



Licenciatura em Terapia da Fala

**O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde
vocal**

Monografia Final de Curso

Elaborado por Ana Borges

Aluno nº 200691425

Orientador: Professora Assistente, Licenciada Liliana Lucas

Barcarena

Junho 2010

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal.

“Knowledge that Kindergarten Teachers have about vocal health”

Ana Borges aluna n.º 200691425, sob orientação da Professora Assistente, Licenciada

Liliana Lucas

Universidade Atlântica (2009/2010)

RESUMO

Objetivos: Caracterizar o conhecimento que os Educadores de Infância do Concelho de Cascais possuem acerca de voz, saúde vocal e alterações vocais. **Método:** Estudo descritivo, por inquérito e transversal. A amostra é não probabilística convencional, constituída por 15 Educadores de Infância (n=15) dos Agrupamentos de Escolas do Concelho de Cascais e por isso a amostragem é por conveniência. Este estudo caracteriza-se pela aplicação de um questionário que permite avaliar o conhecimento dos Educadores de Infância, do Concelho de Cascais sobre saúde vocal. Após a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento dos dados e à análise estatística dos mesmos. **Resultados:** As respostas centram-se no “*discordo*” ou no “*concordo*”. As Educadoras de Infância apresentam dificuldade em 10 das 50 afirmações aplicadas, desconhecem qual o órgão que produz a voz e a forma como esta é produzida. Desconhecem o impacto negativo de falar baixinho, da utilização das pastilhas para a garganta, do imitar ruídos e vozes, da utilização excessiva da voz e dos factores genéticos na qualidade vocal. É importante referir que nas afirmações sobre andar de saltos altos, falar enquanto se está sentado em cadeiras para crianças e na utilização excessiva de medicamentos é possível verificar que as inquiridas não sabem o que responder, o que demonstra desconhecimento acerca desta temática. **Discussão/Conclusão:** De uma forma geral estas profissionais apresentam conhecimento generalizado acerca de voz, saúde vocal e alterações vocais. No entanto considera-se pertinente que existam programas de formações e prevenção nesta temática no sentido de esclarecer e

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

consciencializar esta população para as consequências de comportamentos prejudiciais para a voz.

Palavras-chave: Profissionais de Voz; Educadores de Infância; Voz; Saúde Vocal; Hábitos de Saúde Vocal; Mau uso e abuso vocal e alterações vocais.

ABSTRACT

Objectives: Description of the knowledge that Kindergarten Teachers from Cascais Council have on the voice, vocal health and vocal variations. **Method:** Descriptive study, by transversal appraisal. The conventional non-probability sample is composed of 15 Kindergarten Teachers (n = 15) of the grouping of schools from Cascais Council and therefore sampling is for convenience. This study is characterized with the use of a survey that measures the knowledge of Kindergarten Teachers, from Cascais Council regarding vocal health. After the data have been collected, it was treated and analyzed statistically. **Results:** The answers are focused on the “discord” or on “concord”. The Kindergarten Teachers achers show they have difficulty in the 10 of the 50 assessments applied, unaware that the organ that produces the voice and the way it is produced. Unaware of the negative impact of speak softly, use of throat pastilles, imitate noises and voices, using voice and genetic factors in voice quality. It is important to note that in assessments about floor of high heels, talk while they're sitting in chairs for children and excessive use of medicines cannot verify that the surveyed don't know what to answer, which demonstrates ignorance about this theme. **Discussion/Conclusion:** Generally these specialists have widespread knowledge on the voice, vocal health and vocal variations. However it is appropriate that training is provided in order to simplify and also to make the population aware of the consequences of harmful vocal behaviors.

Keywords: Professional voice; Kindergarten Teachers; Voice; Vocal health; Vocal health habits; Misuse and abuse vocal; Voice disorders.

Introdução

O tema escolhido para este estudo é o conhecimento sobre voz dos Educadores de Infância, do Concelho de Cascais.

A voz e a fala são atributos exclusivos do homem. A voz é o som produzido pelas vibrações das duas pregas vocais. Através do aparelho fonador e de toda a emoção emitida é que as pessoas exercem a sua maior influência (Quinteiros, 2000). No sentido lato, a voz pode ser definida, como um som audível resultante da inter-relação complexa entre a pressão e a velocidade do fluxo de ar expiratório (que influenciam directamente o volume, ou seja, a intensidade), dos diferentes padrões de adução e abdução das pregas vocais (que influenciam directamente a sonoridade ou registo) e das propriedades de reflexão e configuração das estruturas do tracto vocal (que influenciam directamente a ressonância). No sentido restrito, a voz é o som resultante da actividade laríngea (Guimarães, 2007). A voz é produzida através do tracto vocal, a partir de um som gerado na laringe. A laringe localiza-se no pescoço e é um tubo alongado, no interior do qual ficam as duas pregas vocais. Quando respiramos silenciosamente, as pregas vocais ficam abertas, ou seja, afastadas entre si, para permitir a entrada e a saída livre do ar. Quando produzimos a voz, as pregas vocais devem aproximar-se e vibrar, o ar é essencial para a produção da voz (Behlau e Pontes, 2001).

Behlau e Pontes (2001) afirmam que encaramos a nossa voz como uma manifestação automática do nosso corpo e lhe damos pouca atenção, pondo em risco a saúde vocal. As normas básicas de saúde vocal são praticamente desconhecidas da população em geral.

Na actividade profissional do Educador de Infância, a voz tem um papel importantíssimo, uma vez que pode facilitar ou prejudicar a inteligibilidade da mensagem, bem como ser uma fonte de indexação de informação estética, linguística e cultural, potencializando ou não a eficácia e a credibilidade da sua comunicação oral (Guimarães, 2004; Latorre e Simões, 2006).

A higiene vocal consiste em normas básicas que auxiliam a preservar a saúde vocal e a prevenir o aparecimento de alterações e doenças vocais (Behlau e Pontes, 2001). O

objectivo da higiene vocal é que a pessoa seja informada e educada de forma a auto-identificar padrões e atitudes vocais desajustadas de modo a modificar e/ou eliminar os comportamentos inadequados (Froeschels, 1943, citado por Pannabacker, 1998, *in* Guimarães, 2007). Behlau e Pontes (1993) citados por Silva (2003) acrescentam que estas normas devem ser seguidas por todos, particularmente por aqueles que utilizam mais a voz ou que têm tendência para alterações vocais.

A saúde vocal é um conceito que abrange os diversos aspectos, tais como: voz clara e limpa, produzida sem esforço e agradável ao ouvinte. Para além destes aspectos, um indivíduo apresenta uma voz saudável quando tem capacidade para variá-la em qualidade, intensidade, frequência e modulação, em função do ambiente, situação e contexto de comunicação (Behlau e Pontes, 2001).

O mau uso e abuso vocal são dois factores de risco, um profissional que não possua conhecimento sobre saúde vocal, pode de forma inconsciente, prejudicar a sua voz. O abuso vocal é caracterizado como sendo o uso súbito da voz de forma violenta ou o uso continuado de comportamentos vocais abusivos como gritar, falar alto, falar em situações de ruído elevado, falar muito, imitar ruídos, pigarrear, tossir e chorar excessivamente. Estes comportamentos abusivos podem dar origem ao hiperfuncionamento da musculatura laríngea, inflamação da glote, edema sub-epitelial localizado (nódulos), difuso (edema de Reinke) ou hemorrágico (pólipo) das pregas vocais (Guimarães, 2007). O mau uso vocal é a distorção da coordenação e interacção dos componentes do sistema fonatório, ou seja, má técnica vocal, resultando em uso vocal inapropriado da sensação de altura tonal, da sensação de intensidade e da qualidade (de forma combinada ou isolada) (Polow e Kaplan, 1980; Colton e Casper, 1996; Stemple, Glaze e Gerdeman, 1995, citados por Guimarães, 2007). Os comportamentos de mau uso vocal podem ser categorizados da seguinte forma: tensão e esforço exagerado (ataque glótico brusco, posição alta da laringe, constrição laríngea antero-posterior); uso inapropriado da altura tonal (falar ou cantar fora da extensão vocal com sinais de fadiga vocal e disfonia); uso vocal excessivo ou prolongado; e descoordenação pneumofonoarticulatória. É de extrema importância estarmos atentos às alterações da voz (Guimarães, 2007).

Os factores que prejudicam a saúde vocal podem ser divididos em três componentes: comportamentos vocais, não vocais e factores ambientais. Os comportamentos vocais desadequados são por exemplo, o gritar sem suporte respiratório, sussurrar, hábitos vocais inadequados e o pigarrear (Pinho, 2003; Behlau *et al.*, 2001b). Exemplos de comportamentos não vocais são o fumar, o álcool, as drogas, alimentação inadequada, falta de repouso, vestuário incorrecto, desportos abusivos, alterações hormonais e medicamentos (Pinho, 1997; Behlau *et al.*, 2001a). E por fim, os factores ambientais, que também podem ter um grande impacto na voz, são o uso do ar condicionado, a exposição ao pó, a poluição, alergias, entre outros (Pinho, 1997; Behlau *et al.*, 2001b).

Segundo Behlau e Pontes (2001), o fumo é altamente nocivo e o consumo de álcool também, pois agredem todo o sistema respiratório. O fumo age directamente sobre a mucosa, que reveste a laringe e as pregas vocais, provocando duas reacções: uma de defesa (através da descarga intensa de muco) e outra que envolve uma paragem na movimentação ciliar do epitélio (ocasionando um depósito de secreção que provoca o pigarreio). O álcool causa a irritação do aparelho fonador semelhante à produzida pelo tabaco. O uso de drogas inalatórias ou injectáveis têm acção directa sobre a laringe e a voz, provocando irritação, agressão, vaso constricção e hipotonia muscular na laringe.

Existem vários hábitos vocais inadequados. Os mais frequentes são o pigarrear, tossir com força, e competir com os sons de fundo. O pigarrear é uma agressão para as pregas vocais, que piora a condição da laringe, tal como a tosse é um gesto extremamente agressivo para a mucosa da laringe. Estes hábitos referidos anteriormente podem contribuir para o aparecimento de alterações nas pregas vocais, através do atrito que provoca irritação e descamação do tecido. A competição sonora é um hábito inadequado em resposta à poluição auditiva. O aconselhável é que se mantenha a intensidade vocal num nível moderado em todas as situações de comunicação. O falar sussurrado também deve ser evitado, pois geralmente representa um esforço maior que o necessário para a produção natural da voz, já que nessas emissões bloqueamos a vibração livre das pregas vocais e o som é produzido apenas pela vibração do ar (Behlau e Pontes, 2001). Uma das actividades mais agressivas para as pregas vocais é o acto de gritar, uma vez que

provoca atrito entre as mesmas. Devido a este efeito negativo, o grito, só deve ser utilizado em caso de perigo ou sobrevivência (Behlau e Pontes, 2001; Pinho, 2003).

A postura inadequada pode afectar a comunicação humana. Posturas corporais inadequadas geralmente estão associadas a uma emissão vocal deficiente. Os desvios de postura devem ser evitados, principalmente durante a fala, pois limitam a boa produção da voz. Um corpo com movimentos harmoniosos favorece a movimentação livre da laringe e a produção adequada da voz (Behlau e Pontes, 2001).

Outro factor que tem uma influência negativa na voz é o stress. Quando o nível de stress ultrapassa o limite suportável pelo organismo, não existe processo de recuperação do mesmo, e conseqüentemente, pode resultar em tensão muscular excessiva com efeitos no funcionamento corporal e na qualidade vocal (Guimarães, 2007). Rosen e Sataloff (1997), citados por Guimarães (2007) referem que os períodos prolongados de stress podem resultar em fadiga vocal, palpitações, boca seca e por vezes problemas digestivos.

A poluição também pode afectar a voz. Segundo Behlau e Pontes (2001) o ar passa sempre pela laringe e conseqüentemente pelas pregas vocais. Não é fácil provar a relação entre a poluição e as perturbações da voz, pois esta relação é complexa e não é necessariamente directa. Alguns poluentes atingem directamente o nosso organismo por inalação, mas outros agem indirectamente, através da circulação sanguínea.

A alimentação é outro dos factores que pode interferir na qualidade vocal. Behlau e Pontes (2001) afirmam que alimentos pesados e muito condimentados dificultam a digestão e a movimentação livre do músculo diafragmático, essencial para a respiração. Grande parte da nossa energia passa a ser utilizada na digestão, fazendo com que a função vocal fique prejudicada. Pastilhas e sprays locais podem atenuar sensações desagradáveis durante a emissão da voz, porém acabam por massacrar a dor do esforço vocal, prejudicando o estado das mucosas. Alimentos e bebidas muito gelados são sempre nocivos, pois o choque térmico causa uma descarga imediata de muco e edema das pregas vocais. Uma alimentação desadequada pode ainda levar à formação de refluxo gastro-esofágico, quando este atinge a laringe é denominado por refluxo

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

laringo-faríngeo e neste caso o suco gástrico, altamente nocivo, produz lesões na mucosa das pregas vocais e nas estruturas da laringe.

A produção da voz é uma função de grande gasto energético. A energia necessária para colocar as pregas vocais em vibração e produzir a fala é muito grande o que pode levar ao cansaço vocal após o uso excessivo ou o uso da voz com grande intensidade. Para compensar este cansaço vocal o nosso organismo necessita em média de 8 horas de sono por noite para recuperar energias. Uma noite mal dormida pode significar uma voz rouca, fraca e com ar pela manhã (Behlau e Pontes, 2001).

Segundo Behlau e Pontes (2001) o limite ao ar condicionado é individual, mas geralmente ocorre sempre uma agressão à mucosa das pregas vocais, pois o arrefecimento do ambiente é acompanhado pela redução da humidade do ar, que provoca a consequente secura do tracto vocal, o que leva a uma produção da voz com esforço e tensão. As mudanças de temperatura podem afectar todo o tracto vocal favorecendo inflamações e infecções que impedem a livre função vocal.

O vestuário pode interferir negativamente na produção da voz, de três formas diferentes: compressão, alergias e postura. A compressão da região do pescoço e do abdómen são as piores para a voz. No pescoço, porque é onde se encontra a laringe com as pregas vocais e na cintura, porque é onde se encontra o músculo diafragmático, importante para o apoio respiratório da fonação. As alergias também são responsáveis por muitos problemas vocais, desta forma temos que ter atenção aos tecidos do vestuário, assim como os detergentes e amaciadores utilizados na lavagem das roupas. Por fim a postura corporal, factor que também influencia a qualidade vocal aconselha-se que os sapatos sejam preferencialmente baixos, pois saltos altos provocam uma postura tensa a fim de manter o corpo erecto dificultando a emissão vocal (Behlau e Pontes, 2001).

Behlau e Pontes (2001) afirmam que os medicamentos são complexos químicos que podem comprometer decisivamente a produção vocal, quando administrados incorrectamente. Os efeitos e as reacções colaterais variam em função do indivíduo. Medicamentos como analgésicos, antibióticos, sprays nasais, descongestionantes, anti-

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

histamínicos, corticosteróides, vitamina C, tranquilizantes, calmantes, entre outros, podem ter efeitos negativos na qualidade vocal.

Uma das principais medidas de higiene e saúde vocal é a hidratação. Segundo Behlau e Pontes (2001), a água é um componente primário do nosso organismo. Para que a vibração das pregas vocais ocorra de modo livre e com atrito reduzido é essencial que a laringe esteja bem hidratada. A água é um componente vital para todas as funções do corpo e da produção vocal. O ideal seria que bebêssemos 2L de água por dia. Quando dormimos de boca aberta ou quando possuímos um quadro gripal, acordamos com a boca e a garganta seca e sentimos uma grande dificuldade para falar, esforço para falar, pigarreio persistente ou saliva grossa são sinais de hidratação insuficiente.

É de extrema importância ter atenção a todos os sintomas vocais, o cancro da laringe, por exemplo, pode começar com uma rouquidão semelhante à de uma constipação. Qualquer rouquidão por mais de duas semanas deve ser avaliada adequadamente (Behlau e Pontes, 2001).

A conservação destes hábitos negativos por tempo prolongado pode dar origem a determinados sintomas que se não forem corrigidos, atempadamente, podem dar origem a um agravamento progressivo da situação vocal, podendo mesmo levar ao aparecimento de patologias vocais graves (Behlau e Pontes, 2001).

Behlau e Pontes (2001) afirmam que para os Educadores de Infância, os problemas vocais são a causa mais frequente de dispensa no trabalho e readaptação funcional no ensino. No entanto esta situação pode ser revertida com a atenção às normas de saúde vocal e com o desenvolvimento de programas específicos de prevenção.

Na última década vários estudos mostraram associação entre actividades profissionais vocalmente exigentes e risco aumentado de desenvolver problemas vocais. Os docentes são o grupo profissional que mais refere problemas vocais, e a revisão de investigações elaboradas com base na análise de séries de casos provenientes de Otorrinolaringologia ou de Terapia da Fala também revelam que esta é a profissão mais representativa, com elevado risco de disfonia devido a ambiente físico e psíquico em que decorre (Freitas, 2006).

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

Em seis estudos verificou-se que mais de 50% dos docentes acabam por experimentar dificuldades fonatórias no decorrer da sua vida profissional activa (Freitas, 2006).

A ausência de som, por ausência de movimentos vibratórios das cordas vocais quando se pretende falar é denominada por afonia, esta pode ser episódica ou permanente (Guimarães, 2007). Em contrapartida a disfonia, dá-se quando a altura tonal, a sensação de intensidade e/ou a qualidade vocal são desagradáveis ou inadequadas para a idade e sexo do falante e inaceitáveis do ponto de vista social e/ou profissional (Pollow e Kaplan, 1980; Enderby e Emerson, 1995, citado por Guimarães, 2007).

Normalmente os sinais e sintomas mais facilmente interpretados como possíveis indicadores de alterações na saúde vocal são aqueles que provocam sensações físicas de desconforto, tal como ardor, dor ao falar, tosse, infecções da laringe, rouquidão e afonia (Penteado, 2007).

Poucos são os estudos feitos especificamente com Educadores de Infância. No entanto, num estudo de Latorre e Simões (2006) com o objectivo de se aferir a prevalência de alteração vocal nas Educadoras de Infância, foi verificado que os principais sintomas vocais físicos apresentados eram rouquidão, cansaço vocal, variação na frequência e afonia. A nível perceptivo-auditivo revelaram garganta seca, pigarreio, dor e/ou ardor ao falar.

RCSLT (2009) refere que a disfonia contempla alterações vocais, caracterizadas por alterações na intensidade, volume, ressonância e/ou qualidade, que podem ser inconstantes ou constantes, variando de leves a severas e que podem ser inapropriadas para a idade, género ou cultura do falante. Segundo o RCSLT (2009) as anomalias congénitas são umas das possíveis etiologias da disfonia.

