



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
APLICADAS À SAÚDE**

CAMILA SILVA OLIVEIRA DA MOTA

**DISTÚRBIOS DA VOZ RELACIONADOS AO TRABALHO E
QUALIDADE DE VIDA EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE**

LAGARTO-SE

CAMILA SILVA OLIVEIRA DA MOTA

**DISTÚRBIOS DA VOZ RELACIONADOS AO
TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA EM AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Aderval Aragão

Co-orientador: Prof. Dr. Rodrigo Dornelas do Carmo

LAGARTO-SE
2017

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CAMPUS DE LAGARTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

M917d Mota, Camila Silva Oliveira da
Distúrbios da voz relacionados ao trabalho e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde / Camila Silva Oliveira Mota ; orientador José Aderval Aragão ; coorientador Rodrigo Dornelas do Carmo. - Lagarto, 2017.
60 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, 2017.

1. Distúrbios da voz. 2. Agentes comunitários de saúde . 3. Autoavaliação. 4. Qualidade de vida I. Aragão, José Aderval. II. Carmo, Rodrigo Dornelas do. III. Título.

CDU 612.78:364-43

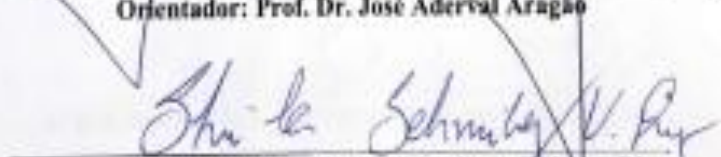
CAMILA SILVA OLIVEIRA

**DISTÚRBIOS DA VOZ RELACIONADOS AO
TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA EM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde.

Aprovada em: 27 / 07 / 2013


Orientador: Prof. Dr. José Aderval Aragão


1º Examinador: Prof. Dra. Sheila Schneiberg Valença Dias

2º Examinador: Prof. Dr. Francisco Prado Reis

PARECER

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais,
César e Gilma, pelo amor imensurável e
apoio em todas as etapas da minha
vida.*

Ao meu esposo e Amigo Edson, Te amo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço infinitamente **ao meu Deus**, inicialmente, por ter me concedido o dom da vida. Sou grata pelo dom da perseverança, sabedoria, esperança e paciência para chegar até aqui. À cada lágrima derramada o Senhor me consolava e quando minha fé desfalecia, me restaurava. “Jamais esquecerei tua mercê, ó Criador”.

Aos meus Pais, **César e Gilma**, minha base, minha luz e inspiração! Agradeço porque em meio a tantas dificuldades vocês conseguiram acreditar em mim e quando eu quis desistir na metade do caminho, vocês não deixaram e disseram que eu era capaz. Sou eternamente grata porque vocês me guiaram pelo caminho da verdade, paz, luz e retidão. Espero retribuir ao menos metade desse amor, saibam que estarei com vocês para Sempre! Vos amo muito!!

Aos meus irmãos, **Paulo, Carol e Cesinha**, meus queridos, amados, agradeço pelo apoio de vocês em todo o tempo, saibam que os amo muito e desejo que Deus abençoe poderosamente as vossas vidas!

Ao meu AMOR, **Edson**, meu príncipe, amigo e esposo! Esteve me apoiando do início ao final desse processo, sempre depositando muita confiança e tendo paciência comigo nos momentos em que estive ausente. “Te amo de janeiro a janeiro”!

À minha amiga **Amanda**, sempre disse que você foi um Anjo nesse processo, creio de alma que Deus te enviou para me ajudar a prosseguir. Quantas dificuldades enfrentamos, né amiga? Quantas lágrimas, mas sempre que uma escorregava a outra puxava a mão e assim chegamos até aqui. Te amo Amanda, você é uma pessoa maravilhosa, desejo de alma que sua carreira profissional seja muito próspera, sempre com luz, fé e sabedoria, com Deus bem pertinho de você.

Ao meu orientador, **Aderval**, por me nortear, me instigar e provocar inquietudes e novos conhecimentos, também pela confiança que depositou em nosso trabalho. Muito grata!

Ao meu co-orientador, **Rodrigo Dornelas**, pela receptividade, confiança, aprendizados, apoio e mediação na coleta da pesquisa. A você, o meu eterno obrigada!

Aos professores **Francisco, Paulo e Sheila** pela disposição para ler esse trabalho e por todas as contribuições advindas para aprimorar nosso estudo.

Ao meu amigo **Marcos**, pela paciência e tranquilidade que me transmitiu desde o início do mestrado e pela sua contribuição na análise estatística.

À **Secretaria Municipal de Lagarto**, pelo consentimento na realização desse trabalho, às **enfermeiras** por intermediarem a coleta e aos **Agentes Comunitários de Saúde** por aceitarem participar da pesquisa. Enfim, a todos àqueles que de alguma maneira contribuíram para a concretização desse estudo, o meu muito obrigada!

*“Pedras no caminho? Eu guardo todas.
Um dia vou construir um castelo”.*

Nemo Nox

RESUMO

Distúrbios da voz relacionados ao trabalho e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde, Camila Silva Oliveira da Mota, Lagarto/SE, 2017.

O Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) é definido como qualquer desvio vocal diretamente associado à atividade profissional. Estudos apontam para a relação entre algumas atividades laborais atribuídas aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a susceptibilidade ao comprometimento do bem-estar vocal, pois lidam por meio da interlocução com os usuários e demais membros da Unidade Básica de Saúde. Nesta perspectiva, o estudo objetivou avaliar a autopercepção vocal e a qualidade de vida em voz de ACS da zona urbana de Lagarto. Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, com abordagem descritiva e analítica, realizado por meio da aplicação de questionários autopreenchíveis com 47 ACS. A maioria dos participantes foi do gênero feminino (85,1%), situação conjugal casado (a) (46,8%), com ensino médio completo (66%) e tempo de trabalho ≥ 10 anos (66%). A autopercepção vocal e avaliação da qualidade de vida relacionada à voz foram realizadas respectivamente por meio dos instrumentos: Índice de Triagem para Distúrbio de Voz (ITDV), Índice de Função Glótica (IFG) e o Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV). Para a análise estatística foram utilizadas as técnicas univariada e bivariada e o teste de Spearman. Dos ACS participantes, 57,4% relataram distúrbios da voz por meio do instrumento ITDV, sendo os sintomas mais referidos garganta seca, rouquidão, pigarro, tosse seca, secreção na garganta e cansaço ao falar. Através do questionário IFG, 37% da amostra preencheram os critérios que os caracterizam portador de um distúrbio de voz, sendo os sintomas mais referidos fadiga vocal e quebra na voz. Os escores do QVV indicaram baixo impacto da voz sobre a qualidade de vida desses profissionais. As queixas mais evidentes através do QVV em maior e menor frequência foram “o ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo”, “não sei como a voz vai sair quando começo a falar”, “tenho que repetir o que falo para ser compreendido”, “tenho dificuldade em falar forte (alto) ou ser ouvido em ambientes ruidosos” e “fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz)”. Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre os sintomas garganta seca, falha na voz e cansaço ao falar com queixas relacionadas à qualidade de vida em voz dos ACS ($p < 0,05$). Concluiu-se que houve representável índice de referência a distúrbios da voz entre os ACS, porém com baixo impacto na sua qualidade de vida em voz.

Descritores: distúrbios da voz, agentes comunitários de saúde, autoavaliação, qualidade de vida.

ABSTRACT

Voice disorders related to work and quality of life in community health agents, Camila Silva Oliveira da Mota, Lagarto / SE, 2017.

The Work-related Voice Disorder (WRVD) is defined as any vocal deviation directly associated with professional activity. Studies point to the relationship between some work activities attributed to Community Health Agents (CHA) and the susceptibility to the impairment of vocal well-being, since they deal with the users and other members of the Basic Health Unit. In this perspective, the study aimed to evaluate vocal self - perception and quality of life in the voice of CHA in the urban area of Lagarto. It is a quantitative and cross-sectional study, with a descriptive and analytical approach, performed through the application of self-filling questionnaires with 47 CHA. The majority of participants were female (85.1%), married (a) (46.8%), high school (66%) and working time ≥ 10 years (66%). Voice self-perception and voice-related quality of life assessment were performed using the instruments: Voice Disorder Screening Index (VDSI), Glottic Function Index (GFI) and voice-related quality of life (VR-QOL). For the statistical analysis, the univariate and bivariate techniques and the Spearman test were used. Of the CHA participants, 57.4% reported voice disorders with the VDSI instrument, with the most frequent symptoms being dry throat, hoarseness, throat clearing, dry cough, throat secretion and Tiredness when speaking. Through the GFI questionnaire, 37% of the sample fulfilled the criteria that characterized them with a voice disorder, the most frequently mentioned symptoms being vocal fatigue and voice loss. The VR-QOL scores indicated low voice impact on the quality of life of these professionals. The most evident complaints through the VR-QOL in a higher and lower frequency were "the air ends quickly and I need to breathe many times while I speak", "I do not know how the voice will come out when I start to speak", "I have to repeat what I say to Be understood, "" I have difficulty speaking loudly or being heard in noisy environments, "and" I become anxious or frustrated (because of my voice)." In addition, statistically significant associations were found between dry throat symptoms, voice failure and tiredness when speaking with complaints related to quality of life in the CHA voice ($p < 0.05$). It was concluded that there was a high reference to voice disorders among CHA, but with a low impact on voice quality of life.

Keywords: voice disorders, community health agents, self-assessment, quality of life.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição do número de unidades, áreas e ACS por unidade de Saúde.....30

Quadro 2: Distribuição do número de unidades, áreas, ACS por unidade de Saúde e participantes do estudo.....34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição proporcional dos distúrbios da voz segundo a frequência de ocorrência entre os participantes que obtiveram cinco ou mais pontos no somatório cumulativo total dos problemas (n= 27; 57,4% da amostra total).....35

Figura 2: Distribuição proporcional dos sintomas relacionados à disfunção glótica (n=18; 37,5% da amostra total).....36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição proporcional das queixas relacionadas à voz segundo a frequência de ocorrência em uma amostra municipal de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (n = 47).....37

Tabela 2: Distribuição das médias dos scores sócio-emocional, físico e global de ocorrência em uma amostra municipal de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (n = 47).
.....38

Tabela 3: Associação entre os problemas que afetam a função glótica (IFG) e as queixas relacionadas à voz (QVV) em uma amostra municipal de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (n = 47).....38

Tabela 4: Associação entre os distúrbios da voz (ITDV) e as queixas relacionadas à voz (QVV) em uma amostra municipal de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (n = 47).....39

LISTA DE ABREVIATURAS

DVRT- Distúrbio de voz relacionado ao trabalho

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CNVP- Consenso Nacional sobre Voz Profissional

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

QVV - Questionário de Qualidade de Vida em Voz

ITDV - Índice de Triagem para Distúrbio de Voz

CPV-P - Condição de Produção Vocal de Professores

IFG - Índice de Função Glótica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

PACS - Programas Agentes Comunitários de Saúde

CSF - Centro de Saúde da Família

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Voz Normal e Disfonia	16
2.2 Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT)	17
2.3 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	20
2.4 Autoavaliação do Impacto da Voz na Qualidade de vida	22
2.5 Índice de Triagem para Distúrbio de Voz (ITDV)	24
2.6 Índice de Função Glótica (IFG)	26
3 OBJETIVOS	28
4 MÉTODOS	29
4.1 Delineamento do estudo	29
4.2 Espaço da Pesquisa	29
Cálculo do tamanho da amostra	29
4.4 Coleta de dados	30
4.4.1 Questionário de dados sociodemográficos	31
4.4.2 Índice de Triagem para Distúrbio de Voz (ITDV)	31
4.4.3 Índice de Função Glótica (IFG)	31
4.4.4 Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV)	32
4.5 Análise estatística	32
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	40
7 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A – (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)	52
APÊNDICE B - (Questionário Sociodemográfico)	53
ANEXO A - (Parecer Consubstanciado do CEP)	54
ANEXO B – (Índice de Triagem de Distúrbio de Voz – ITDV)	57
ANEXO C – (Questionário Índice de Função Glótica-IFG)	58
ANEXO D – (Protocolo de Qualidade de Vida em Voz- QVV)	59

1 INTRODUÇÃO

O adoecimento vocal entre os trabalhadores é resultante de variados fatores, como os aspectos individuais, biológicos e hábitos vocais. Tais aspectos sofrem influência das adversidades do ambiente (ruído, poeira, mobiliário inadequado, entre outras) e da organização do trabalho (jornada prolongada, sobrecarga, acúmulo de atividades e/ou funções, entre outras) que atuam como fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios da voz (Ministério da Saúde, 2011; Rantala et al., 2012; Cipriano et al., 2013; Johns-Fiedler e Van Mersbergen, 2015; Przysieznny e Przysieznny, 2015; Mendes et al., 2016; Santos et al., 2016).

Distúrbio de voz relacionado ao trabalho (DVRT) é definido como qualquer forma de falha vocal diretamente relacionada ao uso da voz no decorrer da atividade profissional que diminua, comprometa ou impeça a atuação e/ou comunicação do trabalhador, podendo ou não ser acompanhada de alteração orgânica da laringe (Costa, 2003). Dentre as manifestações dos distúrbios estão a voz fraca ou astênica, cansaço ao falar, variação na frequência fundamental habitual vocal, rouquidão, falta de volume e projeção vocal, perda da eficiência vocal e pouca resistência ao falar (Cielo et al., 2009; Przysieznny e Przysieznny, 2015).

