



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA

MESTRADO EM PSICOLOGIA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

“Disfonia – Riscos na Profissão Docente”

Tese de mestrado em Psicologia

Sandra Sofia Gonçalves da Costa Cândido Calado

Faro, 2010



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA

MESTRADO EM PSICOLOGIA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

“Disfonia – Riscos na Profissão Docente”

Tese de Mestrado em Psicologia

Sandra Sofia Gonçalves da Costa Cândido Calado
Dissertação orientada por: Professora Doutora Cristina Faria

Faro, 2010

Sandra Sofia Gonçalves da Costa Cândido Calado

Disfonia – Riscos na Profissão Docente

Universidade do Algarve
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação de Beja

Faro, 2010

Sandra Sofia Gonçalves da Costa Cândido Calado

Disfonia – Riscos na Profissão Docente

(Assinatura)

Tese de Mestrado em Psicologia,
na Área de especialidade de Psicologia da Saúde apresentada
à Universidade do Algarve

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido com o objectivo de avaliar a qualidade de vida (QV) do professor com disfonia, através da utilização do questionário de actividade vocal e estilos de vida (QAVEV) e o Questionário de Índice de Desvantagem Vocal (IDV), aplicado por Susana V. Freitas (2006) e o questionário sobre Qualidade de Vida, aplicado por Vaz-Serra; Canavarro; Simões; Pereira; Gameiro; Quartilho; Rijo; Carona & Paredes (1998), Whoqol – versão abreviada.

Estes instrumentos avaliam os domínios físicos e sócio-emocional da qualidade de vida dos indivíduos com distúrbios da voz. Participaram deste estudo 48 professores, com queixas vocais, do ensino público.

A idade do grupo variou entre 25 a 55 anos. A maioria dos recrutados era do sexo feminino.

Este trabalho constatou que os problemas de voz têm impacto negativo na QV dos docentes e este impacto é pouco percebido por eles.

Apesar de elevada prevalência de disfonias entre profissionais docentes, permanece inexplorada a associação entre o uso da voz na sala de aula e os condicionantes derivados da organização do trabalho.

Palavras-chave: disfonia, professores, qualidade de vida, voz.

ABSTRACT

This study was undertaken to evaluate the dysphonic teachers' quality of life, through the use of the questionnaire the activity of a vocal and a styles of life and questionnaire index disadvantage vocal, applied by Vaz-Freitas and the questionnaire about quality of life, applied by Vaz-Serra.

This validated outcomes instrument evaluates the physical and socio-emotional domains of individuals' quality of life that experience voice disorders. A total of 48 teachers participated in this study, with vocal complaints, from middle, high and graduate public school.

The age group varied from 25 to 55 years old. The majority of the interviewees was constituted by women.

This essay has noticed that speech problems have a negative impact on the teachers' quality of life and this impact is little noticeable among them.

According to the results, it is essential a vocal health promotion through specific actions.

In spite of high prevalence of vocal problems among teachers, the association between the vocal use in the classrooms and how it is regulated by the organization of the educational work remains unexplored.

Key words: dysphonia, teacher, quality of life, voice.

Abreviaturas

Q.V – Qualidade de Vida

IDV – Índice de Desvantagem Vocal

QAVEV - Questionário de actividade vocal e estilos de vida

D. Geral - Domínio Geral

D. Físico – Domínio Físico

D. Psicológico – Domínio Psicológico

D. Relações Pessoais – Domínio de Relações Pessoais

D. Ambiente – Domínio do Meio Ambiente

Totbemestar – Total de Bem - estar

Totperfilvocal – Total de perfil vocal

Totsaudevocal – Total de saúde vocal

Totidv – Total de índice de desvantagem vocal

Dedicatória

Aos todos os profissionais de Educação,
que encontram no seu dia-a-dia
dificuldades físicas, psicológicas e
ambientais para leccionar nas perfeitas
condições.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Cristina Faria, pela motivação, orientação e partilha de conhecimentos durante a realização deste estudo.

Ao Professor Sansão Correia pela incansável ajuda prestada neste estudo.

Às minhas colegas de mestrado pela amizade e partilha de conhecimentos, principalmente a três colegas, (Licínia, Vânia e Alexandra), pela paciência e motivação ao longo de todo o curso.

A todos os meus colegas de profissão e dos dois Agrupamentos do estudo.

À Aiza, pelo carinho, compreensão e ajuda prestada junto da minha família.

Ao Carlos, João, Francisca e Filipa por tudo o que representam para mim e pelo tempo que não lhes dediquei.

A todos e meu muito obrigado.

“Depois de encontrar sua própria voz, a escolha para expandir sua influência, para aumentar a sua contribuição, é a escolha para inspirar outros a encontrar sua voz. Inspire, significa dar vida a outra. Como nós reconhecemos, respeitamos e criar formas para os outros para dar voz a todas as quatro partes da sua natureza - física, mental, emocional / social, espiritual - o gênio humano latente, criatividade, paixão, talento e motivação são desencadeadas. Será que estas organizações atingem uma massa crítica de pessoas e equipes de expressar a sua voz cheia que vai conseguir descoberta do próximo nível de produtividade, inovação e liderança no mercado e na sociedade.”

Stéphane Covey

ÍNDICE

	<i>Páginas</i>
Resumo	5
Abstract	6
Abreviaturas	7
Dedicatória	8
Agradecimentos	9
Índice de Figuras	14
Índice de Tabelas	14
Índice de Gráficos	15
Introdução	16
Parte I – Enquadramento Teórico	20
1.Promoção da Saúde em grupos profissionais.....	20
1.1. Prevenção do risco e promoção da saúde	20
1.2. Stress e Estilos de Vida Saudáveis	22
2.Qualidade de vida e bem-estar na profissão docente	26
3.Situação de Risco na Profissão Docente	31
3.1.Mudanças no contexto escolar	32
3.2.Instabilidade na Escola	34
3.3.Problemas de Voz nos Professores - Disfonia	35
3.4. Incidência e prevalência dos problemas da voz	37
3.4.1. Principais sintomas vocais e físicos:	39
3.4.2. Como avaliar profissionalmente um problema de voz:.....	39
3.4.3. Terapia vocal:	40
3.4.4.Importância da Terapêutica Respiratória	40
3.4.5. Saúde Vocal	41

4. A importância da formação na prevenção de problemas da voz.....	45
4.1. Formação Inicial	47
4.2. Formação Contínua dos docentes.....	48
4.3. Prevenção da Disfonia na vida do Professor.....	50
Parte II – Estudo Empírico	52
5. Metodologia	52
5.1. Modelo racional teórico	53
5.1.1. Modelo Racional Teórico (Organograma).....	54
5.2. Objectivos e Hipóteses de Estudo	55
5.3. Variáveis do Estudo	57
5.4. Amostra	58
5.5. Instrumento e recolha de dados	58
5.6. Procedimento	62
6. Apresentação, Análise e discussão dos resultados.....	63
6.1. Caracterização da Amostra	64
6.2. Análise das Características Psicométricas das Escalas	68
6.3. Actividade Vocal e Estilos de Vida (QAVEV)	69
6.4. Qualidade de vida (Domínios e Aspectos da WHOQOL - Bref.).....	69
6.5. Análise Descritiva dos Valores das Variáveis	70

	Páginas
6.6. Correlações entre Bem-estar e Voz	72
6.6.1. Tabela de Correlações	74
7. Conclusão	77
 Referências Bibliográficas	 79
Anexos	85
Anexo 1: Instrumentos de colheita de dados	
Anexo 2 : Whoqol	

Índice de Figuras

	Páginas
Figura 1 – Ciclo de efeitos do stress -----	23
Figura 2 – Modelo Racional Teórico -----	53

Índice de tabelas

	Páginas
Tabela 1 – Distribuição da Amostra por grupo etário -----	63
Tabela 2 – Distribuição da Amostra quanto ao género -----	63
Tabela 3 – Distribuição da Amostra quanto ao número de filhos-----	64
Tabela 4 – Distribuição da Amostra por estado civil-----	64
Tabela 5 – Resultados obtidos da análise da Correlação entre Totais e Domínios ----	72

Índice de Gráficos

Páginas

Gráfico 1 – Tem algum problema de saúde -----	65
Gráfico 2 – Como é a sua saúde é ... -----	65
Gráfico 3 – Uso da voz na profissão docente -----	66
Gráfico 4 – Ano escolar leccionado -----	66

Introdução

Na profissão docente, a voz é um factor relevante para o desempenho profissional do professor em sala de aula, especialmente enquanto componente constitutivo da identidade do professor como trabalhador, do impacto do docente sobre o discente e componente do processo do ensino-aprendizagem (Penteado, 2003; Penteado & Bicudo-Pereira, 2003; Grillo, 2004).

Uma das categorias que sofre muitas consequências do mau uso vocal, por falta de conhecimento das noções básicas de saúde vocal, são os professores. Vários são os trabalhos de pesquisa que relatam a importância dos cuidados com a voz do professor ou que enfatizam as alterações mais comuns presentes nessa categoria (Dragone, 1996).

Os professores, sejam eles de escola pública ou privada, nível secundário ou superior, sofrem as consequências de ambientes desfavoráveis em sala de aula, como, ruídos ambientais de alunos, da rua, de ventiladores, ar condicionado, pó de giz, salas grandes com acústica ruim, muitos alunos em sala de aula.

Na maioria das vezes, os professores competem com a fala dos próprios alunos e acabam por impor a sua voz através do *grito*, a autoridade que nem sempre conseguem expressar.

Entendendo a qualidade de vida como um construtor multidimensional que inclui diversos domínios de funcionamento (do trabalho, social, psicológico, físico e comunicativo), este estudo elege temáticas referentes ao uso profissional da voz, pelo professor, estabelecendo relações entre saúde vocal e os distúrbios da voz (*disfonias*), com as condições de trabalho e vida do professor... (Penteado & Bicudo-Pereira, 1999).

A voz é um som produzido pela vibração das cordas vocais, laringe, pelo ar vindo dos pulmões.

A voz tem, cada vez mais, um papel importante na actividade profissional dos professores, sendo uma das actividades onde existe maior incidência de problemas vocais, uma vez que as condições do uso vocal e os seus cuidados são, na maior parte das vezes, inadequados. Este facto prende-se, sobretudo ao uso constante da voz durante horas por parte destes profissionais.

É urgente alertar e informar sobre os procedimentos mais correctos, para quem faz da sua voz um *instrumento de trabalho* e que a quer preservar.

A maioria dos professores ainda não tem consciência da influência que a voz tem no desempenho da sua função, sendo mesmo, o principal meio de transmissão de conhecimentos.

Tal como a maior parte dos indivíduos, o professor só está consciente para a importância da própria voz e os cuidados a ter com a mesma, quando “*o seu mais valioso instrumento de trabalho*”, começa a dar sinais de fadiga, ou quando surge uma patologia que o impossibilite de trabalhar.

De acordo com o pressuposto da incorrecta utilização da voz, sabe-se que há uma grande incidência de alterações vocais em professores, e que interferem diariamente na transmissão dos conteúdos que lecciona. A causa das tais alterações, na maioria das vezes, está inter-relacionada com *o mau uso e/ou abuso vocal*.

Para o professor, uma **disfonia**, (*doença que causa distúrbios da voz devido ao seu uso contínuo e inadequado*), tem impacto directo, quer no seu desempenho profissional, quer na sua qualidade de vida, uma vez que limita a utilização da voz, baixa a resistência vocal e interfere negativamente no seu bem-estar.

A fim de minimizar este problema, é necessário criar mecanismos de desenvolvimento de *informação e formação para a voz*, ou seja, criar condições preventivas que levem à redução dos riscos profissionais da voz no professor, de forma a garantir uma melhor qualidade de ensino.

Apesar, de ser reconhecido universalmente, que os docentes apresentam maior risco vocal que outros profissionais da voz, em Portugal, tal distorção ainda não é aceite nem reconhecido como uma doença profissional. Neste sentido, é de grande importância, falar da *prevenção e correcta orientação no tratamento dos problemas vocais dos professores*.

A designação **voz disfónica** compreende um grande número de sintomas, como desvios na qualidade vocal, esforço na emissão do som, fonoastenia, perda de potência/projecção vocal (diminuição do volume), variações descontroladas da frequência fundamental, quebras da intensidade vocal, baixa resistência vocal e sensações desagradáveis na emissão.

Neste **estudo**, utilizamos o termo *disfonia* para designar qualquer dificuldade ou alteração na emissão natural da voz caracterizado por um distúrbio (Costa, H. *cit in*, Mendes, R., 2003), que limita a comunicação oral e pode repercutir-se de forma significativa no uso profissional da voz (ABORL-CC., 2004).

Embora o uso vocal seja habitual em cerca de 1/3 da população laboral (Vilkman E., 1996), (Vilkman E., 2000), a existência fonatória varia de acordo com a profissão (Costa, H.; Duprat, A.; Eckley, C.; Silva, M., 2000; Koufman J. & Blalock D. 1988). Na última década, vários estudos mostraram e comprovaram que, as actividades profissionais vocalmente exigentes estão interligadas a factores de risco, desenvolvendo problemas de voz (Costa, H. *et al.*, 2000), descrevendo as disfonias dos profissionais da voz falada e definindo-as como “alterações da voz ocupacionais” (Vilkman, E. *op. cit.*).

Os professores, sendo o grupo profissional com mais problemas vocais e os que utilizam a voz como principal veículo de transmissão dos seus conhecimentos, é imprescindível que tomem consciência e compreensão do acto, visto que sua voz torna-se sensível e vulnerável em relação ao tempo e ao uso indiscriminado se não forem adoptados os devidos cuidados especiais. Pinto (1997) afirma que o abuso ou o mau uso da voz danifica os tecidos laríngeos, podendo produzir um distúrbio vocal devido as actividades verbais utilizadas pelos profissionais da voz serem incompatíveis com a saúde vocal.

Segundo, alguns estudos realizados sobre casos provenientes de clínicas otorrinolaringologistas ou de terapia da fala, revelam que *esta é a profissão mais representada com elevado risco de disfonia*, devido aos ambientes físicos e psíquicos (Vilkman, E., 2000; Costa, H. *et al.*, 2000; Smith, E., Gray, S., Dove, H., Kirchner, L., Heras, H., 1997; Fuess, V. & Lorenz, M., 2003; Morton, V., 1995).

Em seis estudos realizados verificou-se que, mais de 50% dos professores acabam por experimentar dificuldades fonatórias no decorrer da sua vida profissional activa (Smith, E. *et al.*, 1997; Fuess, V. & Lorenz, M., 2003).

Em suma, a *Formação e Prevenção seguem de mãos dadas*, pois **formar é prevenir, e prevenir é informar.**

Neste sentido, o presente estudo procura dar resposta à seguinte questão:

“Quais são os factores determinantes para a ocorrência de disfonias em docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico e educadores de infância?”

Importa ainda acrescentar que este trabalho é constituído por duas partes: a primeira aluz ao enquadramento teórico, abordando as principais variáveis contextuais na compreensão desta temática; a segunda envolve o estudo empírico sobre a prevenção do risco da afonia.

Neste sentido, o presente estudo, pretende mais concretamente saber, de que forma factores como *stress*, *comportamentos de risco*, *poucos cuidados com a voz e pouca qualidade de vida*, determinam o aparecimento de *Disfonia* em **docentes do primeiro ciclo do Ensino Básico e educadores de infância**.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Promoção da Saúde em grupos profissionais

Existem grandes lacunas no conhecimento do estado de saúde nos profissionais da área da educação.

A saúde é um processo complexo, dinâmico, dialéctico, de equilíbrio instável, função de uma quantidade enorme de factores de várias ordens. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu-a como o estado de bem-estar físico, psíquico e social completo, não sendo apenas a ausência de enfermidades.

A concepção de saúde, não deverá reduzir-se a entendê-la apenas como um processo de adaptação ecológica necessário para a vida. Deverá incluir também, a capacidade de desenvolver uma perspectiva integradora da realidade e de construir vínculos activos e transformadores com esta, que permitam satisfazer as necessidades crescentes de um ser em permanente evolução psicocultural e social.

Se entendermos o processo de vida como um jogo dinâmico de permanente equilíbrio-desequilíbrio ecológico, o funcionamento do sistema orgânico e psíquico não pode ser senão, um ajuste permanente de funcionalidade em variação normal-anormal, com diferentes níveis de gravidade.

1.1. Prevenção do risco e promoção da saúde

A promoção da saúde é um tema bastante abordado nos dias actuais e tem como meta principal, melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida a nível mundial.

Segundo, Oliveira (2005), as propostas da promoção da saúde surgiram na década de 70 e tinham como estratégia fundamental renovar o campo da saúde pública.