As disfonias consoante os autores podem ter várias classificações. Behlau & Pontes (1995) apresentam três categorias: as disfonias funcionais, as disfonias orgânico-funcionais e as disfonias orgânicas.

Segundo Guimarães (2007), existem perturbações orgânicas da voz de etiologia difusa (congénita, estrutural, inflamatória, endócrina, reumatológica, tumoral ou traumática),

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

neurológica (sistema piramidal, extrapiramidal, cerebelo ou sem localização definida) ou de etiologia desconhecida, estas podem ser classificadas como uma disfonia orgânica.

É importante termos consciência que a voz é a forma mais utilizada para comunicarmos, para estabelecermos relações sociais e profissionais. São vários os profissionais que utilizam a sua voz como principal instrumento de trabalho. De acordo com Ferreira, os profissionais de voz são considerados, por Terapeutas da Fala e Otorrinolaringologistas, aqueles que fazem da sua voz o seu principal instrumento de trabalho. Esta classificação surge numa tentativa de Ferreira relacionar profissionais que fazem uso da voz e as diferentes áreas de actuação (educação, artes, comunicação, entre outras). É uma definição simples, pois cada profissional pode ter diferentes envolvimento com a sua voz em contexto profissional, e desta forma ter uma classificação dessa natureza não contempla a real descrição de necessidades e actuações. O termo profissional da voz muitas vezes, ao ser utilizado noutros contextos, que não o de Terapia da Fala e de Otorrinolaringologia acaba por ser confundido com os profissionais que atendem ou que cuidam da voz das pessoas que necessitam. Seguindo este raciocínio, os Terapeutas da Fala e os Otorrinolaringologistas seriam os profissionais da voz (2004: 138-139).

Segundo Guimarães (2007), há razões para acreditar que a incidência da disfonia se correlaciona com a profissão. Nas pesquisas efectuadas em contexto clínico, de entre as 10 profissões mais ocorrentes estão os profissionais de educação (Professores e Educadores). Em Portugal, estudos de prevalência de perturbações vocais, em professores que não procuram a clínica, apontam para 20% em professores do Ensino Secundário (Guimarães e Cruz, 1997, citados por Guimarães, 2004, *in* Guimarães, 2007), 10,2% em professores do Ensino Básico (Freitas, 2004, citado por Guimarães, 2007) e 47% em professores de “*fitness*” (Larcher, 2003, citados por Guimarães, 2004, *in* Guimarães, 2007). No entanto neste estudo desconhece-se a percentagem de Educadores de Infância.

As diferenças encontradas podem estar relacionadas com as diversas abordagens metodológicas como, por exemplo, a avaliação da perturbação ser feita pelos profissionais (Guimarães e Cruz, 1997, citado por Guimarães, 2004, *in* Guimarães,

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

2007) ou autodeclarada (Freitas, 2004, citado por Guimarães, 2007) ou ainda com o tipo de actividade exercida, não obstante serem todos profissionais (Guimarães, 2007).

Smith *et al.* (1998), citado por Guimarães (2007), verificaram que os professores têm significativamente mais incidência de problemas de voz (67%) quando comparados com um grupo de outros profissionais (33%). Segundo Pekkarinen, Himberg e Pentti (1992), citado por Guimarães (2007), os 478 professores estudados apresentam mais queixas e problemas de voz, e por períodos mais longos, do que os 95 enfermeiros. No estudo de Sala *et al.* (2001), citado por Guimarães (2007), as 262 educadoras apresentam significativamente mais problemas de voz que as 108 enfermeiras.

Segundo Battisti (2002), muitos professores desconhecem os cuidados que devem ter com a alimentação, o sono, o vestuário e os recursos vocais que auxiliam na manutenção da boa qualidade vocal. Alguns também não associam os abusos vocais, fumo e o álcool como factores que contribuem para a existência dos sintomas vocais.

Profissionais que utilizam muito a voz têm um esforço vocal muito maior (por exemplo, Educadores de Infância) ou que precisam de trabalhar em condições extremas de capacidade vocal são mais vulgarmente afectados por distúrbios da voz. O impacto dos problemas vocais no trabalho de profissionais da voz afecta a sua capacidade de empregabilidade e estão relacionados com o aumento do desemprego (Epstein *et al.*, 2009, citados por RCSLT, 2009). De um modo geral, uma disfonia num indivíduo tem consequências não só ao nível das alterações vocais mas também ao nível da actividade, participação e bem-estar do mesmo (RCSLT, 2009).

O Terapeuta da Fala é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, tratamento e estudo científico da comunicação humana e das perturbações com ela relacionadas. Neste contexto, a comunicação humana engloba todos os processos associados com a compreensão e produção da linguagem oral e escrita, bem como as formas adequadas de comunicação não verbal (CPLOL, 2003).

Desta forma, tendo em conta os Educadores de Infância, compete ao Terapeuta da Fala prevenir futuros problemas de voz, ou no caso de esses problemas já existirem, melhorar a qualidade de vida destes profissionais, de forma a melhorar as zonas

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

afectadas. Os principais objectivos dos programas de prevenção são reduzir a incidência e a prevalência de distúrbios da voz e identificar estratégias preventivas. A prevenção é a primeira forma de intervenção do Terapeuta da Fala. Esta pode realizar-se a três níveis: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.

A prevenção primária diz respeito a actividades que visam reduzir a incidência da doença numa dada população, reduzindo possíveis riscos de patologia, por exemplo na disfonia, compete ao Terapeuta da Fala incidir na prevenção de possíveis alterações vocais que surgem com a patologia. Esta fase surge quando já existe um diagnóstico médico (Prevention Committee CPLOL, 2000). A prevenção secundária diz respeito a todas as actividades que visam reduzir a prevalência da doença, reduzindo o tempo de evolução. Esta concerne na detecção precoce de perturbações através de rastreios e no estabelecimento de uma relação multidisciplinar, promovendo as condições para que os pacientes possam desenvolver as suas actividades sociais e profissionais (Prevention Committee CPLOL, 2000). Por fim, a prevenção terciária visa reduzir a prevalência da deficiência crónica ou a recorrência de doença, reduzindo as circunstâncias funcionais devido à mesma (Prevention Committee CPLOL, 2000). Segundo ASHA (2008) a prevenção pode realizar-se a quatro níveis: prevenção primordial, prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. A prevenção primordial tem como objectivo evitar o aparecimento e o estabelecimento de estilos de vida que se sabem contribuir para um risco acrescido da patologia vocal. Na prevenção primária actua-se antes de o problema se ter instalado contemplando as acções de promoção e prevenção vocal. No caso da prevenção secundária, identifica-se e corrige-se precocemente qualquer desvio à normalidade. Por último, na prevenção terciária o objectivo é habilitar ou reabilitar de modo a reduzir a incapacidade o mais próximo possível.

Segundo Guimarães (2004), a terapia vocal indirecta envolve todos os actos de informação e formação sobre dinâmica vocal (por exemplo, como se produz a voz, factores desencadeantes e perpetuantes de problemas de voz e saúde vocal). Nesse sentido são importantes os materiais informativos à disposição do público em geral e mais especificamente à disposição dos profissionais da voz. A terapia vocal directa deve ter em conta o indivíduo, ou seja, a especificidade do seu problema (por exemplo a

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

ausência ou presença de patologia laríngea), a sua formação (nível sócio-cultural) e o seu papel na sociedade (por exemplo, o tipo de profissional da voz) (Guimarães, 2004).

Importa sobre tudo referir que a terapia vocal não é um acto restrito de mera aplicação de técnicas, mas um processo onde existe uma necessidade recíproca de colaboração para se chegar ao conhecimento efectivo do problema, à definição de prioridades e à busca de soluções a serem aplicadas de uma forma proactiva (Guimarães, 2004). Nesse sentido qualquer abordagem terapêutica, seja ela fisiológica, sintomática, psicossomática ou eclética, deve ser encarada não só na perspectiva meramente individual, mas também na perspectiva do indivíduo como um elemento de um sistema (Guimarães, 2004). Compreensão, empatia e projecção de credibilidade, conjuntamente com o saber ouvir, aconselhamento e motivação, são atributos essenciais para o sucesso da terapia vocal (Guimarães, 1997 citado por Guimarães, 2004).

A literatura destaca a prevalência de alterações vocais em Educadores de Infância e aponta necessidades em determinados aspectos relacionados com a voz e com a saúde vocal destes profissionais, na percepção da própria voz, no preparo para o uso profissional da voz, nos cuidados com a saúde vocal, na prevenção e na promoção da saúde (Penteado, 2007).

No que concerne à pertinência do estudo, proponho-me a estudar e a analisar qual o conhecimento que cada Educador de Infância, do Concelho de Cascais, possui acerca de saúde vocal, uma vez que considero essencial que esta população alvo possua conhecimentos sobre voz, saúde vocal e alterações vocais para poderem evitar comportamentos negativos que prejudiquem a voz. Os Educadores de Infância são profissionais que utilizam frequentemente a voz e que o desconhecimento de factores de mau uso e abuso vocal podem dar origem a patologias vocais. Tendo em conta a recolha bibliográfica e a pertinência deste estudo, foi definida a Questão Orientadora: “Qual o conhecimento que os Educadores de Infância têm sobre voz?”. Assim, de forma a dar resposta a esta questão orientadora, foram estabelecidos os seguintes objectivos: caracterizar o conhecimento que os Educadores de Infância têm acerca da produção de voz (objectivo 1), caracterizar o conhecimento que os Educadores de Infância têm

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

acerca de saúde vocal (objectivo 2) e caracterizar o conhecimento sobre alterações vocais (objectivo 3).

2. Metodologia

Durante este processo de investigação foi efectuado um estudo de carácter descritivo por inquérito e transversal.

Neste contexto, o estudo é transversal uma vez que a observação foi efectuada a partir da colheita de dados de um questionário aplicado num único momento, identificando os factores de risco. O tipo de estudo é descritivo, pois irá ser efectuada uma caracterização e uma descrição dos resultados obtidos através do inquérito, sendo que a investigação irá ser realizada com base nos resultados obtidos nesse inquérito (Fortin, 2003).

Inicialmente a amostra era constituída por 30 (n=30) Educadores de Infância. No entanto a amostra utilizada neste estudo teve que ser reduzida para 15 (n=15) devido a limitações impostas pela Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar, mais especificamente pela Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC). Uma vez que além deste estudo está a ser realizado outro estudo semelhante, nos jardins-de-infância do mesmo concelho mas com outra amostra, a Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, impôs que os estudos não fossem ambos realizados nos mesmos estabelecimentos de ensino. Neste sentido, foi proposto que a realização de cada estudo fosse efectuada em 11 jardins-de-infância, perfazendo os 22 existentes no Concelho de Cascais.

A amostra é não probabilística convencional, constituída por 15 Educadores de Infância (n=15) de quatro Agrupamentos de Escolas do Concelho de Cascais e por isso a amostragem é por conveniência, é importante referir que os resultados desta investigação não podem ser generalizados para a população (Fortin, 2003).

A amostra tem como variáveis de inclusão os Educadores de Infância que trabalham há mais de um ano, trabalham no Agrupamento de Escolas do Concelho de Cascais e trabalham no ensino público. As variáveis de exclusão da amostra são Educadores de Infância que tenham conhecimento na área da Terapia da Fala e que trabalham no ensino privado.

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

A amostra é constituída por 15 (100%) Educadoras de Infância do sexo feminino.

Verificou-se que 3 (20%) das inquiridas encontram-se na faixa etária entre [26-30] anos, apenas 1 (6,7%) inquirida tem idade compreendida entre [31-35] anos, 1 (6,7%) Educadora tem idade compreendida entre [36-40] anos, 4 (26,7%) das inquiridas encontram-se na faixa etária entre [41-45] anos, 2 (13,3%) das Educadoras encontram-se entre a faixa etária dos [46-50], 2 (13,3%) das inquiridas encontram-se na faixa etária entre [51-55] e por fim 2 (13,3%) Educadoras encontram-se na faixa etária entre [56-60] anos. A média de idades das Educadoras de Infância é de 42,60 anos. Os resultados apresentados podem ser observados na figura 1.

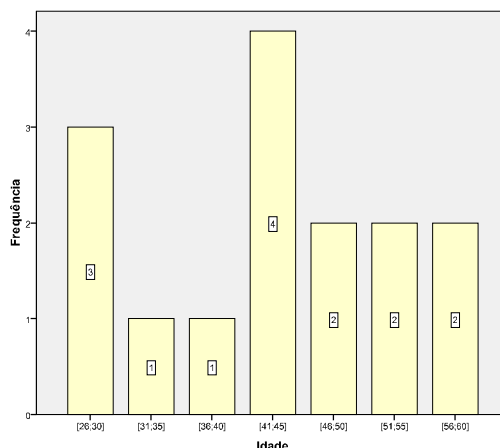


Figura 1 – Caracterização da amostra quanto à idade

No que diz respeito à escolaridade, 12 (80%) das Educadoras de Infância possuem uma Licenciatura e 3 (20%) das Educadores de Infância possuem Licenciatura e Mestrado. Os resultados apresentados podem ser observados na figura 2.

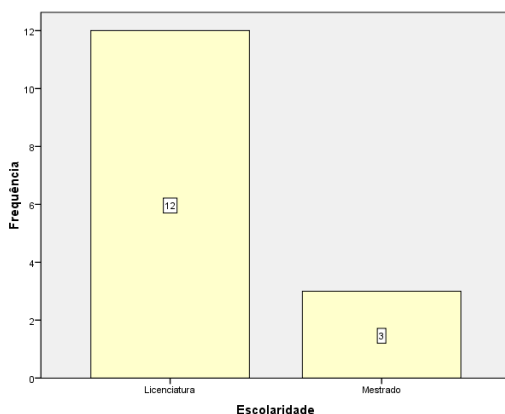


Figura 2 – Caracterização da amostra quanto à escolaridade

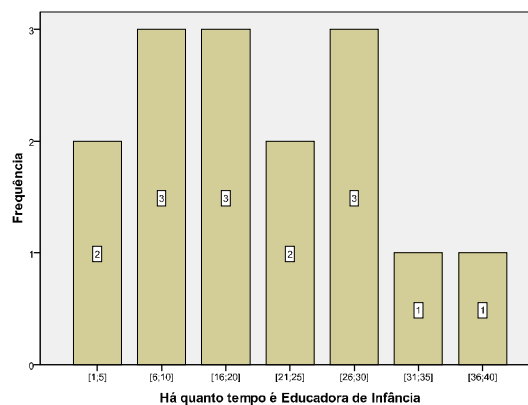


Figura 3 – Caracterização da amostra quanto ao tempo que exerce a profissão

No que concerne ao tempo que cada Educadora de Infância exerce a sua profissão, podemos verificar que 2 (13,3%) das Educadoras trabalha entre [1-5] anos, 3 (20%) destas profissionais trabalham entre [6-10] anos, 3 (20%) das Educadoras de Infância

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

trabalham entre [16-20], 2 (13,3%) das profissionais trabalham entre [21-25] anos, 3 (20%) das profissionais trabalha entre [26-30] anos, 1 (6,7%) Educadora trabalha entre [31-35] anos e por fim 1 (6,7%) Educadora trabalha entre [36-40] anos. A média dos anos que as inquiridas exercem a profissão é de 19,33 anos. Os resultados podem ser observados na figura 3.

Nenhuma das Educadores de Infância que participou neste estudo, 15 (100%), fez alguma vez ou beneficiou de Terapia da Fala.

O questionário foi elaborado de forma a dar resposta aos objectivos propostos anteriormente (apêndice A). Este questionário pretendeu recolher os dados sobre o conhecimento que os Educadores de Infância possuem acerca de saúde vocal, para posteriormente serem analisados. O questionário é composto por duas partes. A primeira parte tem como objectivo caracterizar a situação sócio-demográfica da amostra. A segunda parte abrange um contexto mais teórico, através de afirmações e tem como objectivo caracterizar o conhecimento sobre saúde vocal. Nesta fase é utilizada uma escala de tipo *Likert* (Kidder, 1981; Gauthier, 1992, citado por Fortin, 2003). A escala de tipo *Likert* consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados, escolhendo entre quatro respostas possíveis. Uma escala de tipo *Likert* constrói-se em cinco etapas (Kidder, 1981; Gauthier, 1992, citado por Fortin, 2003). Para a escala de tipo *Likert* utilizada no questionário foi utilizado um número par de categorias, nomeadamente: “*discordo totalmente*”, “*discordo*”, “*concordo*”, “*concordo plenamente*” e “*não sei*”. Posteriormente a ser delineado o questionário, foi efectuado um pré-teste, aplicado a 12 colegas, 11 do género feminino e um do género masculino, com idades compreendidas entre os 21 e 50 anos do curso de Terapia da Fala e uma Educadora de Infância com 43 anos. Após a aplicação do pré-teste foram efectuadas as reformulações do questionário. As reformulações tiveram por base críticas efectuadas pelos colegas no decorrer do pré-teste, tendo sido nomeadas as seguintes críticas, a extensão da escala do tipo *Likert*, a extensão do questionário e algumas frases constituídas com uma linguagem mais técnica.

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

Foi necessário pedir autorização à Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC). Para obtermos essa autorização foi necessário o registo do inquérito no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME), num site da internet (<http://mime.gepe.min-edu.pt>). Após a autorização da realização do estudo pôde-se iniciar os contactos com os Directores dos sete Agrupamentos de Escolas do Concelho de Cascais (em apêndice encontra-se disponível o email de confirmação da autorização, apêndice B).

No que concerne aos aspectos éticos, foram tratados os pedidos de autorização, nomeadamente autorização formal aos Agrupamentos de Escolas de Cascais e aos respectivos Directores (apêndice C). Tendo em conta os princípios éticos, respeitou-se os direitos dos participantes, informou-se os participantes sobre todos os aspectos da investigação que possam influenciar a decisão de colaborar ou não e explicar todos os aspectos da investigação sobre os quais possam vir a ser colocadas questões, ao longo do estudo foi sempre respeitada a decisão dos profissionais que não aceitaram colaborar na investigação ou que desistiram no seu decurso, foram sempre protegidos os prejuízos físicos, morais e profissionais que pudessem surgir da investigação e afectar os participantes, foi sempre garantida a confidencialidade da informação obtida e antes da aplicação dos questionários foram solicitadas as autorizações dos agrupamentos a que pertencem os participantes (Fortin, 2003). É importante referir que também foi elaborada uma explicação rigorosa das fontes utilizadas e da autenticidade na redacção do relatório da investigação (Carmo e Ferreira, 2008).