Dessa forma, os distúrbios vocais provocam prejuízos ao indivíduo, uma vez que a voz produzida apresenta dificuldades ou limitações em desempenhar sua função básica de transmissão da mensagem verbal e emocional (Przysieznny e Przysieznny, 2015). A presença dessas alterações na emissão vocal pode causar impacto negativo ao ouvinte e/ou influenciar na relação social do sujeito, e assim, consequentemente afetar sua qualidade de vida. Estudos apontam para a relação entre as alterações vocais e a diminuição da qualidade de vida em profissionais da voz (Spina et al., 2009; Gampel et al., 2010; Morais et al., 2012; Pizolato et al., 2013; Ribas et al., 2014).

Os profissionais destacados para essa pesquisa foram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma vez que eles necessitam do uso continuado da voz para desempenhar atividades específicas que os tornam mais susceptíveis ao comprometimento do bem-estar vocal.

O ACS tem se tornado um profissional importante para o modelo de atenção primária à saúde no país, pois atua dentro das políticas públicas como ideia essencial de elo entre a comunidade e os serviços (Mascarenhas et al., 2013). Dentre as particularidades em relação ao papel profissional é necessário que ele identifique áreas ou situações de risco individual ou

coletivo; encaminhe as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário; forneça orientações de acordo com as instruções da equipe de saúde e acompanhe a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados (Ministério da Saúde, 2009).

As ações citadas anteriormente são realizadas por meio de entrevistas, visitas domiciliares e reuniões comunitárias. Assim, o trabalho com os ACS é baseado no bom relacionamento com a comunidade e facilidade de comunicação por meio de diálogos, ou seja, utilizam a voz como principal instrumento de trabalho (Ferraz e Aerts, 2005; Martines e Chaves, 2007). Considerando-se que a voz é uma condição importante para estabelecer relação dialógica com o outro e com o mundo, as alterações vocais nestes profissionais da voz podem resultar em consequências nas atividades diárias e na qualidade de vida.

Portanto, devido a relevância do ACS no contexto das ações do Sistema Único da Saúde, a vulnerabilidade destes profissionais às alterações vocais e poucas pesquisas voltadas para esta área, justifica-se a necessidade de o fonoaudiólogo atentar-se para identificação de possíveis distúrbios vocais nesta categoria e suas relações com a qualidade de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Voz Normal e Disfonia

A voz é a ferramenta essencial para a viabilização do desempenho laboral de aproximadamente 25% da população economicamente ativa (Williams, 2003).

Não existe uma definição aceitável de voz normal e voz alterada, sendo estes conceitos modificados ao longo do tempo, sofrendo influências do meio e da cultura em que se vive (Behlau et al., 2004). Aronson (1990) sugere três questões para julgar a normalidade de uma voz: 1. A voz é adequada para oferecer ao ouvinte inteligibilidade de fala?; 2. Suas propriedades acústicas são esteticamente aceitáveis?; 3. A voz preenche as demandas profissionais e sociais do falante? Fawcus (1992) propõe mais uma questão adicional a estas: Qual o grau de desconforto/esforço feito pelo próprio falante? Aronson (1990), reitera que devido à variedade vocal ilimitada e a amplitude dos padrões de adequação vocal, definir voz normal é mais difícil do que definir qualquer outro componente de fala ou linguagem.

Behlau et al. (2004) preferem a utilização do termo voz adaptada à voz normal, para todas as situações nas quais a produção vocal é de qualidade aceitável socialmente, não interfere na inteligibilidade de fala, permite o desenvolvimento profissional do indivíduo, apresenta frequência, intensidade, modulação e projeção apropriadas para a idade e sexo do falante e transmite a mensagem emocional do discurso. Os autores também apontam que a presença de alterações em parâmetros vocais pode fazer com que o falante e/ou ouvinte não considerem uma determinada emissão como adaptada. Referem que apesar de os falantes realizarem vários desvios vocais durante a comunicação, sobretudo de acordo com a situação e contexto, há alterações que não podem ser aceitas como marcadores sociais, culturais ou emocionais, constituindo-se no que é chamado de disfonia.

Denomina-se disfonia um distúrbio da comunicação oral, onde a voz não consegue cumprir seu papel básico de transmissão da mensagem verbal emocional de um indivíduo (Behlau et al., 2004). A disfonia representa toda e qualquer dificuldade ou alteração na emissão vocal que impede a produção natural da voz (Behlau e Pontes, 1995). Pode se manifestar através de uma série ilimitada de alterações, tais como: desvios na qualidade vocal, esforço à emissão, fadiga vocal, perda de potência vocal, variações da frequência

fundamental, falta de volume e projeção, perda da eficiência vocal, baixa resistência vocal e sensações desagradáveis à emissão (Behlau et al., 2004).

De acordo Behlau (2001), as disfonias são classificadas na literatura em funcional e orgânica, sendo a disfonia funcional, consequente do comportamento vocal, do próprio uso da voz e caracterizada pela presença de distúrbio vocal na ausência de alterações orgânicas. As disfonias orgânicas são decorrentes de fatores que independem do uso incorreto da voz, porém podem ser agravadas por ele. A disfonia orgânico-funcional, 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 nas pregas vocais).

O 3º Consenso Nacional sobre Voz Profissional (CNVP) retratou que toda disfonia é uma limitação vocal, podendo ser classificada em um dos quatro graus de intensidade: Leve – disfonia eventual ou quase imperceptível, onde o trabalhador consegue desempenhar suas atividades vocais habituais com mínima dificuldade, rara fadiga, e sem interrupções; Moderado – disfonia percebida continuamente, a voz é audível, com oscilações, e o trabalhador consegue desempenhar suas atividades vocais habituais, com percepção (por si próprio e/ou por ouvintes) de esforço, falhas, fadiga eventual a frequente e necessidade de interrupções; Intenso – disfonia constante, a voz torna-se pouco audível, e o trabalhador não consegue desempenhar suas atividades, ou o faz com grande esforço, intensa fadiga e com grandes interrupções. Extremo ou afonia – é a “quase ausência” ou “total ausência” de voz, a voz torna-se inaudível, exigindo escrita ou mímica para que a pessoa se faça entender e o trabalhador não consegue desempenhar suas atividades (ABORLCCF, 2004).

2.2 Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT)

O uso da voz é indispensável para a viabilização do desempenho laboral de muitos profissionais, uma vez que favorece a socialização. Os profissionais que utilizam constantemente a voz como instrumento de trabalho e que seriam prejudicados por algum acometimento vocal são denominados profissionais da voz (Titze et al., 1997; Fortes et al., 2007). Neste grupo, estão incluídos cantores, atores, professores, comerciantes, leiloeiros, recepcionistas, operadores de teleatendimento, advogados, pastores, profissionais da saúde, entre outros (Fritzell, 1996; Fortes et al., 2007; Ferreira et al., 2008; Ribeiro e Cielo, 2014). Porém, é importante ressaltar que cada categoria profissional tem sua particularidade nos modos de utilizar a voz.

Pesquisas evidenciam a relação entre os fatores ambientais e organizacionais do trabalho como fatores de risco para instalação de um distúrbio vocal (Williams, 2003; Cipriano et al., 2013; Johns-Fiedler e Van Mersbergen, 2015). O DVRT é definido como qualquer forma de falha vocal diretamente relacionada ao uso da voz no decorrer da atividade profissional que diminua, comprometa ou impeça a atuação e/ou comunicação do trabalhador, podendo ou não ser acompanhada de alteração orgânica da laringe (Costa, 2003).

O DVRT evidencia-se pela presença de diversos sinais e sintomas, que podem estar presentes simultaneamente ou não, variando de acordo com a gravidade do quadro clínico (Ministério da Saúde, 2011). Os sintomas mais frequentes são: cansaço ao falar (fadiga vocal), rouquidão, garganta/boca seca, esforço ao falar, falhas na voz (“quebra da voz”), perda de voz, pigarro, instabilidade ou tremor na voz, ardor na garganta/dor ao falar, voz mais grossa, falta de volume e projeção vocal (“voz fraca”), perda na eficiência vocal, pouca resistência ao falar, dor ou tensão cervical (Ministério da Saúde, 2011).

É importante caracterizar as queixas e sintomas quanto ao tempo de duração, momentos e formas de instalação, fatores de melhora ou piora e variações no tempo; o início dos sintomas é insidioso (Ministério da Saúde, 2011). O tempo de trabalho evidencia a diversidade do comportamento vocal em diferentes áreas. Presumivelmente, a disfunção vocal aparece tardiamente em professores escolares (14 anos) (Ortiz et al., 2004). Em 1997, Smith et al. mostraram que a alteração vocal entre professores ocorre após 10-20 anos de trabalho. Em contraposição, os operadores de teleatendimento têm disfonias mais precocemente (6 meses) (Ortiz et al., 2004). Estudos realizados com ACS detectaram a presença de distúrbios da voz em profissionais com uma média de atuação de aproximadamente 4 anos (Cipriano e Ferreira, 2011; Cipriano et al., 2013).

A sintomatologia predomina nos finais de jornada de trabalho ou no fim de semana e diminuição após repouso noturno ou nos finais de semana (Ministério da Saúde, 2011; Przysiezny e Przysiezny, 2015). Progressivamente, os sintomas vão se tornando presentes continuamente durante a jornada de trabalho ou durante todo o dia, sem melhora, mesmo com repouso vocal. Nesta etapa, o trabalhador apresentará dificuldades para exercer sua função vocal com a eficiência esperada, sobretudo nos episódios de disfonia intensa (Ministério da Saúde, 2011).

O quadro de DVRT também pode estar relacionado a sintomas de estresse psicológico e sofrimento mental diante das exigências da organização do trabalho; além disso, o medo de perder o emprego e falta de conhecimentos fazem com que o profissional suporte esses sintomas e continue trabalhando, até que haja um agravamento do quadro (Ministério da

Saúde. 2011). Sendo assim, quando o distúrbio de voz não é diagnosticado precocemente, a terapêutica adotada exige maior complexidade (Przysieznny e Przysieznny, 2015).

Nos estudos fonoaudiológicos, nota-se que a ocorrência de distúrbios de voz é mostrada em diversas pesquisas (Titze et al., 1997; Ferreira et al., 2008; Ubrig-Zancanella e Behlau, 2010; Coutinho et al., 2011; Lima-Silva et al., 2012; Santana et al., 2012; Martins et al., 2014; Mendes et al., 2016). Nesta direção, apresentam-se duas abordagens na prática fonoaudiológica entre os trabalhadores acometidos por distúrbios de voz: a primeira, prioriza os aspectos individuais e biológicos, somados aos maus hábitos vocais; e a segunda, a partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, enfatiza os determinantes sociais, condições de vida e trabalho (Cipriano et al., 2013).

Przysieznny e Przysieznny (2015), afirmaram que o desenvolvimento do DVRT é multicausal e está associado a diversos fatores, que podem desencadear ou agravar o quadro de alteração vocal do profissional de forma direta ou indireta, podendo haver interação destes nos ambientes de trabalho. Os fatores de risco agravantes e desencadeantes do DVRT podem ser agrupados entre:

Fatores de risco de natureza não ocupacional:

Como em todo processo saúde-doença, algumas características individuais podem funcionar como fatores agravantes e/ou desencadeantes, tais como idade, sexo feminino, uso vocal inapropriado ou excessivo (prolongado), atividades extraprofissionais com alta demanda vocal (lazer ou dupla jornada), alergias respiratórias, doenças de vias aéreas superiores, influências hormonais, medicações, etilismo, tabagismo, falta de hidratação, estresse, refluxo gastroesofágico e outros (ABORLCCF, 2004; CEREST/CCD/SES-SP, 2006; Przysieznny e Przysieznny, 2015);

Fatores de risco de natureza ocupacional

a. Organizacionais do processo de trabalho (da natureza de organização do processo de trabalho): jornada de trabalho prolongada, sobrecarga, acúmulo de atividades ou de funções, demanda vocal excessiva, ausência de pausas e de locais de descanso durante a jornada, falta de autonomia, ritmo de trabalho estressante (pressão para o cumprimento de metas), insatisfação com o trabalho ou com a remuneração.

b. Ambientais (do ambiente de trabalho):

(b.1). Riscos físicos: nível de pressão sonora elevado; mudança brusca de temperatura; ventilação do ambiente inadequada; luminosidade inadequada.

(b.2). Riscos químicos: exposição a produtos químicos irritativos de vias aéreas superiores (solventes, vapores metálicos, gases asfixiantes); presença de poeira e/ou fumaça no local de trabalho.

(b.3). Riscos ergonômicos devido à falta de planejamento correto em relação ao mobiliário (implica em alterações posturais), aos equipamentos e recursos materiais, à acústica do ambiente, à falta de água potável e ao acesso a banheiros (ABORLCCF, 2004; CEREST/CCD/SES-SP, 2006; Przysiezny e Przysiezny, 2015).

O diagnóstico precoce e o tratamento imediato do DVRT possibilitam melhor prognóstico, porém depende de vários fatores, como grau de conhecimento do trabalhador, efetividade do programa de prevenção, direção da empresa e a possibilidade do profissional manifestar suas queixas de saúde sem sofrer represálias (CEREST/CCD/SES-SP, 2006).

2.3 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

A categoria profissional do ACS foi criada no contexto das reformas sanitárias, iniciadas no Brasil a partir do final dos anos 80, com a nova Constituição e a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos propósitos primordiais dessas mudanças foi a reorganização do sistema de saúde do país (Santos e David, 2011). O ACS como membro da equipe de saúde da família possui uma situação ímpar, uma vez que deve impreterivelmente residir na área de atuação da equipe e exercer função de articulação entre a equipe e a comunidade, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade em comparação aos outros membros da equipe de saúde (Figueiredo et al., 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, esse profissional possui atribuições específicas como: trabalhar com adscrição de famílias em sua microárea; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS); desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, dentre outras atividades nas UBS, desde que vinculadas às atribuições acima (Ministério da Saúde, 2012).

