os professores percebem em algum grau os sintomas vocais relacionados ao trabalho, uma vez que relatam que ficam chateados (questão 22, 1,94 no GE contra 0,43 no GC), preocupados (questão 25, 2,54 no GE contra 0,45 no GC) e ficam insatisfeitos (questão 26, 1,59 no GE contra 0,73 no GC) com a presença de alterações em suas vozes. Ansiedade, estresse, tensão e outros transtornos psicodinâmicos, comuns entre professores, podem influenciar a produção vocal, causando ajustes vocais inadequados^{6-8,15,26}, o que pode justificar alguns de nossos resultados.

Então, faz-se necessário que os professores compreendam a importância da prevenção e valorização da voz como recurso fundamental para seu desempenho vocal, pois ela é responsável por grande parte da informação contida na mensagem oral, não recebe a devida atenção, de modo que possa por em risco a saúde da voz. Além disso, isso pode implicar em ausência temporária ou incapacidade para desempenhar a função de professor e trazer prejuízos nas funções social, econômica e profissional^{17,26}.

Outro fator importante, é que um distúrbio de voz significa perder parcialmente a identidade pessoal, limitando as possibilidades de comunicação e a transmissão de emoções⁸. No presente estudo, observa-se que o GE apresenta um impacto mais negativo na comunicação social e diária do que o

GC. A qualidade de vida social em relação ao uso da voz, como principal instrumento de comunicação oral, permanece prejudicada devido às condições de vida, à agitação e à quantidade de compromissos que esses professores possuem²⁶. Questões emocionais, vida social, trabalho e comunicação diária podem ser afetados, uma vez que a comunicação é prejudicada. Professores que percebem essas dificuldades precisam ser orientados em termos de cuidado vocal ou à necessidade de reabilitação, uma vez que os problemas vocais e emocionais podem reduzir a longevidade laboral, pois o indivíduo fica mais suscetível a lesões vocais, apresentando maior grau/intensidade de sintomas.

Embora os achados mostrem que os professores percebem um maior impacto sobre a voz do que o público em geral, o impacto da voz na qualidade de vida e de trabalho ainda é pouco percebido, apesar da alta demanda vocal e da necessidade de ações de promoção da saúde²⁷, o que sugere que estes profissionais precisam de orientação específica em relação à saúde vocal, ao ambiente favorável, ao aquecimento e desaquecimento vocais e ao abuso vocal. Essa consciência torna-se fundamental para a manutenção da longevidade vocal²⁰.

Por esse motivo, estes profissionais têm de lidar com diferentes distúrbios da voz. O enfrentamento é definido como esforços cognitivos e comportamentais para gerenciar demandas estressantes externas ou internas que, em geral, sobrecarregam os recursos disponíveis ao sujeito²⁸. Claramente, o grupo de professores deste estudo usa mais estratégias de enfrentamento que o grupo de não-professores para lidar com as modificações da voz, mas os resultados sugerem que ambos os grupos preferem estratégias focadas na emoção, o que, em alguma medida, corrobora a informação do PPAV, quando define uma pontuação mais alta na seção 5 (efeitos na emoção) do que nas seções 1 e 2 (autopercepção do grau do seu problema da voz e efeitos no trabalho).

Ao serem comparadas as características vocais e emocionais nos grupos de professores e não-professores com baixa e alta ansiedade, concluiu-se que indivíduos com alta ansiedade apresentam maior comprometimento emocional, vocal e de qualidade de vida, principalmente aqueles que utilizam a voz como ferramenta de trabalho. Em outras palavras, os professores se destacam por estar expostos diariamente a situações de estresse

e de ansiedade e por utilizarem a voz, concomitantemente, no trabalho^{6-8,15,26}.