Em apêndice encontram-se todas as declarações sobre os procedimentos desde o pedido de autorização até à aplicação do questionário e recolha dos dados (apêndice D). Após a obtenção de resposta por parte dos Agrupamentos de Escolas foi dado a conhecer o consentimento livre e informado a cada sujeito da amostra seguido da aplicação do questionário.

Os dados obtidos através dos questionários aplicados foram analisados estatisticamente, através da realização de uma base de dados utilizando o software *Statistical Package for Social Sciences* 17.0 (SPSS 17.0) e estudados através de uma análise descritiva.

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

Finalizado todo o estudo, o trabalho foi entregue ao orientador, sendo posteriormente apresentado oralmente.

3. Resultados

A apresentação dos resultados é efectuada apenas numa etapa: uma descrição de todos os resultados obtidos em cada uma das afirmações do questionário sobre o conhecimento de saúde vocal.

O questionário aplicado foi submetido à análise do índice *Alpha de Cronbach* na qual apresentou um alpha igual a 0,42. Segundo Murphy e Davidsholder (1988), citados por Garcia-Marques e Maroco (2006) um alpha inferior a 0,60 indica uma fiabilidade inaceitável. O cálculo do alfa de Cronbach permite que este assumia valores negativos quando as correlações inter-itens são, elas próprias negativas. Um alfa negativo reflecte normalmente um erro sério na codificação dos pontos dos itens e a solução passa pela recodificação (inversão) dos pontos de forma a assegurar que todos os itens estão codificados na mesma direcção conceptual. Adicionalmente, um alfa muito baixo pode reflectir a codificação errada de itens ou a mistura de itens de dimensões diferentes exigindo a reavaliação da base teórica que motivou a construção da escala (Garcia-Marques e Maroco 2006).

Foi efectuada uma análise pormenorizada de cada afirmação, do questionário aplicado, que tem como objectivo demonstrar o conhecimento que os Educadores de Infância do Concelho de Cascais possuem acerca de voz, saúde vocal e alterações vocais. São apresentadas tabelas com todas as afirmações conforme a ordem dos objectivos do estudo. Os resultados que deviam ter sido obtidos encontram-se a **bold** (frequências e percentagens).

Em relação ao objectivo número um, que diz respeito ao conhecimento que as Educadoras possuem sobre voz, foram analisadas as seguintes afirmações: 1, 2, 3, 4, 5 e 33 (em apêndice encontram-se todos os gráficos destas afirmações, apêndice E). As afirmações analisadas encontram-se na tabela 1 (afirmações relativamente ao conhecimento sobre voz).

Afirmação	Discordo Totalmente F (%)	Discordo F (%)	Concordo F (%)	Concordo Plenamente F (%)	Não sei F (%)
1. O órgão responsável pela produção da voz é a laringe (garganta).	F =3 (20%)	F =5 (33,3%)	F =5 (33,3%)	F =1 (6,7%)	F =1 (6,7%)
2. A voz é produzida enquanto se deita o ar fora.	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =14 (93,3%)	F =1 (6,7%)	F =0 (0%)
3. Para falar não é necessário encher os pulmões.	F =1 (6,7%)	F =6 (40%)	F =3 (20%)	F =2 (13,3%)	F =3 (20%)
4. A voz resulta do movimento das cordas vocais.	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =7 (46,7%)	F =8 (53,3%)	F =0 (0%)
5. Cada indivíduo apresenta duas cordas vocais.	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F = 8 (53,3%)	F = 2 (13,3%)	F =5 (33,3%)
33. A respiração é a base da produção vocal.	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =7 (46,7%)	F =6 (40%)	F =2 (13,3%)

Tabela 1 – Afirmações relativamente ao conhecimento sobre voz

Como se pode verificar na afirmação (1) “O órgão responsável pela produção da voz é a laringe (garganta)” constatou-se que 3 (20%) das Educadoras discordaram totalmente, 5 (33,3%) discordaram, outras 5 (33,3%) concordaram, 1 (6,7%) concordou plenamente, e apenas 1 (6,7%) Educadora não sabe. Na afirmação (2) “A voz é produzida enquanto se deita o ar fora” observou-se que 14 (93,3%) das Educadoras concordaram, apenas 1 (6,7%) concordou plenamente com esta afirmação. No que concerne à afirmação (3) “Para falar não é necessário encher os pulmões” verificou-se que apenas 1 (6,7%) Educadora discordou totalmente, 6 (40%) das Educadoras discordaram, 3 (20%) concordaram, 2 (13,3%) concordaram plenamente, no entanto existem 3 (20%) que não sabem. Na afirmação seguinte (4) “A voz resulta do movimento das cordas vocais” verificou-se que houve 7 (46,7%) das Educadoras que concordaram e 8 (53,3%) que concordaram plenamente. Na afirmação (5) “Cada indivíduo apresenta duas cordas vocais” foi possível verificar que 8 (53,3%) das Educadoras concordaram, 2 (13,3%) concordaram plenamente, 5 (33,3%) afirmaram não saber. Na afirmação (33) “A respiração é a base da produção vocal” foi possível verificar que 7 (46,7%) das Educadoras concordaram, 6 (40%) concordaram plenamente e 2 (13,3%) afirmaram não saber.

Em relação ao objectivo número dois, que diz respeito ao conhecimento que as Educadoras possuem sobre saúde vocal, foram analisadas as seguintes afirmações: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 46, 47, 48, 49 e 50 (em apêndice encontram-se todos os gráficos

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

destas afirmações, apêndice F). As afirmações analisadas encontram-se na tabela 2 (afirmações relativamente ao conhecimento sobre saúde vocal).

Afirmação	Discordo Totalmente F (%)	Discordo F (%)	Concordo F (%)	Concordo Plenamente F (%)	Não sei F (%)
6. Existem formas de preservar a saúde vocal.	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =5 (33,3%)	F =10 (66,7%)	F =0 (0%)
7. As dores de garganta podem afectar a minha voz.	F =0 (0%)	F =1 (6,7%)	F =7 (46,7%)	F =7 (46,7%)	F =0 (0%)
8. Saúde vocal contempla comportamentos que fazem mal à voz.	F =4 (26,7%)	F =4 (26,7%)	F =4 (26,7%)	F =1 (6,7%)	F =2 (13,3%)
9. Falar frequentemente em locais com ar condicionado não prejudica a voz.	F =6 (40%)	F =9 (60%)	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =0 (0%)
10. A alimentação não influencia a voz.	F =1 (6,7%)	F =11 (73,3%)	F =1 (6,7%)	F =0 (0%)	F =2 (13,3%)
11. Beber água fria faz bem à voz.	F =2 (13,3%)	F =10 (66,7%)	F =1 (6,7%)	F =0 (0%)	F =2 (13,3%)
12. Falar baixinho não prejudica a voz.	F =0 (0%)	F =6 (40%)	F =7 (46,7%)	F =1 (6,7%)	F =1 (6,7%)
13. As roupas que apertam o abdómen não prejudicam a voz.	F =1 (6,7%)	F =10 (66,7%)	F =1 (6,7%)	F =0 (0%)	F =3 (20%)
14. Limpar a garganta dá a sensação de alívio.	F =0 (0%)	F =2 (13,3%)	F =11 (73,3%)	F =2 (13,3%)	F =0 (0%)
15. As pastilhas para a dor de garganta não interferem com a voz.	F =1 (6,7%)	F =5 (33,3%)	F =4 (26,7%)	F =0 (0%)	F =5 (33,3%)
16. Imitar ruídos e vozes faz bem porque aumenta a minha capacidade vocal.	F =1 (6,7%)	F =5 (33,3%)	F =4 (26,7%)	F =1 (6,7%)	F =4 (26,7%)
17. Ter comportamentos que fazem mal à voz indica que tenho saúde vocal.	F =4 (26,7%)	F =10 (66,7%)	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =1 (6,7%)
19. O esforço para falar é considerado mau uso da voz.	F =0 (0%)	F =3 (20%)	F =10 (66,7%)	F =1 (6,7%)	F =1 (6,7%)
20. Dar um grito não prejudica directamente a voz.	F =4 (26,7%)	F =8 (53,3%)	F =2 (13,3%)	F =0 (0%)	F =0 (0%)
21. O ar condicionado beneficia a voz.	F =7 (46,7%)	F =8 (53,3%)	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =0 (0%)
22. Falar mais alto em ambientes de ruído prejudica a voz.	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =10 (66,7%)	F =4 (26,7%)	F =1 (6,7%)
23. A saúde vocal tem como objectivo melhorar a voz.	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =9 (60%)	F =5 (33,3%)	F =1 (6,7%)
24. Roupas apertadas na zona do pescoço prejudicam a voz.	F =0 (0%)	F =1 (6,7%)	F =10 (66,7%)	F =0 (0%)	F =4 (26,7%)
25. Beber 2L de água por dia é prejudicial para a voz.	F =5 (33,3%)	F =9 (60%)	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =1 (6,7%)
28. Fazer esforço para falar não interfere na voz.	F =1 (6,7%)	F =11 (73,3%)	F =3 (20%)	F =0 (0%)	F =0 (0%)
30. O uso incorrecto e o esforço da voz podem provocar alterações vocais.	F =0 (0%)	F =1 (6,7%)	F =9 (60%)	F =5 (33,3%)	F =0 (0%)
31. O sono não interfere com a qualidade vocal.	F =0 (0%)	F =9 (60%)	F =1 (6,7%)	F =0 (0%)	F =5 (33,3%)

Cont.

Afirmação	Discordo Totalmente F (%)	Discordo F (%)	Concordo F (%)	Concordo Plenamente F (%)	Não sei F (%)
32. Existem formas de prevenir o aparecimento de alterações nas cordas vocais.	F=0 (0%)	F=1 (6,7%)	F=8 (53,3%)	F=5 (33,3%)	F=1 (6,7%)
34. Gritar constitui um dos comportamentos mais agressivos para a voz.	F=0 (0%)	F=0 (0%)	F=9 (60%)	F=5 (33,3%)	F=1 (6,7%)
35. Usar excessivamente a voz não é considerado mau uso vocal.	F=2 (13,3%)	F=5 (33,3%)	F=5 (33,3%)	F=0 (0%)	F=3 (20%)
36. Usar roupa apertada na garganta não interfere de forma negativa com a qualidade da voz.	F=2 (13,3%)	F=9 (60%)	F=2 (13,3%)	F=0 (0%)	F=2 (13,3%)
37. O tipo de alimentação não vai influenciar directamente a qualidade da voz.	F=0 (0%)	F=10 (66,7%)	F=2 (13,3%)	F=0 (0%)	F=3 (20%)
38. O álcool prejudica a voz.	F=0 (0%)	F=0 (0%)	F=7 (46,7%)	F=1 (6,7%)	F=7 (46,7%)
39. Ingerir bebidas de diferentes temperaturas, umas a seguir às outras, prejudica a voz.	F=0 (0%)	F=1 (6,7%)	F=12 (80%)	F=2 (13,3%)	F=0 (0%)
40. Num ambiente ruidoso, o comportamento a adoptar deve ser o aumento da voz.	F=3 (20%)	F=12 (80%)	F=0 (0%)	F=0 (0%)	F=0 (0%)
41. O abuso vocal não provoca alterações vocais.	F=2 (13,3%)	F=10 (66,7%)	F=2 (13,3%)	F=0 (0%)	F=1 (6,7%)
46. Andar de saltos altos enquanto se fala durante muito tempo faz mal à voz.	F=0 (0%)	F=1 (6,7%)	F=3 (20%)	F=1 (6,7%)	F=10 (66,7%)
47. Falar enquanto se está sentado em cadeiras para crianças não interfere com a voz.	F=1 (6,7%)	F=2 (13,3%)	F=1 (6,7%)	F=0 (0%)	F=11 (73,3%)
48. Elevados níveis de stress têm efeito negativo na voz.	F=0 (0%)	F=0 (0%)	F=10 (66,7%)	F=3 (20%)	F=2 (13,3%)
49. O uso excessivo de medicamentos, como anti-depressivos, interfere com a voz.	F=0 (0%)	F=0 (0%)	F=5 (33,3%)	F=0 (0%)	F=10 (66,7%)
50. A utilização de determinados materiais, como tintas ou colas, podem causar alterações na voz.	F=0 (0%)	F=0 (0%)	F=13 (86,7%)	F=1 (6,7%)	F=1 (6,7%)

Tabela 2 – Afirmações relativamente ao conhecimento sobre saúde vocal

Como se pode verificar na afirmação (6) “Existem formas de preservar a saúde vocal”, verificou-se que 5 (33,3%) Educadoras concordaram, enquanto 10 (66,7%) concordaram plenamente. Na afirmação (7) “As dores de garganta podem afectar a minha voz” verificou-se que apenas 1 (6,7%) Educadora discordou, 7 (46,7%) concordaram e as restantes 7 (46,7%) Educadoras concordaram plenamente. No que diz respeito à afirmação (8) “Saúde vocal contempla comportamentos que fazem mal à voz” foi possível constatar que 4 (26,7%) das Educadoras discordaram totalmente, outras 4

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

(26,7%) discordaram, 4 (26,7%) concordaram, 1 (6,7%) concordou plenamente e 2 (13,3%) afirmaram não saber. Na afirmação seguinte, afirmação (9) “Falar frequentemente em locais com ar condicionado não prejudica a voz”, verificou-se que 6 (40%) das Educadoras discordam totalmente e 9 (60%) discordam. Na afirmação (10) “A alimentação não influencia a voz” observou-se que apenas 1 (6,7%) Educadora discordou totalmente, 11 (73,3%) discordaram, 1 (6,7%) concordou e 2 (13,3%) afirmaram não saber. No que diz respeito à afirmação (11) “Beber água fria faz bem à voz”, verificou-se que 2 (13,3%) Educadoras discordaram totalmente, 10 (66,7%) discordam, 1 (6,7%) concordou e 2 (13,3%) afirmaram não saber. Na afirmação (12) “Falar baixinho não prejudica a voz”, constatou-se que 6 (40%) Educadoras discordaram, 7 (46,7%) concordaram, 1 (6,7%) concordou plenamente e 1 (6,7%) afirmou não saber. Na afirmação seguinte, afirmação (13) “As roupas que apertam o abdómen não prejudicam a voz” foi possível constatar que 1 (6,7%) Educadora discordou totalmente, 10 (66,7%) discordaram, 1 (6,7%) concordou e 3 (20%) afirmaram não saber. Na afirmação (14) “Limpar a garganta dá sensação de alívio”, verificou-se que 2 (13,3%) Educadoras discordaram, 11 (73,3%) concordaram e 2 (13,3%) concordaram plenamente. No que diz respeito à afirmação (15) “As pastilhas para a dor de garganta não interferem com a voz”, observou-se que 1 (6,7%) Educadora discordou totalmente, 5 (33,3%) discordaram, 4 (26,7%) concordaram e 5 (33,3%) afirmaram não saber. Na afirmação (16) “Imitar ruídos e vozes faz bem porque aumenta a minha capacidade vocal”, verificou-se que apenas 1 (6,7%) Educadora discordou totalmente, 5 (33,3%) discordaram, 4 (26,7%) concordaram, 1 (6,7%) Educadora concordou plenamente e 4 (26,7%) afirmaram não saber. Na afirmação seguinte (17) “Ter comportamentos que fazem mal à voz indica que tenho saúde vocal”, constatou-se que 4 (26,7%) das Educadoras discordaram totalmente, 10 (66,7%) discordaram e apenas 1 (6,7%) afirmou não saber. Na afirmação (19) “O esforço para falar é considerado mau uso da voz”, observou-se que 3 (20%) Educadoras discordaram, 10 (66,7%) concordaram, apenas 1 (6,7%) concordou plenamente e apenas 1 (6,7%) afirmou não saber. Na afirmação seguinte (20) “Dar um grito não prejudica directamente a voz”, 4 (26,7%) Educadoras discordaram totalmente, 8 (53,3%) discordaram, 2 (13,3%) concordaram e apenas 1 (6,7%) afirmou não saber. No que diz respeito à afirmação (21) “O ar condicionado beneficia a voz”, verificou-se que 7

(46,7%) Educadoras discordaram totalmente e as restantes 8 (53,3%) discordaram. Na afirmação (22) “Falar mais alto em ambientes de ruído prejudica a voz”, observou-se que 10 (66,7%) Educadoras concordaram, 4 (26,7%) concordaram plenamente e apenas 1 (6,7%) afirmou não saber. Na afirmação seguinte (23) “A saúde vocal tem como objectivo melhorar a voz”, verificou-se que 9 (60%) Educadoras concordaram, 5 (33,3%) concordaram plenamente e apenas 1 (6,7%) afirmou não saber. No que diz respeito à afirmação (24) “Roupas apertadas na zona do pescoço prejudicam a voz”, observou-se que apenas 1 (6,7%) Educadora discordou, 10 (66,7%) concordaram e 4 (26,7%) afirmaram não saber. Na afirmação (25) “Beber 2L de água por dia é prejudicial à voz”, verificou-se que 5 (33,3%) Educadoras discordaram totalmente, 9 (60%) discordaram e apenas 1 (6,7%) afirmou não saber. No que diz respeito à afirmação (28) “Fazer esforço para falar não interfere na voz”, observou-se que 1 (6,7%) Educadora discordou totalmente, 11 (73,3%) discordaram e 3 (20%) concordaram. Na afirmação seguinte (30) “O uso incorrecto e o esforço da voz podem provocar alterações vocais”, verificou-se que apenas 1 (6,7%) Educadora discordou, 9 (60%) concordaram e 5 (33,3%) concordaram plenamente. No que concerne à afirmação (31) “O sono não interfere com a qualidade vocal” verificou-se que 9 (60%) das Educadoras discordaram, apenas 1 (6,7%) concordou e 5 (33,3%) afirmaram não saber. No que diz respeito à afirmação (32) “Existem formas de prevenir o aparecimento de alterações nas cordas vocais”, observou-se que apenas 1 (6,7%) Educadora discordou, 8 (53,3%) concordaram, 5 (33,3%) concordaram plenamente e apenas 1 (6,7%) afirmou não saber. Na afirmação seguinte (34) “Gritar constitui um dos comportamentos mais agressivos para a voz”, observou-se que 9 (60%) Educadoras concordaram, 5 (33,3%) concordaram plenamente e apenas 1 (6,7%) afirmou não saber. Na afirmação (35) “Usar excessivamente a voz não é considerado mau uso vocal”, verificou-se que 2 (13,3%) Educadoras discordaram totalmente, 5 (33,3%) discordaram, 5 (33,3%) concordaram e apenas 3 (20%) afirmaram não saber. No que diz respeito à afirmação (36) “Usar roupa apertada na garganta não interfere de forma negativa com a qualidade da voz”, verificou-se que 2 (13,3%) Educadoras discordaram totalmente, 9 (60%) discordaram, 2 (13,3%) concordaram e apenas 2 (13,3%) afirmaram não saber. No que concerne à afirmação (37) “O tipo de alimentação não vai influenciar directamente a qualidade da voz”, observou-se que 10 (66,7%) Educadoras

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

discordaram, 2 (13,3%) concordaram e 3 (20%) afirmaram não saber. Na afirmação seguinte (38) “O álcool prejudica a voz”, verificou-se que 7 (46,7%) Educadoras concordaram, apenas 1 (6,7%) concordou plenamente e 7 (46,7%) afirmaram não saber. Na afirmação (39) “Ingerir bebidas de diferentes temperaturas, umas a seguir às outras, prejudica a voz”, verificou-se que 1 (6,7%) Educadora discordou, 12 (80%) concordaram e 2 (13,3%) concordaram plenamente. No que diz respeito à afirmação (40) “Num ambiente ruidoso, o comportamento a adoptar deve ser o aumento da voz”, observou-se que 3 (20%) Educadoras discordaram totalmente e 12 (80%) discordaram. Na afirmação (41) “O abuso vocal não provoca alterações vocais”, verificou-se que 2 (13,3%) Educadoras discordam totalmente, 10 (66,7%) discordam, 2 (13,3%) concordaram e 1 (6,7%) afirmou não saber. No que diz respeito à afirmação (46) “Andar de saltos altos enquanto se fala durante muito tempo faz mal à voz”, verificou-se que 1 (6,7%) Educadora discordou, 3 (20%) concordaram, 1 (6,7%) concordou plenamente e 10 (66,7%) afirmaram não saber. No que concerne à afirmação (47) “Falar enquanto se está sentado em cadeiras para crianças não interfere com a voz”, observou-se que 1 (6,7%) Educadora discordou totalmente, 2 (13,3%) discordou, 1 (6,7%) concordou e 11 (73,3%) afirmaram não saber. Na afirmação seguinte (48) “Elevados níveis de stress têm efeito negativo na voz”, verificou-se que 10 (66,7%) das Educadoras concordaram, 3 (20%) concordaram plenamente e 2 (13,3%) afirmaram não saber. Na afirmação (49) “O uso excessivo de medicamentos, tais como anti-depressivos, interfere com a voz”, observou-se que 5 (33,3%) das Educadoras concordaram e 10 (66,7%) afirmam não saber. Na última afirmação (50) “A utilização de determinados materiais, como tintas ou colas podem causar alterações na voz”, verificou-se que 13 (86,7%) das Educadoras concordaram, 1 (6,7%) concordou plenamente e apenas 1 (6,7%) afirmou não saber.