Ferraz e Aerts (2005) realizaram estudo objetivando investigar o cotidiano de 114 ACS e 46 profissionais das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) de Porto Alegre. Para a obtenção dos dados foram utilizados questionários semiestruturados e a técnica do grupo focal. Os autores encontraram que a principal atividade do ACS era a visita domiciliar, destacada por 2/3 dos profissionais. Seguidas pelas atividades de educação em saúde e apoio às equipes, auxiliando na recepção de paciente; busca de prontuários, telefonia e organização e controle do almoxarifado. Ainda nesse estudo, verificaram que apesar de a visita domiciliar ser a principal atividade do ACS, esta não era realizada com total efetividade, uma vez que parte de seu tempo era dedicada a atividades administrativas o que descaracterizava sua função.

Trindade et al. (2007) realizaram uma pesquisa junto aos ACS da Estratégia de Saúde da Família com os objetivos de identificar as cargas de trabalho a que estão submetidos e promover ações que os despertassem para o autocuidado. Para tanto, foram realizados encontros grupais semanais com cinco trabalhadores de uma Equipe de Saúde da Família da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, além de uma entrevista coletiva. As discussões e relatos do estudo foram analisados utilizando-se a Análise de Conteúdo. Nessa pesquisa, foram identificadas cargas físicas, químicas, orgânicas, mecânicas e, principalmente, psíquicas, para as quais há dificuldades de encontrar medidas de proteção e consequente autocuidado.

As atribuições citadas anteriormente são realizadas por meio de entrevistas, visitas domiciliares e reuniões comunitárias. Sendo assim, o trabalho com os ACS é baseado no bom relacionamento com a comunidade e facilidade de comunicação por meio de diálogos, ou seja, utilizam a voz como principal instrumento de trabalho (Ferraz e Aerts, 2005; Martines e Chaves, 2007). Os ACS utilizam a voz por períodos prolongados e em situações adversas, o que resulta no aumento de queixas vocais quando se compara a outras populações. Entretanto, há na literatura uma carência de estudos que relacionem o impacto das alterações vocais na qualidade de vida desses indivíduos (Ferraz e Aerts, 2005; Trindade et al., 2007; Cipriano e Ferreira, 2011; Cipriano et al., 2013).

Uma pesquisa realizada com 28 ACS de uma UBS no município de São Paulo levou em consideração as queixas de voz e possíveis correlações entre problemas gerais de saúde, hábitos de vida e aspectos vocais. Foram encontrados relatos de queixas de voz em 42,9% dos ACS, sendo os sintomas mais relatados rouquidão, falta de ar, garganta seca e cansaço ao falar (Cipriano e Ferreira, 2011).

Outro estudo realizado com 65 ACS atuantes no município de São Paulo, objetivando analisar a relação entre distúrbios da voz e trabalho, encontrou que 37 (56,9%) dos profissionais autorreferiram apresentar distúrbios da voz. Os sintomas vocais mais citados foram: garganta seca, cansaço ao falar e ardor na garganta. Encontraram associação significativa entre: levar trabalho para casa, roubo de objetos pessoais, intervenção da polícia, violência contra os funcionários e o sintoma vocal garganta seca; não ter tempo para desenvolver todas as atividades, dificuldade para sair do trabalho, móveis inadequados, esforço físico intenso, roubo de material da UBS, manifestação de racismo e o sintoma vocal cansaço ao falar; poeira, insatisfação no trabalho, estresse no trabalho, depredações, problemas com drogas e o sintoma vocal ardor na garganta (Cipriano et al., 2013).

Figueiredo et al. (2009) destacam que são delegadas aos referidos profissionais de saúde múltiplas tarefas, com alto grau de exigência e responsabilidades, para as quais, dependendo do ambiente e da organização do trabalho para sua realização e preparo para exercê-las podem levar a insatisfação profissional comprometendo sua qualidade de vida no trabalho.

Mascarenhas et al. (2012), realizaram um estudo objetivando avaliar a qualidade de vida em 316 ACS do município de Jequié/BA,. Os instrumentos utilizados foram o WHOQOL-Bref, e um questionário contendo variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Os autores observaram na autopercepção da qualidade de vida que 55,4% dos ACS avaliaram como positiva; enquanto que na análise subjetiva sobre o estado de saúde, 58,8% dos indivíduos apresentaram percepção negativa ou indefinida. Observaram que na avaliação dos domínios da qualidade de vida, o domínio relações sociais obteve o maior escore médio (76,90), seguido pelo domínio psicológico (74,33), e domínio físico (64,04). O domínio meio ambiente (47,45) foi o mais comprometido, indicando que os ACS demonstraram preocupação e insatisfação com os cuidados de saúde e sociais, recursos financeiros, e oportunidades de recreação/lazer. Foi constatado pelos autores a necessidade de estratégias voltadas para a melhoria da qualidade de vida desses trabalhadores de saúde, principalmente nos domínios físico e meio ambiente.

2.4 Autoavaliação do Impacto da Voz na Qualidade de vida

Qualidade de vida é uma designação de difícil conceituação, pela sua subjetividade e multidimensionalidade, incluindo as percepções individuais do estado físico, psicológico e social (Kasama e Brasolotto, 2007). Após consenso entre vários especialistas de diferentes culturas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a

percepção do indivíduo sobre sua condição da vida, no contexto cultural e sistema de valores e da relação com as expectativas, objetivos e padrão de preocupações (The WHOQOL Group, 1995).

A mensuração da qualidade de vida é uma maneira de constatar as perspectivas particulares de um indivíduo em relação ao impacto global das doenças e dos tratamentos médicos (Berlim e Fleck, 2003). É possível perceber um aumento do uso de instrumentos que avaliam o impacto de alterações vocais no cotidiano diário do indivíduo através da auto-avaliação (Jacobson et al., 1997; Hogikyan e Sethuraman, 1999; Hogikyan e Rosen, 2002). Os instrumentos de qualidade de vida e análises subjetivas propiciam diversas informações em relação ao impacto da dificuldade da produção vocal, o que pode contribuir consideravelmente para a compreensão do que o paciente efetivamente sente em decorrência dos distúrbios vocais (Ricarte et al., 2011).

Dentre os principais instrumentos de auto avaliação traduzidos, adaptados e validados para esta finalidade, está o Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV). É considerado um instrumento rápido, de fácil aplicação e sensível à influência de distúrbios da voz na qualidade de vida (Kasama e Brasolotto, 2007; Spina et al., 2009). Este questionário possui 10 questões em três domínios: sócio-emocional (itens 4, 5, 8 e 10), físico (itens 1, 2, 3, 7 e 9) e global (todos os itens), estes domínios apresentam valores que, depois de padronizados, variam de 0 a 100, onde quanto mais próximo a 100, melhor a qualidade de vida do sujeito e, quanto mais próximo a zero, pior a indicação de qualidade de vida (Spina et al., 2009).

Servilha e Roccon (2009), investigaram o impacto da voz na qualidade de vida de professores e compararam seus resultados com uma avaliação fonoaudiológica. Foi utilizado o protocolo QVV e filmagem para a avaliação fonoaudiológica nos aspectos corporais e vocais. Os docentes classificaram suas vozes como boas (42,85%), razoáveis (38,09%) e muito boa e ruim, igualmente (9,52%). Constatou-se que o impacto da voz sobre a qualidade de vida foi baixo e que houve coerência entre os resultados do QVV e a avaliação fonoaudiológica, indicando percepção apropriada dos docentes em relação à própria voz. Assim, os autores destacam que o QVV mostrou ter valor preditivo na relação voz e qualidade de vida e pode ser indicado como um instrumento valioso quando utilizado juntamente com outras estratégias de pesquisa.

Spina e Crespo (2016), realizaram estudo prospectivo analítico com objetivo de verificar a correlação entre autoavaliação vocal e resultados do protocolo de QVV, e se há uma correlação entre a avaliação vocal feita por fonoaudiólogos e os resultados do protocolo QVV. O estudo incluiu 245 indivíduos com queixas vocais. Foram realizados uma avaliação

perceptiva-auditiva da voz de cada indivíduo com disfonia por três fonoaudiólogos, a autoavaliação vocal pelos próprios sujeitos, e a aplicação do protocolo QVV. Houve correlação significativa entre o protocolo QVV, a avaliação vocal realizada pelos fonoaudiólogos e a auto avaliação pelos sujeitos. Demonstrou-se que o protocolo QVV é sensível à avaliação vocal feita pelos fonoaudiólogos e auto avaliação feita pelo paciente.

Morais et al. (2012), realizaram estudo transversal observacional de correlação com 73 professoras de escolas públicas da Rede Estadual de Educação de Maceió/AL objetivando avaliar a qualidade vocal, autoavaliação e a qualidade de vida em professoras do ensino fundamental do 1º ao 5º ano e correlacionar os achados. Aplicou-se um questionário inicial no qual continha uma pergunta de autoavaliação, posteriormente as vozes foram gravadas para análise perceptivo-auditiva por meio da escala analógico-visual e por fim aplicado o questionário QVV. Encontrou-se que as professoras apresentaram desvio do comportamento vocal de grau moderado e leve-moderado, respectivamente para emissão sustentada e fala encadeada. A maioria das professoras considerou suas vozes como boas (37%) e razoáveis (43,8%). O escore total do QVV mostrou impacto médio da voz na qualidade de vida e, apenas a questão de autoavaliação vocal apresentou correlação com os escores do QVV. Os domínios do QVV mostraram correlações significantes entre si. Concluíram que a população estudada apresentou desvio do comportamento vocal e impacto da voz na qualidade de vida.

Sendo assim, a autoavaliação da qualidade vocal reflete a forma como um indivíduo percebe sua própria voz e tem sido reconhecido como ferramenta relevante em estudos de qualidade vocal (Aquino e Teles, 2013; Kasama e Brasolotto, 2007; Pernambuco et al., 2013). Além disso, a percepção do indivíduo a respeito da própria voz, bem como do impacto da disfonia em sua qualidade de vida complementa a percepção do fonoaudiólogo quanto ao grau geral desta alteração no profissional da voz (Pernambuco et al., 2013).

2.5 Índice de Triagem para Distúrbio de Voz (ITDV)

Ghirardi et al. (2013), apontaram que o diagnóstico de distúrbios da voz abrangia uma série de procedimentos específicos realizados por profissionais qualificados, enquanto os instrumentos de autoavaliação da voz, tendiam a focar sobretudo na qualidade de vida ou avaliar o resultado de um tratamento em pacientes diagnosticados com distúrbio de voz. Apesar de reconhecerem a utilidade destes para uso em pesquisa e em situações clínicas onde

distúrbios de voz estão sendo tratados, observaram que nenhuma destas medidas tinham sido especificamente concebidas para fins de rastreio.

Os profissionais com queixas vocais ou até mesmo com distúrbios vocais instalados não procuram tratamento ou ajuda profissional, uma vez que esse acometimento é, às vezes, considerado normal para a profissão, afirmaram Ghirardi et al. (2013). Assim, as mesmas autoras validaram um instrumento de triagem para identificar sujeitos com risco para ter um distúrbio de voz, mesmo que em seus estágios iniciais, e assim possibilitar uma detecção precoce e tratamento adequado.

O instrumento ITDV foi baseado nos sintomas encontrados na versão completa do questionário denominado Condição de Produção Vocal de Professores (CPV-P), desenvolvido para averiguação das condições de produção vocal de professores (Ferreira et al. 2007). Apesar de o CPV-P representar um passo importante para subsidiar ações de saúde pública, ainda era um instrumento longo, composto em sua versão atual por 84 questões divididas em seis domínios, a saber: identificação da escola, identificação do entrevistado, situação funcional, aspectos gerais de saúde, hábitos e aspectos vocais (Ferreira et al. 2007; Ghirardi et al. 2013).

A partir do domínio aspectos vocais, contendo sintomas vocais e sensações laringofaríngeas, foi estabelecido e validado o ITDV, abrangendo os 12 itens: rouquidão, perda da voz, falha na voz, voz grossa, pigarro, tosse seca, tosse com secreção, dor ao falar, dor ao engolir, secreção na garganta, garganta seca e cansaço ao falar (Ghirardi et al. 2013). Na discussão desse estudo, as autoras dividem os sintomas em três grupos, apontados a seguir.

Os sintomas vocais propriamente ditos no estudo de Ghirardi et al. (2013) foram rouquidão, perda da voz, quebras na voz e voz grave. As autoras afirmaram que esses sintomas poderiam estar associados ao uso intenso da voz, devido a jornada prolongada de trabalho dos professores estudados, e à influência dos fatores ambientais e organizacionais de trabalho (poeira, ruído, pó de giz, relacionamentos, violência, número elevado de alunos por turma, entre outros).

Os sintomas dor ao falar, dor ao engolir, garganta seca e cansaço ao falar foram relacionados às sensações laringofaríngeas, diretamente associadas ao uso vocal. A dor (ao falar ou ao engolir) poderia ter sido causada por uso excessivo da voz em alta intensidade (Ferreira et al. 2010; Ghirardi et al. 2013); enquanto garganta seca e cansaço ao falar poderiam estar associadas a uma eventual incoordenação penumofonoarticulatória, sobretudo nas professoras que apresentaram desvio na qualidade vocal (Ghirardi et al. 2013).