Candeias (1997) definiu a promoção da saúde como “uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir acções e condições de vida conducentes à saúde”. É corrente entre as autoridades do sector de saúde e os profissionais da área, a percepção de que o modelo de atenção centrado na assistência individual e curativa, com ênfase absoluta no atendimento hospitalar, não resolve os problemas de saúde, nem satisfaz a clientela (OMS, 2001).

Em 1986, realizou-se em Ottawa, Canadá, a Primeira Conferência Internacional da OMS, sobre Promoção da Saúde e com ela surgiu a esperança de melhorias no sistema de saúde dos países.

A Carta de Ottawa (BRASIL, 2001), define a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua saúde e Qualidade de Vida (QDV), incluindo uma maior participação no controle deste processo. Considera como pré-requisitos para a saúde a paz, habitação, educação, alimentação, renda, eco-sistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde que tem como objectivo capacitar as pessoas, através da informação e educação, para alcançarem melhores condições de vida, exercendo maior controlo sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente.

De acordo com Gazzinelli *et al* (2005), muitos problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população. Estes autores relatam que houve uma mudança no discurso oficial da Educação em Saúde, de uma perspectiva tradicional baseada na imposição de modelos para uma abordagem voltada para a participação comunitária. Segundo os autores, esta ideia é central em Paulo Freire desde a década de 70, tanto que no documento *Acção Educativa nos Serviços Básicos de Saúde do Ministério da Saúde*, é notória a forte influência do seu pensamento e de sua teoria de educação libertadora.

A promoção da saúde depende, da participação de um público esclarecido, disposto a mudanças. E para que se concretize a promoção da saúde são necessárias condições de vida e políticas públicas saudáveis, aliadas a acções educativas, viabilizando a participação da sociedade como um todo.

L'Abbate (1994), afirma que os profissionais de saúde, devem-se sentir o tempo todo, sujeitos do processo educativo e, da mesma maneira, aprender a considerar sujeitos o usuário e os demais profissionais. Como sujeito, entende-se uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido, e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade, capaz de perceber o seu papel pessoal/profissional/social, diante dos desafios colocados a cada momento.

Ao ampliar o olhar para a escola, enquanto ambiente de trabalho, deve-se lembrar de que as propostas e políticas públicas de saúde mais recentes, estimulam o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, e a formação de ambientes saudáveis (Gonçalves; Penteado & Silvério, 2005).

Neste contexto de promoção da saúde, o estudo da QDV do *professor disfónico* torna-se relevante no intuito de promover a saúde, prevenir e tratar precocemente as desordens vocais que afectam esta categoria profissional, além de trazer informações relevantes para a Fonoaudiologia e outras áreas da saúde.

Deste modo, é necessário fazer-se o desenvolvimento de acções de promoção da saúde junto dos professores, nas instituições de trabalho e ao longo dos percursos formativos, para que possa prevenir o aparecimento de alterações vocais e conseqüentemente o sofrimento que delas advêm, com repercussões na QDV profissional.

1.2. Stress e Estilos de vida saudáveis

Segundo Nair (1996), o *stress* é o estado que se caracteriza por um conjunto de reacções psicofisiológicas do organismo a situações que desencadeiam tensão. São factores stressantes os acontecimentos que provocam ansiedade, agitação ou tristeza.

Em 1936, o cientista e médico austríaco Hans Selye, apresentou pela primeira vez em biologia, o conceito de *stress*. Definiu-o como uma "síndrome geral de adaptação", ou seja, um conjunto de reacções sistémicas e não específicas que surgem quando ocorre exposição do organismo a agentes agressores.

Assim sendo, o *stress* é a resposta dada pelo nosso organismo às diferentes mudanças ambientais vividas.

Está associado às actividades e situações difíceis enfrentadas pelo ser humano no seu quotidiano.

Face ao *stress*, o corpo humano apresenta uma série de reacções, activando e desactivando mecanismos como forma de "lutar contra ou fugir" das situações desagradáveis.

Baseado em estudos realizados por Pletsch (1997), podemos dizer que a reacção mais comum apresentada pelo nosso organismo (que atinge quase a totalidade do corpo), é a seguinte:



Figura 1: Ciclo de efeitos do stress

Trabalhando a voz do Professor; CEFAC, 2000; pág. 31

Estas reacções, que são involuntárias, agindo sinergeticamente, formam um círculo prejudicial à saúde do ser humano, causando uma série de moléstias manifestadas nas diversas partes do corpo onde os músculos tensionados retiveram toxinas, causando desconforto, sensação de cansaço e dores localizadas.

Problemas como disfunção intestinal, indigestão, gastrite, enxaquecas, pressão alta, gripes, TPM, impotência sexual e mal funcionamento das cordas vocais são os mais citados na literatura consultada, mas também são relatados problemas mais graves como diabetes, enfartes e tumores (inclusive na região da boca e laringe) resultantes do estado de stress do indivíduo (Bonne & McFarlane, 1994).

Para prevenir todos estes males provocados pelo stress, Pletsch (1997) sugere a utilização das técnicas de relaxamento e massagem, capazes de fazer com que o organismo “descarregue” as tensões acumuladas e facilite o trabalho metabólico natural do organismo. A utilização destas técnicas desencadeia reacções tanto fisiológicas (activação da

circulação sanguínea, tonificação dos músculos etc.) quanto psicológicas (redução da ansiedade, sensação de alívio etc.).

O *estudo do coping* não pode ser feito sem a sua relação com o stress. Diversos trabalhos dizem que um sujeito com estratégias de *coping* adequadas sente normalmente que tem um bom controlo das situações com que se depara, gostando de confrontar e resolver activamente os problemas, utilizando mecanismos que reduzem os estados de tensão que não são lesivos para a sua saúde e para si, não permitindo que a vida quotidiana seja perturbada por acontecimentos stressantes e normalmente não se deixando responsabilizar pelas consequências menos boas dos acontecimentos.

Em termos de evolução do conceito, os estudos acerca do *coping* tiveram início com adultos, tendo existido mudanças em termos da conceptualização do *coping* com o enfoque na emoção (Folkman & Lazarus, 1985; Compas, 1987; Cleto & Costa, 1996; Cleto, 1998).

O enfoque está assim, não só no stress, mas também no *coping*, visando o bem-estar tal como já vimos na perspectiva de Lazarus (1999, 2000) e Compas (1987).

Mas, como veremos, em situações limite, em que os recursos de *coping* não são suficientes para lidar com o stress ocupacional, pode surgir o *burnout*.

Existem diferenças individuais nas estratégias de *coping* utilizadas, e que dependem de diversos factores. Os sujeitos com uma relação familiar estável, com boas relações sociais e integradas no meio em que residem, são menos vulneráveis a sintomas de distresse (Jesus & Costa, 1998).

Os recursos de *coping* para episódios de stress incluem aspectos do self (estratégias de resolução de problemas, auto-estima positiva, etc.) e do meio social (por exemplo, a disponibilidade de uma estrutura de suporte social) que podem facilitar ou tornar possível o sucesso da adaptação à vida stressante (Compas, 1987).

O conceito de *Estilo de Vida* assumiu igualmente, um lugar importante no contexto de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Quando tentamos compreender a dimensão do conceito de *Estilo de Vida*, outra terminologia que parece assumir grande relevância é *Wellness*, revendo-se enquanto componente essencial na promoção e protecção da saúde e na prevenção das doenças. Em 1982, Hettler define *Wellness* como um processo activo através do qual o indivíduo se torna consciente e faz escolhas que conduzam a uma melhor existência, ou como um método integrado de acção, visando maximizar as potencialidades do indivíduo no meio ambiente em que funciona.

Assim, ao longo do tempo, têm surgido várias abordagens na conceptualização de variáveis potencialmente promotoras de saúde. Actualmente consideram-se uma grande multiplicidade de práticas, tais como: a ausência de hábitos tabágicos, o consumo moderado ou inexistente de bebidas alcoólicas, uma alimentação saudável e actividade física regular.

De acordo com Pais-Ribeiro (2004), a definição de *Estilo de vida* tem sofrido grande evolução. Lalonde (1974) definiu-o como o agregado de decisões individuais que afectam a vida “do indivíduo” e sobre as quais têm algum controle. A OMS, define Estilo de vida como um conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais (WHO, 1986), ou como um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores (WHO, 1988). Verifica-se um aumento de complexidade nas definições com o passar do tempo, desde a primeira com uma perspectiva mais individualizada, centrada no comportamento individual, até à última em que os comportamentos individuais já dependem de aspectos contextuais, ou a penúltima que coloca o comportamento como uma expressão do contexto social alargado. Neste sentido, os conceitos de *Estilos de vida e Wellness*, podem ser considerados equivalentes, pelo que estão associados à prevalência de saúde ou doenças.

2. Qualidade de vida e bem-estar na profissão docente

O conceito de Qualidade de Vida (QDV) surgiu em 1920, mencionado por Pigou, inserido no contexto das condições de trabalho e das consequências para os trabalhadores. No entanto, sofreu um desenvolvimento significativo a partir do desenvolvimento económico do pós-guerra, essencialmente nos países mais avançados, significando “boa vida” (bem-estar material).

Esquecido durante vários anos, este termo voltou a aparecer em 1960 num relatório da Comissão Presidencial sobre os Objectivos Nacionais dos Estados Unidos da América, o que levou o Presidente Eisenhower a afirmar que o importante seria assegurar estruturas sociais e ambientais capazes de proporcionar bem-estar económico, material e psicológico.

Ribeiro (1994), menciona que, na década de 70, começaram a proliferar estudos e publicações sobre a qualidade de vida, no entanto, o grande enfoque dado a este tema vinha a surgir nos anos 80. Este autor assinala três estudos que considera relevantes e complementares para a compreensão da evolução do conceito de QDV:

I. O de Liu (1975), que publicou um artigo exploratório com o qual pretendia desenvolver uma estrutura de indicadores que servisse de guia para a investigação sobre a qualidade de vida (com base nos critérios pela “Commission on National Goals”), esta deveria ser medida por indicadores, representados por um conjunto de variáveis quantificáveis, respeitando o princípio de que deveriam ser:

- Suficientemente universais para poderem ser generalizados a toda a população;
- Facilmente compreensíveis (deveria existir um consenso geral no que concerne à sua selecção);
- Suficientemente flexíveis para abrangerem qualquer estilo de vida, em diferentes lugares e em diferentes momentos;
- Adaptáveis às condições sociais, económicas, políticas e fiscais perante as mudanças próprias de sociedades dinâmicas;
- Abertas à verificação segundo princípios científicos reconhecidos.

Liu (1975), considerava ainda que a qualidade de vida tivesse dois componentes principais:

- **subjectivo** (ou psicológico), na medida em que na época, era de difícil mensuração, dada a sua natureza qualitativa;
- **objectivo** (ou social, económico, político e ambiental), mais quantitativo, permitindo agregações mais fáceis, tornando-se, assim mais mensurável.

II. O de Flanagan (1982), que utilizou um procedimento diferente para identificar os domínios da qualidade de vida. Assim, recorreu à técnica dos incidentes críticos para identificar os domínios a incluir na descrição da qualidade de vida. Para este efeito, utilizou um conjunto de situações hipotéticas (umas reais, outras idealizadas), em que o indivíduo entrevistado indicava os aspectos que considerava mais importantes.

III. Campbell, Converse e Rodgers (1976) publicaram um estudo que incidiu sobre a população americana com menos de 18 anos, concebido como um primeiro passo de um programa de investigação que pretendia documentar e facilitar a compreensão acerca de determinadas experiências que descreviam a qualidade de vida das pessoas. Assumia-se que, embora os indivíduos vivessem num meio ambiente objectivamente definido, percebiam um ambiente subjectivamente definido, respondendo a este espaço de vida psicológico.

Assim, a avaliação que o indivíduo faz das características e dos atributos de um domínio particular depende da sua percepção em relação a esse atributo por comparação com os seus padrões pessoais.

Paralelamente a estes estudos sobre qualidade de vida, verificou-se um crescente interesse pela utilização deste conceito na avaliação do impacto de diversas doenças e seus tratamentos na população. No âmbito da medicina, o conceito de QDV, foi-se alargando, mercê da evolução do conceito de saúde (Ribeiro, 1998) e das críticas de epidemiologistas, clínicos e sociólogos que acusavam os questionários de demasiado simplistas.

A qualidade de vida tornou-se, assim, na década de 80, um conceito de interesse geral e de senso comum, dado que, a maneira como cada um imagina e infere a qualidade de vida não é a mesma nem quanto aos conteúdos a focar, nem quanto ao seu modo de avaliar. Neste sentido, formularam-se várias definições de qualidade de vida ao longo dos anos, desde a avaliação pessoal e global dos bens e das características satisfatórias de vida, até ao nível

da satisfação das necessidades físicas, sociais, psicológicas, estruturais e materiais do indivíduo (Rodrigues, 1991).

A complexidade dos debates sobre qualidade de vida reflecte-se nas definições propostas, as quais podem ser vagas por não especificarem com rigor o conteúdo do conceito dificultando, assim, a sua medição.

Dauphinee e Kuchler (1992) fazem referência ao termo QDV, como sendo o nível em que o indivíduo satisfaz as suas necessidades físicas, sociais, psicológicas, estruturais e materiais.

Colman (1987), defende que a QDV só pode ser descrita e medida em termos individuais, encontrando-se dependente das experiências passadas e esperanças futuras, pelo que as prioridades e objectivos do indivíduo têm que ser realistas e esperando-se que possam ser modificadas com o decorrer da idade e a experiência de vida.

Neste contexto, para melhorar a qualidade de vida de um indivíduo, são necessárias quatro medidas de acção:

- a) Avaliação e definição do problema e das prioridades do sujeito;
- b) Planeamento dos cuidados, o que implica a prestação de informação e discussão do problema com o sujeito e família;
- c) Implementação de um plano de acção pelo sujeito e técnicos de saúde. Este é um objectivo que pode ser alcançado quer, diminuindo os sintomas físicos, quer alterando o estado psicológico, quer ainda reduzindo as expectativas do sujeito mas, mantendo a esperança;
- d) Avaliação dos resultados da intervenção e reavaliação do problema. A qualidade de vida pode designar o juízo subjectivo do indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios da vida, domínios esses que incluem o grau de auto-realização, a saúde, a vida familiar e social, a situação de trabalho, a segurança pessoal e a habitação, entre outros.

O termo qualidade de vida aparece então associado a vários aspectos, tais como: "As condições das perturbações vocais são imensas e as suas consequências em termos de saúde e de qualidade de vida dependem de cada indivíduo, da sua dinâmica pessoal e profissional, e por isso devem ser analisadas cuidadosamente. Smith et al.,(1997), referem que, apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas na frequência de

dificuldades na comunicação entre os professores com problemas de voz e outros profissionais, efectivamente os professores têm mais dificuldades comunicativas em ambientes de ruído. Segundo Sapir, Keidar e Mathers-Schmidt (1993), 21% dos professores referem que os problemas de voz interferem na actividade pedagógica.

Em termos de saúde, os problemas de voz podem existir na ausência de patologia laríngea, e vice-versa. Convém salientar que o uso vocal inadequado e continuado, (cansaço vocal), associado a factores de hipersensibilidade nasal, e a más condições de vida, como o hábito tabágico, pode contribuir para o aparecimento de patologia laríngea, (nódulos vocais).

De acordo com Amoux-Sindt et al., (1994), na avaliação laringoscópica de 256 professores com problemas de voz foram encontrados 34,4% com patologia laríngea. Já Le Huche e Allali (1990), referem que, num estudo com 73 casos, os professores são os que apresentam um maior número de nódulos vocais, seguidos dos cantores e dos comediantes. Na vida profissional, os efeitos mais adversos dos problemas de voz identificados pelos professores, estão relacionados com a questão das faltas, (Sapir,Keidar e Mathers-Schmidt, 1993), e com as limitações nas decisões profissionais e a incapacidade para modificarem a sua carreira, bem como as opções para o futuro em termos de carreira (Smith et al., 1997). Segundo Sapir, Keidar e Mathers-Schmidt (1993), 9% dos professores referem que os problemas de voz são devido ao stress e frustração.

À semelhança de outros estudos, podemos dizer que os professores não apresentam níveis de bem-estar subjectivos (B.E.S.) consideráveis, comparando com outras áreas profissionais.

O bem-estar subjectivo é um constructo específico distinto de outros conceitos, pelo que não deve ser entendido como mera ausência de mal-estar.

Nos vários estudos dedicados à avaliação de disfunções psicológicas, assinalam a actividade docente como uma profissão de grande desgaste e um grupo profissional de risco, fortemente susceptível ao stress e a outras patologias.

Ao avaliarmos a escala de motivação intrínseca e o contributo da própria profissão para a realização pessoal, a auto-estima, o desenvolvimento pessoal e a satisfação do professor, podem dizer que, os resultados (segundo alguns estudos) sugerem que a realização pessoal e profissional dos professores contribui, para o seu bem-estar subjectivo.