Por fim, no que concerne ao último objectivo, objectivo número três, conhecimento das Educadoras sobre patologia vocal, foram analisadas as seguintes afirmações: 18, 26, 27, 29, 42, 43, 44 e 45 (em apêndice encontram-se todos os gráficos destas afirmações, apêndice G). As afirmações analisadas encontram-se na tabela 3 (afirmações relativamente ao conhecimento sobre alterações vocais).

Afirmação	Discordo Totalmente F (%)	Discordo F (%)	Concordo F (%)	Concordo Plenamente F (%)	Não sei F (%)
18. É um bom sinal ter a sensação de garganta seca logo de manhã.	F =2 (13,3%)	F =8 (53,3%)	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =5 (33,3%)
26. Sentir ardor, secura e tensão enquanto fala, produz efeito negativo na voz.	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =11 (73,3%)	F =3 (20%)	F =1 (6,7%)
27. Ficar cansado depois de se falar é prejudicial para a voz.	F =0 (0%)	F =1 (6,7%)	F =11 (73,3%)	F =2 (13,3%)	F =1 (6,7%)
29. Ficar rouco durante algumas semanas é indicativo de alteração vocal.	F =0 (0%)	F =2 (13,3%)	F =11 (73,3%)	F =2 (13,3%)	F =0 (0%)
42. Os factores genéticos podem dar origem a patologias vocais.	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =6 (40%)	F =1 (6,7%)	F =8 (53,3%)
43. É impossível prevenir as patologias vocais.	F =1 (6,7%)	F =11 (73,3%)	F =1 (6,7%)	F =0 (0%)	F =2 (13,3%)
44. Se cuidar da minha voz estou a prevenir possíveis alterações vocais.	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =11 (73,3%)	F =4 (26,7%)	F =0 (0%)
45. Sentir dor na garganta depois de gritar não é prejudicial para a voz.	F =2 (13,3%)	F =12 (80%)	F =0 (0%)	F =0 (0%)	F =1 (6,7%)

Tabela 3 - Afirmações relativamente ao conhecimento sobre alterações vocais

No que diz respeito à afirmação (18) “É um bom sinal ter a sensação de garganta seca logo de manhã”, verificou-se que 2 (13,3%) Educadoras discordaram totalmente, 8 (53,3%) discordaram e 5 (33,3%) afirmaram não saber. No que concerne à afirmação (26) “Sentir ardor, secura e tensão enquanto se fala, produz efeito negativo na voz”, observou-se que 11 (73,3%) Educadoras concordaram, 3 (20%) concordaram plenamente e apenas 1 (6,7%) afirmou não saber. Na afirmação seguinte (27) “Ficar cansado depois de se falar é prejudicial para a voz”, verificou-se que apenas 1 (6,7%) Educadora discordou, 11 (73,3%) concordaram, 2 (13,3%) concordaram plenamente e apenas 1 (6,7%) afirmou não saber. Na afirmação (29) “Ficar rouco durante algumas semanas é indicativo de alteração vocal”, verificou-se que 2 (13,3%) Educadoras discordaram, 11 (73,3%) concordaram e 2 (13,3%) concordaram plenamente. Na afirmação seguinte (42) “Os factores genéticos podem dar origem a patologias vocais”, verificou-se que 6 (40%) Educadoras concordaram, 1 (6,7%) concordaram plenamente e 8 (53,3%) afirmaram não saber. No que concerne à afirmação (43) “É impossível prevenir as patologias vocais”, observou-se que 1 (6,7%) Educadora discordou totalmente, 11 (73,3%) discordaram, 1 (6,7%) concordam e 2 (13,3%) afirmaram não saber. Na afirmação (44) “Se cuidar da minha voz estou a prevenir possíveis alterações vocais”, verificou-se que 11 (73,3%) das Educadoras concordaram e 4 (26,7%) concordaram plenamente. Na afirmação (45) “Sentir dor na garganta depois de gritar

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

não é prejudicial para a voz”, observou-se que 2 (13,3%) das Educadoras discordaram totalmente, 12 (80%) discordaram e 1 (6,7%) afirmam não saber.

3. Discussão

Neste capítulo iremos discutir os resultados finais de forma a obter resposta aos três objectivos propostos, nomeadamente caracterizar o conhecimento que as Educadoras de Infância possuem sobre voz, saúde vocal e patologia vocal, tendo em conta também a bibliografia pesquisada ao longo deste estudo. Todas as afirmações que correspondem a cada objectivo foram agrupadas. Em cada afirmação foram sempre contempladas as maiores frequências/percentagens de afirmações correctas.

No que diz respeito ao primeiro objectivo, que é caracterizar o conhecimento que as Educadoras de Infância possuem sobre voz foram agrupadas seis afirmações, nomeadamente as afirmações 1, 2, 3, 4, 5 e 33. Em apêndice (apêndice D) podem ser consultados os gráficos referentes aos resultados obtidos para cada uma destas afirmações.

Neste objectivo verifica-se que, na afirmação 1, cerca de 6 (40%) das Educadoras de Infância sabem que o órgão responsável pela produção da voz é a laringe, no entanto 8 (53,3%) discordam desta afirmação, o que demonstra desconhecimento acerca do órgão que produz a voz. A voz é produzida através do tracto vocal, a partir de um som gerado na laringe (Behlau e Pontes, 2001). Na afirmação 2, as 15 (100%) Educadoras de Infância sabem que a voz só é produzida quando se expira, no entanto, na afirmação 3, apenas 7 (46,7%) afirmam que para falar é necessário inspirar primeiro, o que demonstra que nem todas as Educadoras possuem conhecimento acerca do processo de produção da voz. Quando respiramos silenciosamente, as pregas vocais ficam abertas, ou seja, afastadas entre si, para permitir a entrada e a saída livre do ar. Quando produzimos a voz, as pregas vocais devem aproximar-se e vibrar, o ar é essencial para a produção da voz (Behlau e Pontes, 2001). Na afirmação 3 as 15 (100%) participantes sabem que a voz resulta do movimento das cordas vocais e cerca de 13 (66,6%) afirmam que cada indivíduo possui duas cordas vocais (afirmação 5), no entanto, as restantes afirmaram não saber, o que demonstra desconhecimento acerca da constituição

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

da laringe. As duas pregas vocais localizam-se no interior da laringe (Behlau e Pontes, 2001). Cerca de 13 (86,7%) das Educadoras reconhecem que a respiração é a base da produção vocal (afirmação 33), pois o som gerado na laringe só se processa se houver inspiração e expiração de ar livre (Behlau e Pontes, 2001).

Na actividade profissional do Educador de Infância, a voz tem um papel importantíssimo, uma vez que pode facilitar ou prejudicar a inteligibilidade da mensagem, bem como ser uma fonte de indexação de informação estética, linguística e cultural, potencializando ou não a eficácia e a credibilidade da sua comunicação oral (Guimarães, 2004). Desta forma é considerado de extrema importância que estes profissionais possuam conhecimento acerca de todo o processo de produção da voz, tal como a constituição dos órgãos intervenientes.

No que diz respeito ao segundo objectivo, que é caracterizar o conhecimento que as Educadoras de Infância possuem sobre saúde vocal foram agrupadas trinta e seis afirmações, nomeadamente, as afirmações 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 46, 47, 48, 49 e 50. Em apêndice (apêndice E) podem ser consultados os gráficos referentes aos resultados obtidos para cada uma destas afirmações.

Os factores que prejudicam a saúde vocal podem ser divididos em três componentes: comportamentos vocais, não vocais e factores ambientais. Os comportamentos vocais desadequados são por exemplo, o gritar sem suporte respiratório, sussurrar, hábitos vocais inadequados e o pigarrear (Pinho, 1997; Behlau *et al.*, 2001b). Exemplos de comportamentos não vocais são o fumar, o álcool, as drogas, alimentação inadequada, falta de repouso, vestuário incorrecto, desportos abusivos, alterações hormonais e medicamentos (Pinho, 1997; Behlau *et al.*, 2001a). E por fim, os factores ambientais, que também podem ter um grande impacto na voz, são o uso do ar condicionado, a exposição ao pó, a poluição, alergias, entre outros (Pinho, 1997; Behlau *et al.*, 2001b). Tendo em conta estes factores dentro deste objectivo, as afirmações foram organizadas de acordo com os comportamentos acima referidos.

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

Seguidamente são referidas as afirmações que correspondem à saúde vocal de uma forma geral (afirmações 6, 7, 8, 17, 23 e 32).

Na afirmação 6 verifica-se que 15 (100%) das Educadoras de Infância têm conhecimento que existem formas de preservar a saúde vocal. Segundo Guimarães (2007) determinados comportamentos de saúde vocal preservam a qualidade vocal. Na afirmação 7 cerca de 14 (93,4%) das participantes afirmam que as dores de garganta podem ser um dos factores que afectam a voz, as dores de garganta podem ser originadas por diversos factores, no entanto a hidratação insuficiente das pregas vocais pode ser um desses factores, para que a vibração das pregas vocais ocorra de modo livre e com atrito reduzido é essencial que a laringe esteja bem hidratada (Behlau e Pontes, 2001). Constatou-se que 8 (53,4%) destas profissionais têm conhecimento, que saúde vocal não contempla comportamentos que prejudicam a voz, no entanto existem cerca de 5 (33,3%) das Educadoras que não possuem este conhecimento e 2 (13,3%) afirmam não saber (afirmação 8). Verificou-se que cerca de 14 (93,4%) responderam acertadamente à afirmação 17, que afirma que “ter comportamentos que fazem mal à voz indica que tenho saúde vocal”, discordando com a mesma. Para Behlau e Pontes (2001) a saúde vocal é um conceito que abrange os diversos aspectos, tais como: voz clara e limpa, produzida sem esforço e agradável ao ouvinte. Verificou-se que é de conhecimento das Educadoras que a saúde vocal tem como objectivo melhorar a voz, pois 14 (93,3%) concorda correctamente, com a afirmação 23. Na afirmação 32, constatou-se que 13 (86,6%) das Educadoras de Infância reconhecem que existem formas de prevenir o aparecimento de alterações nas cordas vocais. Considerando que a saúde vocal possui como objectivo principal a prevenção e eliminação de factores que podem danificar a qualidade vocal, é de extrema importância que estas profissionais tenham conhecimento acerca da mesma. A saúde vocal possibilita a adopção de comportamentos que previnem alterações vocais, especialmente nestes profissionais, uma vez que são considerados profissionais da voz (Froeschels, 1943, citado por Pannabacker, 1998, em Guimarães, 2007; Behlau e Pontes, 1993, citados por Silva, 2003).

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

Seguidamente são referidas as afirmações que correspondem a comportamentos vocais, ou seja mau uso e abuso vocal dentro da saúde vocal (afirmações 12, 16, 19, 20, 28, 30, 34, 35 e 41).

Na afirmação 12 é possível observar que 8 (53,4%) das Educadoras considera que sussurrar (falar baixinho) não prejudica a voz, 1 (6,7%) afirma não saber, no entanto, existem 6 (40%) que concordam correctamente com a afirmação. Apesar de existir um número de Educadoras que respondeu adequadamente, a maioria desconhece que o sussurrar deve ser evitado, pois geralmente representa um esforço maior que o necessário para a produção natural da voz, já que nessas emissões bloqueamos a vibração livre das pregas vocais e o som é produzido apenas pela vibração do ar (Behlau e Pontes, 2001). Observou-se na afirmação 16, que apenas 6 (40%) responderam correctamente, à afirmação falsa de que imitar ruídos e vozes faz bem porque aumenta a capacidade vocal. No entanto cerca de 5 (33,4%) responderam incorrectamente e 4 (26,7%) não souberam responder. Nesta afirmação verifica-se que as Educadoras de Infância não têm conhecimento acerca de todos os comportamentos vocais prejudiciais para a sua saúde vocal. Tal como o sussurrar, o imitar ruídos e vozes representa um abuso vocal, ou seja uma utilização súbita da voz de forma violenta ou continuada destes comportamentos negativos (Guimarães, 2007). Nas afirmações 19 e 28 respectivamente, verificou-se que 11 (73,4%) das Educadoras de Infância reconhecem que o esforço para falar é considerado mau uso vocal e 12 (80%) reconhecem que fazer esforço para falar interfere na voz, no entanto cerca de 3 (20%) afirma erradamente o contrário em ambas as afirmações. Na afirmação 30 é possível constatar que cerca de 14 (93,3%) participantes concordam correctamente que o uso incorrecto e o esforço da voz podem provocar alterações vocais, evidenciando que estas profissionais têm conhecimento de que o mau uso vocal pode provocar alterações vocais, uma vez que engloba comportamentos negativos como distorção da coordenação e interacção dos componentes do sistema fonatório, sendo o resulta de uma má técnica vocal (Polow e Kaplan, 1980; Colton e Casper, 1996; Stemple, Glaze e Gerdeman, 1995, citados por Guimarães, 2007). Na afirmação 20 verificou-se que 12 (80%) das Educadoras sabe que dar um grito prejudica directamente a voz. Verificou-se, na afirmação 34, que para cerca de 14 (93,3%) destas profissionais gritar constitui um dos comportamentos mais

agressivos para a voz uma vez que provoca atrito entre as pregas vocais (Behlau e Pontes, 2001; Pinho, 2003). Observou-se que apenas 8 (46,6) das Educadoras, na afirmação 35, afirmaram que usar excessivamente a voz é considerado mau uso vocal, desta forma cerca de 5 (33,3%) não concorda com esta afirmação e 3 (20%) não sabe o que responder o que demonstra um certo desconhecimento acerca de comportamentos de mau uso vocal. O mau uso vocal é a distorção da coordenação e interacção dos componentes do sistema fonatório, ou seja, má técnica vocal, resultando em uso vocal inapropriado da sensação de altura tonal, da sensação de intensidade e da qualidade. Os comportamentos de mau uso vocal podem ser categorizados de diferentes formas, uma delas é o uso vocal excessivo e prolongado (Guimarães, 2007). Na afirmação 41, observou-se que cerca de 12 (80%) das Educadoras de Infância discorda correctamente que o abuso vocal não provoca alterações vocais. O abuso vocal é caracterizado como sendo o uso súbito da voz de forma violenta ou o uso continuado de comportamentos vocais abusivos como gritar, falar alto, falar em situações de ruído elevado, falar muito, imitar ruídos, pigarrear, tossir e chorar excessivamente. Todos estes comportamentos podem levar a alterações e conseqüentemente patologias vocais (Guimarães, 2007).

Seguidamente são referidas as afirmações que correspondem a comportamentos não vocais, dentro da saúde vocal (afirmações 10, 11, 13, 14, 15, 24, 25, 31, 36, 37, 38, 39, 46, 47, 48, 49 e 50).

Na afirmação 10 e 37 respectivamente, cerca de 12 (80%) das Educadoras de Infância sabem que a alimentação influencia a voz e 10 (66,7%) afirma correctamente que o tipo de alimentação é um dos factores que pode influenciar a qualidade vocal. Alimentos pesados e muito condimentados dificultam a digestão e a movimentação livre do músculo diafragmático, essencial para a respiração (Behlau e Pontes, 2001). Na afirmação 11 e 39 respectivamente, verifica-se que cerca de 12 (80%) Educadoras sabem que beber água fria não faz bem à voz e 14 (93,3%) reconhece correctamente que beber bebidas de diferentes temperaturas podem prejudicar a voz. Tanto os alimentos como bebidas muito gelados são sempre nocivos, pois o choque térmico causa uma descarga imediata de muco e edema das pregas vocais (Behlau e Pontes, 2001). Das inquiridas, 11 (73,4%) afirmam que a roupa pode influenciar a voz, principalmente a

roupa que aperta o abdómen (afirmação 13). Cerca de 11 (73,3%) discorda correctamente com a afirmação 36, que afirma que usar roupa apertada na garganta não interfere de forma negativa com a qualidade da voz, no entanto 2 (13,3%) das Educadoras responderam errado ou não sabem o que responder a esta afirmação. Na afirmação 24 constatou-se que 11 (73,4%) das participantes reconhecem correctamente e 4 (26,7%) não sabe a resposta à afirmação que roupas apertadas na zona do pescoço prejudicam a voz. A compressão da região do pescoço e do abdómen são as prejudiciais para a voz (Behlau e Pontes, 2001). Cerca de 13 (86,6%) está de acordo, apenas 2 (13,3%) discordam que limpar a garganta dá uma sensação de alívio. O que se pretendia era caracterizar se as Educadoras de Infância identificam o comportamento de pigarrear, como um comportamento negativo para a voz, no entanto podemos concluir que estas profissionais sabem o que é o acto de pigarrear. O pigarreio é uma agressão para as pregas vocais, que piora a condição da laringe, este hábito pode contribuir para o aparecimento de alterações nas pregas vocais (Behlau e Pontes, 2001). Nas respostas à afirmação 15 constatou-se que cerca de 6 (40%) destas profissionais discorda que as pastilhas para a dor de garganta não interferem com a voz, 4 (26,7%) das profissionais concorda correctamente e cerca de 5 (33,3%) não sabe se esta afirmação está ou não correcta. O que demonstra que as Educadoras não têm conhecimento que as pastilhas e os sprays locais podem atenuar sensações desagradáveis durante a emissão da voz, porém acabam por mascaram a dor do esforço vocal, prejudicando o estado das mucosas (Behlau e Pontes, 2001).