O terceiro grupo, composto pelos sintomas pigarro, tosse seca ou com secreção, dor ao engolir e secreção na garganta, foi relacionado no mesmo estudo, a quadros alérgicos e ocorrência de refluxo faringolaríngeo. Sendo que as autoras relacionaram o estilo de vida desses profissionais, sobretudo os que residiam em grandes centros, como São Paulo, caracterizado por diferentes níveis de estresse e hábitos alimentares irregulares como fatores que poderiam predispor o indivíduo a ocorrência de refluxo e sintomas como pigarro, tosse e odinofagia (Ferreira et al. 2010; Ghirardi et al. 2013).

O ITDV foi considerado instrumento curto, de fácil aplicabilidade e com sensibilidade de 90%, o que o tornou uma boa ferramenta para identificar as pessoas com distúrbio de voz (Ghirardi et al. 2013). As autoras sugeriram a realização de estudos em outras categorias profissionais, crianças e não profissionais da voz, afim de comparar os achados e expandir o uso do ITDV.

2.6 Índice de Função Glótica (IFG)

Os distúrbios da voz geralmente são acompanhados de esforço fonatório, fadiga vocal, sopro, odinofonia (dor ao falar), variação de frequência, diplofonia, qualidade vocal áspera entre outros sintomas. Apesar de muitos desses sintomas não serem específicos, a ocorrência simultânea deles reflete com precisão a presença da disfunção glótica (Bach et al., 2005). Os mesmos autores referem que os problemas de função glótica mais comuns na prática clínica são a paralisia e paresia de prega vocal, atrofia, presbilaringe, perda de tecido, cicatrizes ou a associação dessas. Dentre as afecções de origem hiperfuncional estão edemas, pólipos, cistos, nódulos e/ou fenda vocal triangular médio-posterior, dentre outras (Andrade et al., 2016).

O fonotrauma decorrente do uso incorreto da voz aumenta o risco de irritação da mucosa das pregas vocais e propicia a instalação de lesões laríngeas; essas lesões podem comprometer o fechamento glótico e provocar escape aéreo durante a fonação, ou seja, favorece a incordenação pneumofonoarticulatória (Cielo et al., 2012)

A avaliação clínica dos distúrbios da voz envolve medidas, tais como: laringoscopia, vídeolaringostroboscopia, eletromiografia de laringe, avaliação perceptivo-auditiva e análise acústica da voz (Pribuissi et al. 2012). Porém, além dessas medidas, com a finalidade de compreender sobre a impressão vocal que o paciente tem daquela disfunção ou efeitos do tratamento das disfonias, existem as medidas subjetivas, focadas na autoavaliação do indivíduo.

A percepção individual do paciente com distúrbio vocal nem sempre está associada a qualidade da voz, porém está relacionada com as demandas vocais profissionais e sociais, bem como aspectos pessoais (Pribuisiene et al., 2012).

O IFG foi inicialmente utilizado em pacientes disfônicos, porém descobriu-se que pode ser um instrumento útil na detecção e severidade da disfunção glótica, além de avaliar a resposta do indivíduo ao tratamento de perturbações vocais (Bach et al., 2005). O instrumento é composto por 4 itens destinados a avaliação de sintomas de disfunção glótica: “tenho que fazer esforço para falar”, “sinto desconforto ou dor após falar”, “sinto fadiga vocal” (voz fica fraca quando falo) e “minha voz quebra ou está diferente”.

O questionário foi considerado breve, de fácil compreensão, rápido para ser concluído, focado na fonte glótica, válido e sensível. Pribuisiene et al. (2012) afirmou que o IFG é adequado para a avaliação da autopercepção de distúrbios da voz dos pacientes e uma boa ferramenta de acompanhamento na prática clínica.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar a autopercepção vocal e a qualidade de vida em Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana de Lagarto.

Objetivos Específicos

- Identificar a presença de distúrbios da voz por meio da autopercepção vocal em ACS;
- Avaliar o índice de qualidade de vida em voz dos ACS da zona urbana de Lagarto;
- Correlacionar os achados da autopercepção vocal com a qualidade de vida em voz destes profissionais.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Este estudo, de natureza transversal com abordagem descritiva e analítica, foi realizado em unidades de saúde do município Lagarto/SE.

4.2 Espaço da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Lagarto, localizado a 78 km de distância da capital Aracaju, com uma área de 972,83 km² e que conta com uma população estimada em 2014 pelo IBGE de 101.305 habitantes, sendo composto por mais de 100 povoados (Atlas Brasil, 2010). Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) local, o município engloba vinte e uma (21) UBS e cinco (5) Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas zonas urbana e rural. Cerca de 199 ACS atuam nestas unidades, sendo que noventa (90) deles, fazem parte do quadro de profissionais da zona urbana.

A pesquisa foi desenvolvida entre as seguintes UBS e Centros de Saúde da Família (CSF) da Zona Urbana de Lagarto: CSF Dr. Davi Marcos Lima, UBS Maria do Carmo Alves Nascimento, UBS Leandro Maciel e CSF José Antônio Maroto.

4.3 Tamanho e caracterização da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizada a fórmula de Barbetta (2004), considerou-se 95% de confiabilidade e nível de significância 0,05, sendo obtido um número amostral mínimo de 47 sujeitos.

Cálculo do tamanho da amostra

Cálculo por amostragem aleatória simples, utilizando a fórmula de Barbetta (2004):

$$n = N \cdot N_0 / N + n_0, \text{ onde } n_0 = 1 / E_0^2$$



n = Tamanho amostral
 N = Tamanho da população
 E₀ = Erro amostral
 N₀ = Primeira aproximação do tamanho amostral

$$n_0 = 1 / E_0^2 \quad n_0 = 1 / 0,05^2 = 1 / 0,0025 = 100$$

$$n = N \times n_0 / N + n_0 \quad n = 90 \times 100 / 90 + 100 = 9.000 / 190 = 47,36 \approx \mathbf{47 \text{ sujeitos}}$$

Para selecionar os ACS que iriam participar do estudo, foi feito contato telefônico com todas as enfermeiras responsáveis pelas equipes para que elas pudessem conferir a disponibilidade de participação dos ACS. O quadro I abaixo apresenta as unidades de saúde da zona urbana, áreas abrangentes e o total de ACS atuantes na época da pesquisa.

QUADRO 1. Distribuição do número de unidades, áreas e ACS por unidade.

Unidades de Saúde	Áreas	Total de Agentes
CSF Dr. Davi Marcos Lima	01 e 03	16 ACS
CSF José Antônio Maroto	08 e 25	13 ACS
UBS Maria do Carmo Alves Nascimento	02, 22 e 24	22 ACS
UBS Leandro Maciel	06, 09 e 23	32 ACS
UBS do Alto da Boa Vista	20	7 ACS
Total		90 ACS

4.4 Coleta de dados

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe - CAAE: 50219115.4.0000.5546 (Anexo A) após autorização da Prefeitura do Município localizado no interior de Sergipe, selecionado para análise. Os dados foram coletados no período de maio a outubro de 2016.

Para serem inseridos na pesquisa os profissionais teriam que estar dentro dos critérios de elegibilidade a seguir: estar ativos na instituição, assinarem o Termo de consentimento Livre e Esclarecido, não apresentarem doenças ou disfunções laríngeas diagnosticadas e não estarem com crises alérgicas ou respiratórias no momento da pesquisa.

Conforme a confirmação da possibilidade de realização do estudo, a pesquisadora se deslocava até ao respectivo posto de trabalho e abordava os ACS durante o início de sua jornada diária. Ao chegarem, inicialmente foram-lhe apresentadas todas as informações a respeito da pesquisa, esclarecidas as dúvidas e após assinarem o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), respondiam aos seguintes instrumentos respectivamente: questionário para coleta de dados sociodemográficos, Instrumento Índice de Triagem para Distúrbio de Voz (ITDV), questionário de autoavaliação Índice de Função Glótica (IFG) e o Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV), descritos a seguir.

4.4.1 Questionário de dados sociodemográficos

Foi aplicado um questionário sobre dados sociodemográficos, profissionais e hábitos de vida, elaborado para essa pesquisa, contendo questionamentos sobre idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, tempo de trabalho, carga horária, hábitos de vida (ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo) e medicamentos (Apêndice B).

4.4.2 Índice de Triagem para Distúrbio de Voz (ITDV)

Este questionário é um instrumento de vigilância epidemiológica, que tem por objetivo identificar o distúrbio de voz, segundo auto referência a sintomas vocais. Foi validado por Ghirardi et al. (2013), é considerado uma triagem confiável e capaz de identificar se o indivíduo está em risco de ter distúrbio vocal, mesmo em estágio inicial.

O ITDV é composto por 12 sintomas: rouquidão, perda da voz, falha na voz, voz grossa, pigarro, tosse seca, tosse com secreção, dor ao falar, dor ao engolir, secreção na garganta, garganta seca e cansaço ao falar. Os sintomas são apresentados em escala Likert de quatro pontos (nunca, raramente, às vezes e sempre). A cada sintoma assinalado nas frequências às vezes ou sempre, um (1) ponto é computado na escala, o escore final é obtido pela somatória de todos os pontos e, por conseguinte, varia de 0 (mínimo) a 12 (máximo). O ponto de corte foi fixado em cinco (5) sintomas, sendo que o valor preditivo do profissional apresentar distúrbio de voz é ≥ 5 pontos (Anexo B).

4.4.3 Índice de Função Glótica (IFG)

O questionário de autoavaliação IFG é composto por quatro perguntas relacionadas a problemas que afetam a função glótica e grau de disfunção, a saber: “tenho que fazer esforço para falar”, “sinto desconforto ou dor após falar”, “sinto fadiga vocal” (voz fica fraca quando falo) e “minha voz quebra ou está diferente”. As respostas avaliam a gravidade ou severidade do problema, ou seja, 0 para isso não é um problema e 5 para isso é um problema muito

grande. O escore total é calculado pela soma das respostas das quatro questões e sendo nota de corte deste questionário o valor ≥ 4 como total (Bach et al., 2005). O IFG reflete um protocolo breve, de fácil compreensão para o paciente, focado na fonte glótica, fácil de responder e que identifica por auto avaliação a presença de um distúrbio vocal (Bach et al., 2005; Pribuisiene et al., 2012). (Anexo C)

4.4.4 Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV)

Validado por Gasparini e Behlau (2009), busca compreender como os distúrbios da voz podem interferir na qualidade de vida do sujeito. Este questionário possui 10 questões em três domínios: sócio-emocional (itens 4, 5, 8 e 10), físico (itens 1, 2, 3, 7 e 9) e global (todos os itens), estes domínios apresentam valores que, depois de padronizados, variam de 0 a 100, onde quanto mais próximo a 100, melhor a qualidade de vida do sujeito e, quanto mais próximo a zero, pior a qualidade de vida.

Os valores de referências no Brasil, citados para vozes saudáveis encontram-se em torno de 97,1 para escore global, 99,3 para escore sócio-emocional e 98,0 para escore físico. Indivíduos considerados disfônicos apresentam valores de referência para escore global de 71,6, escore sócio-emocional de 79,5 e escore físico de 74,9 (Penteado et al., 2015) (Anexo D).

Para comparação dos resultados consideraram-se escores de 81-100 como baixo impacto, de 61-80 como médio e menor ou igual a 60 como alto impacto da voz na qualidade de vida (Servilha e Roccon, 2009).

4.5 Análise estatística

Para a análise estatística, foram utilizadas as técnicas univariada e bivariada para obtenção da distribuição dos valores de frequência e de porcentagem. Além disso, ao considerar que os dados foram medidos somente no nível ordinal, realizou-se sua exploração pela visualização da distribuição gráfica no histograma e pelo valor da medida de assimetria do Skewness, sendo assim confirmado se tratar de dados não paramétricos (distribuição anormal). Dessa forma, foi utilizado o teste de Spearman para obter o nível de significância (p valor) entre as associações e também o valor do respectivo coeficiente (rho) para avaliação da intensidade das correlações / associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) (Field,

2009). A análise foi realizada no *software* IBM® SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0.

Vale ressaltar que a intensidade das correlações foi avaliada de acordo com os seguintes parâmetros: 0,00 a 0,29 (correlação inexistente), 0,30 a 0,49 (correlação baixa), 0,50 a 0,69 (correlação moderada), 0,70 a 0,89 (correlação elevada) e 0,90 a 1,00 (correlação muito elevada), seja com direção positiva ($>0,00$) ou negativa ($<0,00$) (Hinkle et al., 2003).

5 RESULTADOS

A amostra final deste estudo compreendeu 47 ACS, sendo descritas abaixo, no quadro II, as unidades de saúde da zona urbana, as áreas abrangentes, o total de ACS ativos e os que aceitaram participar do estudo. Não foi possível realizar a coleta na UBS Alto da Boa Vista porque, no momento dos contatos, apresentou algum dos impedimentos: indisponibilidade dos ACS devido à participação em evento na SMS e dificuldades relacionadas ao espaço físico para reuni-los na UBS.

QUADRO 2. Distribuição do número de unidades, áreas, ACS por unidade e participantes do estudo.

Unidades de Saúde	Áreas	Total de Agentes	Participantes
CSF Dr. Davi Marcos Lima	01 e 03	16 ACS	15 ACS
CSF José Antônio Maroto	08 e 25	13 ACS	8 ACS
UBS Maria do Carmo Alves Nascimento	02, 22 e 24	22 ACS	8 ACS
UBS Leandro Maciel	06, 09 e 23	32 ACS	16 ACS
UBS do Alto da Boa Vista	20	7 ACS	0 ACS
Total		90 ACS	47 ACS

Nas áreas 1 e 3, dos dezesseis ACS atuantes, apenas um não aceitou participar da pesquisa; em relação as áreas 8 e 25, de treze ACS cadastrados, oito deles compareceram na Unidade nos dias da coleta; os ACS das áreas 2, 22 e 24 apresentaram-se mais resistentes e somente oito deles aceitaram o convite, sendo que uma das enfermeiras desta UBS referiu que os ACS estavam cansados de participarem de estudos e não receberem um retorno como por exemplo, a continuidade das ações propostas ou de tratamentos específicos. Em relação às áreas 6, 9 e 23 apenas 16 ACS compareceram na UBS e aceitaram participar do estudo, houve uma boa adesão desses ao convite, porém, em relação aos outros ACS que não se

apresentaram, um dos enfermeiros da equipe referiu dificuldades para reuni-los na UBS, devido aos horários das visitas domiciliares.