O estilo de enfrentamento influencia diretamente as expectativas do indivíduo²⁸. O mecanismo de enfrentamento focado na emoção não modifica a situação em si, mas serve para o indivíduo negociar com as emoções e, assim, manter uma melhor autoestima, mais esperança e um bem estar²⁹. Os dados apresentados no PEED sugerem que ambos os grupos evitam estar com outras pessoas em função do problema de voz (itens 15 e 19) e entendem que o repouso vocal assume um papel importante na recuperação de suas vozes (item 24). Parecem, ainda, não considerar as possibilidades de reabilitação vocal, pois afirmam que não há nada a ser feito (item 17), embora os participantes do GE digam que buscam informações sobre o problema (item 4) para melhor compreendê-lo (item 8).

Uma provável explicação para este achado pode ser o estresse gerado pelo esforço para atuar sobre a situação-problema, por isso essa estratégia visa mudar o que causa o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente²⁸. Portanto, estes dois focos de estratégias de enfrentamento ocorrem frequente e simultaneamente e podem ser facilitadores mútuos. Indivíduos com queixas vocais que buscam soluções objetivas e mais reais para enfrentar os problemas de voz são mais propensos a usar estratégias focadas no problema e vale ressaltar que o foco de enfrentamento adotado pelos sujeitos influencia tanto na manutenção dos distúrbios vocais quanto no prognóstico favorável³⁰.

Portanto, a avaliação e identificação dessas estratégias favorecem uma reação e uma adaptação do indivíduo à doença, considerando também a cultura e as crenças individuais, uma vez que esses fatos podem influenciar a efetividade das estratégias de promoção do bem estar emocional e acesso à origem ou causa do estresse ou problema^{28,30}.

Assim, o foco na saúde vocal pode fortalecer uma proposta de atenção primária para um possível desenvolvimento e manutenção de culturas que apoiem o trabalho docente.

Conclusão

Os professores apresentam maior percepção do impacto da qualidade vocal do que a população geral. No entanto, é intrigante a falta de atenção aos sintomas e distúrbios vocais relacionados ao trabalho e, curiosamente, as estratégias de enfren-

tamento das disfonias têm maior foco na emoção do que no problema. Estes achados podem indicar a importância de informar esta população sobre as possibilidades do uso saudável da voz, hábitos vocais e as diferentes formas de reabilitação de seus distúrbios, além de estabelecer políticas públicas que tenham como foco a saúde vocal do docente.