Observou-se que cerca de 14 (93,3%) destas profissionais, na afirmação 25 identificaram a resposta correcta afirmando que 2L de água por dia não é prejudicial à voz. O que demonstra que as Educadoras de Infância compreendem a importância dos hábitos de hidratação, o ideal seria que bebêssemos 2L de água por dia, para hidratarmos correctamente as pregas vocais (Behlau e Pontes, 2001). Na afirmação 31 verificou-se que para 9 (60%) destas profissionais o sono interfere com a qualidade vocal, no entanto existe cerca de 5 (33,3%) destas profissionais que não sabem como responder a esta afirmação. O nosso organismo necessita em média de 8 horas de sono por noite para recuperar energias. Uma noite mal dormida pode significar uma voz rouca, fraca e com ar pela manhã (Behlau e Pontes, 2001). Constatou-se que 8 (53,4%)

das participantes reconhecem que o álcool prejudica a voz, no entanto cerca de 7 (46,7%) não sabem como responder a esta afirmação (afirmação 38). O consumo de álcool agride a mucosa que reveste a laringe causando irritação do aparelho fonador semelhante à produzida pelo cigarro (Behlau e Pontes, 2001). Verificou-se que apenas 4 (26,7%) das Educadoras de Infância reconhecem que andar de saltos altos durante muito tempo faz mal à voz, a maior frequência presente nesta afirmação foi de 10 (66,7%) das Educadoras de Infância, que não souberam o que responder à afirmação 46, tal como o vestuário os sapatos deve ser adequado. Os sapatos devem ser preferencialmente baixos, saltos altos provocam uma postura tensa a fim de manter o corpo erecto dificultando a emissão vocal (Behlau e Pontes, 2001). Na afirmação 47, apenas 3 (20%) destas participantes reconhecem que falar enquanto se está sentado em cadeiras para crianças interfere com a voz, no entanto a afirmação com maior frequência foi de 11 (73,3%) Educadoras que afirmaram não saber o que responder. As cadeiras para crianças dão origem a que haja uma postura incorrecta que geralmente está associada a uma emissão vocal deficiente (Behlau e Pontes, 2001). Verificou-se que cerca de 13 (86,7%) destas profissionais afirmam que elevados níveis de stress têm efeito negativo na voz, segundo a afirmação 48. Quando o nível de stress ultrapassa o limite suportável pelo organismo, não existe processo de recuperação do mesmo, e conseqüentemente, pode resultar em tensão muscular excessiva com efeitos no funcionamento corporal e na qualidade vocal (Guimarães, 2004). Na afirmação 49 observou-se que apenas 5 (33,3%) das Educadoras de Infância afirmam que as utilizações excessivas de medicamentos, como anti-depressivos, interferem com a voz, no entanto nesta afirmação cerca de 10 (66,7%) das Educadoras não souberam o que responder. Os medicamentos são complexos químicos que podem comprometer decisivamente a produção vocal, quando administrados incorrectamente (Behlau e Pontes, 2001). Verifica-se que na afirmação 50 cerca de 14 (93,4%) das Educadoras de Infância concordam com a afirmação sobre a utilização de determinados materiais, como tintas ou colas, podem causar alterações vocais. O odor de materiais como colas, tintas entres outros, podem ser considerados como odores que poluem o ar que passa pelas pregas vocais e podem afectar a voz (Behlau e Pontes, 2001).

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

Seguidamente são referidas as afirmações que correspondem às condições ambientais, dentro da saúde vocal (afirmações 9, 21, 22 e 40).

Verificou-se, na afirmação 9, que as Educadoras de Infância reconhecem que o ar condicionado influencia de forma negativa a voz, pois cerca de 15 (100%) afirma que falar frequentemente em locais com ar condicionado prejudica a voz. Esta afirmação é acentuada quando o mesmo número de Educadoras de Infância afirma que o ar condicionado não beneficia a voz (afirmação 21) porque ocorre uma agressão à mucosa das pregas vocais, pois o arrefecimento do ambiente é acompanhado pela redução da humidade do ar, que provoca a consequente secagem do tracto vocal, o que leva a uma produção da voz com esforço e tensão (Behlau e Pontes, 2001). Na afirmação 22 e 40 verificou-se respectivamente que 14 (93,4%) das Educadoras de Infância está de acordo que falar mais alto em ambientes de ruído prejudica a voz e 15 (100%) das Educadoras concordam que num ambiente ruidoso, o comportamento a adoptar não deve ser o aumento da voz. A competição sonora é um hábito inadequado em resposta à poluição auditiva. O aconselhável é que se mantenha a intensidade vocal num nível moderado em todas as situações de comunicação (Behlau e Pontes).

No que diz respeito ao terceiro objectivo que contempla a caracterização do conhecimento que as Educadoras de Infância possuem sobre patologia vocal foram agrupadas oito afirmações, nomeadamente, as afirmações 18, 26, 27, 29, 42, 43, 44 e 45. Em apêndice (apêndice F) podem ser consultados os gráficos referentes aos resultados obtidos para cada uma destas afirmações.

Na afirmação 18 cerca de 10 (66,6%) das Educadoras reconhecem que ter a sensação de garganta seca pela manhã não é um bom sinal, no entanto existem 5 (33,3%) destas profissionais que não souberam o que responder a esta afirmação. Esta sensação de garganta seca acontece quando dormimos de boca aberta ou quando possuímos um quadro gripal, acordamos com a boca e a garganta seca e sentimos uma grande dificuldade e esforço para falar, pigarreio persistente ou saliva grossa que são sinais de hidratação insuficiente (Behlau e Pontes, 2001). Na afirmação 26, sentir ardor, secura e tensão enquanto fala, produz efeito negativo na voz é respondido correctamente por cerca de 14 (93,3%) das Educadoras de Infância demonstrando terem conhecimento de

que alguns sintomas durante a fonação não são normais para a voz. Alguns sintomas durante a fonação, tais como esforço e sensações desagradáveis da emissão (ardor, secura e tensão são mencionados) podem ser indicativos de disfonia (Penteado, 2007). Observou-se que cerca de 13 (86,6%) das Educadoras afirmam que ficar cansado depois de se falar é prejudicial para a voz, apenas 1 (6,7%) discordou desta opinião, na afirmação 27. A produção da voz é uma função de grande gasto energético. A energia necessária para colocar as pregas vocais em vibração e produzir a fala é muito grande, o que pode levar ao cansaço vocal após o uso excessivo ou o uso da voz com grande intensidade (Behlau e Pontes, 2001). Na afirmação 29 que afirma que ficar rouco durante algumas semanas é indicativo de alteração vocal, observou-se que 13 (86,6%) das inquiridas em estudo concordou correctamente com a afirmação. É de extrema importância ter atenção a todos os sintomas vocais, o cancro da laringe, por exemplo, pode começar com uma rouquidão semelhante à de uma constipação. Qualquer rouquidão por mais de duas semanas deve ser avaliada adequadamente (Behlau e Pontes, 2001). Verifica-se que apenas 7 (46,7%) das Educadoras reconhecem que os factores genéticos podem dar origem a patologias vocais e a maioria das Educadoras (8;53,3%) não souberam o que responder à afirmação 42, demonstrando não terem conhecimento de que as alterações vocais podem ter como etiologia um factor genético (RCSLT, 2009). Na afirmação 43 e 44 respectivamente, constatou-se que apenas 12 (80%) destas profissionais afirmam que é possível prevenir as patologias vocais e todas as Educadoras (15;100%) afirmam que ao cuidarem da sua voz estão a prevenir possíveis alterações vocais. Nesta afirmação é possível observar que existe uma contradição, pois se todas as Educadoras (15;100%) afirmam que cuidar da voz previne alterações vocais, as mesmas 15 (100%) deveriam afirmar que é possível prevenir as patologias vocais. A conservação dos hábitos negativos por tempo prolongado pode dar origem a determinados sintomas que se não forem prevenidos ou corrigidos, atempadamente, podem dar origem a um agravamento progressivo da situação vocal, podendo mesmo levar ao aparecimento de patologias vocais graves (Behlau e Pontes, 2001). Verificou-se na afirmação 45, que 14 (93,3%) das Educadoras de Infância reconhecem que sentir dor na garganta depois de gritar é prejudicial para a voz. Como já foi referido anteriormente, o gritar é um dos actos mais agressivos para as pregas

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

vocais e a dor de garganta é indicativo de hidratação insuficiente o que é prejudicial para o bom funcionamento das pregas vocais (Behlau e Pontes, 2001).

Segundo Penteado (2007), a literatura destaca a prevalência de alterações vocais em Educadores de Infância e aponta necessidades em determinados aspectos relacionados com a voz e com a saúde vocal destes profissionais, nos cuidados com a saúde vocal, na prevenção e na promoção da saúde. Hoje em dia ainda são reduzidos os trabalhos de investigação que se propõem ao aprofundamento da investigação dos aspectos subjectivos, como os conhecimentos e as construções de sentidos de Educadores de Infância acerca da temática voz e saúde vocal, apesar dos avanços que têm corrido nos últimos tempos (Penteado, 2007).

4. Conclusão

Perante os resultados obtidos após a sua análise e discussão, verifica-se que as Educadoras de Infância, do Concelho de Cascais, de forma generalizada possuem conhecimentos sobre voz, saúde vocal e alterações vocais, uma vez que em 50 afirmações, apenas em 10 demonstraram não ter conhecimento. Pela aplicação do questionário, constatou-se que as Educadoras de Infância participantes neste estudo desconhecem qual o órgão que produz a voz (afirmação 1), e a forma como esta é produzida (afirmação 3). Desconhecem o impacto negativo de falar baixinho (afirmação 12), da utilização das pastilhas para a garganta (afirmação 15), do imitar ruídos e vozes (afirmação 16), da utilização excessiva da voz (afirmação 35) e dos factores genéticos (afirmação 42) na qualidade vocal. É importante referir que nas afirmações sobre andar de saltos altos (afirmação 46), falar enquanto se está sentado em cadeiras para crianças (afirmação 47) e na utilização excessiva de medicamentos (afirmação 49) é possível verificar que as inquiridas não sabem o que responder, o que demonstra desconhecimento acerca desta temática. Nas restantes afirmações observou-se que as Educadoras de Infância possuem conhecimento acerca de voz, saúde vocal e alterações vocais, o que é uma discordância com alguma literatura consultada e estudos anteriormente efectuados. Na literatura (Freitas, 2006; Guimarães, 2004; Guimarães, 2007; Latorre e Simões, 2006; Penteado, 2007; Quinteiros, 2000) verificamos que são vários os estudos que demonstram que estas profissionais não possuem conhecimento

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

acerca da voz, saúde vocal e alterações vocais, efectuando no decorrer da sua profissão comportamentos prejudiciais e negativos ao bom funcionamento da voz e à sua saúde vocal. No entanto verifica-se que o conhecimento destas profissionais é um conhecimento que provém de experiências pessoais e não de um conhecimento teórico sobre o tema em questão, uma vez que as respostas não se centram no “*discordo totalmente*” ou no “*concordo plenamente*”, mas sim no “*discordo*” ou no “*concordo*”.

Num estudo futuro, ou na continuação deste estudo, seria muito importante ter uma amostra maior ($n \geq 30$), assim como, alguns dos inquiridos serem do género masculino para podermos analisar os resultados em ambos os géneros. Outra sugestão para este estudo seria a escala de tipo *Lickert* utilizada em vez de contemplar cinco itens (“*discordo totalmente*”, “*discordo*”, “*concordo*”, “*concordo plenamente*” e “*não sei*”) deveria contemplar apenas três itens (“*discordo*”, “*concordo*” e “*não sei*”), tendo em conta que na análise dos resultados as respostas “*concordo*” e “*concordo plenamente*”, bem como “*discordo*” e “*discordo totalmente*”, têm o mesmo significado em termos de classificação do conhecimento. Se a escala de tipo *Lickert* contemplasse apenas três itens os resultados tinham sido aferidos de uma forma mais clara e precisa. Duas propostas para estudos futuros, poderão passar por aferir quais os comportamentos adequados, sobre saúde vocal, que estas profissionais praticam e aferir qual a incidência de alterações vocais nestas profissionais.

As limitações mais relevantes neste estudo são a fiabilidade inaceitável do instrumento de recolha de dados (questionário) e o baixo número da amostra. A fiabilidade inaceitável indica que seria necessária uma reavaliação da base teórica do questionário. O baixo número da amostra deve-se ao condicionamento da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, mais propriamente da Monitorização de Inquérito em Meio Escolar, uma vez que este serviço impôs a aplicação do questionário em apenas alguns jardins-de-infância do Concelho de Cascais, como já foi referido anteriormente. É importante referir que outra limitação foi a construção frásica de algumas afirmações do questionário que poderão ter tido influência em alguns resultados obtidos.

5. Bibliografia

- ASHA (2008). *Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists in Early Intervention: Guidelines*. Disponível *on-line* em <http://www.asha.org/docs/html/GL2008-00293.html>. Último acesso em 14.01.2010.
- Battisti, B. (2002). Voz do Professor: um clamor à fonoaudiologia. *In* Ferreira, L. e Silva, M. (Eds.). *Saúde vocal: práticas fonoaudiológicas*. São Paulo: Editora Roca.
- Behlau, M., Azevedo, R. e Pontes, P. (2001a). Conceito de voz normal e classificação das disfonias. *In* Behlau, M. (Eds.). *Voz – O livro do especialista. Vol. I (pp.53-84)*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Behlau, M., Azevedo, R., Pontes, P. e Brasil, O. (2001b). Disfonias funcionais. *In* Behlau, M. (Eds.). *Voz – O livro do especialista. Vol. I (pp.247-293)*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Behlau, M. e Pontes, P. (2001). *Higiene Vocal – Cuidando da Voz*. (3ª. Ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Carmo, H e Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. (2.ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- CPLOL (2003). *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de L'Union Européenne: Guidelines for Prevention in Speech and Language Therapy*. Disponível *on-line* em: <http://www.cplol.org/eng/guidelines.html>. Último acesso em 12.12.2009.
- CPLOL (2003). *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de L'Union Européenne: Presentation of the profession*. Disponível *on-line* em: <http://www.cplol.org/eng/SLT.htm>. Último acesso em 09.12.2009.
- Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (n.d.). Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar. Disponível *on-line* em <http://mime.gepe.min-edu.pt/>. Último acesso em 08.06.2010.

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

- Ferreira, L. (2004). Assessoria fonoaudiológica aos profissionais da voz. *In* Befi-Lopes, D., Ferreira, L. e Limongi, S. (Eds.) *Tratado de fonoaudiologia* (135-136). São Paulo: Editora Roca.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação*. Décarie Éditeur: Lusociência.
- Freitas, S. (2006). “Disfonia em professores do primeiro ciclo do ensino básico”. *Arquivos de Medicina. Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*, 20, 5 e 6, pp. 145-152.
- Garcia-Marques, T. e Maroco, J. (2006). “Qual a fiabilidade do alfa Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?”. *Laboratório de Psicologia. Instituto Superior de Psicologia Aplicada Portugal*, 4, 1, pp. 65-90.
- Guimarães, I. (2004). “Os problemas de voz nos professores: prevalência, causas, efeitos e formas de prevenção”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22, 2, pp. 33-44.
- Guimarães, I. (2007). *A ciência e a arte da voz humana*. Alcabideche: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Latorre, M. e Simões, M. (2006). “Prevalência de alteração vocal em educadoras e sua relação com a auto-percepção”. *São Paulo. Revista de Saúde Pública*, 40, 6. pp. 1013-1018.
- Penteado, R. (2007). “Relações entre saúde e trabalho docente: percepções de professores sobre saúde vocal”. *São Paulo. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12, 1, pp. 18-22. Disponível *on-line* em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15168034200700010005&lng=pt&nrm=iso. Último acesso em 28.12.2009.
- Pinho, S. (2003). *Fundamentos em fonoaudiologia: tratando os distúrbios da voz*. (2.^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Quinteiros, S. (2000). “Incidência de nódulos vocais em professores de pré-escola e o seu tratamento”. *Revista CEFAC*, 2, 1, pp. 16-22.

O conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal – Licenciatura em Terapia da Fala

RCSLT (2009). Resource manual for commissioning and planning services for SLT. Voice. Royal College of Speech & Language Therapists. Disponível *on-line* em: http://www.rcslt.org/speech_and_language_therapy/intro/voice. Último acesso em 14.06.2010.

Silva, M. A. A. (2003). Saúde vocal. *In* Pinho, S. M. R. (2.^a Eds). Fundamentos em fonoaudiologia. Tratando os distúrbios da voz (pp. 139-145). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Apêndices

Apêndice A

(Questionário)



Questionário

Eu, Ana Carina Pedro Borges, a frequentar o 4º ano da Licenciatura em Terapia da Fala, na Universidade Atlântica, encontro-me a realizar, no âmbito da Unidade Curricular de Investigação Aplicada à Terapia da Fala, uma monografia com o tema: “Conhecimento sobre voz dos Educadores de Infância, do Concelho de Cascais”.

Este questionário refere-se ao estudo do conhecimento que os Educadores de Infância do Concelho de Cascais têm sobre saúde vocal. Tem como principais objectivos caracterizar o conhecimento dos Educadores de Infância sobre voz, saúde vocal, mau uso e abuso vocal e alterações vocais.

O questionário está dividido em duas partes: a parte I é constituída por questões de caracterização sócio-demográfica da amostra e a parte II corresponde a questões sobre saúde vocal.