Considerando que o empenhamento profissional mede o esforço e a dedicação despendida pelo professor na execução das tarefas inerentes à sua profissão, dentro e fora da sala de aula, então, os resultados sugerem que quando as metas pessoais são congruentes com os

interesses, necessidades e motivações dos professores, impulsiona um maior empenhamento profissional, que contribui para o bem-estar subjectivo dos professores.

“Somos felizes porque temos saúde psicológica, bem como saudáveis porque nutrimos felicidade.” (autor anónimo)

3. Situação de Risco na profissão docente

A Organização Mundial de Saúde (1993) considera que o conceito *capacidade para o trabalho*, engloba num sentido lato todas as capacidades necessárias à execução de um determinado tipo de trabalho e, num sentido restrito, é sinónimo da expressão e aptidão para o trabalho. A adequação, mais ou menos perfeita, entre a capacidade de trabalho e a exigência da tarefa a efectuar, tem influência na produtividade e pode ser uma causa de *stress*, mal-estar, doenças e incapacidades ligadas à profissão.

As múltiplas exigências do mundo actual e as mudanças socioeducativas, são factores que dificilmente deixam de afectar a saúde e o bem-estar dos professores e educadores. A Organização Internacional do Trabalho (O.I.T.), em 1981, num relatório sobre o “Emprego e Condições de Trabalho”, considera a profissão docente como uma “profissão de risco físico e mental”.

O mal-estar docente tem como causas, múltiplos factores nomeadamente pessoais ou da vida privada, relações estabelecidas com alunos; relações estabelecidas com colegas; relações estabelecidas com encarregados de educação; processo ensino-aprendizagem; condições de trabalho; contexto socioeducativo e integra diversos sintomas e manifestações psicossomáticas, comportamentais, emocionais e cognitivas. Este fenómeno é composto por diversos indicadores como sejam a insatisfação profissional, o *stress*, o absentismo, o baixo empenhamento profissional, o desejo de abandono da profissão docente, podendo, em situação de maior gravidade, traduzir-se em estados de exaustão (burnout) e até de depressão (Nóvoa *et al.* 1991; Esteve, 1992; Pereira, 1996; Jesus e Pereira, 1994; Cordeiro Alves, 1997; Estrela, 1997). Outros autores consideram que, os problemas relacionados com o mal-estar docente, começam com sintomas de fadiga, evoluindo depois para perturbações do sono, modificações do comportamento (irritabilidade e agressividade) e da actividade intelectual. Estes sintomas intensificam-se e dão lugar a outros, a nível digestivo e cardiovascular. A combinação deste conjunto de desequilíbrios reflecte-se posteriormente a nível psíquico provocando graves perturbações neuróticas e depressivas (Dunham, 1992; Hargreaves, 1998; Latino (2000); Castelo-Branco & Pereira, 2001).

Tavares (1996) considera que numa sociedade que se constrói e desenvolve, é importante uma constante e diferente mobilização das pessoas e dos grupos, em relação às motivações,

aos conteúdos, aos processos, às estratégias, aos meios, aos instrumentos, à própria disposição dos espaços e organização da escola.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu, em 1948, a sua opinião sobre o conceito de saúde como sendo *não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um completo bem-estar físico, psíquico e social*.

A literatura actual no domínio do *stress* ocupacional tem vindo a chamar a atenção para a elevada prevalência do mesmo em dois grandes grupos de profissões: os profissionais de saúde e os profissionais do ensino, dando relevância a alguns factores de risco relacionados não só a aspectos ambientais bem como ligados à organização do trabalho, a factores físicos e psicológicos, ergonómicos e a estilos de vida menos saudáveis (Pereira, 1996; Pedroso & Araújo, 1998; Pereira & Castelo-Branco, 2001).

Conscientes da multiplicidade de variáveis que podem afectar a saúde e o bem-estar docente são nossa intenção avaliar a capacidade para o trabalho dos professores e educadores, tendo em vista a promoção, manutenção e melhoria da sua capacidade para o trabalho.

3.1. Mudanças no contexto escolar (Legislação, local de trabalho, mudança social)

As transformações na educação e conseqüentemente nas escolas que ocorrerão (e algumas já se desenham) nos tempos próximos exigem do professor, como agente (porque não impulsionador?) de toda esta mudança, um novo papel, uma nova maneira de estar e de ser, em suma, um novo perfil.

As funções específicas atribuídas ao professor fundamentam-se, em grande parte, sobre as finalidades gerais da educação, na sociedade que é a sua e sobre o modo como o tempo e os acontecimentos transformam essas finalidades. O papel do professor é determinado, em grande parte pela distinção que a sociedade faz entre educação, (processo educativo geral no qual participam numerosas instâncias formais ou não) e a escolarização, e pela natureza dos objectivos que a sociedade atribui a esta última.

Atingimos um estágio, em que os conhecimentos se desenvolvem demasiado rapidamente para que possam ser convenientes descodificados e muito menos possuídos. Estamos em vias de descobrir que as aplicações dos nossos conhecimentos eram muito arbitrarias e

falhas de humildade, que elas eram extremamente imprudentes e que a separação por disciplinas através das quais esperávamos ordená-los e harmonizá-los no processo de aprendizagem só nos trouxeram dificuldades e nos deram uma visão parcial e artificial da realidade.

O professor, no novo papel que lhe deve ser atribuído, não reivindica o monopólio dos conhecimentos: pelo contrário, dá-se conta que o conhecimento que nos rodeia, esmagador na sua diversidade é acabrunhante no desafio sistemático que o opõe às nossas convicções. Damo-nos conta que viver na nossa época, é estar sempre em vias de aprender alguma coisa de novo (o que significa também desembaraçarmo-nos de todas as ideias em desuso) e que as nossas tarefas consistem em ajudar os outros a viver neste clima. “Fornecer conhecimentos de maneira precisa, clara e eficaz, continua a ser uma das tarefas do professor, mas é necessário encontrar o equilíbrio entre a função tradicional, que consistia em transmitir um saber autêntico, (aspecto vital do papel do professor numa época em que os conhecimentos científicos se multiplicam tão rapidamente e influenciam tão profundamente a sociedade) e as funções sociais mais amplas...”, compreendendo-se entre estas últimas "a função de ajudar o aluno a integrar numa filosofia coerente, o mar de informações fragmentadas, parciais e frequentemente não exactas", que o assalta na sua vida de todos os dias.

Em suma, ser professor hoje significa servir de mediador entre o indivíduo e a massa de informações, de factos, de conjecturas e de mitos em que ameaça quotidianamente afogá-lo, o que implica antes do mais uma escolha e uma utilização dos conhecimentos e menos a sua absorção.

Mais concretamente, o professor de hoje precisa desenvolver capacidades, competências e comportamentos (Sá Chaves, 1989), despertando a vontade profunda e sincera de agir humanamente melhor (Rocha, 1988).

Quando as transformações do meio são rápidas, a sua existência é efémera. É por isso que, quando assimilamos novos conhecimentos, temos de ser capazes de utilizá-los para modificar a forma dos já adquiridos. Só podemos fazê-lo se estivermos prontos para modificar as nossas ideias sobre a natureza das coisas à luz dos novos dados e a progredir também no plano das ideias e do espírito.

Enquanto facilitador de aprendizagem, o professor deve ajudar o outro a desenvolver a capacidade de reagir isto é, a dar-lhe meios de fazê-lo e estimulá-los para que eles queiram fazê-lo.

O que ele deve fazer, acima de tudo, é ensinar como se pode procurar, validar, assimilar novos conhecimentos e como servir-se deles para uma aprendizagem nova, para forjar novos objectivos ou ideias novas ou simplesmente para modificá-las e para permitir tomar uma decisão racional. O professor é menos uma fonte ou fornecedor, para ser mais o que orienta para as fontes, arranja as ocasiões de aprendizagem, ensina as técnicas de aprendizagem ou pesquisa. Os seus conhecimentos não são ingredientes para consumir até ao esgotamento na educação dos alunos, mas mais uma espécie de catalisador que desencadeia reacções de aprendizagem.

3.2. Instabilidade na Escola Actual

Cada vez mais, existe instabilidade nas escolas, quer seja por parte dos alunos, quer por parte dos pais/encarregados de educação.

Os alunos são cada vez mais impulsivos, indisciplinados, e agressivos, tanto no 1º, 2º e 3º ciclo.

Já não são grandes, as diferenças. Se não são os alunos a reagir, com agressividade, dentro ou fora das salas de aula, para com os colegas ou professores, são os pais que reagem por eles.

Podemos dizer que, quanto ao conceito de *indisciplina*, Bertão (2004), refere que este termo deriva do latim, significando falta de instrução, isto é, refere-se a pessoas com carência de instrução para a disciplina regulada e imposta pela ordem social. Desta forma, em contexto escolar, poderá reportar-se a uma menor instrução dos alunos, à maior dificuldade em adequar os comportamentos às normas sociais, à elevada exigência nas relações ou à inadequação da escola às necessidades actuais. Na escola, os sinais mais evidentes de indisciplina para o professor parecem ser a desobediência, as conversas paralelas, o não cumprimento de regras e as distrações, que se originam numa força interna investida na acção de forma descontrolada, por defeito nos mecanismos internos de controlo.

3.3. Problemas de Voz nos Professores - Disfonia

Pensar em disfonia como doença relacionada ao trabalho é uma tarefa de grande complexidade, pois requer analisar as condições ambientais de trabalho, conhecer o histórico profissional e pessoal, averiguar os possíveis hábitos vocais inadequados e os factores extrínsecos à sua ocupação. Um desses factores compreende a saúde, incluindo aqui a qualidade de vida, determinada pelas condições físicas, biológicas, psicossociais e do ambiente.

Dentro deles, destacaremos os professores, nosso objecto de estudo, população que desperta o interesse científico. Na descrição proposta por Pearce (1999), o professor é considerado entidade histórica por pertencer a uma categoria profissional que influencia o desenvolvimento de estudos e pesquisas para conhecer o como e o porquê, as pessoas estão expostas a certos factores.

A voz e as condições em que o professor a utiliza, estão sendo cuidadosamente investigadas pelos pesquisadores, principalmente fonoaudiólogos, pela elevada ocorrência de disfonia nesta categoria profissional.

A *disfonia* não pode ser explicada por uma única causa, acumulando-se factores que contribuem para o aparecimento das alterações vocais profissionais, entendidas por Kahneman (1999), como a principal sequela ou risco ocupacional da população docente. Embora o aparecimento de disfonias esteja associado a inúmeros factores etiológicos, comuns entre a população geral, existem peculiaridades que fazem aumentar o risco neste grupo laboral, nomeadamente: a exigência vocal diária e contínua durante todo o ano escolar; a necessidade permanente de projecção vocal e variações bruscas da frequência fundamental, o nível de ruído ambiente, a acústica das salas de aula, a qualidade do ar interior, as posturas corporais adoptadas e a pressão psicológica (stress) no processo de ensino-aprendizagem. Em consequência, aparecem quer *afonia* quer *modificações progressivas da qualidade vocal* associadas ao desconforto ao falar.

Inicialmente, o distúrbio vocal manifesta-se através da fonoastenia ou cansaço generalizado da musculatura laríngea que obedece ao chamado “*ciclo diário de cansaço vocal*”, que aumenta com o decorrer da actividade profissional, em especial do meio ao fim da manhã, para depois diminuir (ou desaparecer, se for numa fase inicial) no final da tarde/noite, ou nos fins-de-semana, com o descanso vocal. Este pode ser o *estádio inicial*

que se designa por “*Síndrome de Abuso Vocal*” (Pinho, Silva M., 2003), ou de “*Bogart-Bacall*” (Koufman, J. & Blalock, D. 1988; Vilkam, E. *et al.*, 1998).

As queixas mais frequentes são, a diminuição da extensão vocal, incoordenação pneumofonoarticulatória, excesso de tensão musculoesquelética, altura tonal e intensidade vocal tendencialmente baixas, fonoastenia, fonoalgia e odinofagia. A análise perceptiva da voz dos indivíduos portadores do *Síndrome de Bogart-Bacall* revela sopro e aspereza, diplofonia ou bitonalidade, suporte e controle respiratório pobre e ataque vocal brusco.

Em relação ao professor, ele é visto como o mediador ou parceiro dos profissionais da saúde no desenvolvimento de acções de promoção da saúde na escola (acções tradicionalmente voltadas para os alunos, familiares e comunidade).

Entretanto, nota-se que há poucas acções dirigidas à saúde e à vida do professor, que sofre e adoce sem que suas necessidades sanitárias específicas sejam adequadamente compreendidas e trabalhadas.

Diversos autores apontam que, os problemas de saúde do professor estão relacionados às suas condições de trabalho, como questões emocionais, esgotamento mental e stress, doenças do aparelho respiratório e vias aéreas superiores, dor de garganta, faringite, laringite, rouquidão e **disfonia**, assim como problemas cardiológicos, circulatórios e ortopédicos.

Neste sentido, importa clarificar o conceito de **disfonia**.

Disfonia é um distúrbio da comunicação oral, muito comum entre os professores. Impede a produção natural da voz do indivíduo devido a alguns factores como o cansaço ao falar, esforço, dificuldade em manter a voz, rouquidão, falta de volume e tantos outros que podem estar relacionados ou não ao uso da voz. (Behlau, M. & Pontes, P. 1995).

As **disfonias** são divididas em três grandes categorias etiológicas:

- **Disfonia orgânica**: independentemente do uso vocal, podendo ser causada por diversos processos, com consequência directa sobre a voz. Por exemplo, podemos citar alterações vocais por carcinoma da laringe, doenças neurológicas, inflamações ou infecções agudas relacionadas a gripes, laringites e faringites.

- **Disfonia funcional:** é uma alteração vocal decorrente do próprio uso da voz, ou seja, um distúrbio do comportamento vocal. Pode ter como etiologia o uso incorrecto da voz, inaptações vocais e alterações psicogenéticas, que podem actuar de modo isolado ou concomitantemente.

-**Disfonia organicofuncional:** é uma lesão estrutural benigna secundária ao comportamento vocal inadequado ou alterado. Geralmente, é uma disfonia funcional não tratada, ou seja, por diversas circunstâncias a sobrecarga do aparelho fonador acarreta uma lesão histológica benigna das pregas vocais (Behlau, Mara, 2001).

A *prevenção* é, assim, o principal meio para se evitar problemas vocais, embora sejam raros os docentes que procuram a *terapia fonoaudiológica*, antes de aparecer um problema.

3.4. Incidência e prevalência dos problemas da voz

Apesar das investigações nesta área serem escassas, (do ponto de vista do número e da diversidade de metodologias usadas), constata-se que os docentes são os profissionais com maior risco vocal, devido ao desgaste, resultante do desempenho profissional, associado na maioria das situações à falta de (in) formação da voz.

No contexto clínico, entre os doentes que procuram solução para os problemas da voz, os docentes aparecem entre as dez profissões mais frequentes (*Cooper, 1997; Herrington et al., 1998*), ou representam uma percentagem significativa, 16% (*Fritzell, 1996; Smith et al., 1997*).

Em **Portugal**, numa análise de **100 casos clínicos de afonias e disfonias**, (sem alterações laríngeas), **os professores surgem como o grupo profissional com maior prevalência** de problemas relacionados com a voz (*Ferreira et al., 1996*).

Segundo *Guimarães (2002)*, **os professores são os profissionais com maior número de queixas vocais (21%)**.

Na vida profissional, os efeitos mais adversos dos problemas de voz identificados pelos professores, estão relacionados com a questão das faltas ao trabalho (*Sapir, Keidar & Mathers-Schmidt, 1993*), com limitações nas decisões profissionais e a incapacidade para

modificarem a sua carreira, bem como, as opções para o futuro em termos de carreira (Smith, et al., 1997).

Segundo Sapis, Keidar & Mathers-Schmidt (1993), 9% dos professores referem que os problemas de voz resultam do stress e frustração.

Os trabalhos sobre *a disfonia na classe docente* são bastante frequentes internacionalmente, embora em Portugal exista pouca *investigação* publicada sobre esta temática. Neste sentido, os objectivos do presente trabalho prendem-se com a compreensão das implicações que os problemas de voz poderão ter no dia-a-dia destes profissionais.

Existem *factores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo*, que podem ser individuais ou conjuntamente ao aparecimento dos problemas da voz nos docentes, pelo que podemos considerar uma *doença “profissional”*.

Os **factores intrínsecos de natureza individual** mais frequentes nos docentes são, segundo Vilkman (2000), a *“voz débil”, má técnica vocal, maus hábitos vocais, personalidade “faladora”, actividades de lazer que exigem uso vocal perlongado, hábitos de vida pouco saudáveis, condição física geral fraca e doenças do foro respiratório*.