A média de idade dos ACS foi de 38,2 anos (desvio padrão = 8,1), sendo 23 a mínima e 57 a máxima. As faixas etárias com maior percentual são dos 30 aos 39 anos (38,9%) e dos 40 aos 46 anos (31,9%). A maioria dos participantes é do gênero feminino (85,1%), situação conjugal casado (46,8%), com ensino médio completo (66%) e tempo de trabalho ≥ 10 anos (66%). Quanto à ingestão de álcool, 57,4% referiram uso eventual de bebidas alcoólicas e 6,4% declararam ser fumante à época da pesquisa. As 40 horas semanais de trabalho foram referidas por todos os ACS (100%).

Em relação à presença de distúrbios da voz, detectados pelo ITDV, 27 (57,4%) dos ACS pontuaram a partir de cinco sintomas nas frequências “às vezes” e “sempre”, sendo que os maiores percentuais foram garganta seca (92,6%), rouquidão (85,2%), pigarro (77,8%), tosse seca (74,1%), secreção na garganta (66,7%) e cansaço ao falar (55,6%). Observou-se uma média considerável no percentual de ocorrência “às vezes” (44,8%) entre tais profissionais (Figura 1).

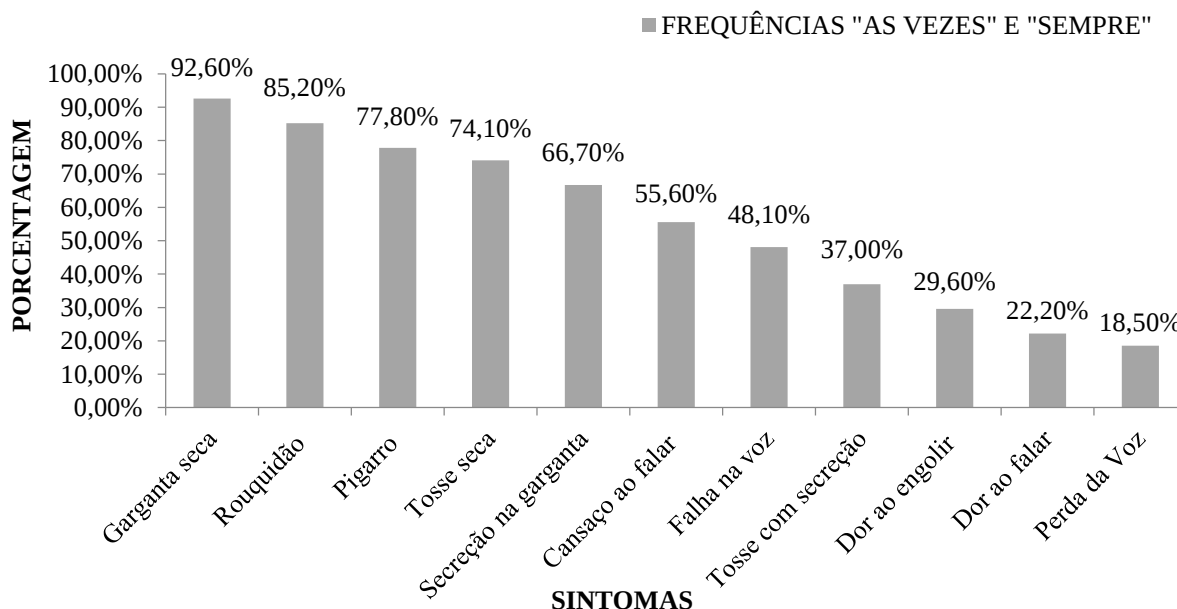


Figura 1: Distribuição proporcional dos distúrbios da voz segundo a frequência de ocorrência entre os participantes que obtiveram cinco ou mais pontos no somatório cumulativo total dos problemas (n= 27; 57,4% da amostra total).

No que se refere aos problemas que afetam a função glótica, tendo como base os resultados do IFG, observou-se que 18 (37,5%) dos ACS autorreferiram distúrbios vocais. Destes, (100%) referiram fadiga vocal, (94,4%) quebra na voz, (72,2%) esforço ao falar e (44,5%) desconforto ou dor após falar (Figura 2).

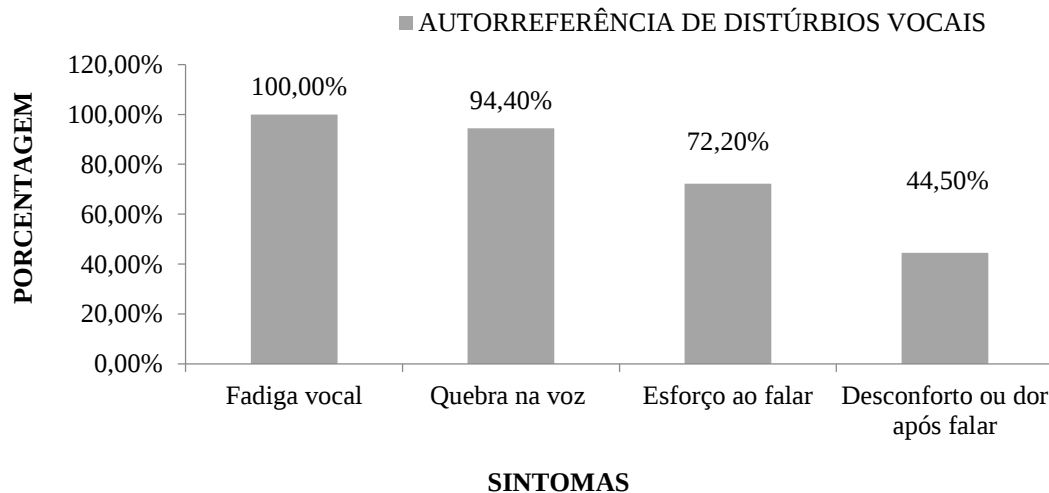


Figura 2. Distribuição proporcional dos sintomas relacionados à disfunção glótica (n=18; 37,5% da amostra total).

Sobre a percepção dos ACS quanto ao estado da voz nas duas semanas anteriores à data da coleta, os resultados do QVV mostraram que, em maior e menor frequência: “o ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo” (53,2%), “não sei como a voz vai sair quando começo a falar” (38,3%), “tenho que repetir o que falo para ser compreendido” (38,3%), “tenho dificuldade em falar forte (alto) ou ser ouvido em ambientes ruidosos” (34%) e “fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz)” (31,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição proporcional das queixas relacionadas à voz segundo a frequência de ocorrência em uma amostra municipal de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (n = 47). Lagarto, Sergipe, Brasil, 2016.

Queixas relacionadas à voz (Fonte: QVV)	Nunca acontece		Acontece pouco		Acontece às vezes		Acontece muito		Acontece sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em ambientes ruidosos	31	66	7	14,9	5	10,6	4	8,5	0	0
2. O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo	22	46,8	10	21,3	10	21,3	4	8,5	1	2,1
3. Não sei como a voz vai sair quando começo a falar	29	61,7	11	23,4	4	8,5	2	4,3	1	2,1
4. Fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz)	32	68,1	5	10,6	5	10,6	3	6,4	2	4,3
5. Fico deprimido (por causa da minha voz)	42	89,4	3	6,4	1	2,1	0	0	1	2,1
6. Tenho dificuldades ao telefone (por causa da minha voz)	40	85,1	3	6,4	3	6,4	0	0	1	2,1
7. Tenho problemas para desenvolver o meu trabalho, minha profissão (pela minha voz)	40	85,1	2	4,3	3	6,4	1	2,1	1	2,1
8. Evito sair socialmente (por causa da minha voz)	46	97,9	0	0	1	2,1	0	0	0	0
9. Tenho que repetir o que falo para ser compreendido	29	61,7	10	21,3	5	10,6	1	2,1	2	4,3
10. Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz)	43	91,5	2	4,3	1	2,1	0	0	1	2,1
PERCENTUAL MÉDIO (n= 47)	75,3%		11,3%		8,1%		3,2%		2,1%	

Entretanto, ao considerar que os scores entre 81 e 100 indicam baixo impacto da voz na qualidade de vida, não foram observados resultados negativos nesse aspecto, já que as médias encontradas foram: 93,2% (escore sócio-emocional), 85,2% (escore funcionamento físico) e 88,2% (escore global) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das médias dos escores sócio-emocional, físico e global de ocorrência em uma amostra municipal de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (n = 47). Lagarto, Sergipe, Brasil, 2016.

	Média (%)	Desvio Padrão
ESCORE SÓCIO-EMOCIONAL (QUESTÕES 4, 5, 8 e 10)	93,2	13,8
ESCORE FUNCIONAMENTO FÍSICO (QUESTÕES 1, 2, 3, 6, 7 e 9)	85,2	15,6
ESCORE GLOBAL (TODAS AS QUESTÕES)	88,2	14,2

Quanto à interferência dos problemas da função glótica (identificados no IFG) na qualidade de vida dos ACS, observou-se que a quebra na voz e a fadiga vocal são os únicos que possuem associação estatisticamente significativa com as queixas relacionadas à voz dos ACS ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre os problemas que afetam a função glótica (IFG) e as queixas relacionadas à voz (QVV) em uma amostra municipal de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (n = 47). Lagarto, Sergipe, Brasil, 2016.

Problemas que afetam a função glótica (Fonte: IFG)	Queixas relacionadas à voz (Fonte: QVV)																			
	QVV 01		QVV 02		QVV 03		QVV 04		QVV 05		QVV 06		QVV 07		QVV 08		QVV 09		QVV 10	
	p valor	rho	p valor	rho	p valor	rho	p valor	rho	p valor	rho	p valor	rho	p valor	rho	p valor	rho	p valor	rho	p valor	rho
Esforço	0,21	-0,30	0,86	-0,04	0,13	-0,36	0,65	0,11	0,08	-0,41	0,29	0,26	0,32	0,24	0,16	0,34	0,86	0,04	0,69	0,10
Desconforto ou dor	0,96	-0,01	0,86	0,04	0,66	-0,10	0,54	-0,15	0,84	-0,05	0,83	0,05	0,05	0,46	0,41	-0,26	0,47	-0,17	0,61	-0,12
Fadiga	0,69	-0,09	0,01	0,72	0,05	0,46	0,01	0,55	0,02	0,53	0,01	0,62	0,29	0,26	0,56	0,14	0,07	0,43	0,07	0,43
Quebra na voz	0,67	0,10	0,01	0,57	0,01	0,64	0,01	0,67	0,01	0,60	0,01	0,59	0,19	0,32	0,92	-0,02	0,11	0,38	0,312	0,25

Legenda: rho = Coeficiente de Correlação de Spearman.

QVV1: Tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em ambientes ruidosos, QVV2: O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo, QVV3: Não sei como a voz vai sair quando começo a falar, QVV4: Fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz), QVV5: Fico deprimido (por causa da minha voz), QVV6: Tenho dificuldades ao telefone (por causa da minha voz), QVV7: Tenho problemas para desenvolver o meu trabalho, minha profissão (pela minha voz), QVV8: Evito sair socialmente (por causa da minha voz), QVV9: Tenho que repetir o que falo para ser compreendido e QVV10: Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz).

Nota: foi empregado negrito nas associações estatisticamente significativas (correlações).

De modo semelhante, no que se refere à interferência dos distúrbios da voz (identificados no ITDV) na qualidade de vida dos ACS, identificou-se que a garganta seca, a falha na voz e o cansaço ao falar são os problemas com maior número de associação estatisticamente significativa com as queixas relacionadas à voz dos ACS ($p < 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre os distúrbios da voz (ITDV) e as queixas relacionadas à voz (QVV) em uma amostra municipal de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (n = 47). Lagarto, Sergipe, Brasil, 2016.