Agradeço, desde já, a sua colaboração.

O conhecimento sobre saúde vocal dos Educadores de Infância

Ao longo de todo o questionário irão ser respeitados todos os direitos dos participantes, será respeitada a decisão de qualquer participante não colaborar ou desistir em qualquer altura da investigação e será garantida a total confidencialidade da informação obtida.

O tratamento dos dados será efectuado de uma forma global, não sendo estes sujeitos a uma análise individual e estando garantido o total respeito pelo anonimato.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade.

A resolução do questionário terá uma duração aproximada de 10 minutos.

Após o preenchimento do mesmo, deverá colocá-lo dentro do envelope fechado, em local apropriado.

Nota: O inquirido não será identificado pelo seu nome próprio.

Código (NÃO PREENCHER): _____

1. Caracterização sócio-demográfica

1. Data: _____/_____/2010

2. 2. Sexo: Feminino Masculino

3. Idade: _____

4. Escolaridade: _____

5. Há quanto tempo está a trabalhar como Educadora de Infância: _____

6. Já alguma vez fez Terapia da Fala? _____

Questionário

2. Caracterização do conhecimento

Coloque uma cruz (apenas uma) no quadrado que corresponde à sua resposta escolhida.

	Afirmações sobre Saúde Vocal	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não sei
1	O órgão responsável pela produção da voz é a garganta.					
2	A voz é produzida enquanto se deita o ar fora.					
3	Para falar não é necessário encher os pulmões.					
4	A voz resulta do movimento das cordas vocais.					
5	Cada indivíduo apresenta duas cordas vocais.					
6	Existem formas de preservar a saúde vocal.					
7	As dores de garganta podem afectar a minha voz.					
8	Saúde vocal contempla comportamentos que fazem mal à voz.					
9	Falar frequentemente em locais com ar condicionado não prejudica a voz.					
10	A alimentação não influencia a voz.					
11	Beber água fria faz bem à voz.					

	Afirmações sobre Saúde Vocal	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não sei
12	Falar baixinho não prejudica a voz.					
13	As roupas que apertam o abdómen não prejudicam a voz.					
14	Limpar a garganta dá a sensação de alívio.					
15	As pastilhas para a dor de garganta não interferem com a voz.					
16	Imitar ruídos e vozes faz bem porque aumenta a minha capacidade vocal.					
17	Ter comportamentos que fazem mal à voz indica que tenho saúde vocal.					
18	É um bom sinal ter a sensação de garganta seca logo de manhã.					
19	O esforço para falar é considerado mau uso vocal.					
20	Dar um grito não prejudica directamente a voz.					
21	O ar condicionado beneficia a voz.					
22	Falar mais alto em ambientes de ruído prejudica a voz.					

	Afirmações sobre Saúde Vocal	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não sei
23	A saúde vocal tem como objectivo melhorar a voz.					
24	Roupas apertadas na zona do pescoço prejudicam a voz.					
25	Beber 2L de água por dia é prejudicial à voz.					
26	Sentir ardor, secura e tensão enquanto fala, produz efeito negativo na voz.					
27	Ficar cansado depois de se falar é prejudicial para a voz.					
28	Fazer esforço para falar não interfere na voz.					
29	Ficar rouco durante algumas semanas é indicativo de alteração vocal.					
30	O uso incorrecto e o esforço da voz podem provocar alterações vocais.					
31	O sono não interfere com a qualidade vocal.					
32	Existem formas de prevenir o aparecimento de alterações nas cordas vocais.					
33	A respiração é a base da produção vocal.					

Afirmações sobre Saúde Vocal		Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não sei
34	Gritar constitui um dos comportamentos mais agressivos para a voz.					
35	Usar excessivamente a voz não é considerado mau uso vocal.					
36	Usar roupa apertada na garganta não interfere de forma negativa com a qualidade da voz.					
37	O tipo de alimentação não vai influenciar directamente a qualidade da voz.					
38	O álcool prejudica a voz.					
39	Ingerir bebidas de diferentes temperaturas, umas a seguir às outras, prejudica a voz.					
40	Num ambiente ruidoso, o comportamento a adoptar deve ser o aumento da voz.					
41	O abuso vocal não provoca alterações vocais.					
42	Os factores genéticos podem dar origem a patologias vocais.					

	Afirmações sobre Saúde Vocal	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não sei
43	É impossível prevenir as patologias vocais.					
44	Se cuidar da minha voz estou a prevenir possíveis alterações vocais.					
45	Sentir dor na garganta depois de gritar não é prejudicial para a voz.					
46	Andar de saltos altos enquanto se fala durante muito tempo faz mal à voz.					
47	Falar enquanto se está sentado em cadeiras para crianças não interfere com a voz.					
48	Elevados níveis de stress têm efeito negativo na voz.					
49	O uso excessivo de medicamentos, como anti-depressivos, interfere com a voz.					
50	A utilização de determinados materiais, como tintas ou colas, podem causar alterações na voz.					

Apêndice B

(Autorização da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular)

Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0120600001

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0120600001, com a designação *O conhecimento sobre Saúde Vocal dos Educadores de Infância.*, registado em 26-04-2010, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a). Senhor(a) Dr(a) Liliana Isabel Ventura Lucas

Venho por este meio informar que o pedido de realização de questionário em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal.

Com os melhores cumprimentos

Directora de Serviços de Inovação Educativa
DGIDC

Observações:

Sem observações

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Apêndice C

(Pedido de autorização)

Barcarena, 11 de Fevereiro de 2010

Exmo(a). Sr(a). Director(a) do Agrupamento de Escolas de _____

Integrada na Licenciatura em Terapia da Fala da Universidade Atlântica, eu, Ana Carina Pedro Borges, aluna do 4º ano, encontro-me a realizar a Monografia de final de curso sob o tema conhecimento sobre saúde vocal dos Educadores de Infância, do Concelho de Cascais, tendo como orientadora a Professora Liliana Lucas.

Este estudo tem como principais objectivos: caracterizar o conhecimento dos Educadores de Infância sobre voz, saúde vocal, mau uso e abuso vocal e alterações vocais.

O instrumento de recolha de dados será um questionário que se encontra dividido em duas partes: a Parte I diz respeito à caracterização sócio-demográfica e a Parte II caracteriza o conhecimento sobre saúde vocal.

O questionário é de natureza confidencial, sendo assegurado o anonimato dos Educadores de Infância que decidirem participar no estudo.

Este estudo sobre o conhecimento que os Educadores de Infância possuem sobre saúde vocal tem como principais objectivos caracterizar o conhecimento que estes profissionais têm sobre voz, saúde vocal, mau uso e abuso vocal e alterações vocais no sentido de promover a saúde vocal e prevenir futuros problemas vocais.

Venho por este meio solicitar a V. Exas. autorização para que possa realizar o meu estudo junto dos Educadores de Infância do seu Agrupamento.

Para qualquer esclarecimento adicional que necessite, por favor contactem Ana Borges através de Tlm.: 966183765 ou e-mail: acp_borges@hotmail.com ou Prof. Liliana Lucas através de Tel.: 214398285 ou e-mail: llucas@uatlantica.pt.

Antecipadamente grata pela atenção dispensada ao assunto, subscrevo-me com elevada consideração,

Pede deferimento,

Aluno

Apêndice D

(Declarações)

Agrupamento de Escolas da Alapraia

Após a autorização da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), no dia 5 de Maio de 2010, procedeu-se ao contacto com a Sra. Directora do Agrupamento de Escolas da Alapraia através de contacto telefónico.

No primeiro contacto com a Sra. Directora deste agrupamento de escolas, através de uma conversa informal, a aluna apresentou-se, expôs o estudo que estava a efectuar, assim como a forma como este se iria realizar. Foram apresentados todos os procedimentos e questões éticas que estariam inerentes à aplicação do questionário. Foram esclarecidas todas as dúvidas colocadas pela Sra. Directora.

A autorização foi fornecida pela Sra. Directora no próprio, no dia 5 de Maio, através do contacto telefónico, onde se acordou que os questionários seriam entregues no dia 7 de Maio de 2010, no horário da manhã.

Neste sentido foram enviados os documentos necessários (comprovativo de aluna, pedido de autorização, consentimento informado e questionário) via e-mail, para a direcção do Agrupamento de Escolas da Alapraia.

No dia 7 de Maio de 2010 pela manhã, os questionários foram distribuídos pelos jardins-de-infância que fazem parte deste agrupamento e que foram autorizados pela Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. No mesmo dia à tarde os questionários foram recolhidos pela aluna.

É de extrema importância salientar, que na elaboração do presente documento foram respeitados todos os aspectos de confidencialidade da identidade da Sra. Directora envolvida, de forma a não comprometer a sua privacidade, assim como os jardins-de-infância envolvidos neste estudo.

Agrupamento de Escolas de Alcabideche

Após a autorização da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), no dia 5 de Maio de 2010, procedeu-se no mesmo dia ao contacto do Sr. Director do Agrupamento de Escolas da Alcabideche através de contacto telefónico.

No primeiro contacto com o Sr. Director deste agrupamento de escolas, através de uma conversa informal, a aluna apresentou-se, expôs o estudo que estava a efectuar, assim como a forma como este se iria realizar. Foram apresentados todos os procedimentos e questões éticas que estariam inerentes à aplicação do questionário. Foi marcada uma reunião com o Sr. Director do agrupamento. A reunião ficou agendada para as 10h no dia 11 de Maio de 2010, no entanto por questões profissionais do Sr. Director, a reunião foi adiada para as 10h no dia 17 de Maio de 2010.

A autorização foi fornecida pelo Sr. Director no decorrer da reunião, no dia 17 de Maio de 2010. Acordou-se que os questionários seriam entregues no dia 21 de Maio de 2010, no horário da manhã.

No decorrer da reunião foram fornecidos todos os documentos necessários (comprovativo de aluna, pedido de autorização, consentimento informado e questionário) para a direcção do Agrupamento de Escolas de Alcabideche.

No dia 21 de Maio de 2010 pela manhã, os questionários foram distribuídos nos jardins-de-infância que fazem parte deste agrupamento e que foram autorizados pela Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. No dia 28 de Maio de 2010 à tarde os questionários foram recolhidos pela aluna.

É de extrema importância salientar, que na elaboração do presente documento foram respeitados todos os aspectos de confidencialidade da identidade do Sr. Director envolvido, de forma a não comprometer a sua privacidade, assim como os jardins-de-infância envolvidos neste estudo.

Agrupamento de Escolas de Alvide

Após a autorização da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), no dia 4 de Maio de 2010, procedeu-se no mesmo dia ao contacto do Sr. Director do Agrupamento de Escolas de Cascais através de contacto telefónico, sem sucesso. O primeiro contacto telefónico foi no dia 5 de Maio de 2010

No primeiro contacto com o Sr. Director deste agrupamento de escolas, através de uma conversa informal, a aluna apresentou-se, expôs o estudo que estava a efectuar, assim como a forma como este se iria realizar. Foram apresentados todos os procedimentos e questões éticas que estariam inerentes à aplicação do questionário. Devido à indisponibilidade por parte do Sr. Director não foi marcada nenhuma reunião. No entanto foi pedido que enviasse toda a documentação (comprovativo de aluna, pedido de autorização, consentimento informado e questionário) por e-mail. Após o envio do e-mail a aluna ficou aguardar resposta.

A autorização foi fornecida pelo Sr. Director que contactou a aluna por via telefónica no dia 26 de Maio de 2010, onde se acordou que os questionários seriam entregues no dia 28 de Maio de 2010, no horário da manhã.

No dia 28 de Maio de 2010 pela manhã, os questionários foram distribuídos nos jardins-de-infância que fazem parte deste agrupamento e que foram autorizados pela Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. No dia 31 de Maio de 2010 de manhã os questionários foram recolhidos pela aluna.

É de extrema importância salientar, que na elaboração do presente documento foram respeitados todos os aspectos de confidencialidade da identidade do Sr. Director envolvido, de forma a não comprometer a sua privacidade, assim como os jardins-de-infância envolvidos neste estudo.

Agrupamento de Escolas de Cascais

Após a autorização da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), no dia 4 de Maio de 2010, procedeu-se no mesmo dia ao contacto da Sra. Directora do Agrupamento de Escolas de Cascais através de contacto telefónico, sem sucesso. O primeiro contacto com este agrupamento só foi possível no dia 17 de Maio de 2010.

No primeiro contacto com a Sra. Directora deste agrupamento de escolas, através de uma conversa informal, a aluna apresentou-se, expôs o estudo que estava a efectuar, assim como a forma como este se iria realizar. Foram apresentados todos os procedimentos e questões éticas que estariam inerentes à aplicação do questionário. Após este contacto foi enviada toda a documentação por fax a pedido da Sra. Directora. Devido à indisponibilidade por parte do Sra. Directora não foi marcada nenhuma reunião e todo o processo foi encaminhado para a responsável que trata deste tipo de estudos. No entanto foi impossível falar com a responsável uma vez que a mesma não se encontrava na sede do agrupamento.

No dia 28 de Maio de 2010 deu-se o primeiro contacto com a responsável onde, através de uma conversa informal, a aluna voltou apresentar-se, apresentou novamente o estudo que estava a efectuar, assim como a forma como este se iria realizar. Foram apresentados todos os procedimentos e questões éticas que estariam inerentes à aplicação do questionário. Foi pedido que enviasse toda a documentação (comprovativo de aluna, pedido de autorização, consentimento informado e questionário) por e-mail. Após o envio do e-mail a aluna ficou aguardar resposta. A aluna nunca chegou a obter uma resposta do Agrupamento de Escolas de Cascais.

É de extrema importância salientar, que na elaboração do presente documento foram respeitados todos os aspectos de confidencialidade da identidade da Sra. Directora. envolvida e da responsável de forma a não comprometer a sua privacidade. Tendo em conta que a aluna não obteve resposta deste agrupamento, os jardins-de-infância deste agrupamento não foram contemplados neste estudo.

Agrupamento de Escolas João de Deus

Após a autorização da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), no dia 5 de Maio de 2010, procedeu-se ao contacto telefónico do Sr. Director do Agrupamento de Escolas João de Deus sem sucesso. O primeiro contacto com este agrupamento só foi possível no dia 27 de Maio de 2010, por contacto telefónico.

No primeiro contacto com o Sr. Director deste agrupamento de escolas, através de uma conversa informal, a aluna apresentou-se, expôs o estudo que estava a efectuar, assim como a forma como este se iria realizar. Foram apresentados todos os procedimentos e questões éticas que estariam inerentes à aplicação do questionário. Foram esclarecidas todas as dúvidas colocadas pelo Sr. Director.

Neste sentido foram enviados os documentos necessários (comprovativo de aluna, pedido de autorização, consentimento informado e questionário) via e-mail, para a direcção do Agrupamento de Escolas João de Deus.

A autorização foi fornecida pelo Sr. Director no próprio dia e encaminhou todo o processo para a Educadora de Infância responsável dos jardins-de-infância em questão. No dia 27 de Maio de 2010 a aluna entrou em contacto (contacto telefónico) com a Educadora, onde se acordou que os questionários seriam entregues no dia 28 de Maio de 2010, no horário da manhã.

No dia 28 de Maio de 2010 pela manhã, os questionários foram distribuídos nos jardins-de-infância que fazem parte deste agrupamento e que foram autorizados pela Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. No dia 31 de Maio de 2010 à tarde os questionários foram recolhidos pela aluna.

É de extrema importância salientar, que na elaboração do presente documento foram respeitados todos os aspectos de confidencialidade da identidade do Sr. Director envolvido e da Educadora de infância responsável de forma a não comprometer a sua privacidade, assim como os jardins-de-infância envolvidos neste estudo.

Agrupamento de Escolas Matilde Araújo

Após a autorização da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), no dia 5 de Maio de 2010, procedeu-se ao contacto telefónico da Sra. Directora do Agrupamento de Escolas Matilde Araújo sem sucesso. O primeiro contacto com este agrupamento foi no dia 12 de Maio de 2010, no entanto não foi possível estabelecer contacto com a Sra. Directora do agrupamento devido à indisponibilidade da própria.

A documentação foi enviada via e-mail para o agrupamento. A aluna nunca chegou a obter resposta deste agrupamento, neste sentido este agrupamento e os respectivos jardins-de-infância não foram contemplados neste estudo.

Agrupamento de Escolas Santo António da Parede

Após a autorização da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), no dia 5 de Maio de 2010, procedeu-se ao contacto da Sra. Directora do Agrupamento de Escolas João de Deus sem sucesso. O primeiro contacto com este agrupamento só foi possível no dia 12 de Maio de 2010.

No primeiro contacto com a Sra. Directora deste agrupamento de escolas, através de uma conversa informal, a aluna apresentou-se, expôs o estudo que estava a efectuar, assim como a forma como este se iria realizar. Foram apresentados todos os procedimentos e questões éticas que estariam inerentes à aplicação do questionário. Foram esclarecidas todas as dúvidas colocadas pela Sra. Directora.

Neste sentido foram enviados os documentos necessários (comprovativo de aluna, pedido de autorização, consentimento informado e questionário) via e-mail, para a direcção do Agrupamento de Escolas Santo António da Parede.

O pedido de autorização foi recusado pela Sra. Directora no dia 21 de Maio de 2010. O agrupamento contactou a aluna, através de contacto telefónico, informando a sua decisão e apresentando os motivos pelos quais recusava o pedido de autorização.

Respeitando a decisão da Sra. Directora, o agrupamento e os respectivos jardins-de-infância não foram contemplados neste estudo.