Os **factores extrínsecos** mais frequentes nos docentes são, usar roupas adequadas consoante o clima, evitar exposição a correntes de ar contínuas, não falar por longos períodos em ambientes demasiado secos, sob o efeito de ar condicionado, pois isto agride as mucosas das pregas vocais, propiciando a formação de catarro e irritações nasais e laríngeas.

Um problema de voz de natureza profissional pode resultar nos mesmos factores que uma exigência dinâmica prolongada pela actividade profissional, e também factores biomecânicos desfavoráveis, qualidade do ambiente de trabalho, factores psicológicos e atitude inadequada na avaliação e tratamento dos sinais precoces do problema, (Dalton & Hazleman, 1987, *in* Vilkman, 1996).

3.4.1. Principais sintomas vocais e físicos:

Dos sintomas vocais mais referidos pelos professores, encontram-se:

- a fadiga vocal (fonastenia), Sapir, Keidar e Mathers-Schmidt, 1993; Fritzell, 1996; Vilkman, 1996; Morton & Watson, 1998; Smith *et al.*, 1998.
- o atrito vocal, Sapir, Keidar & Mathers-Schmidt, 1993;
- o hiperfuncionamento e problemas médicos que influenciam a voz, Morton & Watson, 1998;
- a voz em esforço, voz mais fraca que o habitual e rouquidão, Smith *et al.*, 1998.

Os sintomas de desconforto físico referidos pelos professores, Sapir, Keidar & Mathers-Schmidt, 1993; Scalco, Pimentel & Pilz, 1996; Smith *et al.*, 1998, são:

- a sensação de cansaço; de esforço; de secura; de comichão; de queimadura; de dor e de desconforto.

As principais queixas dos professores de fitness, segundo Larcher, 2003, foram: o esforço. Segundo Cooper, (1997), os professores têm, não só dificuldade em reconhecer estes comportamentos de mau uso e abuso vocal, como também em reconhecer os sintomas das suas dificuldades vocais.

Um professor que sinta uma dor ou irritação ligeira após o uso prolongado da voz, e que ao mesmo tempo identifique que a voz começa a perder qualidade ao longo do dia (cansaço vocal), pode, no entanto, tornar o seu comportamento vocal, mais severo e crónico.

3.4.2. Como avaliar profissionalmente um problema de voz:

Quando a qualidade da voz não é “normal”, devem ser consultados os profissionais de saúde, otorrinolaringologista e terapeuta da fala, habilitados para fazerem uma avaliação do problema e definirem a forma mais adequada de resolvê-lo.

A avaliação da qualidade vocal implica a elaboração da história clínica do indivíduo, a observação das estruturas e do funcionamento laríngeo através de endoscopia e/ou estroboscopia (pelo otorrino), a análise do comportamento vocal através da avaliação

perceptiva, acústica e/ou electroglotográfica (pelo terapeuta da fala), e uma avaliação da qualidade vocal pelo próprio.

3.4.3. Terapia vocal:

A terapia vocal envolve processos inter-relacionados de acções directas e indirectas.

A terapia vocal indirecta, envolve todos os actos de informação e formação sobre a dinâmica vocal. Para isso, são importantes todos os materiais informativos à disposição do público em geral e de todos os profissionais da voz.

Em Portugal, têm sido feitas várias acções de carácter informativo dirigidas a diversos profissionais da saúde, da educação, das artes e outros (Guimarães, 1997; Cruz & Guimarães, 1997).

Em Abril de 2003, foi comemorado pela primeira vez em Portugal, o dia mundial da voz, com diversas iniciativas, desde seminários, folhetos de divulgação, programas na rádio e na televisão.

A terapia vocal directa deve ter em consideração o indivíduo, ou seja, a especificidade do problema, a sua formação (nível sociocultural) e o seu papel na sociedade (que tipo de profissional da voz é?).

3.4.4. Importância da Terapêutica Respiratória

É comum encontrarmos nos professores uma incoordenação pseudo-fono-respiratória.

Esse descontrole faz com que tais profissionais usem constantemente o ar de reserva, gerando hiperadução glótica com conseqüente prejuízo do aparelho fonador (aumento da fadiga vocal, por exemplo).

Deve-se lembrar que a utilização do início do ar de reserva é permitida desde que seja enviada corrente aérea para as pregas vocais, por meio da contracção progressiva da musculatura da cinta abdominal (Pinho, 1998).

A cinta abdominal é constituída por vários músculos que participam da dinâmica responsável e da sustentação da voz. O treinamento dessa musculatura é indispensável para a firmeza das costelas e para a locução em fortes intensidades.

O aumento da intensidade vocal depende directamente do aumento da pressão aérea subglótica, controlada pela adução glótica e fluxo aéreo expiratório (Pinho, 1998).

Um problema chave para muitos profissionais com problemas de voz é a tendência a comprimir a glote fechada para produzir a força necessária, ao invés de aumentar a pressão do ar contraindo os músculos abdominais. Se este método for habitual, o esforço excessivo torna-se base para um hiperfuncionamento da voz, podendo gerar edemas, nódulos entre outras.

O equilíbrio entre o suporte responsável e os mecanismos laríngeos permite a manutenção da vibração das pregas vocais.

De acordo com Pinho (1998), a terapia respiratória consiste basicamente na instalação e automatização do padrão respiratório custodiafragmático abdominal, no condicionamento muscular e no controle do sopro durante as demandas vocais.

A importância do trabalho respiratório nas disfonias tem sido mencionada por vários autores, mas o tratamento da função respiratória tem sido ignorado por muitos fonoaudiólogos, apesar do aumento do esforço respiratório ser nitidamente observado em professores com queixas vocais.

3.4.5. Saúde Vocal

Baseando-se nos estudos de Pletsch (1997), Quinteiro (1989), Pinho (1997), COLTON & Casper (1996), Aydos (2000) e em observações próprias da autora deste trabalho, pode-se afirmar que a voz do professor é susceptível a inúmeras interferências, tais como: abusos vocais, condições climáticas, vícios, alimentação, harmónios, distúrbios respiratórios, inadequada hidratação. Para manter uma boa saúde vocal o professor depende do cumprimento de algumas recomendações preciosas descritas pelos referidos autores, as quais passamos a destacar:

Abusos vocais

Para *evitar* abusos vocais recomenda-se ao professor:

- 1) Locomover-se pela sala de aula, podendo assim ser ouvido mais facilmente, evitando falar alto ou quando os alunos estiverem inquietos;

- 2) Falar com intensidade de voz adequada ao ambiente, com o tom e a velocidade de voz que melhor lhe convier;
- 3) Utilizar a colocação correcta da voz, com a ressonância equilibrada;
- 4) Falar calmamente, evitando desgastes desnecessários;
- 5) Substituir os gritos por apitos ou assobios quando quiser obter a atenção do público;
- 6) Evitar emitir sons onomatopéicos (motores, trovões, ruídos de animais, instrumentos musicais, entre outros);
- 7) Visitar o médico regularmente.

Efeitos climáticos

Para se prevenir dos efeitos climáticos aconselha-se:

- 1) Agasalhar - se adequadamente e evitar exposição a correntes de ar contínuas;
- 2) Manter uma boa hidratação, possibilitando a fluidificação das secreções produzidas pelo organismo;
- 3) Evitar a ingestão de alimentos e bebidas geladas ou quentes em excesso, pois estes provocam choque térmico, causando edemas nas pregas vocais;
- 4) Não permanecer falando por longos períodos em ambientes demasiadamente secos, sob o efeito de ar condicionado, pois isto agride as mucosas das pregas vocais, propiciando a formação de catarro e irritações nasais e laríngeas.

Vícios

Quanto aos vícios e maus costumes, observa-se que:

- 1) As toxinas do cigarro irritam a mucosa das vias respiratórias, causando tosse, pigarro, edema e, na maioria das vezes, aumento de secreções.
- 2) o tabagismo inveterado é factor preponderante na incidência de câncer de boca e laringe, esófago e pulmão;
- 3) A fumaça da maconha é mais quente que a dos cigarros normais e portanto actua de forma mais agressiva na laringe dos usuários;
- 4) A aspiração de cocaína faz uma severa vasoconstrição da mucosa nasal, causando desequilíbrios na ressonância vocal, como nasalidade da voz por exemplo;
- 5) A ingestão de bebidas alcoólicas provoca irritação e, ao mesmo tempo, possui efeito anestésico sobre a região da faringe, o que propicia abusos vocais que posteriormente vão ocasionar rouquidão e ardor na região citada;

6) A maioria dos medicamentos age directamente sobre a laringe, podendo gerar efeitos que comprometem o aparelho fonatório e, portanto, o uso abusivo é contra-indicado.

Hidratação

A correcta hidratação também é fundamental para o bom desempenho vocal. Diversos autores salientam que a adopção da hidratoterapia proporciona bons resultados contra o pigarro, as vozes ruidosas, o acúmulo de secreção e a rouquidão, além de diminuir a probabilidade de ocorrência de edemas locais. Portanto, recomenda-se realizar um programa de hidratação vocal como procedimento preventivo em profissionais da voz.

Alimentação

Para otimizar os efeitos da alimentação sobre a voz, recomenda-se:

- 1) Evitar chocolate, leite e seus derivados antes de leccionar, pois estes favorecem o aumento da secreção do muco no aparelho fonatório, produzindo pigarro e alterando o sistema de ressonância vocal;
- 2) Evitar o consumo de bebidas gasosas, responsáveis pela sensação de “estufamento” que incomoda e interfere no controle da voz;
- 3) Ingerir suco de laranja e limão regularmente, pois estes absorvem o excesso de secreção no trato vocal;
- 4) Tomar água em abundância é fundamental para manter a garganta humedecida, condição esta primordial para se manter uma voz saudável.

Alterações hormonais

Quanto às alterações hormonais, nota-se que:

- 1) Todos os hormónios produzidos pelo ser humano actuam directamente no desenvolvimento da laringe e, portanto, são ocasionalmente responsáveis pelas diversas manifestações vocais apresentadas pelos indivíduos;
- 2) A disfonia pré-menstrual ocorre por engrossamento da mucosa laríngea, devido à diminuição de estrogéneo no sangue;
- 3) A diminuição da produção de hormónios sexuais femininos, durante a menopausa, é responsável pelo engrossamento da voz feminina (voz grave). Nos homens, o agravamento vocal ocorre durante a puberdade e a agudização na terceira idade;
- 4) as pílulas

anticoncepcionais e as drogas virilizantes podem adulterar o bom funcionamento das pregas vocais, comprometendo a variação da altura vocal (grave/agudo).

Seguindo estas recomendações, os educadores, assim como outros profissionais que utilizam a voz excessivamente, estarão prevenindo-se de futuras alterações e males que acometem a região laríngea, preservando, deste modo, a sua saúde vocal.

4. A importância da formação na prevenção de problemas da voz

Delineando algumas considerações acerca dos factores que influenciam negativamente na saúde vocal do professor, Oliveira (1998) destacou o mau uso da voz, como factor que provoca fonação de grande esforço. A autora relatou que tal esforço é capaz de resultar a prevalência de fadiga vocal, rouquidão e garganta raspando. Nesta situação o professor percebe que ao longo da jornada de trabalho a voz vai enfraquecendo, resultando em fadiga muscular, desgaste físico e tensão músculo-esquelética ao tentar manter o volume da voz. Outra condição apontada pela autora diz respeito a frequente postura de manter-se em pé, boa parte do dia e aos repetidos movimentos de escrever, apagar o quadro, que poderá gerar tensões e dores musculares.

Para os docentes deve ser admitido, que a formação é na realidade um processo contínuo ou recorrente, do qual a formação habilitadora não constitui mais do que a fase inicial. De facto, recomenda-se que, com vista à renovação e ao enriquecimento constante dos conhecimentos gerais e pedagógicos, conjugados com o carácter, cada vez mais criador das actividades pedagógicas, não parece possível inculcar conhecimentos e competências que bastem para a vida inteira.

A preparação inicial para a profissão docente, isto é, a formação teórica e prática recebida antes da entrada em funções, devem então ser consideradas como primeira etapa essencial da formação permanente dos professores e que, para isso, importa aplicar uma política de conjunto com vista à reorganização da formação dos professores, de modo a, construir um processo coordenado e contínuo que começa com a formação preparatória, (inicial) e prossegue ao longo de toda a carreira do professor, sendo necessário integrar a preparação inicial e o aperfeiçoamento, virada para a noção de educação permanente e tendo em conta a necessidade de uma formação recorrente (Goble, 1975).

A Lei de Bases do Sistema Educativo Português (DR I 237,1986), consagra, a este respeito, os princípios da "formação contínua que complemente e actualize a formação inicial, numa perspectiva de educação permanente", da "formação flexível que permita a reconversão e mobilidade dos educadores e professores dos diferentes níveis" e da "formação participada que conduza a uma prática reflexiva e continuada de auto-informação e auto-aprendizagem" (artº 30º).

A formação pessoal e social dos professores, em período de grandes mudanças, assume um relevo especial. A investigação aponta, por um lado, para características humanas tais

como interdependência, competência relacional, empatia, conhecimento de si, etc. que proporcionam sucesso ao professor enquanto pessoa e, por outro, para a inadequação ao contexto de mudança, recalçamento de fracassos, inadequação a cada "público", etc. que conduzem à inadequação ou mesmo à doença (AIRPE, 1988).

Umás podem ser desenvolvidas e outras devem ser superadas, desde a formação inicial. Trata-se, pois, de formar a personalidade e assumi-la por inteiro, aspecto fundamental do perfil do futuro professor.

Outro aspecto do perfil do professor decorre da introdução na reforma do ensino, de variáveis regionais e da distinção, quanto aos objectivos, entre o 3º ciclo do ensino básico (ex-ensino unificado) e o ensino secundário. O primeiro factor condiciona o desempenho do professor de região, obrigando-o a adaptações importantes que, em última análise conduzem a diferentes perfis para diferentes regiões. O segundo factor, pelas mesmas ordens de razões, conduz a professores com diferentes perfis conforme o nível de ensino em que leccionam.

A formação de professores que melhora a qualidade da educação é aquela que procura aproximar os diversos perfis esboçados, aquela que busca preparar o professor para cumprir os seus papéis, aquela que complementa e actualiza a formação inicial numa perspectiva de educação permanente, que é flexível de forma a permitir a reconversão e mobilidade dos educadores e professores dos diferentes níveis e que, sendo participada, conduza a uma prática reflexiva e continuada de auto-informação e auto-aprendizagem.

Poderíamos transcrever, em conclusão, cinco teses de António Nóvoa sobre as práticas de formação contínua de professores que podem melhorar a educação:

- A formação contínua de professores deve alimentar-se de perspectivas inovadoras, que não utilizem preferencialmente "formações formais", mas que procurem investir do ponto de vista educativo as situações escolares;
- A formação contínua deve valorizar as actividades de (auto) formação participada e da formação mútua, estimulando a emergência de uma nova cultura profissional no seio do professorado;
- A formação contínua deve alicerçar-se numa "reflexão na prática e sobre a prática", através de dinâmicas de investigação-acção e de investigação-formação, valorizando os saberes de que os professores são portadores;

- É necessário incentivar a participação de todos os professores na concepção, realização e avaliação dos programas de formação contínua e consolidar as redes de colaboração e espaços de parcerias que viabilizem uma efectiva cooperação institucional;
- A formação contínua deve, capitalizar as experiências inovadoras e as redes de trabalho que já existem no sistema educativo português, investindo-as no ponto de vista da sua transformação qualitativa, em vez de instaurar novos dispositivos de controlo e de enquadramento."

4.1. Formação inicial

"Nos últimos anos tivemos de reconhecer que o professor é a chave derradeira para a mudança na educação e para a melhoria da escola. (...) É aquilo que os professores pensam, aquilo em que crêem e aquilo que fazem ao nível da sala de aula que em última análise define o tipo de aprendizagem feita pelos jovens" (Hargreaves, 1994; cit. Estrela *et al.*, 2002).

A tomada de consciência do papel primordial dos professores na mudança e no processo educativos suscitou uma preocupação de reavaliação daquilo que se espera do professor e de revisão realista e rigorosa da sua (consequente) preparação profissional e é parcialmente responsável pelas reformas dos sistemas e programas de formação de professores, feitas por todo o mundo ocidentalizado.

Sem esquecer que *"a formação de professores não pode ser considerada um "deus ex machina", um meio miraculoso que permitiria ultrapassar os limites e as contradições do sistema."* (Perrenoud, 1993), achamos que é razoável partilhar a opinião com Wideen e Tisher (1990), *"...se queremos dar aos jovens a melhor educação, é basilar dar primeiro uma boa formação aos que os vão ensinar"*.