Distúrbios da voz (ITDV)	Queixas relacionadas à voz (Fonte: QVV)																			
	QVV 01		QVV 02		QVV 03		QVV 04		QVV 05		QVV 06		QVV 07		QVV 08		QVV 09		QVV 10	
	p valor	rho	p valor	rho	p valor	rho	P valor	rho	p valor	rho	p valor	rho	p valor	rho	p valor	rho	p valor	rho	p valor	Rho
Rouquidão	0,24	0,23	0,79	-0,05	0,50	-0,13	0,97	-0,01	0,90	-0,02	0,57	-0,11	0,15	0,28	0,08	0,25	0,26	0,22	0,15	0,28
Perda da voz	0,79	0,05	0,21	0,24	0,36	0,18	0,14	0,28	0,05	0,37	0,18	0,26	0,89	0,02	0,30	0,15	0,61	-0,10	0,89	0,02
Falha na voz	0,49	0,13	0,53	0,12	0,41	0,16	0,43	0,15	0,75	-0,06	0,44	0,15	0,12	0,30	0,21	0,18	0,03	0,41	0,03	0,41
Voz grossa	0,43	-0,15	0,97	-0,01	0,22	0,24	0,17	0,26	0,02	0,43	0,27	0,21	0,88	0,02	0,43	0,11	0,80	0,05	0,86	0,03
Pigarro	0,66	0,08	0,01	0,55	0,53	0,12	0,66	0,08	0,15	0,28	0,23	0,23	0,05	0,36	0,20	-0,18	0,20	0,25	0,18	0,26
Tosse seca	0,06	0,35	0,14	0,28	0,46	-0,14	0,24	0,23	0,75	0,06	0,91	-0,02	0,92	-0,02	0,43	0,11	0,77	0,05	0,94	-0,01
Tosse com secreção	0,89	0,02	0,11	0,31	0,80	-0,04	0,86	0,03	0,03	0,40	0,98	0,01	0,15	0,28	0,78	0,04	0,90	0,02	0,39	0,17
Dor ao falar	0,03	0,41	0,42	0,16	0,40	-0,16	0,35	-0,18	0,87	0,03	0,40	-0,16	0,40	-0,16	0,16	0,20	0,07	-0,35	0,40	-0,16
Dor ao deglutir	0,09	0,32	0,52	-0,12	0,85	0,03	0,48	0,13	0,32	-0,19	0,88	-0,03	0,58	-0,11	0,52	0,09	0,29	-0,21	0,40	0,16
Secreção na garganta	0,99	0,01	0,05	0,38	0,08	-0,34	0,34	-0,18	0,42	0,16	0,54	-0,12	0,28	0,21	0,29	0,15	0,71	-0,07	0,86	-0,03
Garganta seca	0,17	0,27	0,06	0,35	0,08	0,33	0,05	0,38	0,02	0,42	0,04	0,38	0,01	0,49	0,69	0,05	0,02	0,42	0,04	0,38
Cansaço ao falar	0,68	-0,08	0,01	0,51	0,01	-0,47	0,35	-0,18	0,96	0,08	0,56	-0,11	0,85	0,03	0,31	0,15	0,58	0,10	0,59	-0,10

Legenda: rho = Coeficiente de Correlação de Spearman.

QVV1: Tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em ambientes ruidosos, QVV2: O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo, QVV3: Não sei como a voz vai sair quando começo a falar, QVV4: Fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz), QVV5: Fico deprimido (por causa da minha voz), QVV6: Tenho dificuldades ao telefone (por causa da minha voz), QVV7: Tenho problemas para desenvolver o meu trabalho, minha profissão (pela minha voz), QVV8: Evito sair socialmente (por causa da minha voz), QVV9: Tenho que repetir o que falo para ser compreendido e QVV10: Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz).

Nota: foi empregado negrito nas associações estatisticamente significativas (correlações).

6 DISCUSSÃO

Os ACS necessitam do uso continuado da voz para desempenhar suas funções, como entrevistas, visitas domiciliares e reuniões comunitárias. De acordo com a literatura fonoaudiológica, a comunicação e a voz representam domínios importantes para a avaliação da qualidade de vida em voz, sobretudo no âmbito ocupacional, como é o caso dos ACS (Cipriano et al., 2013). Todavia, embora estes profissionais estejam mais suscetíveis ao comprometimento do bem-estar vocal, observa-se a carência de estudos que avaliam a qualidade de vida em voz nesta categoria. A partir disso, em nosso estudo foi possível avaliar e correlacionar os achados entre a autopercepção vocal e a qualidade de vida em voz dos ACS.

Sabe-se que o conhecimento do perfil sociodemográfico de determinado público é de fundamental importância para o estabelecimento de prioridades e planejamentos de ações mais adequadas à realidade dos sujeitos (Furtado et al., 2004). No presente estudo, foi identificado predomínio de ACS do gênero feminino, adultos-jovens, casados e com média escolaridade, sendo estas características semelhantes às identificadas em outros estudos nacionais realizados com a mesma categoria profissional (Kluthcovsky et al., 2007; Vasconcelos e Costa-Val, 2008; Lopes et al., 2012; Mascarenhas et al. 2012; Mascarenhas e Prado, 2013; Ferigollo e Fedosse, 2016).

O predomínio de mulheres entre os ACS está coerente com a tendência da feminilização do mercado de trabalho na área da saúde (Bruschini et al., 2007; Mascarenhas et al., 2013). Os profissionais relacionados a esta categoria podem apresentar uma demanda vocal elevada, que associados a fatores ambientais e organizacionais, aumentam o risco de distúrbios da voz. Além disso, as mulheres apresentam maior predisposição às alterações vocais devido especificidades em sua configuração laríngea, variações hormonais e aspectos sociais (Ortiz et al., 2004; Ferreira et al., 2010; Cipriano e Ferreira, 2011; Cielo et al., 2012; Andrade et al., 2016).

Na população estudada, verificou-se que a referência aos distúrbios da voz esteve presente em mais da metade dos ACS. Os sintomas mais frequentes verificados através do ITDV foram garganta seca, rouquidão, pigarro, tosse seca, secreção na garganta e cansaço ao falar. Esses achados estão em concordância com outros estudos envolvendo profissionais da voz (Cipriano e Ferreira, 2011; Cipriano et al., 2013; Andrade et al., 2015; Santos et al. 2016).

A presença da rouquidão, garganta seca e cansaço ao falar podem estar relacionados ao uso excessivo e/ou inadequado da voz e ao hábito de falar em intensidade elevada, muitas vezes decorrentes da competição sonora presente no ambiente de trabalho e da pouca ingestão hídrica durante as visitas domiciliares (Cipriano e Ferreira, 2011; Cipriano et al., 2013; Ghirardi et al., 2013). Estudos demonstraram que os sintomas de pigarro, tosse seca e secreção na garganta, apresentam associações com quadros alérgicos e de refluxo gastroesofágico, sendo os fatores de estresse, hábitos alimentares e condições do ambiente de trabalho, como presença de poeira, fumaça, produtos químicos, variações climáticas e estresse no trabalho, possíveis agravantes desses sintomas (Cipriano et al., 2011; Rantala et al., 2012; Ghirardi et al., 2013).

Os sintomas vocais mais referidos por meio do IFG foram “sinto fadiga vocal” e “minha voz quebra ou está diferente”. Carregosa et al. (2016) encontraram resultados semelhantes em um grupo de professores na cidade de Lagarto-SE, onde as principais queixas foram fadiga vocal e quebra na voz. Os ACS possuem uma particularidade no modo de atuação, uma vez que eles necessitam residir na mesma localidade em que trabalham, suas atividades são continuadas em ambientes fora do expediente de trabalho, por variadas situações (dúvidas, orientações, agendamento de consultas, entre outros), sendo assim, estão sujeitos ao excesso do uso vocal (Cipriano et al., 2013). Trindade et al. (2007) retrata que os mesmos estão sujeitos a longas caminhadas diárias e peso das mochilas, às vezes, adicionado ao peso da balança para pesagem das crianças, além de adversidades climáticas que contribuem para o desgaste e cansaço físico desses trabalhadores. Assim, a associação entre o uso excessivo da voz, sobretudo na presença do cansaço físico, pode resultar em fadiga vocal (Ferreira et al., 2012). Em relação ao sintoma vocal quebra na voz, estudos apontam alguns fatores agravantes, tais como poeira, fumaça, produtos químicos, variações climáticas e estresse no trabalho (Ferreira et al., 2008; Penteado et al., 2008; Cipriano e Ferreira, 2011).

No que se refere à percepção da qualidade de vida em voz, mensurada a partir do instrumento QVV, observou-se baixo impacto da voz na qualidade de vida dos ACS. Portanto, embora se tenha identificado elevada referência de distúrbios da voz nessa categoria, os escores do QVV não refletiram o impacto esperado na qualidade de vida em voz destes profissionais (Jardim et al., 2007). Uma possível justificativa para este achado pode estar relacionada ao fato de que, mesmo com a presença de sintomas vocais, tais como garganta seca, rouquidão e pigarro, os profissionais permaneceram executando suas atividades laborais e pessoais, o que sugere uma não sensibilização e/ou preparação dos sujeitos para perceberem

devidamente os impactos dos distúrbios da voz em sua qualidade de vida (Ribas et al., 2014; Penteado et al., 2015).

Ainda segundo o QVV, o domínio sócio-emocional apresentou média de escore maior que o domínio do funcionamento físico, evidenciando maior impacto da voz na qualidade de vida neste último nível. Outros estudos encontraram resultados semelhantes em relação aos domínios mais afetados (Grillo e Penteado, 2005; Jardim et al., 2007; Servilha e Roccon, 2009; Gampel et al., 2010). Os aspectos físicos, por estarem relacionados ao desconforto e queixas apresentadas para o uso da voz, favorecem uma maior percepção dos sujeitos para julgarem como o mais impactante (Morais et al., 2012).

Embora as médias dos escores indiquem baixo impacto na qualidade de vida em voz dos indivíduos estudados, ao correlacionar os achados do ITDV e IFG com os do QVV em nosso estudo, foram encontradas várias associações estatisticamente significativas, sobretudo envolvendo os sintomas garganta seca, quebra/falha na voz e cansaço ao falar. Infere-se assim que os sintomas do ITDV e IFG citados podem interferir nas atividades de vida diária e no desempenho profissional dos ACS, sobretudo quando agravados por cargas físicas e químicas eventualmente enfrentadas por estes profissionais, como a exposição à fumaça do cigarro, exposição contínua a temperaturas elevadas no verão e muito baixas no inverno, além da pouca ingestão hídrica durante as visitas domiciliares (Trindade et al., 2007).

O sintoma garganta seca apresentou correlação com as questões sobre dificuldades para falar ao telefone, desenvolver o trabalho e até mesmo a necessidade de repetir o que falam para serem compreendidos, relatados por meio do QVV. Esses problemas interferem na qualidade de vida em voz e podem estar atreladas à presença de fatores ambientais e comportamentais mencionados em parágrafo anterior. Acredita-se que tais dificuldades refletem um impacto emocional para esses indivíduos, evidenciado pela associação entre o sintoma garganta seca e as queixas declaradas sobre ficar deprimido ou se tornar menos expansivo por causa da voz.

Foi encontrada em nosso estudo, correlação entre o sintoma quebra/falha na voz e dificuldades relacionadas à incoordenação pneumofonoarticulatória (“O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo”), problemas nas demandas que exigem um maior esforço à fonação (“Tenho dificuldades ao telefone (por causa da minha voz)” e comprometimento da inteligibilidade da fala (“Tenho que repetir o que falo para ser compreendido”). Cipriano et al. (2011), sugerem que o sintoma quebra/falha vocal pode ser decorrente do uso excessivo e/ou inadequado da voz, além do hábito de falar em intensidade elevada. Os mesmos autores ainda reforçam que as condições inadequadas do ambiente de

trabalho (presença de poeira, fumaça, produtos químicos, variações climáticas, entre outras), podem contribuir para a ocorrência desses sintomas vocais, entre os ACS.

Outras pesquisas voltadas para a qualidade de vida do ACS mostraram que esses profissionais enfrentam situações de violência nas comunidades, desde contatos com animais bravos, gatos e cavalos, risco de ser agredido em algum domicílio, exposição à violência intradomiciliar entre outras. Essas situações geram insegurança e resultam em grande carga de estresse pelo medo de sofrer violência física e moral, representando mais um risco para a saúde e bem-estar do ACS (Carmelo e Angerami, 2004; Trindade et al., 2007; Santos e David, 2011).

Carmelo e Angerami (2004) afirmaram que a necessidade de aproximação entre a comunidade pode levar ao profissional que não tenha uma formação ou preparo específico para enfrentar os problemas que podem surgir nas relações estabelecidas, podem tornar os ACS vulneráveis ao aparecimento de sintomas de estresse. A associação desses fatores podem agravar as dificuldades na qualidade de vida em voz referidos em nosso estudo, provocando situações de insegurança (“Não sei como a voz vai sair quando começo a falar”) e até mesmo o risco de somatização dos sintomas exacerbando sentimentos negativos (“Fico deprimido por causa da minha voz”), (“Fico ansioso ou frustrado por causa da minha voz”), (“Tenho me tornado menos expansivo por causa da minha voz”).

O sintoma cansaço/ fadiga vocal apresentou correlação com dificuldades que geram impacto físico: “O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo”, “Não sei como a voz vai sair quando começo a falar” e alterações emocionais: “Fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz)”, “Fico deprimido (por causa da minha voz)”. É importante ressaltar que os ACS possuem uma rotina diária de trabalho propícia ao desenvolvimento de distúrbios da voz e conseqüentemente alterações na qualidade de vida. Ferreira et al. (2012), destacaram que a fadiga vocal pode está associada ao uso intenso da voz, além de fatores de estresse e problemas digestivos.

A partir dos resultados encontrados e discutidos evidencia-se que os distúrbios de voz relacionados ao trabalho são de gênese multifatorial, envolvendo fatores extrínsecos e intrínsecos ao sujeito (aspectos organizacionais e ambientais de trabalho) (Rechenberg et al., 2011). Pode-se inferir que os ACS têm pouco conhecimento sobre o uso profissional da voz e os cuidados em saúde vocal necessários para preservar a voz e manter uma hidratação adequada. Dessa maneira, a persistência dos sintomas associados a combinação de hábitos inadequados pode comprometer a produção vocal e, por conseguinte, a atuação profissional do indivíduo; assim, os profissionais necessitam ser conscientizados acerca do

desencadeamento do DVRT, a fim de minimizar os fatores de risco que acometem a produção vocal (Santos et al., 2016).