Apêndice E

(Gráficos do 1.º objectivo – conhecimento sobre voz)

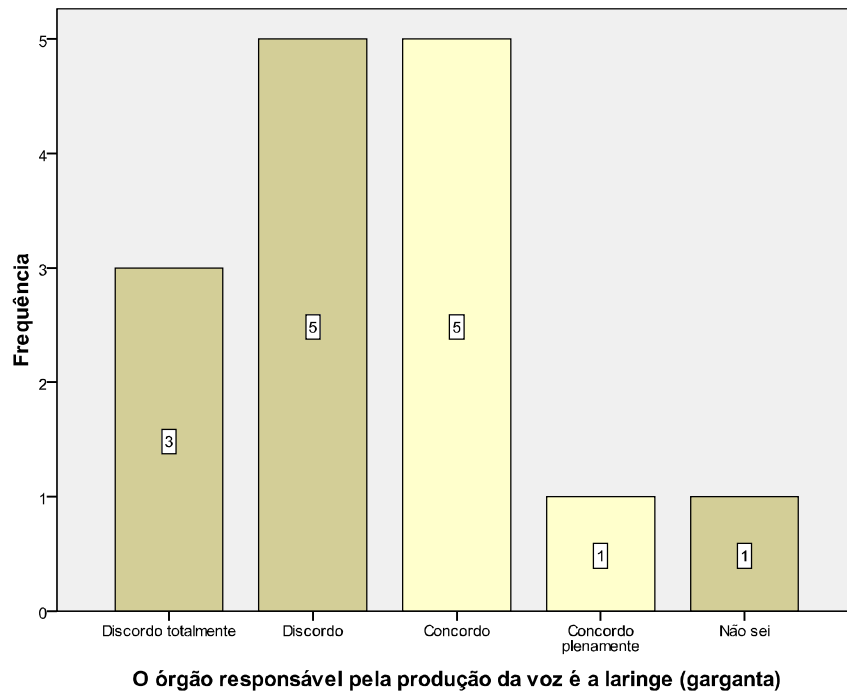


Figura 4 – Afirmação 1 “O órgão responsável pela produção da voz é a laringe (garganta)”

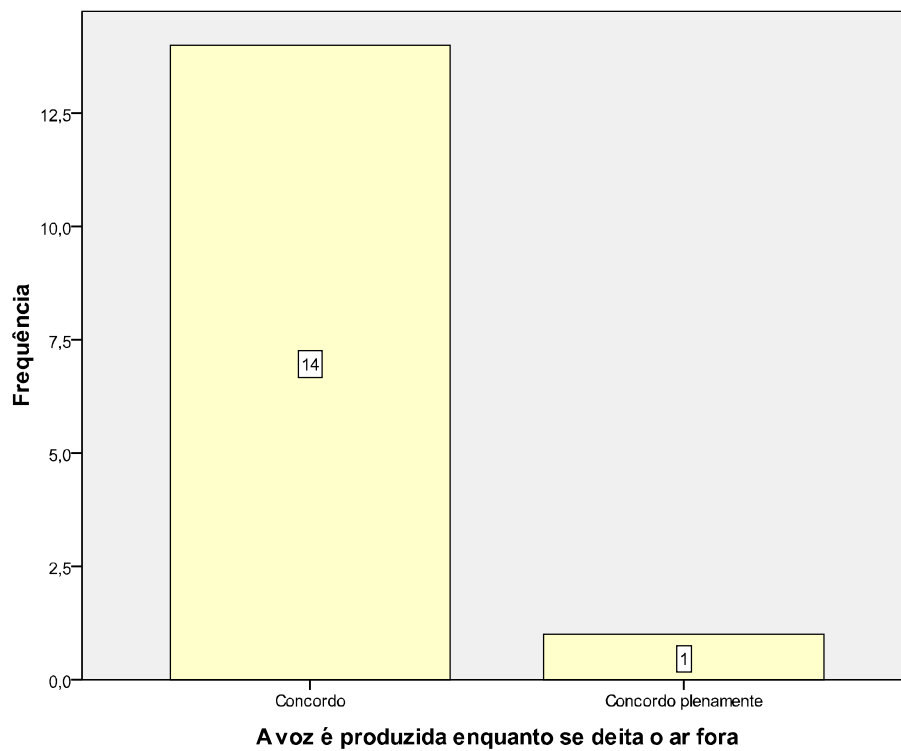


Figura 5 – Afirmação 2 “A voz é produzida enquanto se deita o ar fora”

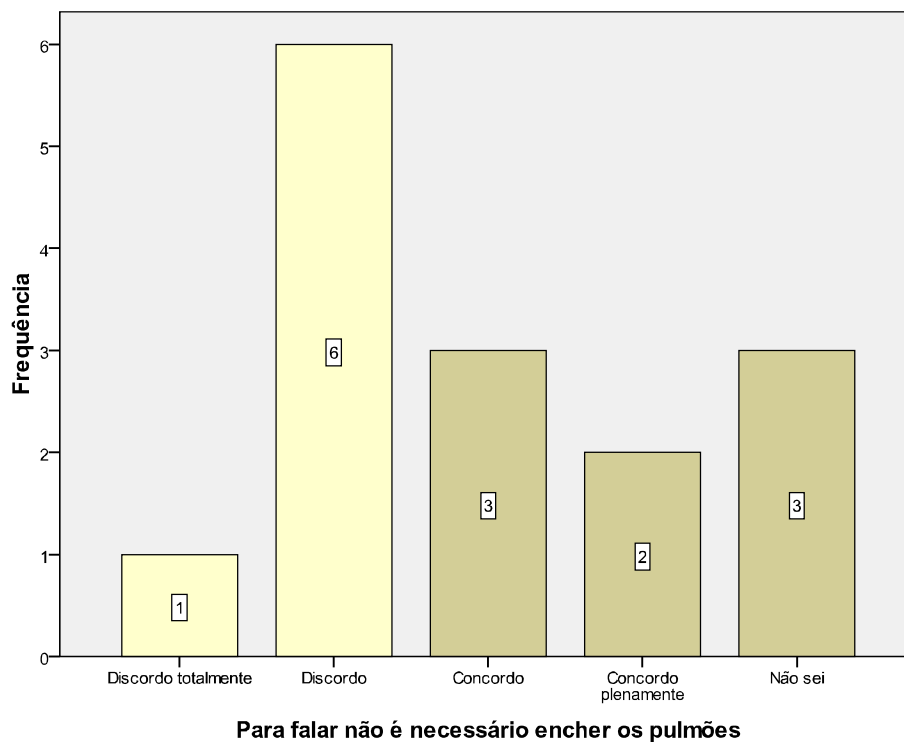


Figura 6 – Afirmação 3 “Para falar não é necessário encher os pulmões”

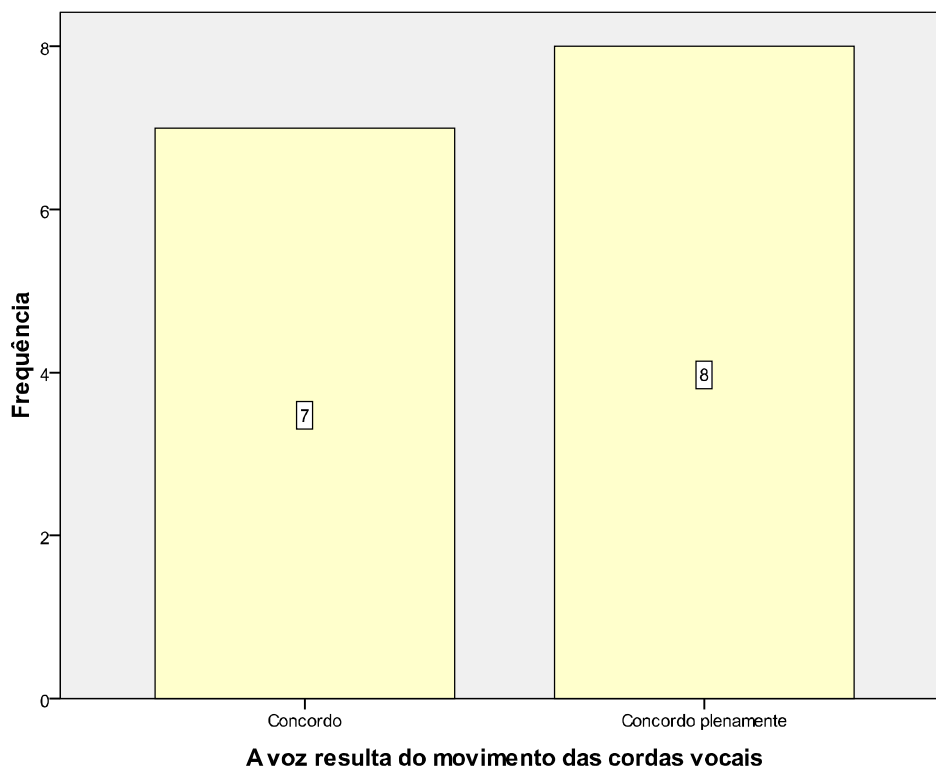


Figura 7 – Afirmação 4 “A voz resulta do movimento das cordas vocais”

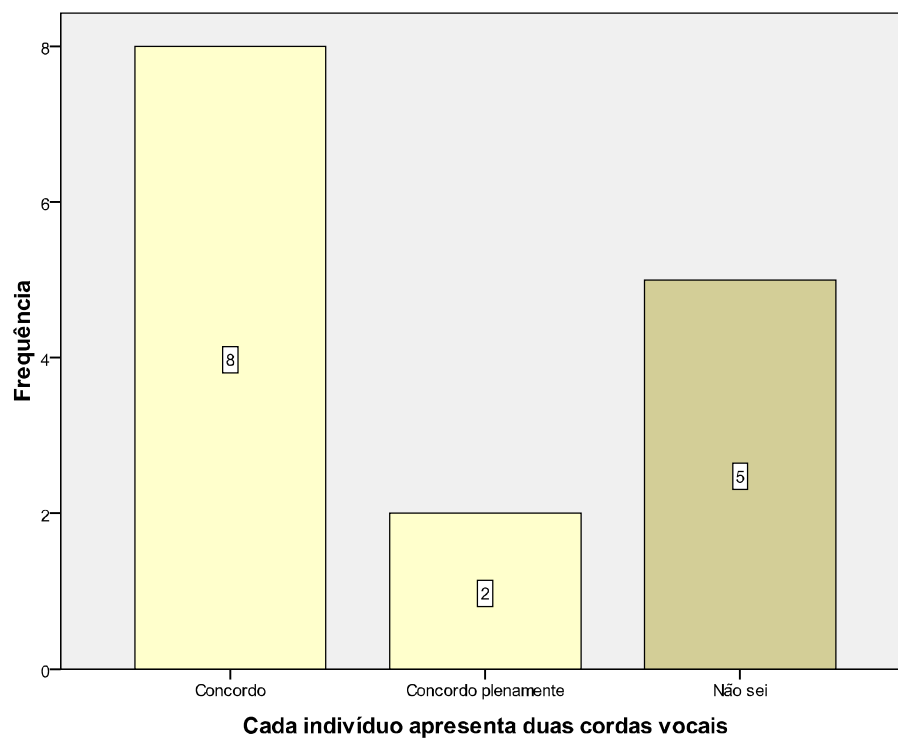


Figura 8 – Afirmação 5 “Cada indivíduo apresenta duas cordas vocais”

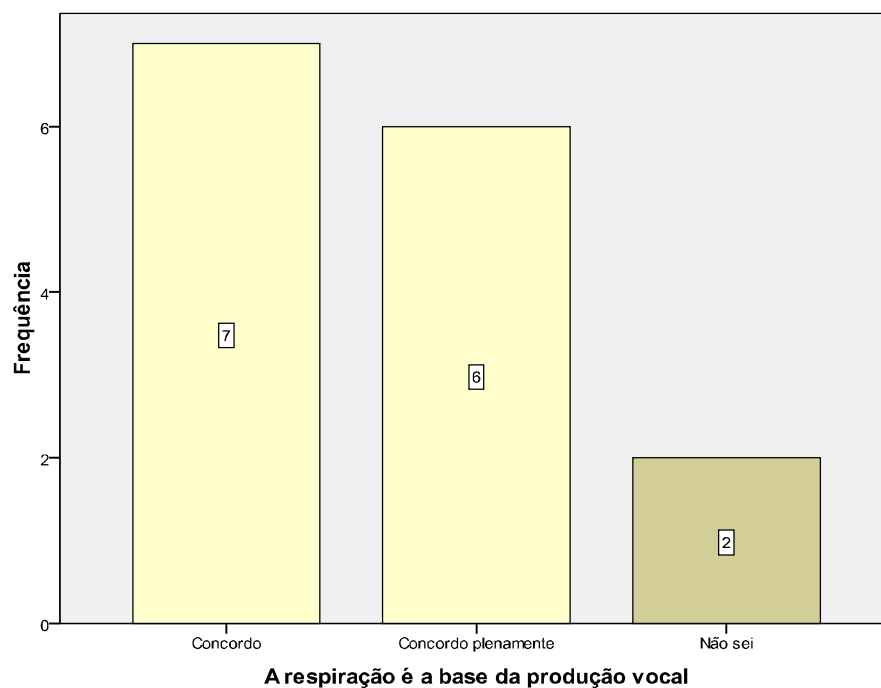


Figura 9 – Afirmação 33 “A respiração é a base da produção vocal”

Apêndice F

(Gráficos do 2.º objectivo – conhecimento sobre saúde vocal)

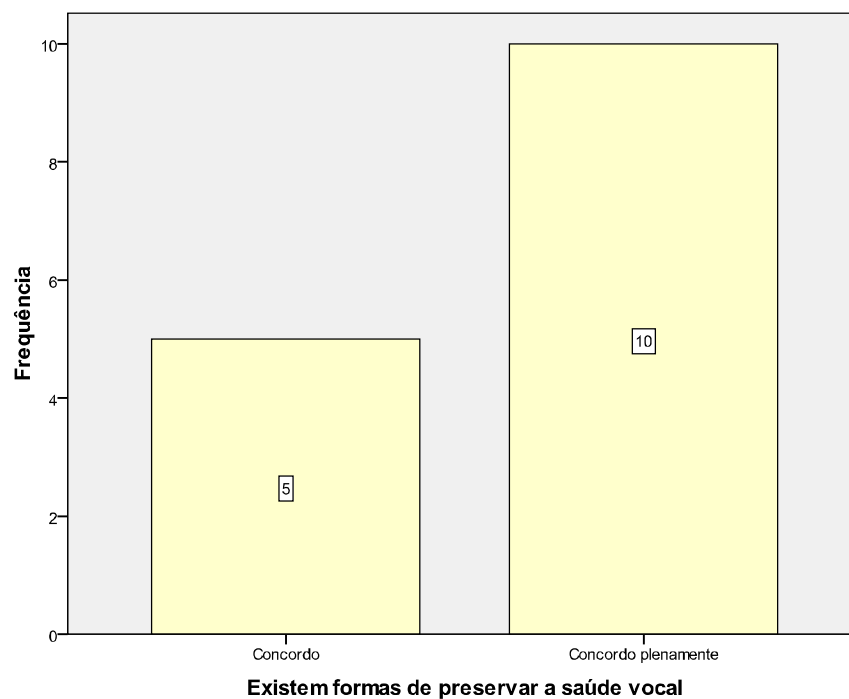


Figura 10 – Afirmação 6 “Existem formas de preservar a saúde vocal”

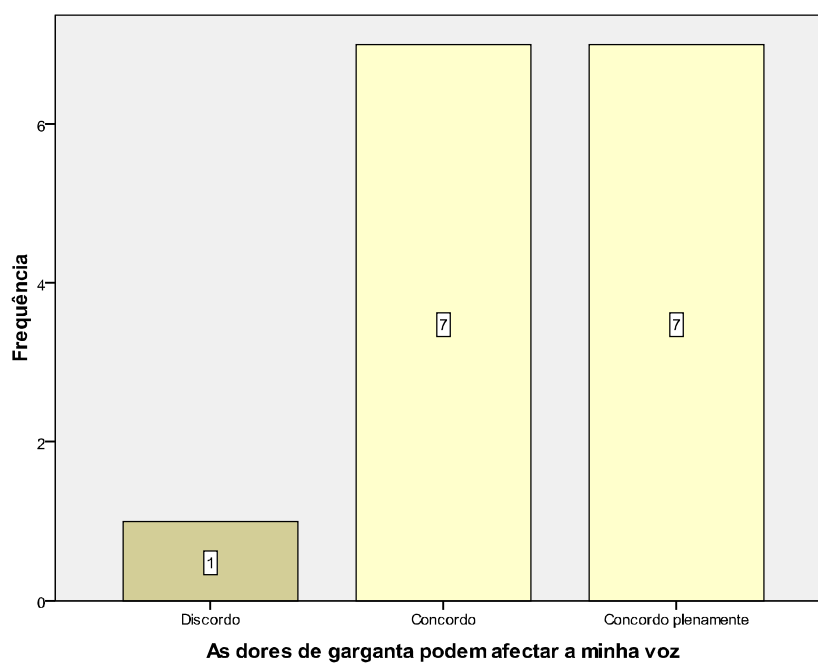


Figura 11 – Afirmação 7 “As dores de garganta podem afectar a minha voz”

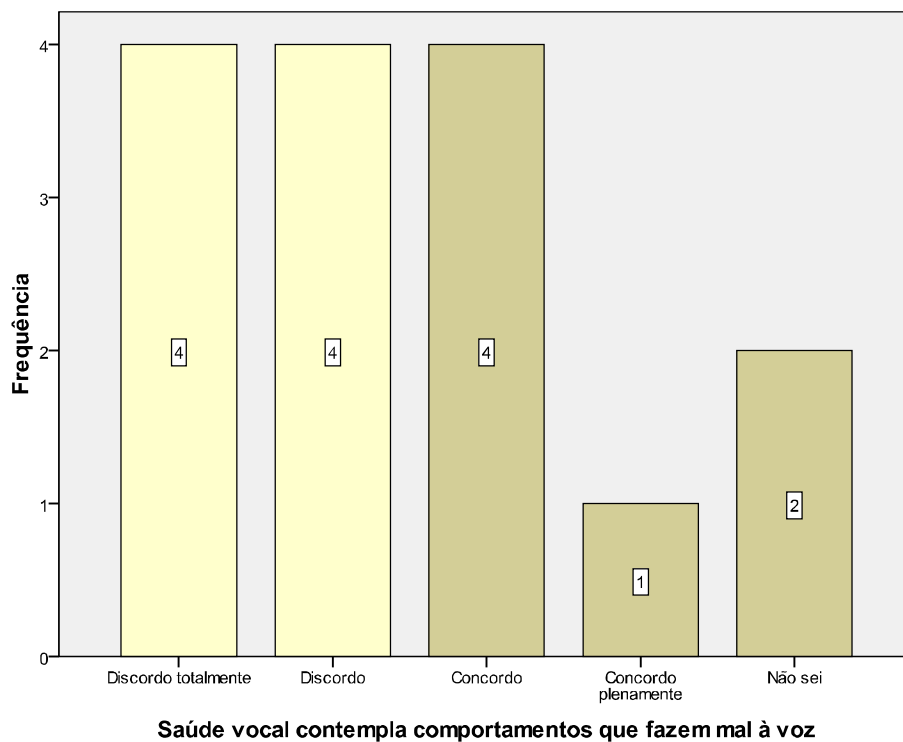


Figura 12 – Afirmação 8 “Saúde vocal contempla comportamentos que fazem mal à voz”