Parece-nos razoável aceitar, que se queremos dar aos jovens docentes a melhor formação inicial, é fundamental primeiro dar uma boa formação aos formadores de professores.

As componentes essenciais de preparação inicial, para o exercício da profissão de professor, previstas no nosso quadro legal, são a formação pessoal e social; a formação científica, tecnológica, técnica ou artística na especialidade; a formação científica no domínio pedagógico-didáctico; a prática pedagógica.

Da nossa parte, preferimos dizer que a preparação inicial para o exercício profissional de professor requer duas macro dimensões: uma, responsável por uma sólida, exigente e rigorosa formação científica, na área da especialidade de ensino e na área das Ciências da Educação; outra, responsável por uma “imersão” exigente, rigorosa e apoiada no *contexto real de trabalho*.

Aceitamos, pois, que a profissão de professor se aprende na escola e na sala de aula e é um processo longo, de uma vida. Porém, com realismo, temos de aceitar que há um conjunto de saberes imprescindíveis ao exercício profissional (saberes da especialidade de ensino e saberes da educação) que se devem e podem aprender independentemente da prática, isto é, saberes cuja apropriação pelos alunos-professores não exige uma aprendizagem situada ou sequer uma aprendizagem que dependa de interesses ou preocupações contextualizados numa prática.

Assim, o conhecimento do conhecimento que está já disponível para sustentar a concepção, a execução ou a avaliação da acção educativa é uma componente da preparação profissional inicial do professor.

4.2. Formação contínua dos docentes

A expansão da formação contínua de professores em Portugal, nos anos noventa, constituiu para diversos autores uma resposta a três problemas essenciais que enfrentava o sistema educativo:

- a)** A exigência de estabelecer novos critérios diferenciadores dos docentes que não assentasse exclusivamente na simples progressão pela antiguidade, e que contribuíssem igualmente para premiar os mais empenhados na sua actividade profissional.
- b)** A necessidade de mobilizar e preparar os professores para o desenvolvimento das reformas educativas que foram empreendidas na segunda metade dos anos oitenta. Havia já então um largo consenso sobre a importância crucial que a adesão e a acção dos professores tinham para o sucesso de qualquer reforma. A formação contínua conferia não apenas aos professores novas competências e conhecimentos profissionais, necessários à concretização dos novos programas, metodologias e técnicas de ensino, mas também contribuía para a sua maior profissionalidade e o desempenho de funções mais amplas nas escolas.

c) A necessidade de adaptar o corpo docente às mudanças sociais, culturais e tecnológicas que eram previsíveis no plano internacional. A curta vigência dos saberes científicos e pedagógicos, coloca hoje os professores perante um constante dilema: ou se actualizam, alargam e diversificam os saberes iniciais, ou envelhecem a um ritmo vertiginoso (Manuel António Patrício). Não lhes resta alternativa.

Apesar de nenhuma destas questões ser nova, na década de noventa, passou a ser consensual que a formação contínua iria desempenhar um importante papel neste novo contexto (José Alberto Correia).

A formação contínua aparece frequentemente, como sinónimo de educação de adultos, aperfeiçoamento, formação em serviço, reciclagem, desenvolvimento profissional ou desenvolvimento dos professores. Garcia Álvarez (1987, p. 23), definiu-a da seguinte forma:

- A actividade que o docente em exercício, realiza como uma finalidade formativa - tanto de desenvolvimento profissional como pessoal, individualmente ou em grupo - para o desempenho eficaz das suas tarefas actuais ou que o preparam para o desempenho de novas tarefas.

Esta formação ocorre depois de o professor ter recebido um certificado inicial e ter iniciado a sua prática profissional. Mas não deve ser também confundida com a reciclagem, devido ao seu carácter permanente.

Actualmente, o conceito de formação contínua tem vindo a ser substituído pelo de Desenvolvimento Profissional dos Professores, dado que este surge como mais apropriado para traduzir a concepção do professor como profissional do ensino. Para além de uma conotação evolutiva, este novo conceito valoriza em particular uma abordagem da formação de professores que tem em conta o seu carácter contextual, organizacional e orientado para mudança, superando assim a sua dimensão mais individualista de aperfeiçoamento pessoal.

Subjacente a este novo conceito está ainda o de educação permanente, que emergiu no início dos anos 60, enquanto princípio organizador do ensino como um sistema coerente e integrado, concebido para responder às aspirações educativas e culturais de cada indivíduo, ao longo da sua vida e à medida das suas aptidões.

4.3. Prevenção da disfonia na vida do professor

A prevenção da disfonia na vida do professor compreende um conjunto de orientações a propósito de alguns factores, que influenciam directamente a voz, nomeadamente: alimentação, vestuário, exercício físico, hábitos vocais, fumo, sono, hidratação, ...

Uma boa voz depende da saúde e harmonia de todo o corpo. Para manter a voz saudável, é importante o professor observar as seguintes orientações:

- beba no mínimo dois litros de água por dia, para hidratar as cordas vocais. O pó do giz e a ar-condicionado, são factores que ressecam a garganta e dificultam a sua vibração;
- evitar o fumo dos cigarros, pois agride directamente a mucosa das cordas vocais, causando ressecamento, irritação e inchaço, alterando a qualidade da voz;
- evitar o consumo de bebidas alcoólicas, pois além de irritarem a mucosa, o álcool anestesia e altera as sensações ao falar. Quando o efeito do álcool passa, a voz fica rouca, fraca e com a sensação de ardor;
- evitar o consumo de comidas demasiado condimentadas, porque provocam desidratação e perturbações gástricas;
- evitar o consumo de chocolates e derivados, pois são alimentos ricos em gordura e aumentam a viscosidade da mucosa no trato vocal;
- mastigar bem os alimentos é muito importante, pois é um óptimo exercício para a dicção;
- evitar o uso de pastilhas ou rebuçados á base de menta, pois anestesiam a garganta e fazem com que o professor não se aperceba que está a esforçar a voz;
- durante quadros gripais e crises alérgicas, beber bastantes líquidos e poupar a voz, desenvolvendo estratégias didácticas que favoreçam um descanso vocal parcial, utilizando cartazes, vídeos,...
- evitar falar enquanto escreve ou apaga o quadro, e falar sempre de frente para os alunos;
- evitar tossir e “raspar” a garganta para limpá-la, pois estes hábitos causam um atrito muito forte entre as cordas vocais;
- utilizar medicamentos com moderação e sob prescrição médica, pois alguns medicamentos têm substâncias que provocam ressecamento na garganta;

Através do conhecimento e da introdução destes hábitos na vida diária, o professor tem condições de manter a voz sempre saudável, evitando o desgaste e adquirindo maior resistência vocal.

No geral, todos os professores têm um trabalho intenso e desgastante, que é o de passar grande parte do dia a dialogar com os seus alunos, sem o mínimo conhecimento da técnica vocal e dos riscos que correm do uso indevido da voz.

Mattiske *et al* (1998), certificaram-se que o impacto negativo das desordens vocais é grande nessa categoria profissional. Atribuíram ao impacto negativo as possíveis perdas pessoais, sociais, vocacionais e económicas sofridas pelo profissional em decorrência da redução da inteligibilidade da fala. Concluíram então, que apesar de estarem cientes que a actividade do ensino aumenta o risco de problemas vocais, as acções em favor dos professores são pouco desenvolvidas.

Com este trabalho, desejamos configurar questões pertinentes para um levantamento de riscos aos quais os professores estão expostos em função do seu trabalho. A partir desse levantamento, poderão ser estabelecidos programas sistemáticos de atenção à saúde ‘vocal’ com oficinas e treinamento específico.

Parte II – Estudo Empírico

5. Metodologia

Considerando o método como “ o caminho para se chegar a determinado fim” e a pesquisa “ o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico”, (Gil, 1989:43), podemos dizer que a metodologia é o estudo dos caminhos, dos instrumentos para se fazer a pesquisa, ou seja, de acordo com Fortin “é o conjunto de métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (2000:272). Portanto, contempla a fase exploratória, as questões de investigação, os critérios de amostragem, as variáveis, as hipóteses e a definição de instrumentos e procedimentos de colheita e ainda a análise de dados e informações.

A metodologia de investigação utilizada, é do tipo quantitativo, através de um estudo exploratório descritivo, desenvolvido em meio escolar, com professores do primeiro ciclo e educadores de infância.

De acordo com Fortin et al o estudo descritivo permite-nos “... a obtenção de uma informação mais completa e mais precisa de um fenómeno”, portanto existe descrição dos fenómenos e relação entre factores e variáveis (1998:195).

O estudo é ainda exploratório, pois pretende clarificar e descobrir as dimensões do fenómeno, de que forma este se manifesta assim como os factores com os quais se relaciona, Polit e Hungler (1995) e correlacional por examinar a relação entre as variáveis, de modo a determinar a natureza das relações (Fortin, 2003).

Na perspectiva de Almeida e Freire várias são as modalidades de investigação em psicologia que podem ser adoptadas: Quantitativo-Experimental, Quantitativo-Correlacional e Qualitativo (2007:26).

A problemática que serviu de base para a elaboração desta investigação, foi o facto de constatarmos que a *disfonia* é um problema vocal na vida dos professores. Sendo a voz, o principal instrumento de trabalho do docente, importa reflectir sobre procedimentos mais eficazes de promoção da saúde vocal.

No presente estudo a abordagem metodológica é do tipo quantitativo-correlacional, porque a pretensão é generalizar os resultados da população em estudo a partir de uma amostra e avaliar se existe ou não a relação entre as variáveis. Utilizámos questionários de auto-preenchimento com escalas ordinais.

5.1. Modelo Racional Teórico sobre o mal-estar docente que conduz à disfonia

O *Estilo de Vida dos Docentes*, associado a níveis *elevados de stress*, ao *aumento de comportamentos de risco que afectam a voz* (consumo de tabaco e de álcool, bebidas frias, uso prolongado da voz), e *menos qualidade de vida*, pode conduzir ao **mal-estar dos docentes**. Neste sentido, este conjunto de factores pode predispor a quadros clínicos de **Disfonia**. Importa ainda referir que a maior prevalência de Disfonia pode condicionar a Estilos de Vida do indivíduo, dado que a voz é o principal instrumento de trabalho nestes profissionais.

Assim sendo, torna-se pertinente compreender quais os factores determinantes para o aparecimento e manutenção de problemas disfónicos na profissão docente. Só através de uma maior compreensão desta questão, é possível apostar em formas de prevenção mais eficazes dos problemas de voz.

Em suma, o modelo racional teórico a seguir apresentado constitui uma proposta metodológica de análise dos factores envolvidos na compreensão da disfonia nos docentes.

5.1.1. Modelo Racional Teórico (Organograma)

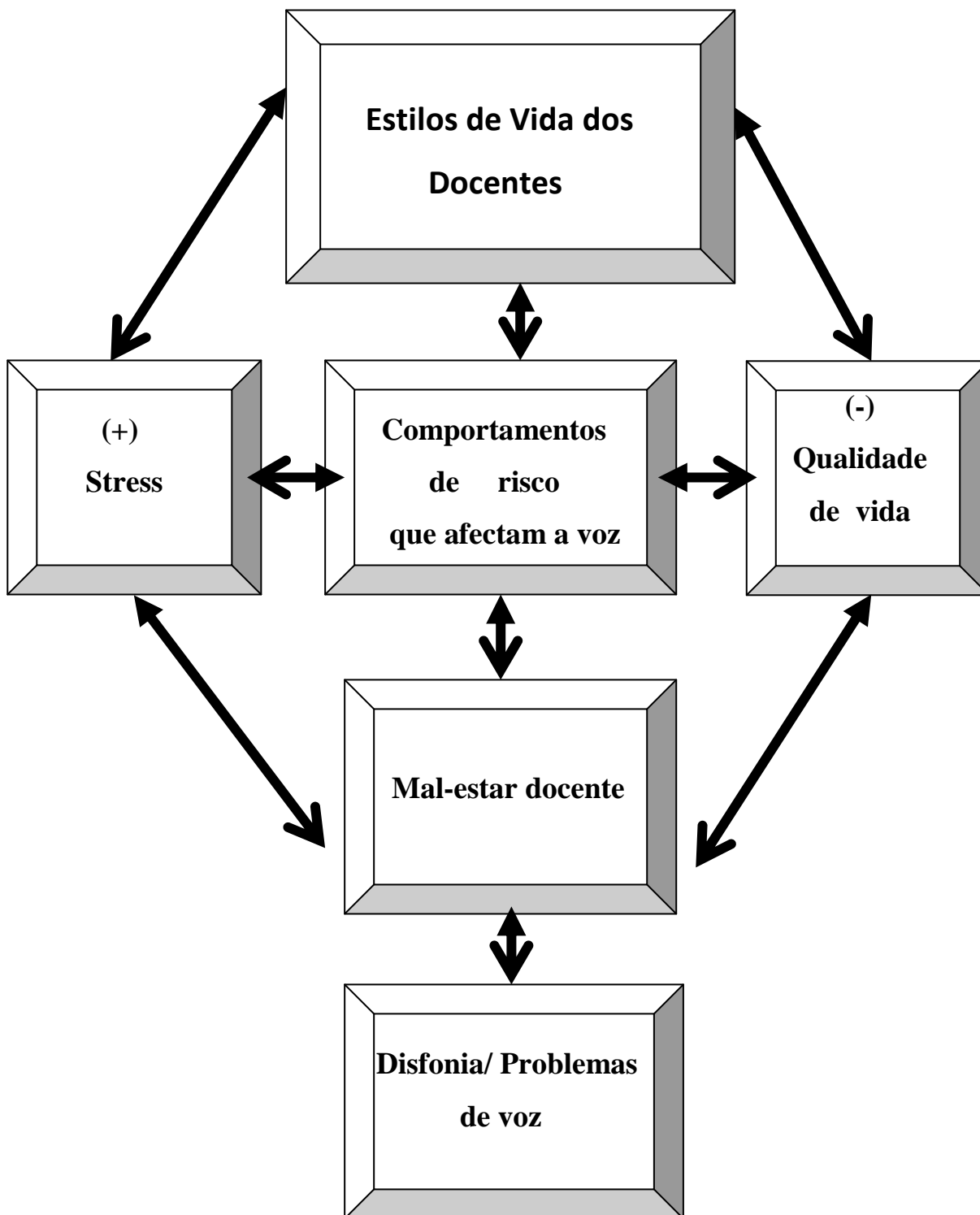


Figura 2. Modelo Racional Teórico sobre o mal-estar docente que conduz à disfonia

5.2. Objectivos e Hipóteses do Estudo

O Objectivo geral do presente estudo é quantificar a prevalência de Disfonia em Professores do Primeiro Ciclo e Educadores de Infância, deste estudo.

Segundo, (Morton & Watson, 1998; Vilkman, 2000), são citados como, factores causais de natureza profissional dos problemas da voz nos professores, o uso prolongado da voz a níveis elevados de intensidade, o falar para grandes grupos, a acústica das salas, a qualidade do ambiente, (temperatura, ar, pó), as posturas corporais de trabalho e o stress associado à profissão.

Os Objectivos Específicos são:

- Descrever e quantificar a prevalência da disfonia em Professores do Primeiro Ciclo do Ensino Básico e Educadores de Infância do presente estudo;
- Compreender quais os comportamentos de risco que condicionam o distúrbio vocal;
- Associar o tempo de serviço e a disfonia;
- Saber se a qualidade de vida está associada com a prevalência de quadros disfónicos;
- Saber se a idade dos docentes influencia a prevalência de disfonia;
- Saber se os estilos de vida estão associados ao perfil vocal.

O presente estudo insere-se numa linha de investigação descritiva e qualitativa realizado a professores do primeiro ciclo do ensino básico e educadores de infância, do ensino público. Esta investigação procura compreender, de que modo os *Problemas de Voz/Disfonia* estão relacionados a um conjunto de *comportamentos de risco* pessoais e profissionais, tais como *factores intrínsecos e extrínsecos ao individuo*.

Os *factores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo*, podem ser individuais ou conjuntamente ao aparecimento dos problemas da voz nos professores, pelo que podemos considerar uma doença “*profissional*”.

No presente estudo, irão ser delineadas as seguintes hipóteses, assentando na elevada prevalência disfónica nos professores e os comportamentos de risco que lhe estão associados.

As hipóteses que norteiam este estudo são seis:

H.1 Existe uma elevada prevalência de Problemas de Voz/Disfonia nos Professores do Primeiro Ciclo do Ensino Básico.

H.2 Existem comportamentos de risco pessoais e sociais que condicionam o distúrbio vocal, tais como, os abusos vocais, as condições climáticas, os vícios, a alimentação, os distúrbios respiratórios e a inadequada hidratação.

H.3 Existem mais Problemas de Voz/Disfonia devido aos anos de Profissão.