Referências

1. Campos S. Fonoaudiologia aguarda publicação do Protocolo de Voz Relacionado ao Trabalho. [cited 2017 Oct 26]. Available from <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/Revista-Comunicar-edicao-75.pdf>.
2. Leithwood K, McAdie P. Teaching working conditions that matter. *Education Canada*. 2007; 47(2):42–45. [cited 2017 Dec 20]. Available from: <https://www.edcan.ca/wp-content/uploads/EdCan-2007-v47-n2-Leithwood.pdf>.
3. Hunter EJ, Botalico P, Graetzer S, Leishman TW, Berardi ML, Eyring NG, Jensen ZR, Rolins MK, Whiting JK. Teachers and teaching: speech production accommodations due to changes in the acoustic environment. *Energy Procedia*. 2015; 78:3102-3107. DOI 10.1016/j.egypro.2015.11.764.
4. Bicalho AD, Behlau M, Oliveira, G. Termos descritivos da própria voz: comparação entre respostas apresentadas por fonoaudiólogos e não-fonoaudiólogos. *Revista CEFAC*. 2010; 12(4):543-550.
5. Souza CL, Carvalho FM, Araújo TM, Reis EJFB, Lima VMC, Porto LA. Factors associated with vocal fold pathologies in teachers. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 45(5):914-921. DOI 10.1590/S0034-89102011005000055.
6. Behlau M, Zambom 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.e9-e18.
7. Martins RH, Amaral HA, Tavares EL, Martins MG, Gonçalves TM, Dias NH. Voice Disorders: etiology and diagnosis. *J Voice*. 2016; 30(6):761.e1-e9.
8. Nerrière E, Vercambre MN, Gilbert F, Kovess-Masféty V. Voice disorders and mental health in teachers: a cross-sectional nationwide study. *BMC Public Health*. 2009; 9:370.
9. IBGE. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. [cited 2017 Jan 9]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=210100&idtema=118>.
10. INEP. Sinopses Estatísticas da Educação Básica 2016. [cited 2017 Jan 9]. Available from: <http://inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>.
11. Ricarte A; Oliveira G; Behlau M. Validation of the Voice Activity and Participation Profile Protocol in Brazil. *CoDAS*. 2013; 25(3):242-249.
12. Oliveira G, Hirani SP, Epstein R, Yazigi L, Behlau M. Validation of the Brazilian Version of the Voice Disability Coping Questionnaire. *J Voice*. 2016; 30(2):247.e13-e21.
13. Berg M, Fuchs M, Wirkner K, Loeffler M, Engel C, Berger T. The Speaking Voice in the General Population: Normative Data and Associations to Sociodemographic and Lifestyle Factors. *J Voice*. 2017; 31(2):257.e13-e24.
14. Amorim Neto RC, Rodrigues VP, Panzer S. Exploring the relationship between entrepreneurial behavior and teachers' job satisfaction. *Teaching and Teacher Education*. 2017.
15. 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.
16. Ghirardi ACA, Ferreira LP, Giannini SPP, Latorre MRDO. Screening Index for Voice Disorder (SIVD): Development and Validation. *J. Voice*. 2013; 27(2):195-200.
17. Korn GP, Pontes AAL, Abranches D, Pontes PAL. Vocal tract discomfort and risk factors in university teachers. *J Voice*. 2016; 30(4):507.e1-8.
18. Ricarte A, Bommarito S, Chiari B. Impacto vocal de professores. *Revista CEFAC*. 2011; 13(4):719-727.
19. Rocha LM; Bach SL; Amaral PL; Behlau, M; Souza LDM. Risk Factors for the Incidence of Perceived Voice Disorders in Elementary and Middle School Teachers. *J Voice*. 2017; 31(2):258e7-e12.
20. Bolbol SA, Zalat MM, Hammam RA, Elnakeb NL. Risk Factors of voice disorders and impact of vocal hygiene awareness program among teachers in public schools in Egypt. *J Voice*. 2017; 31(2):251.e9-e16.
21. Coelho AC, Brasolotto AG, Fernandes CAN, de Souza Medved DM, Silva EM, Bahmad Júnior F. Auditory-perceptual evaluation of voice quality of cochlear-implanted and normal-hearing individuals: a reliability study. *J. Voice*. 2017; 31(6):774.e1-e8.
22. Ingersoll R, Strong M. The impact of induction and mentoring programs for beginning teachers: A critical review of the research. *Review of Educational Research*. 2011; 81(2):201-233.
23. Amorim Neto RC, Rodrigues VP, Panzer S. Exploring the relationship between entrepreneurial behavior and teachers' job satisfaction. *Teaching and Teacher Education*. 2017.
24. Gonçalves GBB. A saúde vocal do professor em uma pesquisa nacional. *Revista Retratos da Escola*. 2012; 6(11):447-462.
25. Podolsky A, Kini T, Bishop J, Darling-Hammond A. Sticky schools: How to find and keep teachers in the classroom. *Phi Delta Kappan*. 2017; 98(8):19-25.
26. Giannini SP, Latorre MR, Fischer FM, Ghirardi AC, Ferreira LP. Teachers' voice disorders and loss of work ability: a case-control study. *J Voice*. 2015; 29(2):209-217.
27. Gomes NR, Medeiros AM, Teixeira LC. Self-perception of working conditions by primary school teachers. *Revista CEFAC*. 2016; 18(1):167-173.
28. Cieślak K, Pawlukiewicz M, Gołąb D, Konys M, Kuśnierkiewicz M, Kleka P. Styles of coping with stress of cancer in patients treated with radiotherapy and expectations towards medical staff – Practical implications. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*. 2013; 18(2):61–66.
29. 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(2):209–217.
30. Zambom FC. Coping strategies in teacher with voice complaint. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2012; 17(2):237.