É importante destacar que os ACS com possíveis distúrbios de voz foram encaminhados ao serviço de Fonoaudiologia da Clínica Escola de Lagarto e durante a entrevista foram realizadas orientações sobre higiene vocal. Os pesquisadores pretendem dar um retorno desse estudo aos ACS do município de Lagarto por meio de ações coletivas de saúde vocal através de conteúdos e temas sobre noções de anatomofisiologia da produção vocal, comportamentos vocais, hábitos e cuidados de higiene/saúde vocal, exercícios e técnicas vocais. As ações serão realizadas a partir de uma visão ampliada de processo saúde-doença e compreensão das relações entre saúde, trabalho e qualidade de vida, na perspectiva da promoção da saúde e da construção de políticas públicas saudáveis.

Por fim, cabe apontar as limitações do estudo, sobretudo em relação ao número de profissionais envolvidos e a limitação da área urbana, sendo que a ampliação da amostra e a abrangência de todo o município possibilitaria uma maior compreensão dos aspectos vocais recorrentes nessa população. Também cabe ressaltar que seria importante utilizar medidas de avaliação clínica como a análise perceptivo-auditiva da voz, análise acústica e avaliação laringoscópica e a partir disso associá-las as medidas subjetivas dos ACS. Para tanto, sugere-se a realização de novos estudos envolvendo uma amostra maior com novos instrumentos de avaliação com a finalidade de caracterizar melhor os aspectos vocais e nortear as condutas de promoção, prevenção ou reabilitação nesses profissionais.

7 CONCLUSÃO

O instrumento ITDV indicou distúrbios da voz em 57,4% dos ACS, sendo os sintomas mais referidos: garganta seca, rouquidão, pigarro, tosse seca, secreção na garganta e cansaço ao falar. No questionário IFG, os sintomas mais referidos foram fadiga vocal e quebra na voz.

Em referência à percepção da qualidade de vida em voz, os escores do QVV indicaram baixo impacto da voz na qualidade de vida, sendo observado maior impacto da voz no domínio físico.

Os dados obtidos na pesquisa confirmam representável índice de referência a distúrbios da voz e baixo impacto da voz na qualidade de vida. Os três sintomas mais referidos e associados a impactos na qualidade de vida foram garganta seca, falha/quebra na voz e cansaço ao falar/ fadiga vocal.

REFERÊNCIAS

ABORLCCF - Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Câmaras Técnicas de Otorrinolaringologia, Medicina do Trabalho e Perícias Médicas do CREMERJ. In: Consenso nacional sobre voz profissional: voz e trabalho: uma questão de saúde e direito do trabalhador. Rio de Janeiro, 2004.

Andrade BMR de, Giannini SPP, Duprat A de C, Ferreira LP. Relação entre a presença de sinais videolaringoscópicos sugestivos de refluxo laringofaríngeo e distúrbio de voz em professoras. *CoDAS* 2015;28:302–10. doi:10.1590/2317-1782/20162015122.

Andrade SR, Cielo CA, Schwarz K, Ribeiro VV. Terapia vocal e sons nasais : efeitos sobre disfonias hiperfuncionais. *Rev CEFAC* 2016;18:263–72. doi:10.1590/1982-021620161810115.

Aquino FS de, Teles LC da S. Autopercepção vocal de coristas profissionais. *Rev CEFAC* 2013;15:986–93. doi:10.1590/S1516-18462013000400028.

Aronson AE. *Clinical Voice Disorders*. 3 rd ed. New York: Thieme, 1990.

Atlas Brasil. Perfil do município de lagarto [internet]. 2010. [acesso em 2015 maio 10]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/lagarto_se.

Bach K, Belafsky PC, Wasylik K, Postma GN, Koufman JA. Validity and Reliability of the Glottal Function Index. *Am Med Assoc* 2005;131:961–4.

Barbetta PA. *Estatística Aplicada*. 5. ed. Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.

Behlau M, Azevedo R, Pontes P. Conceito de voz normal e classificação das disfonias. In: Behlau M. *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. cap. 2. p. 53-84.

Behlau M, Pontes P. *Avaliação e tratamento das disfonias*. São Paulo: Lovise, 1995. 312 p.

Behlau MS. *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

Berlim MT, Fleck MPA. “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25:249–52. doi:10.1590/S1516-44462003000400013.

Bruschini ACM. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cad Pesqui* 2007;37:537–72.

Carmelo SHH; Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004;12:14–21. doi:10.1590/S0104-11692004000100003.

Carregosa ES, Silva VL, Brito A, Dornelas R, Irineu RA. Autopercepção da função glótica e análise perceptivoauditiva de professores de escolas municipais. *Rev CEFAC* 2016;18:481–90. doi:10.1590/1982-0216201618211215.

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância em Saúde. Distúrbios da voz relacionados ao trabalho. Bepa [periódico na internet]. 2006 [acesso em 02 jun 2017]. Disponível em: <http://www.pucsp.br/laborvox/download/bepa-boletim-epidemiologico>

Cielo CA, Beber BC, Maggi CR, Kõrbes D, Oliveira CF, Weber DE, et al. Disfonia funcional psicogênica por puberfonia do tipo muda vocal incompleta: aspectos fisiológicos e psicológicos. *Estud psicol* 2009;26:227–36.

Cielo CA, Gonçalves BF da TG, Lima JP de ML, Christmann MK. Afecções laríngeas, tempos máximos de fonação e capacidade vital em mulheres com disfonia organofuncional. *Rev CEFAC* 2012;14:481–8.

Cipriano FG, Ferreira LP, Servilha EAM, Marsiglia RMG. Relação entre distúrbio de voz e trabalho em um grupo de Agentes Comunitários de Saúde. *CoDAS* 2013;25:548–56. doi:10.1590/S2317-17822014000100008.

Cipriano FG, Ferreira LP. Queixas de voz em agentes comunitários de saúde: correlação entre problemas gerais de saúde, hábitos de vida e aspectos vocais. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2011;16:132–9.

Costa HO. Distúrbios da Voz Relacionados com o Trabalho. In: Mendes R, editor. *Patologia do trabalho*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 1283-93.

Coutinho SB, Fiorini AC, Latorre O, Ferreira P. Sintomas vocais e sensações laríngeas em trabalhadores de uma usina de álcool e açúcar expostos a riscos ocupacionais. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2011;16:266–72.

Fawcus M. *Voice Disorders and Their Management*. 2 nd ed. San Diego: Singular, 1992.

Ferigollo JP, Fedosse E, Filha VAV dos S. Qualidade de vida de profissionais da saúde pública. *Cad Ter Ocup* 2016;24:497–507.

Ferraz L, Aerts DRGDC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc saúde coletiva* 2005;10:347–55.

Ferreira LP, Akutsu CM, Luciano P, Viviano NDAG. Condições de produção vocal de teleoperadores: correlação entre questões de saúde, hábitos e sintomas vocais. *Rev da Soc Bras Fonoaudiol* 2008;13:307–15. doi:10.1590/S1516-80342008000400003.

Ferreira LP, Dias R, Latorre DO, Pimentel S, Giannini P. Influence of Abusive Vocal Habits, Hydration , Mastication , and Sleep in the Occurrence of Vocal Symptoms in Teachers. *J Voice*. 2010;24(1):86–92.

Ferreira LP, Giannini SPP, Latorre MRDO, Simões-Zenari M. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: proposta de um instrumento para avaliação de professores. *Distúrb Comum* 2007;19(1):127-136.

Ferreira LP, Guerra JR, Loiola CM, De Assis Moura Ghirardi AC. Relação entre os sintomas vocais e suas possíveis causas em estudantes universitários. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2012;16:306–12. doi:10.7162/S1809-97772012000300002.

FIELD, Andy. Descobrindo a estatística usando SPSS. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Figueiredo IM, Neves DS, Montanari D, Camelo S. Qualidade de Vida no Trabalho: Percepções dos Agentes Comunitários de Equipes de Saúde da Família. *Rev enferm* 2009;17:262–7.

Fortes FSG, Imamura R, Tsuji DH, Sennes LU. Perfil dos profissionais da voz com queixas vocais atendidos em um centro terciário de saúde. *Braz J Otorhinolaryngol* 2007;73:27–31. doi:10.1590/S0034-72992007000100005.

Fritzell B. Voice disorders and occupations. *Logop Phoniatr Vocology* 1996;21:7–12. doi:10.3109/14015439609099197.

Furtado BMASM, Junior JLCA, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2004; 7(3): 279–289.

Gampel D, Karsch UM, Ferreira LP. Tion and Quality of Life of Elder Teachers and Non Teachers. *Ciência e Saúde Coletiva* 2010;15:2907–16. doi:10.1590/S1413-81232010000600028.

Gasparini G, Behlau M. Quality of Life: Validation of the Brazilian Version of the Voice-Related Quality of Life (V-RQOL) Measure. *J Voice* 2009;23:76–81. doi:10.1016/j.jvoice.2007.04.005.

Ghirardi ACAM, Ferreira LP, Giannini SPP LM. Screening index for voice disorder (SIVD): Development and validation. *J Voice* 2013;27:195–200. doi:10.1016/j.jvoice.2012.11.004.

Grillo MHMM, Penteado RZ. Impacto da voz na qualidade de vida de professore(a)s do ensino fundamental. *Pró-Fono Rev Atualização Científica* 2005;17:311–20. doi:10.1590/S0104-56872005000300006.

Hinkle DE; Wiersma W; Jurs SG. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. 5. ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003.

Hogikyan ND, Rosen CA. A review of outcome measurements for voice disorders. *Otolaryngol - Head Neck Surg* 2002;126:562–72. doi:10.1067/mhn.2002.124850.

Hogikyan ND, Sethuraman G. Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). *J Voice* 1999;13:557–69. doi:10.1016/s0892-1997(99)80010-1.

Jacobson BH, Johnson A, Grywalski C, Silbergleit A, Jacobson G, Benninger MS, et al. The Voice Handicap Index (VHI): Development and Validation. *Am J Speech-Language Pathol* 1997;6:66–9. doi:10.1044/1058-0360.0603.66.

Jardim R, Barreto SM, Assunção AA. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. *Cad Saude Publica* 2007;23:2439–61. doi:10.1590/S0102-311X2007001000019.

Johns-Fiedler H, Van Mersbergen M. The prevalence of voice disorders in 911 emergency telecommunicators. *J Voice* 2015;29:389.e1-389.e10. doi:10.1016/j.jvoice.2014.08.008.

Kasama ST, Brasolotto AG. Percepção vocal e qualidade de vida. *Pró-Fono Rev Atualização Científica* 2007;19:19–28. doi:10.1590/S0104-56872007000100003.

Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM, Santos CB dos, Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul* 2007;29:176–83. doi:10.1590/S0101-81082007000200009.

Lima-Silva MFB De, Ferreira LP, Oliveira IB De, Silva MADAE, Ghirardi ACAM. Distúrbio de voz em professores: autorreferência, avaliação perceptiva da voz e das pregas vocais. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2012;17:391–7. doi:10.1590/S1516-80342012000400005.

Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM da. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Rev da Esc Enferm da USP* 2012;46:633–40. doi:10.1590/S0080-62342012000300015.

Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev da Esc Enferm* 2007;41:426–33. doi:10.1590/S0080-62342007000300012.

Martins RHG, Pereira ERBN, Hidalgo CB, Tavares ELM. Voice disorders in teachers. A review. *J Voice* 2014;28:716–24. doi:10.1016/j.jvoice.2014.02.008.

Mascarenhas C, Prado F. Qualidade De Vida Em Trabalhadores Da Área De Saúde: Uma Revisão Sistemática. *Espaço para a Saúde - Rev Saúde Pública do Paraná* 2013;14:72–81.

Mascarenhas CHM, Fernandes MH, Prado FO, Oliveira LL de O, Costa RFGC, Santos DCL. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde Life quality of community health agents. *Arq Ciênc Saúde* 2012;19:97–103.

Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. *Cien Saude Colet* 2013;18:1375–86. doi:10.1590/S1413-81232013000500023.

Mendes ALF, Lucena BTL de, De Araújo AMGD, Melo LPF de, Lopes LW, Silva MFB de L. Voz do professor: sintomas de desconforto do trato vocal, intensidade vocal e ruído em sala de aula. *CoDAS* 2016;28:168–75. doi:10.1590/2317-1782/20162015027.

Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho. Protocolo de Complexidade diferenciada. Brasília, 2011.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. DF: Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. DF: Ministério da Saúde; 2012.

Morais EPG de, Azevedo RR, Chiari BM. Correlação entre Voz, Autoavaliação Vocal e Qualidade de Vida em Voz de Professoras. *Rev CEFAC* 2012;14:892–900.

Ortiz E, Costa EC, Spina AL CA. Proposta de modelo de atendimento multidisciplinar para disfonias relacionadas ao trabalho: estudo preliminar. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004;70:590–6. doi:10.1590/S0034-72992004000500003.paulista2.pdf.

Penteado RZ, Gonçalves CG de O, da Costa DD, Marques JM. Trabalho e saúde em motoristas de caminhão no interior de São Paulo. *Saude e Soc* 2008;17:35–45. doi:10.1590/S0104-12902008000400005.

Penteado RZ, Silva NB da, Montebello MI de L. Voz, estresse, trabalho e qualidade de vida de técnicos e preparadores físicos de futebol. *CoDAS* 2015;27:588–97. doi:10.1590/2317-1782/20152015021.

Pernambuco LA, Costa EBM, Zimmermann TS, Silva ACSS SB. Autoavaliação vocal , avaliação perceptivo-auditiva da voz e qualidade de vida em pacientes com suspeita de câncer tireoidiano : existe correlação ? *RevBrasCirCabeça Pescoço* 2013;42:8–12.

Pizolato RA, Rehder MIBC, Meneghim MDC, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Pereira AC. Impact on quality of life in teachers after educational actions for prevention of voice disorders: a longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes* 2013;11:28. doi:10.1186/1477-7525-11-28.