H.4 A qualidade de vida influencia directamente a prevalência de quadros disfónicos.

H.5 Os indivíduos com mais qualidade de vida tendem a ter menos problemas de voz.

H.6 A idade dos docentes influencia a Disfonia.

Assim, sendo é possível verificar que as variáveis que orientam este trabalho são: *Problemas de Voz/Disfonia* (**variável dependente**) e o *stress, comportamentos de risco que afectam a voz e Qualidade de Vida* (**variável independente**).

Morton e Watson, 1998; Vilkman, 2000, são citados como factores causais de natureza profissional dos problemas da voz nos professores, o uso prolongado da voz a níveis elevado de intensidade, o falar para grandes grupos, a acústica das salas, a qualidade do ambiente, (temperatura, ar, pó), as posturas corporais de trabalho e o stress associado à profissão.

Um *problema de voz de natureza profissional* pode resultar nos mesmos factores que uma exigência dinâmica prolongada pela actividade profissional, e também factores biomecânicos desfavoráveis, qualidade do ambiente de trabalho, factores psicológicos e atitude inadequada na avaliação e tratamento dos sinais precoces do problema, (*Dalton & Hazleman, 1987, in Vilkman, 1996*).

A **saúde vocal** compreende orientações a respeito de factores que influenciam directamente na voz. *Alimentação, vestuário, exercício físico, hábitos vocais, fumo, sono, hidratação, etc.*

Uma boa voz depende da saúde e harmonia de todo o corpo.

5.3. Variáveis do Estudo

Identificar as variáveis e as suas relações, é no fundo explicar o seu papel na investigação.

“As variáveis podem derivar de conceitos mais amplos, os chamados constructos devidamente operacionalizados ou definidos em termos mais concretos e observáveis. Enquanto que os constructos são entidades abstractas ou as dimensões latentes do comportamento, as variáveis são a realidade observável,” (Almeida & Freire, 2007:53).

Podemos então inferir que os indicadores dos constructos são as variáveis.

Considerando a pesquisa bibliográfica que deu origem ao enquadramento teórico, o objectivo da investigação, assim como a definição das hipóteses, observamos uma subdivisão no que concerne às variáveis desta investigação.

Assim, apresentamos as variáveis de **natureza sócio-demográfica**, divididas em duas categorias:

- de carácter pessoal (sexo, idade, se tem filhos)
- de carácter profissional (categoria profissional, tempo de serviço, instituição em que trabalha)

Apresentamos ainda as variáveis de natureza psicológica, que dizem respeito aos constructos em estudo:

- Questionário de actividade vocal e estilos de vida (QAVEV), aplicado por Susana V. Freitas (2006);
- Questionário de Índice de Desvantagem Vocal (IDV), aplicado por Susana V. Freitas (2006);
- Questionário sobre Qualidade de Vida, aplicado por Vaz-Serra; Canavarro; Simões; Pereira; Gameiro; Quartilho; Rijo; Carona & Paredes (1998), Whoqol – versão abreviada.

5.4. Amostra

Fortin refere que “ *a descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados. As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de selecção*” (2003:133).

Para a realização do presente estudo foi utilizada uma amostra não probabilística, seleccionada por conveniência.

A amostra foi constituída por 30 indivíduos do Agrupamento de Escolas de Mértola e 18 do Agrupamento de Escolas de Serpa, dos quais são educadores de infância e professores do 1º Ciclo.

5.5. Instrumentos de recolha de dados

Almeida e Freire referem que “ qualquer instrumento de avaliação, seja ele um teste, uma prova, uma escala, uma ficha ou uma grelha de entrevista, pode definir-se como um conjunto de itens, questões ou situações mais ou menos organizado e relacionado com um certo domínio a avaliar” (2007:134).

5.5.1. Para a recolha de informação/dados, foi aplicado um questionário específico, já testado, construído e cedido por Vaz-Freitas (2006) e adaptado no decurso desta investigação.

Este instrumento engloba perguntas que permitem a descrição da amostra em termos de características sociodemográficas, de actividade profissional (discriminação dos anos de desempenho da profissão, número de horas lectivas semanais, tamanho da turma e ano escolar leccionado), comportamentos como, consumo de tabaco, álcool, ingestão de água, refrigerantes e cafeína, prática de exercício físico, antropometria e aspectos de saúde englobando a utilização de medicamentos, a auto-percepção de disфонia, a auto-identificação de sete sintomas de alteração vocal nos últimos 12 meses e o uso de estratégias para a saúde vocal.

5.5.2. Para além do instrumento inicial foi utilizado o questionário do Dr. Carlos Corona (1998) intitulado “Qualidade de vida”, Whoqol (WHO – Quality of Life) – versão abreviada.

Este instrumento é constituído por 26 questões, onde o sujeito é convidado a posicionar-se relativamente a cada uma.

As respostas são dadas numa escala de 5 índices: quase sempre, com muita frequência, muitas vezes, ocasionalmente e quase nunca. Este questionário pretende descrever o seu comportamento no dia-a-dia em diversas áreas que estão associadas à saúde.

Foi realizado o Pré-teste de um Questionário para a identificação de possíveis problemas de voz de modo a compreender se as questões apresentadas eram facilmente percebidas pelos indivíduos. Foram aplicadas a 5 Professores do Primeiro Ciclo do Ensino Básico.

O Pré-teste aplicado mostrou não haver perguntas ambíguas nem de difícil resposta para os inquiridos.

- **Whoqol (WHO – Quality of Life)**

O Projecto WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) nasceu no seio da Organização Mundial de Saúde (OMS), no início da década de 90, com o objectivo de debater e clarificar o conceito de Qualidade de Vida e, posteriormente, construir um instrumento para a sua avaliação.

A OMS definiu Qualidade de Vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Esta definição realça a natureza subjectiva da avaliação do indivíduo, contextualizada no meio físico, cultural e social onde vive, e a multidimensionalidade do conceito.

Reflectindo esta concepção transcultural e multidimensional, o WHOQOL-100 foi construído através da colaboração de 15 Centros pertencentes a diferentes culturas, e está estruturado em torno de seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e aspectos associados à Espiritualidade, Religião, e Crenças Pessoais.

Posteriormente, a OMS desenvolveu uma versão abreviada deste instrumento, composta por 26 das 100 questões que compõem o WHOQOL. Esta versão tem obtido bons desempenhos psicométricos e a sua estrutura tem subjacentes 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.

Domínios e Aspectos da WHOQOL - Bref.

Domínio 1 – Domínio Físico

1. Dor e desconforto (Q3)
2. Energia e Fadiga (Q10)
3. Sono e repouso (Q16)
4. Mobilidade (Q15)
5. Actividade da vida quotidiana (Q17)
6. Dependência de medicação ou de tratamentos (Q4)
7. Capacidade de trabalho (Q18)

Domínio 2 – Domínio Psicológico

8. Sentimentos positivos (Q5)
9. Pensar, aprender, memória e concentração (Q7)
10. Auto-estima (Q6)
11. Imagem corporal e aparência (Q11)
12. Sentimentos negativos (Q26)
13. Espiritualidade /religião/ crenças pessoais (Q19)

Domínio 3 – Domínio das Relações Sociais

14. Relações Pessoais (Q20)
15. Suporte (Apoio) Social (Q22)
16. Actividade sexual (Q21)

Domínio 4 – Domínio do Meio Ambiente

17. Segurança Física (Q8)
18. Ambiente no lar (Q9)
19. Recursos Financeiros (Q12)
20. Cuidados de saúde e sociais (Q24)
21. Oportunidades de adquirir novas informações e capacidades (Q13)
22. Participação em oportunidades de lazer (Q14)
23. Ambiente Físico (Q23)
24. Transporte (Q25)

Os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida. Algumas facetas (Dor e Desconforto, Sentimentos Negativos, Dependência de medicação, Morte e Morrer) não estão formuladas num sentido positivo, donde para estas facetas as pontuações mais altas significam melhor qualidade de vida. Estas facetas precisam ser recodificadas para que as pontuações altas reflectam melhor qualidade de vida.

A média dos resultados das perguntas dentro de cada domínio é usada para calcular o resultado do domínio.

Estes instrumentos estão actualmente disponíveis em mais de 40 idiomas, incluindo Português de Portugal.

Tanto a versão para Português de Portugal do WHOQOL-100 como do WHOQOL-bref estão actualmente disponíveis para utilização e foram validadas por Canavarro, M; Simões, M; Vaz Serra, A.; Pereira, M.; Rijo, D.; Quartilho, M.; Gameiro, S.; Paredes, T, e Carona, C.

Ambos os instrumentos revelaram boas características psicométricas de consistência interna, fiabilidade temporal, validade de constructo e validade discriminante, permitindo a sua aplicação.

A versão do WHOQOL-100 para Português de Portugal comporta as mesmas 100 perguntas da versão original da OMS, às quais foram adicionadas quatro novas questões, destinadas a avaliar o impacto das decisões e poder da classe política na QDV dos portugueses. Estas questões constituem a faceta portuguesa – Poder Político (FP25).

5.6. Procedimento e tratamento de dados

Para a realização deste estudo foi pedida uma autorização à Direcção Regional de Educação do Alentejo e solicitada a colaboração do Conselho Executivo dos Agrupamentos de Escolas onde aplicámos os questionários.

Depois de obtido os protocolos de colaboração informámos os participantes e solicitámos a sua cooperação.

Todos os participantes foram informados sobre os objectivos de pesquisa, quanto à confidencialidade dos dados recolhidos e sobre a possibilidade de poderem interromper o estudo.

A fase de recolha de dados durou aproximadamente três meses.

Os participantes foram inquiridos através de um questionário específico adaptado no decurso deste estudo, que englobou questões sobre a caracterização sócio-demográficas da amostra:

- Actividade profissional (discriminação dos anos de desempenho da profissão, número de horas lectivas semanais, tamanho da turma e ano escolar leccionado), comportamentos como consumo de tabaco, álcool, ingestão de água, refrigerantes e cafeína, prática de exercício físico, antropometria e aspectos de saúde, englobando a utilização de medicamentos, a auto-percepção de disfonia e a auto-identificação de sete sintomas de alteração vocal nos últimos doze meses.

Para a recolha dos dados aplicámos um questionário a 48 docentes, sendo 30 do Agrupamento de escolas de Mértola e 18 do Agrupamento de Escolas de Serpa.

Este questionário foi constituído por 34 perguntas abertas, 36 perguntas fechadas e 84 perguntas de escala ordinal com 5 e 6 itens. Depois de aplicarmos os questionários, codificámos todas as respostas, códigos esses que foram dar origem à base de dados do programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 16.0), que utilizámos no tratamento dos dados.

6. Apresentação, Análise e discussão dos resultados

Na matriz do SPSS, cada linha corresponde a um questionário preenchido e cada coluna a uma pergunta desse mesmo questionário. Deste modo, preenchemos 48 linhas e 169 variáveis.

Inicialmente começamos por elaborar a estatística descritiva ou uni - variada. Pedimos as medidas de tendência central ou de localização para cada uma das variáveis (média, mediana e moda), algumas medidas de dispersão (variância, mínimo, máximo e campo de variações de dados). Posteriormente, elaboramos as tabelas de distribuição de frequências item a item, onde apareceu respectivamente: a variável e as suas categorias, a frequência absoluta, a frequência relativa, a frequência relativa válida e por último a frequência relativa acumulada.

Seguidamente elaboramos o tratamento gráfico através de gráficos de barras referente a cada item do questionário.

O tratamento dos dados obtidos e a sua apresentação serão subdivididos em dois momentos distintos. O primeiro incidirá sobre a caracterização da amostra e análise descritiva dos valores das variáveis relativamente às suas características mais importantes, comparando com estudos anteriores.

Utilizei a estatística inferencial para concluir se havia diferenças estatisticamente significativas no que se refere às variáveis de Domínio Geral, Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio das Relações Sociais, Domínio do Meio Ambiente, total de bem estar (totbemestar), total perfil vocal (totperfilvocal), total saúde vocal (totsaudevocal), total de índice de desvantagem vocal (totidv) por agrupamento e por fchas etárias.

No sentido de facilitar a interpretação e análise dos dados estatísticos obtidos, optamos por apresentá-los com recurso a quadros que sustentam a sua análise.

6.1. Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por 48 indivíduos, sendo que 30 pertencem ao Agrupamento de Mértola e 18 do Agrupamento de Serpa, dos quais são professores do 1º ciclo e educadores de infância.

Através da observação da tabela 1, é possível verificar que o grupo com maior representatividade é o grupo dos 25 aos 45 anos, com 64,6%, sendo que a idade com maior percentagem é os 45 anos, com 18,8%. A média de idades é aproximadamente 42.

O mínimo de idades dos inquiridos foi de 25 anos e o máximo de 55 anos.

Idade

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Válido 25 – 45 anos	31	64,6
46 ou + anos	17	35,4
Total	48	100,0

Tabela 1 – Distribuição da amostra por grupo etário.

É de realçar que, relativamente à caracterização quanto ao género e com base na tabela 2, a grande maioria dos inqueridos são do sexo feminino, correspondendo a 93,8% da amostra.

Sexo

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Válido feminino	45	93,8
masculino	3	6,2
Total	48	100,0

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto ao género.

Como foi possível observar pela tabela 3, o número de filhos da nossa amostra variou entre 0 e 2 filhos, sendo que 2 filhos é a moda.

Se tem filhos, quantos tem?

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Valido	0	12	25,0
	1	14	29,2
	2	22	45,8
	Total	48	100,0

Tabela 3 – Distribuição da amostra quanto ao número de filhos.

Quanto ao estado civil dos inquiridos é possível observar que 68,8% são casados, 16,7% são solteiros e 6,2% são uniões de facto (tabela 4), sendo a moda, casado.

Estado civil

		Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Valido	Solteiro	8	16,7
	Casado	33	68,8
	união de facto	3	6,2
	Outra	4	8,3
	Total	48	100,0

Tabela 4 – Distribuição da amostra por estado civil.

No que se refere à actividade profissional, 10 inquiridos, ou seja, 20,8% tinham até à data, 20 anos de serviço.

Da nossa amostra, 44 inquiridos tinham componente lectiva, ou seja, 91,7%.

Quanto ao número de horas lectivas, 83,3% tinham 25 horas lectivas por semana, o que faz, 40 inquiridos da nossa amostra.

Referente aos problemas de saúde, 33 inquiridos responderam que não tinham problemas de saúde, ou seja, 68,8%, (gráfico 1) e 21 desses mesmos inquiridos responderam que a sua saúde era boa, ou seja, 43,8% (gráfico 2).

Saúde

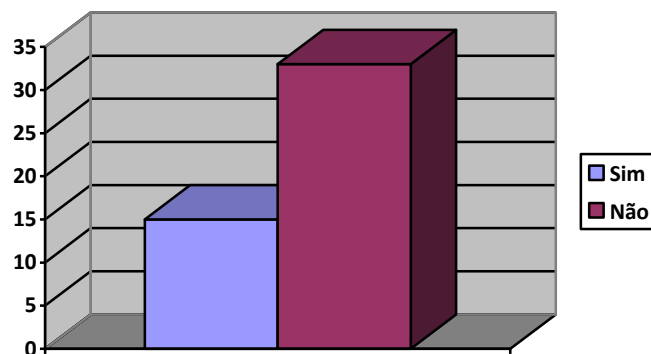


Gráfico 1 – Tem algum problema de saúde

A sua saúde é...

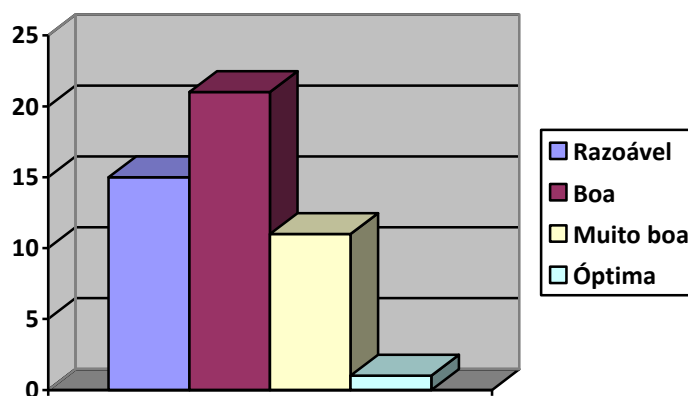


Gráfico 2 – Como é a sua saúde

No que se refere ao *uso da voz na profissão docente*, 87,5 responderam imenso, ou seja, 42 inquiridos, (gráfico 3).

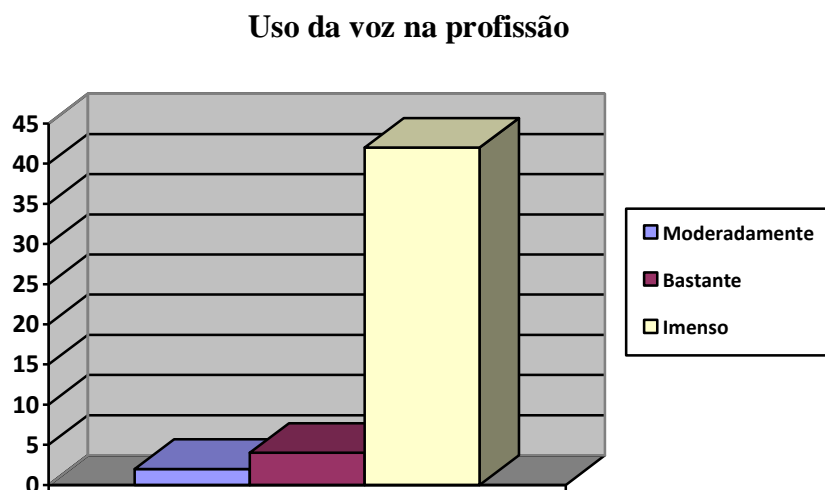


Gráfico 3 – Uso da voz na profissão docente

No que se refere aos anos escolares que cada docente leccionava, 39,6% leccionava mais do que um ano de escolaridade, ou seja, 19 inquiridos, (gráfico 4).

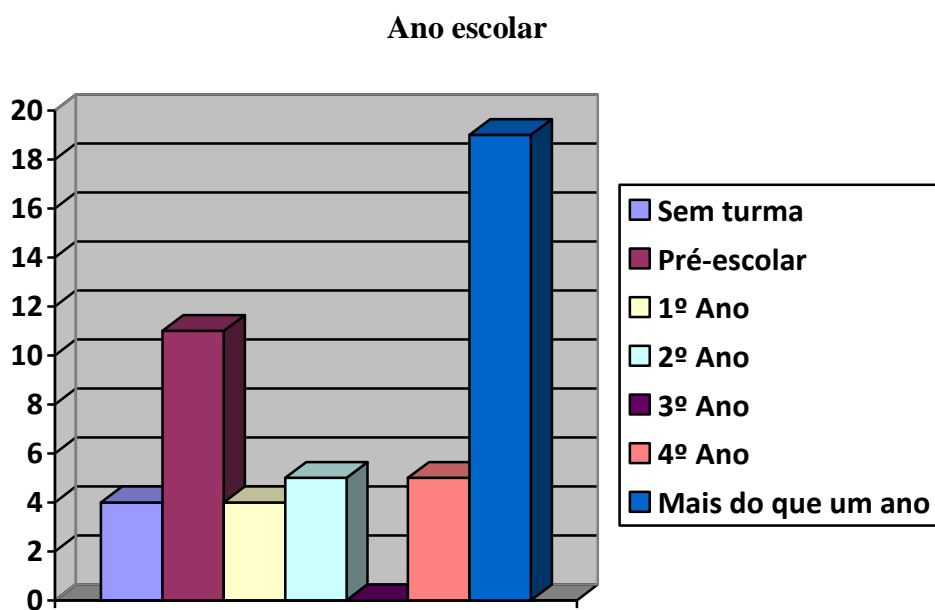


Gráfico 4 – Ano escolar leccionado

6.2. Análise das Características Psicométricas das Escalas

O facto do instrumento utilizado nesta investigação e das suas diferentes escalas já ter sido aplicada noutros estudos já nos dá uma certa fiabilidade na medição dos diferentes conceitos importantes para este trabalho.

Importa salientar que a noção de fiabilidade, também designada de fidelidade por alguns autores, é uma medida oriunda da psicologia, destinada à aferição da consistência interna de uma escala para garantir o grau de consistência do mesmo instrumento ao longo do tempo.

Na verdade, a fiabilidade constitui também uma condição prévia à validade de um instrumento. Porém, este facto não significa que ela seja uma condição suficiente para estabelecer a validade das medidas (Hill e Hill, 2000).

Os valores considerados de boa consistência interna variam de autor para autor, por exemplo para Pestana e Gageiro (2000) o seu valor como indicador de boa consistência interna deve estar acima de 0,80. Para Hair et al. (1998) valores entre 1,00 e 0,70 são aceitáveis, Malhotra (1996) considera que o valor do Alpha deve estar entre 0,60 e 1,00 e ainda Polit e Hungler (1995) considera como satisfatório um valor acima de 0,70.

Para medir os conceitos de Total de Bem-estar (totbemestar), Total saúde vocal (totsaudevocal), Total de índice de desvantagem vocal (totidv) e Total de Qualidade de Vida (totqv) utilizámos o somatório de diferentes itens codificados em escalas ordinais. Para verificarmos se estes itens estavam a medir bem os diferentes conceitos calculámos os alfas de cronbach para medir a consistência interna das diferentes escalas. Verificámos que todos os alfas nas diferentes escalas, se situaram com valores entre 0,8 e 0,9, o que nos dá um adequado grau de consistência na medição dos diferentes conceitos.

O alfa de cronbach das escalas de totbemestar foi de 0,918%, de totsaudevocal foi de 0,868%, de totidv foi de 0,926% e totqv de 0,887%, o que revelam uma forte consistência interna da escala.

A consistência interna da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL - Bref.) foi obtida através da análise de itens. O Alfa de Cronbach obtido nesta escala foi de 0,887 o que revela uma forte consistência interna da escala.

6.3. Actividade vocal e estilos de vida (QAVEV)

No questionário de actividade vocal e estilos de vida 87,5% dos docentes usam *imenso* a voz na sua profissão; 20,8% têm 20 anos de serviço; 60,4% dos docentes nunca fumaram e 20,8% são fumadores e nas estratégias de saúde vocal usadas, 43,8% descansam *pouco* a voz; 52,1% evitam *moderadamente* falar muito alto; 43,8% dos docentes tentam *moderadamente* adoptar uma postura corporal ao uso da voz; 58,3% dos docentes não fazem qualquer exercício respiratório e 77,1% não utilizam qualquer estratégia de amplificação de som, o que nos indica que, neste estudo, com esta actividade vocal e estes estilos de vida, estes docentes têm grandes probabilidades de vir a ter problemas vocais.

6.4. Qualidade de vida (Domínios e Aspectos da WHOQOL - Bref.)

Para verificar a contribuição de cada domínio na variabilidade encontrada no modelo, utilizamos a estatística multivariada (análise em componentes principais), em que foram extraídos cinco factores respectivamente, correspondendo o factor 1 - domínio físico, factor 2 - domínio psicológico, factor 3 - domínio das relações sociais e factor 4 - domínio do meio ambiente.

Analisando o quadro do total de variância explicada pelo modelo, vemos que o factor 1 (Domínio Físico), explica 18,9% da variância encontrada; o factor 2 (Domínio psicológico), explica 17,2% da variância encontrada; o factor 3 (Domínio das Relações Sociais), explica 13,6% da variância encontrada e o factor 4 (Domínio do Meio Ambiente), explica 11,5% da variância encontrada. O nosso modelo explica na totalidade 61,3%, pelo que existe 38,7% de variância não explicada. Tal facto deve-se, no nosso entender, a factores desconhecidos.

6.5. Análise Descritiva dos Valores das Variáveis

No que diz respeito ao estado de saúde 68,8% dos inquiridos responderam que *não têm problemas de saúde*, enquanto que 31,2% responderam que *têm problemas de saúde*.

No que diz respeito à percepção de saúde geral, 43,8% dos inquiridos *têm boa saúde* e 31,2% *uma saúde razoável*.

Na percepção de bem-estar situacional podemos dizer que 32% dos inquiridos manifestaram bem-estar situacional e 68% demonstraram manifestações de falta de bem-estar, o que nos indica que quando responderam ao questionário, os docentes sentiam-se nervosos, deprimidos, estafados, cansados, com stress, com falta de vitalidade e energia.

Referente à saúde vocal e na questão “Com que frequência descansa a voz?”, 21 dos inquiridos, ou seja, 43,8% responderam que *pouco*. Na questão “Com que frequência faz exercícios respiratórios?”, 28 inquiridos, ou seja, 58,3% responderam *absolutamente nada*. Na questão “Com que frequência utiliza estratégias de amplificação do som? 37 inquiridos, ou seja, 77,1% responderam *absolutamente nada*, daqui inferimos que os inquiridos não têm cuidados com a sua voz e segundo Costa, Fell & Razzoline, (1998) os professores deveriam ter consciência da importância dos cuidados com a voz, como estratégia preventiva de surgimento de possíveis alterações vocais.

Para descrever a sua voz e os efeitos desta no quotidiano, os inquiridos responderam que usam *imenso* a voz na sua profissão.

No que diz respeito à Qualidade de vida, a fim de conhecer um pouco sobre a qualidade de vida e a saúde dos inquiridos, aplicámos um questionário sobre a qualidade de vida.

Dos 48 questionários, 37 inquiridos, ou seja, 77,1% responderam que a sua qualidade de vida era boa e 60,4% responderam que estavam satisfeitos com a sua saúde, mas depois ao responderem à pergunta “Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero ansiedade ou depressão?”, 24 dos inquiridos, ou seja, 50% responderam que *algumas vezes* 14 dos inquiridos, ou seja, 29,2% responderam *frequentemente*, o que contradiz quando dizem que a qualidade de vida é boa e que têm boa saúde.

Face aos resultados obtidos, podemos dizer que os instrumentos foram adequados ao que se pretendia investigar e que entre este grupo de professores não existe nenhum caso de disfonia, apesar de já demonstrarem alguns sintomas associados aos problemas de voz.

Segundo os autores, Figueiredo & Liechavicius, (1995), relataram que é relevante o número de professores que apresentam hábitos e conduta vocal inadequada, dificultando a adaptação da voz ao uso profissional, dor ao falar, cansaço vocal rouquidão e afonia.

De acordo com Brosolotto, *et al.* (1998), Uma das profissões que apresentam problemas vocais em maior incidência é a do professor. As condições de uso vocal nesta profissão são em grande parte inadequadas, como o uso constante durante horas, intensidade elevada e competição vocal devido ao ruído ambiental, logo, para esta profissão havia a necessidade de existirem programas de formação de professores com profissionais da educação, inclusão no curso de formação de professores de disciplinas ligadas à saúde vocal e medidas de prevenção e tratamento para problemas no início, ou já instalados.

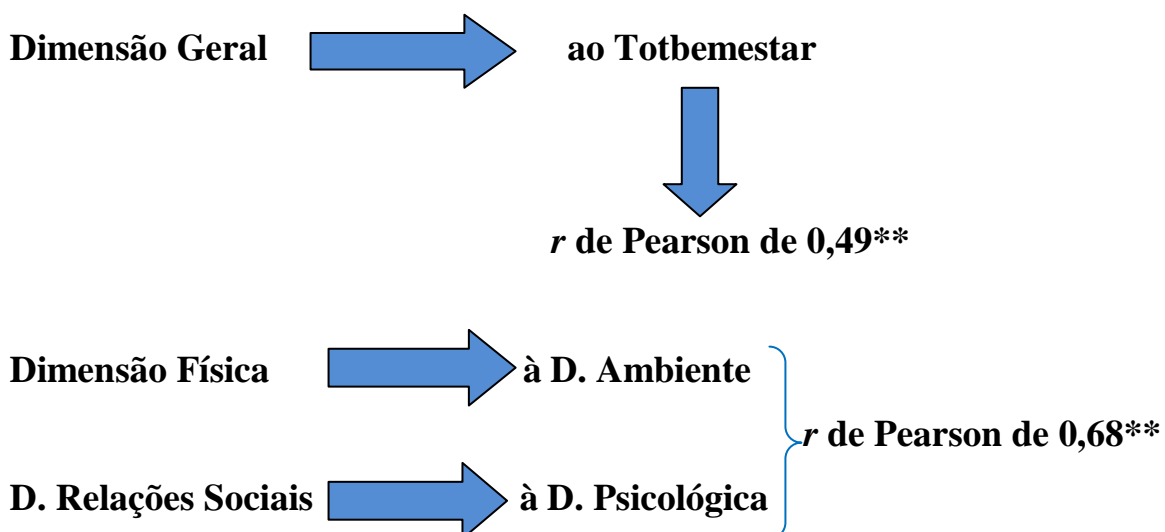
6.6. Correlação entre Bem-estar e voz

Para medir a associação ou correlação entre duas variáveis utilizamos o r Pearson, ou seja, o coeficiente de correlação de Pearson. Este coeficiente varia de -1 a +1. Se tivermos um r de -1, temos uma correlação perfeita negativa, mas se tivermos um r de +1, temos uma correlação perfeita positiva. A total ausência de relação levar-nos-ia a encontrar um valor 0 para o r . Quanto mais perto o r estiver de 1 (seja positivo ou negativo), mais forte é a associação entre duas variáveis. Quanto mais perto de 0 estiver o r (afastando-se de -1 e +1) mais fraca será a associação.

Pretende-se com a análise correlacional calcular uma medida (r de Pearson) através da qual se determina a força de uma associação entre um par de variáveis.

A pontuação da Dimensão Geral associado ao totbemestar tem um r de Pearson de 0,49**, que segundo Cohen e Holliday (1982) é uma associação moderada, mas estatisticamente significativa.

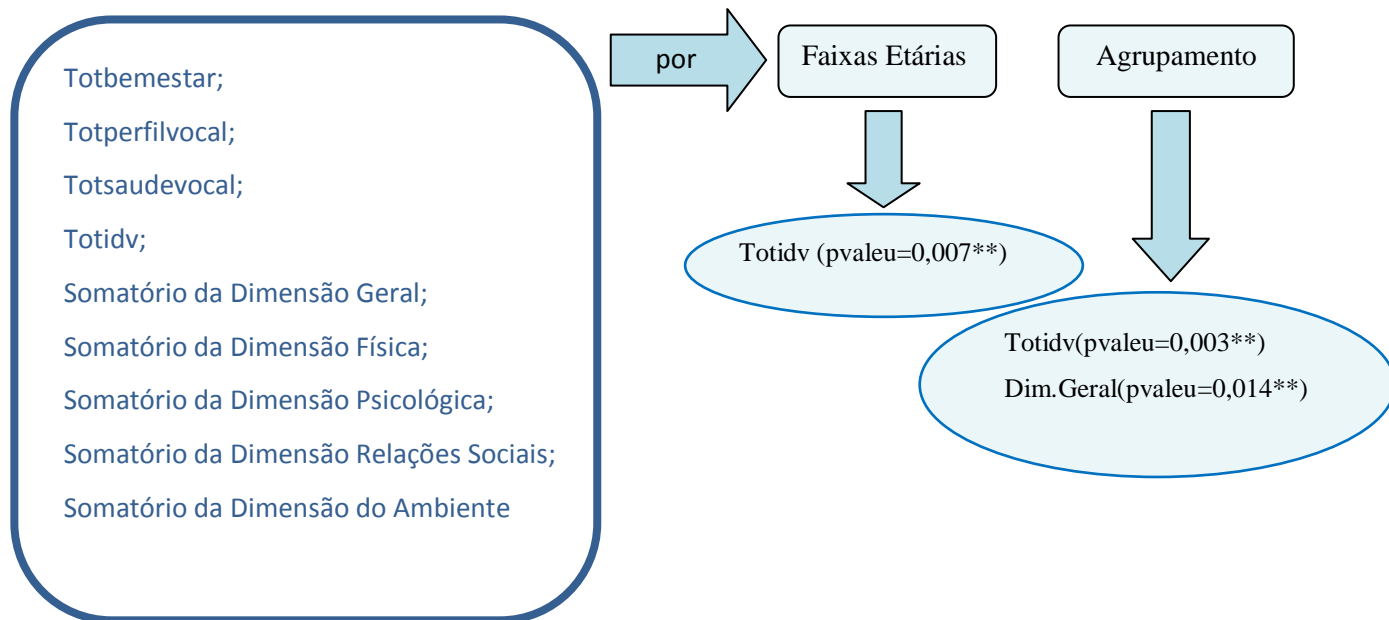
A pontuação da Dimensão Física correlacionada com a pontuação da Dimensão do Ambiente e a pontuação da Dimensão Relações Sociais associada à pontuação de Dimensão Psicológica têm um r de Pearson de 0,68**, que segundo Cohen e Holliday (1982) é uma associação moderada, mas estatisticamente significativa.



Para testar se havia diferenças estatisticamente significativas no que concerne às variáveis Totbemestar, Totperfilvocal, Totsaudevocal, Totidv, Somatório da Dimensão Geral, Somatório da Dimensão Física, Somatório da Dimensão Psicológica, Somatório da Dimensão Relações Sociais, Somatório da Dimensão do Ambiente, por agrupamento e por faixas etárias utilizámos o teste diferença de médias T-student.

O primeiro Out put dá-nos uma estatística descritiva das variáveis em teste.