Pribušienė R, Baceviciene M, Uloza V, Vegiene A, Antuseva J. Validation of the Lithuanian version of the glottal function index. *J Voice* 2012;26. doi:10.1016/j.jvoice.2011.01.012.

Przysiezny PE, Tironi L, Przysiezny S. Work-related voice disorder. *Braz J Otorhinolaryngol* 2015;81:202–11.

Rantala LM, Hakala SJ, Holmqvist S, Sala E. Connections between voice ergonomic risk factors and voice symptoms, voice handicap, and respiratory tract diseases. *J Voice* 2012;26:819.e13-819.e20. doi:10.1016/j.jvoice.2012.06.001.

Rechenberg L, Goulart BNG de, Roithmann R. Impacto da atividade laboral de teleatendimento em sintomas e queixas vocais: estudo analítico. *J Soc Bras Fonoaudiol* 2011;23:301–7. doi:10.1590/S2179-64912011000400003.

Ribas TM, Penteado RZ, García-Zapata MTA. Qualidade de vida relacionada à voz: impacto de uma ação fonoaudiológica com professores. *Rev CEFAC* 2014;16:554–65. doi:10.1590/1982-0216201412912.

Ribeiro VV, Cielo CA. Medidas vocais perceptivo-auditivas e acústicas , queixas vocais e características profissionais de professoras de Santa Maria (RS). *Audiol Commun* 2014;1–12. doi:10.1590/S2317-64312014000400001395.

Ricarte A, Bommarito S, Chiari B. Impacto vocal de professores. *Rev CEFAC* 2011;13:719–27. doi:10.1590/S1516-18462011005000014.

Santana MDCCP De, Goulart BNG De, Chiari BM. Distúrbios da voz em docentes: revisão crítica da literatura sobre a prática da vigilância em saúde do trabalhador. *J Soc Bras Fonoaudiol* 2012;24:288–95. doi:10.1590/S2179-64912012000300016.

Santos CT dos, Santos C, Lopes LW, Silva POC, Lima-Silva MFB de. Relação entre as condições de trabalho e de voz autorreferidas por teleoperadores de uma central de emergência. *CoDAS* 2016;28:583–94. doi:10.1590/2317-1782/20162015125.

Santos LFB, David HMSL. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. *Rev Enferm* 2011;19:52–7.

Servilha EA, Roccon P de F. Relação entre Voz e Qualidade de Vida em Profesores Universitários. *Rev CEFAC* 2009;11:440–8.

Smith E, Gray SD, Dove H, Kirchner L, Heras H. Frequency and Effects of Teachers' Voice Problems. *J Voice* 1997;1:81–7.

Spina AL, Crespo AN. Assessment of Grade of Dysphonia and Correlation With Quality of Life Protocol. *J Voice* 2016. doi:10.1016/j.jvoice.2016.04.005.

Spina AL, Maunsell R, Sandalo K, Gusmão R, Crespo A. Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2009;75:275–9. doi:10.1590/S0034-72992009000200019.

The WHOQOL Group 1995. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med, Oxford*. 1995; 41(10):1403-9.

Titze IR, Lemke J, Montequin D. Populations in the U.S. workforce who rely on voice as a primary tool of trade: A preliminary report. *J Voice* 1997;11:254–9. doi:10.1016/S0892-1997(97)80002-1.

Trindade L de L, Gonzales RMB, Beck CLC, Lautert L. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm* 2007;28:473–9.

Ubrig-Zancanella MT, Behlau M. Relação entre ambiente de trabalho e alteração vocal em trabalhadores metalúrgicos. *Rev da Soc Bras Fonoaudiol* 2010:72–9.

Vasconcelos N de PC, Costa-Val R. Avaliação da Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa-MG. *Rev APS* 2008;11:17–28.

Williams NR. Occupational groups at risk of voice disorders: A review of the literature. *Occup Med (Chic Ill)* 2003;53:456–60. doi:10.1093/occmed/kqg113.

APÊNDICE A – (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa junto aos Agentes Comunitários de Saúde desta Unidade Básica de Saúde, intitulada: **Distúrbios da voz relacionados ao trabalho e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde (ACS)** e acreditamos que a sua participação será de grande importância. O objetivo deste trabalho é avaliar a autopercepção vocal e a qualidade de vida em Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana de Lagarto.

Caso não aceite ou desista em qualquer fase desta pesquisa, fica-lhe assegurado que não haverá qualquer prejuízo.

Este documento foi feito em duas vias, pois uma das vias ficará em poder do sujeito da pesquisa. **Caso aceite participar, é importante que saiba que:**

A) Caso haja qualquer **desconforto ou fadiga** durante o procedimento proposto, interrompa-o imediatamente e comunique a qualquer membro da pesquisa;

B) **Não há benefícios financeiros**, mas contribuição científica no que se refere à compreensão da qualidade vocal, da presença de sintomas vocais e do impacto vocal na qualidade de vida dos ACS;

C) **A confidencialidade dos dados será preservada**, sendo os mesmos manipulados somente pela equipe desta pesquisa;

D) A etapa inicial será realizada com o esclarecimento do seu objetivo e convite para participar do estudo, mediante a **carta-convite, assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** e preenchimento de **Formulário de Coleta de Dados sociodemográficos e sobre o trabalho**;

E) Em seguida, os ACS responderão dois questionários: **instrumento Índice de Triagem para Distúrbio de Voz (ITDV), Índice de Função Glótica (IFG)** e o instrumento de **Qualidade de Vida em Voz (QVV)** e serão submetidos a uma **Avaliação Perceptivo-auditiva e acústica da qualidade vocal por meio da emissão das vogais /a/ e /e/ sustentada, amostra de fala espontânea e frases de um protocolo**.

F) A divulgação dos resultados será realizada para fins científicos, sendo **preservada a sua identidade**;

Eu, _____ portador(a) do RG _____ concordo em participar da pesquisa intitulada “Distúrbio da voz relacionado ao trabalho e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde (ACS)” realizada junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe, Lagarto. Eu fui informado (a) que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento, sem que me ocorram quaisquer prejuízos físicos ou mentais. Declaro estar ciente de que a minha participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos aplicados.

Assinatura do(a) participante _____

Telefones: _____

Pesquisadora: _____

Data: ____/____/____

Certos de poder contar com sua autorização, coloco-me à disposição para esclarecimentos pelos telefones: (79) 9675-6721 e (79) 9113-4371, e-mail: mi-camyla@hotmail.com

APÊNDICE B - (Questionário Sociodemográfico)

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.NOME: _____

UBS: _____

2.SEXO: () M () F

3.IDADE: _____ ANOS

4.SITUAÇÃO CONJUGAL

A () SOLTEIRO

B () CASADO / QUALQUER FORMA DE UNIÃO

C () SEPARADO / DESQUITADO/ DIVORCIADO

D () VIÚVO

5.ESCOLARIDADE

A () ENSINO MÉDIO

B () SUPERIOR

C () SUPERIOR COM ESPECIALIZAÇÃO

D () MESTRADO

E () DOUTORADO

6.COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ CONSOME BEBIDAS ALCOÓLICAS?

A () NUNCA

B () AS VEZES

C () NO FIM DE SEMANA

D () DIARIAMENTE

7. CONSIDERANDO COMO FUMANTE QUEM JÁ FUMOU PELO MENOS 100 CIGARROS, OU 5 MAÇOS, NA VIDA, VOCE SE CLASSIFICA COMO:

A () NÃO FUMANTE

B () EX-FUMANTE

C () FUMANTE ATUAL

8. ATUALMENTE, VOCÊ ESTÁ FAZENDO USO DE MEDICAMENTO PRESCRITO POR MÉDICO PARA (MARQUE QUANTAS OPÇÕES FOREM NECESSÁRIAS):

A () HIPERTENSÃO ARTERIAL

B () DIABETE

C () DEPRESSÃO OU ANSIEDADE

D () ALTERAÇÕES DO SONO

E () REUMATISMO

F () OUTROS

DADOS SOBRE O TRABALHO

9. NO TOTAL, QUANTO TEMPO DE TRABALHO VOCÊ TEM COMO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE?
___ ANOS ___ MESES

10. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ TRABALHA NESTA UNIDADE?

___ ANOS ___ MESES

11. QUANTAS HORAS /SEMANA VOCÊ TRABALHA?

___ HORAS / SEMANA

ANEXO A - (Parecer Consubstanciado do CEP)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DISTÚRBIOS DA VOZ E QUALIDADE DE VIDA EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

Pesquisador: Camila Silva Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50219115.4.0000.5546

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Ciências Aplicadas a Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.353.402

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, analítico, com desenho transversal e caráter quantitativo que pretende identificar a possível presença de distúrbios da voz e sua relação com a qualidade de vida em Agentes Comunitários de Saúde do município de Lagarto/SE. Os dados serão coletados por meio de um questionário e utilizado o Instrumento Índice de Triagem para Distúrbio de Voz (ITDV). Para compreender como os distúrbios da voz podem interferir na qualidade de vida do sujeito será utilizado o Questionário de Qualidade de Vida em Voz (Q/VV). Para avaliação da qualidade vocal será realizada a análise perceptivo-auditiva da voz, por três juízes fonoaudiólogos especialistas em voz com experiência mínima de três anos em clínica. Para análise de concordância intra-avaliadores, serão repetidos 20% das amostras por meio do preenchimento da escala GIBAS que avaliará o grau da disfonia (G) pela identificação de quatro parâmetros isolados: rouquidão - Irregularidade de vibração das pregas vocais (R-roughness); instabilidade – flutuação na qualidade vocal (Instability); soprosidade – escape de ar transglótico não sonorizado (B-breathness); astenia – fraqueza vocal, perda de potência com harmônicos pouco definidos (A-asteny); e tensão – compressão das pregas vocais na linha média (Sstrain). A estatística descritiva, por meio da média, d.p.(desvio padrão), valor mínimo e máximo e mediana, será utilizada para descrever a amostra do presente estudo. O

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



Continuação do Parecer: 1.353-402

teste de Kappa para verificação Inter e Intrajuízas na avaliação perceptivo-auditiva da voz. A correlação de Spearman será utilizada para as correlações entre os escores do QVV, a autopercepção de sintomas vocais e avaliação perceptivo-auditiva. Para a significância estatística, assumirá-se um nível descritivo de 5%. Os dados foram digitados em Excel e analisados em SPSS versão 17.0 para Windows. Serão excluídos do estudo os profissionais que apresentem doença laringea diagnosticada, presença de alterações neurológicas com prejuízos relacionados à comunicação (de acordo com informações oferecidas pelo próprio participante), obstrução nas vias aéreas superiores no dia da pesquisa ou que estejam em submetidos a tratamento fonoaudiológico por problemas vocais.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a possível presença de distúrbios da voz e sua relação com a qualidade de vida em Agentes Comunitários de Saúde do município de Lagarto/SE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora principal informa que "não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa. O sigilo e anonimato serão preservados. O presente estudo permitirá a identificação de possíveis distúrbios vocais e efeitos de alterações vocais na qualidade de vida em voz dos Agentes Comunitários de Saúde, cujos resultados contribuirão para a difusão do conhecimento sobre as consequências à saúde vocal nessa categoria".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa adequado quanto aos aspectos técnico metodológicos eleitos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem entraves éticos ou pendência. Portanto, aprovado para execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.080-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



Continuação do Parecer: 1.353.402

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_600187.pdf	14/10/2015 20:20:31		Acelto
Declaração de Pesquisadores	Responsabilidade_pesquisador.docx	14/10/2015 20:11:29	Camila Silva Oliveira	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Responsabilidade_orientador.docx	14/10/2015 20:10:53	Camila Silva Oliveira	Acelto
Orçamento	Orcamento.docx	14/10/2015 20:10:05	Camila Silva Oliveira	Acelto
Cronograma	Cronograma.docx	14/10/2015 20:05:50	Camila Silva Oliveira	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento.docx	14/10/2015 19:58:01	Camila Silva Oliveira	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	14/10/2015 19:56:59	Camila Silva Oliveira	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_secretaria.jpg	14/10/2015 19:55:42	Camila Silva Oliveira	Acelto
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	14/10/2015 19:52:59	Camila Silva Oliveira	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 07 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Belista s/nº
Bairro: Sanatório
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)2105-1805

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufse.br

ANEXO B – (Índice de Triagem de Distúrbio de Voz – ITDV)

Nome: _____

DN: _____

Marque um "X" na opção que melhor descreve a frequência com que você tem os sintomas abaixo:				
1. Rouquidão	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
2. Perda da voz	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
3. Falha na voz	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
4. Voz grossa	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
5. Pigarro	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
6. Tosse seca	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
7. Tosse com secreção	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
8. Dor ao falar	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
9. Dor ao engolir	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
10. Secreção na garganta	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
11. Garganta seca	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
12. Cansaço ao falar	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre

ANEXO C – (Questionário Índice de Função Glótica-IFG)

Questionário IFG original – em adaptação cultural e linguística pelo CEV

No último MÊS,

0= não é um problema

De que forma os problemas abaixo afetaram você

5= é um problema muito grande

-
1. Tenho que fazer esforço para falar 0 1 2 3 4 5
 2. Sinto desconforto ou dor após falar 0 1 2 3 4 5
 3. Sinto fadiga vocal (voz fica fraca quando falo) 0 1 2 3 4 5
 4. Minha voz quebra ou está diferente 0 1 2 3 4 5

Total

ANEXO D – (Protocolo de Qualidade de Vida em Voz- QVV)

PROTOCOLO DE QUALIDADE DE VIDA EM VOZ – QVV

Publicação da validação: GASPARINI, BEHLAU 2009

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

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

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

Por causa de minha voz

O quanto isto é um problema?

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