Com este teste verificámos só existirem diferenças estatisticamente significativas no total IDV por idades (p value = 0,007**), no Total IDV por agrupamento (p value = 0,003**), e na dimensão geral por agrupamento (p value = 0,014**).



6.6.1. Correlações entre os Totais e os Domínios

Na análise da tabela 5, podemos observar que existe correlação estatisticamente significativamente entre todas as variáveis, o que confirma a relação positiva entre elas para um nível de significância global de $p < 0,01$.

	Tot. Bem Estar	Tot. Perfil Vocal	Tot. Saúde Vocal	Tot. IDV	Pont. Dimensão Geral Somatório	Pont. Dimens. Física Somatór.	Pont. Dimensão Psicológica Somatório	Pont. Dimensão R. Sociais Somatório	Pont. Dimensão Ambiente Somatório
Tot. Bem Estar	1								
Perfil Vocal		1							
Saúde Vocal	0,546** ,000		1						
IDV				1					
Pont. Dimensão Geral Somatório	0,491** ,000	0,378** ,008			1				
Pont. Dimensão Física Somatório	0,542** ,000			-,392** ,006	,417** ,003	1			
Pont. Dimensão Psicológica Somatório	0,543** ,000				,439** ,002	,573** ,000	1		
Pont. Dimensão Relações Sociais Somatório	0,517** ,000				,467** ,001			1	
Pont. Dimensão Ambiente Somatório	0,642** ,000			-,396** ,006	,451** ,001				1

****Correlação significativa para $p < 0,01$**

Tabela 5 - Resultados obtidos da análise da Correlação entre os totais e os domínios.

Verifica-se então que a correlação mais forte é relativa ao Total de Bem - estar que se correlaciona positivamente com a Dimensão do Ambiente ($r = 0,642^{**}$), utilizando o critério adoptado por Pestana e Gageiro (2003) e Maroco (2007), ao considerarem correlação fraca para valores entre 0 - 0,3; correlação regular para valores entre 0,3 - 0,6 e correlação forte para valores entre 0,6 - 0,9.

A correlação entre Dimensão Física e Dimensão Psicológica ($r = 0,573^{**}$) é considerada forte, segundo os autores acima mencionados, pois encontra-se entre 0,6 - 0,9.

Por outro lado o Total de Perfil Vocal correlacionada com a Dimensão Geral é a que apresenta a correlação regular mais baixa ($r = 0,378^{**}$), seguida de Total de Bem-estar correlacionada com *Dimensão geral* ($r = 0,542^{**}$); com *Dimensão Relações Sociais* ($r = 0,517^{**}$); com *Dimensão Física* ($r = 0,542^{**}$); com *Dimensão Psicológica* ($r = 0,543^{**}$) e com *Total Saúde Vocal* ($r = 0,546^{**}$).

As correlações entre Total IDV com Dimensão Física ($r = - 0,392^{**}$) e com Dimensão do Ambiente ($r = - 0,396^{**}$) é uma correlação regular negativa. Daqui podemos inferir que, os docentes deste estudo, quanto pior se sentem no Domínio Físico (dor, fadiga, mobilidade, pouco repouso, dependência de medicação,...) e no Meio Ambiente (ambiente no lar, cuidados de saúde e sociais, ambiente físico,...), pior é o seu índice de desvantagem vocal (IDV), mas que quanto maior é o seu estado psicológico (D. Psicológico), melhor se encontram fisicamente e no seu estado físico (D. Físico).

Em relação aos dois Agrupamentos estudados, a média de Total de Bem-estar mais significativa é no Agrupamento de Serpa, com 40,56%.

No Total de Índice de Desvantagem Vocal por Agrupamento, verificou-se uma média de 32,76% no Agrupamento de Mértola.

Na Dimensão Geral por Agrupamento, o Agrupamento de Serpa teve uma média ligeiramente mais alta que no outro Agrupamento, de 7,89%.

No que diz respeito às idades, é no grupo da faixa etária dos 25 aos 45 anos que se observa um maior Índice de Desvantagem Vocal, com 31,65% de média.

No estudo realizado por Vaz Freitas, (2006) a prevalência de Disfonia aumentou com a idade, variando de 7,0%, dos 21 aos 30 anos, a 16,7% no grupo com mais de 50 anos, enquanto que no presente estudo verificou-se o contrário, ou seja, 31,65%, dos 25 aos 45 anos, têm mais prevalência de Disfonia do que o grupo com mais de 45 anos.

No que diz respeito às queixas vocais mais percebidas pelos inquiridos, (dor laríngea e secura), tanto no estudo de Vaz-Freitas (2006), como no presente estudo observaram-se idênticas percentagens. Dor laríngea – 62,8% (estudo Vaz – Freitas), 66,7% (presente estudo); Secura – 61,9% (estudo Vaz – Freitas), 58,3% (presente estudo). Em relação à rouquidão, o presente estudo teve 50%, enquanto que o estudo anterior teve 64,3%, uma percentagem mais propícia a problemas disfónicos.

7. Conclusão

Cada vez é mais frequente o número de profissionais com problemas vocais, daí a necessidade de aprofundar mais sobre este tema.

Um dos principais motivos que nos levou a *pesquisar/investigar* sobre este tema foi precisamente a **falta de informação e formação** que estes profissionais têm, em relação ao uso profissional da voz.

A alta incidência de alterações vocais e laringes, deve-se a vários factores, como o desconhecimento e a falta de consciencialização dos professores sobre a importância do uso correcto da voz, a ausência de acções preventivas dentro do ambiente escolar, apontando para a necessidade de implementação de medidas pedagógicas profiláticas para prevenir e reduzir os altos índices de disfonia.

A assistência à saúde do professor deveria ter início desde o processo de formação e acompanhá-lo durante toda a sua vida profissional. A inserção de alguns conhecimentos básicos e essenciais sobre a produção da voz e a sua saúde nos currículos de formação, bem como um trabalho de orientação e acompanhamento vocal, permitiria ao professor exercer a sua profissão com competência sem riscos à sua saúde, contribuindo para melhorar a qualidade e longevidade vocal.

A voz necessita de cuidados como todo o resto do corpo, portanto, a falta de conhecimento sobre a mesma, facilita o surgimento das indesejáveis disfonias. Para evitar este tipo de situações desagradáveis, alertamos os professores para que tenham sempre em mente, que uma voz saudável é sinónimo de equilíbrio, estabilidade, informação e inteligência.

É possível evitar a maioria dos problemas relacionados com a voz, uma vez que somos nós mesmos que os provocamos.

As características intrínsecas à profissão, como horas semanais, ano de escolaridade que lecciona ou o tamanho das turmas, não influenciaram significativamente a auto-percepção da disfonia.

No trabalho e levantamento de queixas vocais dos Professores, de Marília, Fabron & Omote, evidenciaram que professores apresentaram mais queixas de distúrbios vocais. No seu trabalho *Incidência de disfonia em professores da Pré-Escola do Ensino regular da rede particular de Campo Grande* (M. S) Bacha, *et al.* concluíram evidente a correlação Disfonia x Professor.

Neste estudo e quanto à qualidade de voz em sala de aula, apesar da maioria dos professores conseguir projectar bem a sua voz, parecem não valorizar muito os sintomas laríngeos apresentados, não associando, inclusive, estes sintomas como queixa de voz, decorrentes de problemas laríngeos e/ou vocais.

A rouquidão foi observada em 50% dos professores e os problemas vocais mais significativos foram a dor laríngea e a secura.

Esta alteração da qualidade vocal também é pouco percebida pelo professor e é decorrente do ambiente de trabalho no qual está exposto.

Percebemos que há a necessidade de consciencialização, por parte dos professores e da escola, da importância de implantação de programas de promoção à saúde vocal, com ajustes no ambiente de trabalho.

Apesar de tudo o que acima foi dito, em relação à prevalência de Disfonia, não se observaram diferenças nos hábitos e características pessoais.

Estudos aqui citados e outros estudos por nós analisados evidenciaram a relação disfonia x professor, suas causas e consequências. Por tudo isto, é necessário propor medidas de prevenção aos professores que estão no activo e que necessitam ser orientados e também quanto à importância do tratamento qualificado no caso dos distúrbios já instalados.

“VOZ EDUCADA, SAÚDE CUIDADA”

(GRILLO, Maria Helena Marotti Martelletti, Abril, 2005)

Referências Bibliográficas

Aborl-CCF (2004). Consenso Nacional sobre Voz Profissional. *Voz e Trabalho: uma questão de saúde e direito do trabalhador*. Rio de Janeiro.

Almeida, Amália P. C. CEFAC, 2000. *Trabalhando a voz do Professor*. Monografia. Rio de Janeiro.

Álvarez, Garcia (1987), p. 23 apud Garcia, (1999), p. 136. *A Formação contínua de Professores é a formação dos professores...*

Aydos, B.R.S.; Motta, L.; Teixeira, S.B.(2000). *Eficácia da hidratação na redução de queixas vocais de professores*. In: *Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia*. Porto Alegre: Maio, v. 1, n. 2.

Bacha, S.M.C.; Brasil, M. L. R.; Camargo, A. F. F. P.; Monreal, V. R. F. D.; Nakao, E. M. H.; Nakao, M.; Rocha, A. E.; Tutes, E.(1998). *Incidência de disfonia em professores de pré- escola do ensino regular da rede particular de Campo Grande/MS*. VII- Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia. XII Encontro Nacional de Fonoaudiologia Natal-RN. tema livre. 92. p.275.

Behlau, M. & Pontes, P. (1995). *Avaliação e tratamentos das Disfonias*. São Paulo: Lovise.

Behlau, M. (2001). *Voz: O Livro do Especialista*. Rio de Janeiro: Revinter.

Bicudo-Pereira IMT, Penteadó RZ, Bydlowski CR, Domênico MR, Grazelli ME, (2003) *Escolas Promotoras de Saúde: onde está o trabalhador professor?* – Saúde em Rev.

Boone, D.R.; McFarlane, S.C.(1994). *A voz e a terapia vocal*. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brosolotto, A.(1998). *Efeitos acústicos do uso profissional da voz pelo professor*. Laringologia e Voz Hoje. Temas do IV Congresso Brasileiro de Laringologia e Voz. Org. Behlan, H.; Revinter, p. 399.

Gonçalves, Claudia Giglio de Oliveira, (2005). *Revista de saúde*. Piracicaba, 7(15): 45 – 51.

Colton, R.H.; Casper, J.K.(1996). *Compreendendo os problemas de voz: uma perspectiva fisiológica ao diagnóstico e ao tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Fabron, E.M.G.; Omote, S. *Queixas vocais*

Cooper, M. (1997) – *Modern techniques of vocal rehabilitation*. 3rd ed. Springfield: Charles Thomas Publisher.

Costa, E.M.F.; Fell, N.; Pereira, P. B.; Razzoline, A.R. (1998). *Relato de Orientações Vocais para Professores em diferentes faixas etárias*. VII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia. VII Encontro Nacional de Fonoaudiologia. Natal – RN. Poster 28, p.260.

Costa, H. (2003). *Distúrbios da Voz relacionados com o trabalho*. In: Mendes, R. (Org.) Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu.

Costa, H.; Duprat, A.; Eckley, C. & Silva, M. (2000). *Caracterização do Profissional da Voz para o Laringologista*. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia; 66 (2), 129-34.

Cramer, Duncan; Dryncan, Alan (1967). *Análise de dados em ciências sociais*. p.214

Dragone, M. L. (1996) – *Ocorrência de disфонia em professores: Factores relacionados com a voz profissional*. Monografia de Especialização em Voz. CECEV, São Paulo.

Ferreira, A.(1996) – Afonias e disfonias psicogenéticas: análise de 100 casos clínicos. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia*. Lisboa. 34,(1),81-5.

Ferreira, R. (2003) – *Impacto psicossocial da voz em professores*. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Ferreira, L. (s.d); (1999). *A Voz do Professor: uma proposta de promoção de saúde vocal*. In: GIROTO, Mosca, C.

Perspectivas atuais da fonoaudiologia na escola. São Paulo: Plexus, p.72-88.

Fritzell, B. (1996). *Voice disorders and occupations*. Logopedics Phoniatrics Vocology. Stockholm, 21 ; 1-2 , 7-12.

Fuess V. Lorenz M. (2003). Disfonia em professores do ensino municipal: prevalência e factores de risco. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 69; 807-12.

Grillo, Maria Helena Marotti Martelletti (2005). *Voz educada, saúde cuidada*; Abril

Guimarães, I. (1992). *A Voz: um bem a preservar*. Lisboa, Fisioterapia. 21-25.

Guimarães, I. & Cruz, M. (1997). *Prevenção vocal: uma experiência portuguesa*. In Congresso Europeu do Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala da União Europeia, 3, Lisboa: CPLOL

Guimarães, I. (2002). *An electrolaryngographic study of dysphonic Portuguese speakers*. University of London.

Guimarães, I. (2004). Os Problemas da Voz nos Professores: prevalência, causas, efeitos e formas de prevenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 22; 2; p. 33/41

Hair JR, J. F.; Anderson, Rolph E.; Tatham, William Black. (1998). *Multivariate data analysis*. 5.ed. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Silabo.

Jesus, S.N. & Pereira, A. (1994). *Estudo das Estratégias de “Coping”, utilizadas pelos professores*. Actas do 5º Seminário. Acomponente de Psicologia na Formação de Professores e outros Agentes Educativos, Universidade de Évora.

Koufman, J. & Blalock, D. (1988). *Vocal Fatigue and Dysphonia in The Professional Voice User: Bogart-Bacall Syndrome*. *Laryngoscope*, 98; 493-498.

Liechavicius, C.; Figueiredo, A. (1995). *Perfil do comportamento vocal dos professores da cidade do Rio de Janeiro*. Um estudo preliminar. 3º Congresso Brasileiro de Laringologia e Voz e 1º Encontro Brasileiro de Canto. Temas livres. Rio de Janeiro.

Mattiske JA, Oates JM, Greenwood KM. (1998). *Vocal Problems Among Teachers: A Review of Prevalence Causes Prevention and Treatment*. *J Voice* 1998; 12(4): 489-99.

Morton, V. (1995). *Educating Teachers*. Trabalho apresentado no 3º Voice Symposium of Australia. Sydney.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação internacional de doenças*. Revisão 1975. São Paulo, Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português.

Organização Mundial da Saúde (OMS); (2003). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Editora da Universidade de São Paulo.

Oliveira, IB.(1998). *Da voz do professor*. *Fonoaudiologia Hoje*. Soc. Brasileira de Fonoaudiologia, São Paulo. Frontes Editorial, p. 61-68.

Pearce, N. (1999). Classe Social E Câncer. In: Barata RB, B MI, Almeida Filho N, Veras RP. *Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1997. P. 121-133

Penteado, RZ. Bicudo-Pereira MI.(1999). A Voz do Professor: Relações entre trabalho, saúde e qualidade de vida. *Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional*. 1999; 25 (95/96): p. 109-130

Penteado, RZ. (2003). *Aspectos de Qualidade de Vida e de Subjectividade na Promoção da Saúde Vocal dos Professores*. São Paulo. Universidade de S. Paulo.

Pereira, Alexandre (1991). *Análise de dados em ciências sociais e Psicologia*. p.98,99.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.

Pinho, S.M.R. (1997). *Manual de higiene vocal para profissionais da voz*. São Paulo: Pró-Fono.

Pinho, S. (2003). *Fundamentos em Fonoaudiologia. Tratando os Distúrbios da Voz*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Pinto, S. (1997). *Manual de Higiene Vocal para Profissionais da Voz*. São Paulo: Pró-Fono.

Polit, D. ; Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*, 3ª Edição, Porto Alegre, Artes Médicas.

Pletsch, F. (1997). *Técnicas vocais, relaxamento e saúde vocal do professor*. Dissertação de Mestrado. Curitiba: CEFAC.

Quinteiro, E.A. (1989). *Estética da voz*. São Paulo: Summus.

Sapir, S.; Keidar, A. & Mathers-Schmidt, B. (1993). *Vocal Attrition in Teachers: Survey Findings*. *Eur J Disord Commun.* 28; 177-185.

Smith, E.; Gray, S.; Dove, H.; Kirchner, L. & Heras, H. (1997). *Frequency and Effects of Teachers Voice Problems*. *J Voice.* 11 (1): 81-87.

Vaz-Freitas, S. (2006). *Disfonia em Professoras do Primeiro Ciclo do Ensino Básico*. © *ArquiMed*.

Vilkman, E. (1996). *Occupational risk factors and voice disorders*. *Log Phon Vocol*. 21: 137-141.

Vilkman, E. (2000). *Voice Problems at Work: a challenge for occupational safety and health arrangement*. *Folia Phoniatr Logop*. 52: 120-125.

Anexos