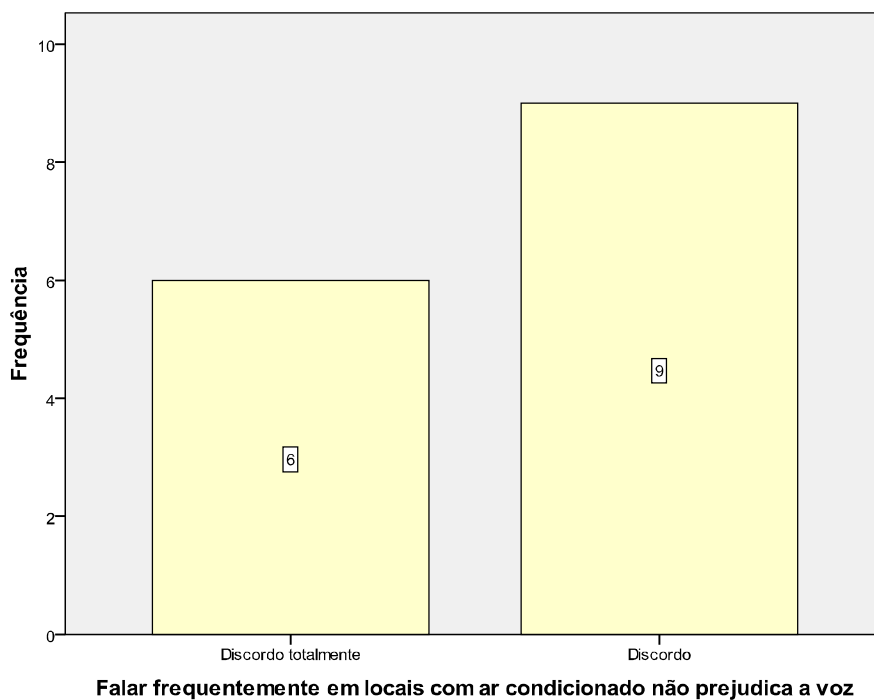


Figura 13 – Afirmação 9 “Falar frequentemente em locais com ar condicionado não prejudica a voz”

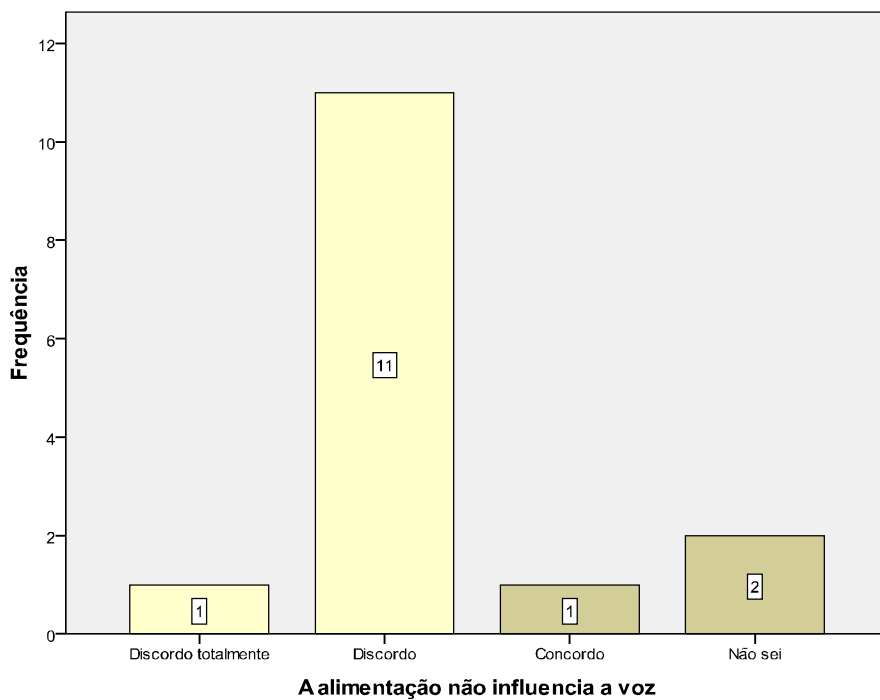


Figura 14 – Afirmação 10 “A alimentação não influencia a voz”

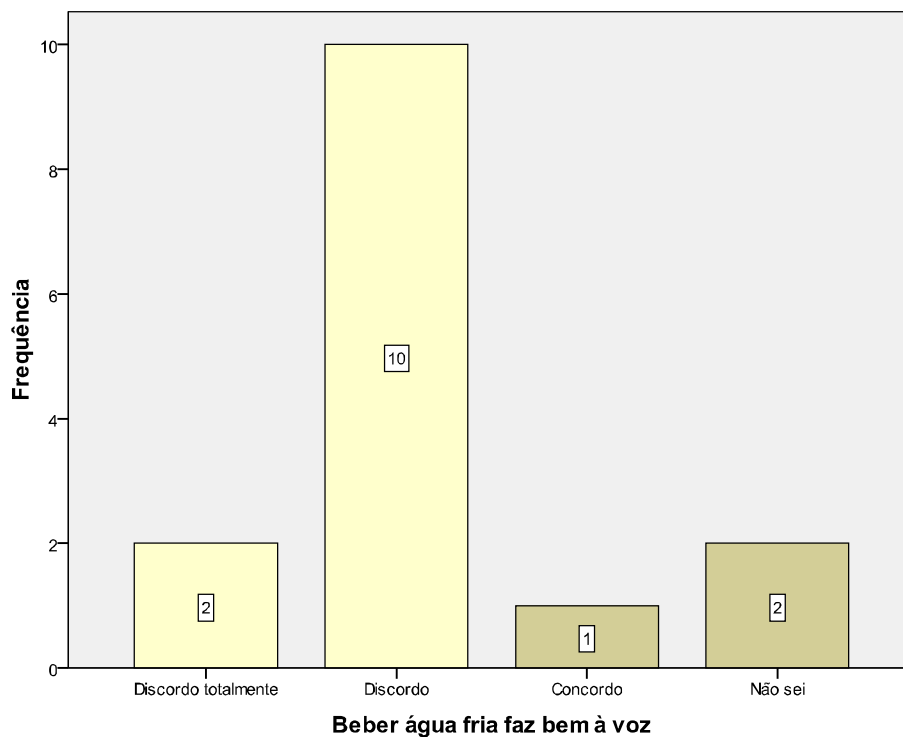


Figura 15 – Afirmação 11 “Beber água fria faz bem à voz”

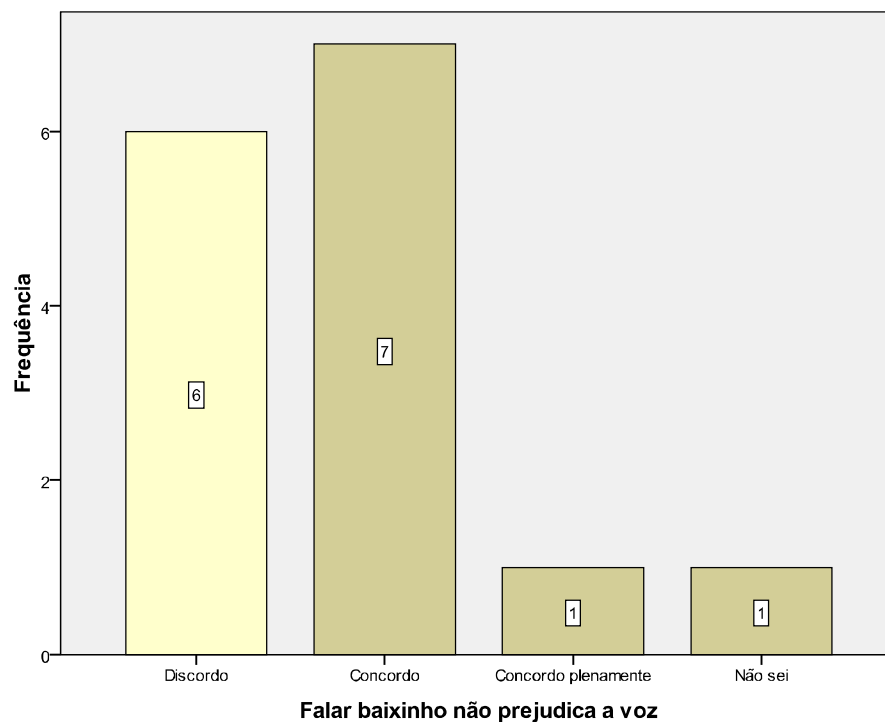


Figura 16 – Afirmação 12 “Falar baixinho não prejudica a voz”

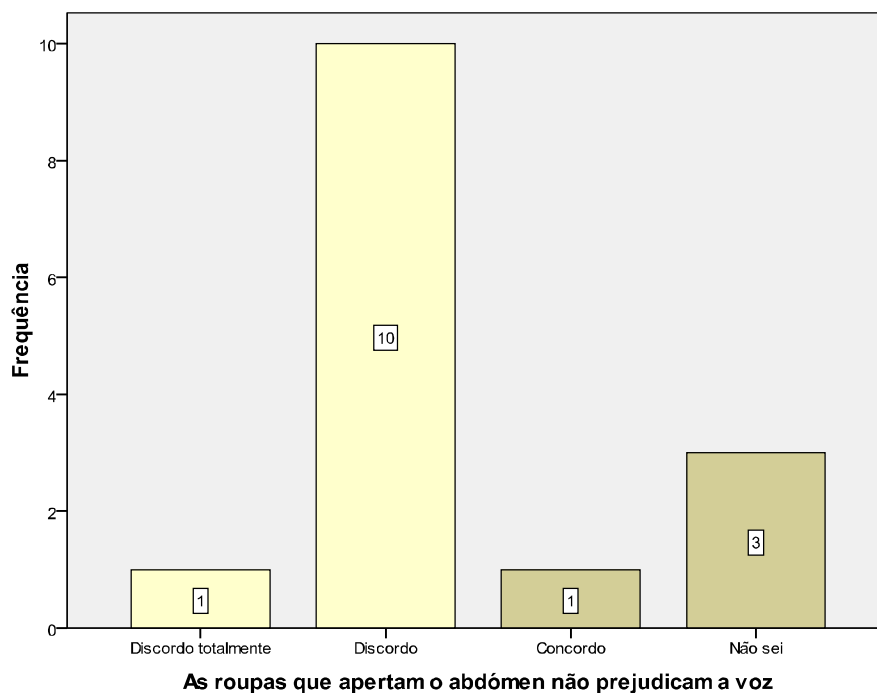


Figura 17 – Afirmação 13 “As roupas que apertam o abdómen não prejudicam a voz”

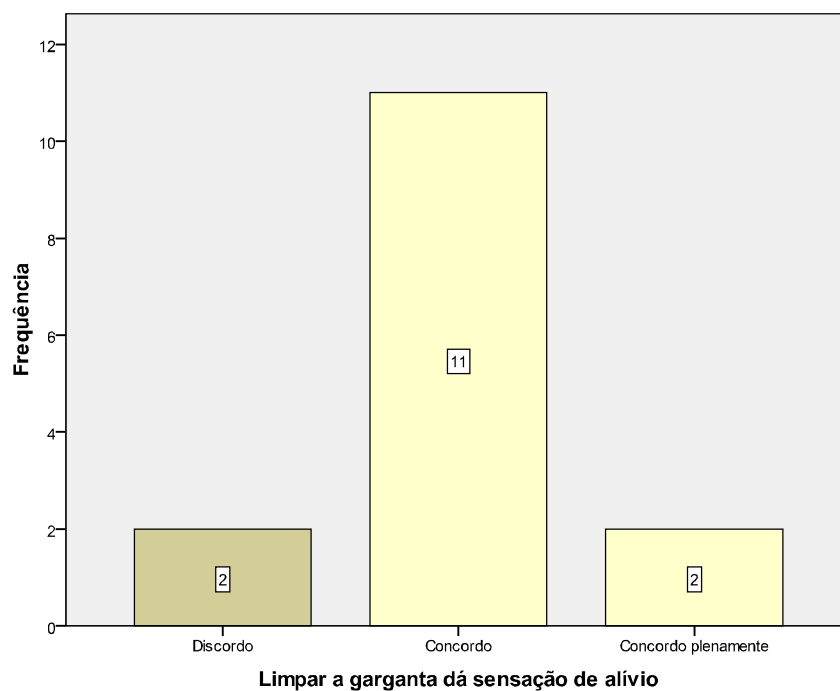


Figura 18 – Afirmação 14 “Limpar a garganta dá sensação de alívio”

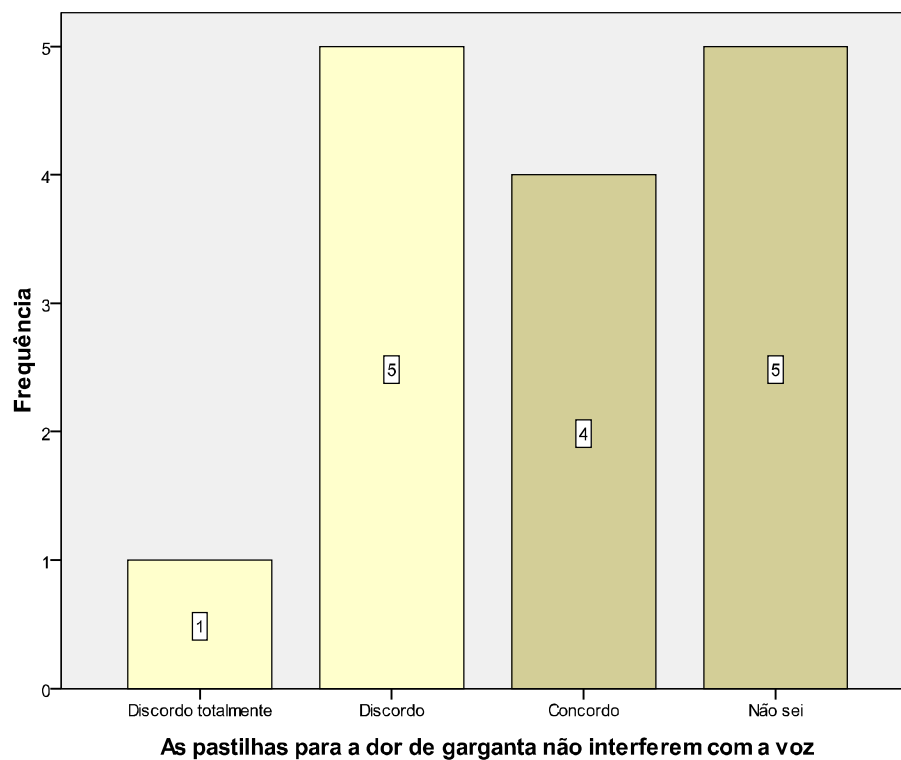


Figura 19 – Afirmação 15 “As pastilhas para a dor de garganta não interferem com a voz”

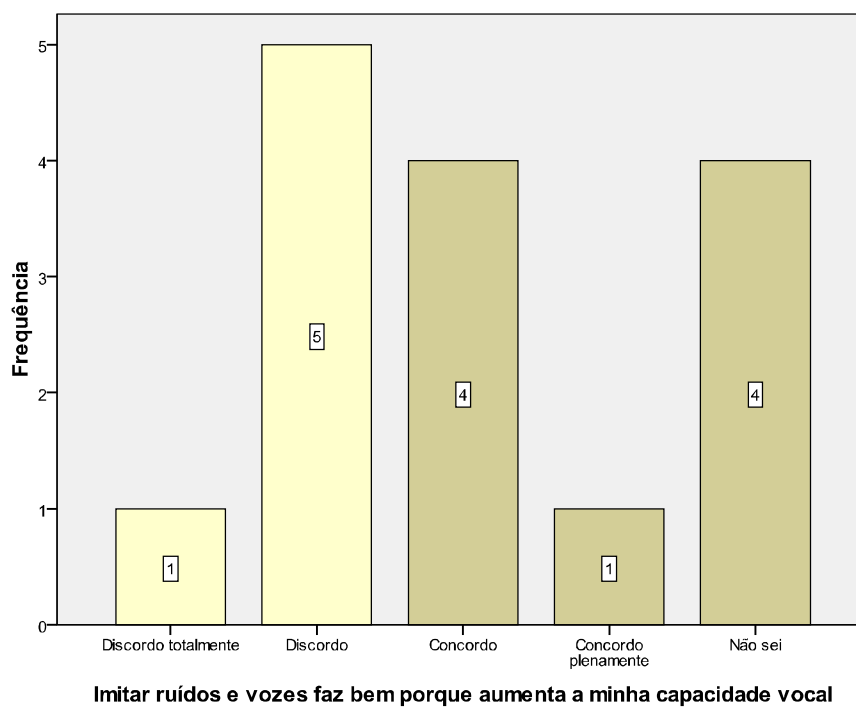


Figura 20 – Afirmação 16 “Imitar ruídos e vozes faz bem porque aumenta a minha capacidade vocal”

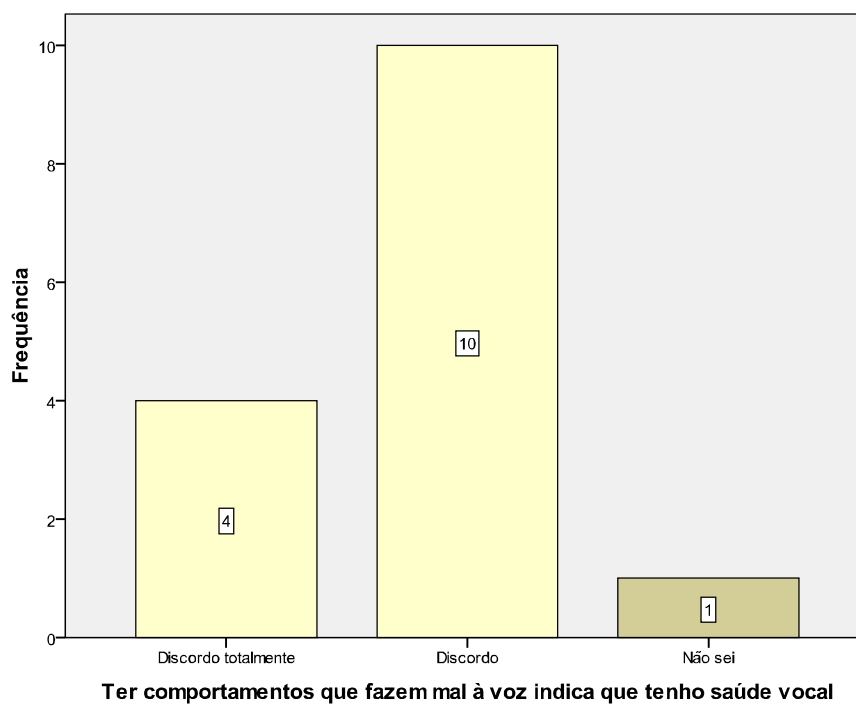


Figura 21 – Afirmação 17 “Ter comportamentos que fazem mal à voz indica que tenho saúde vocal”

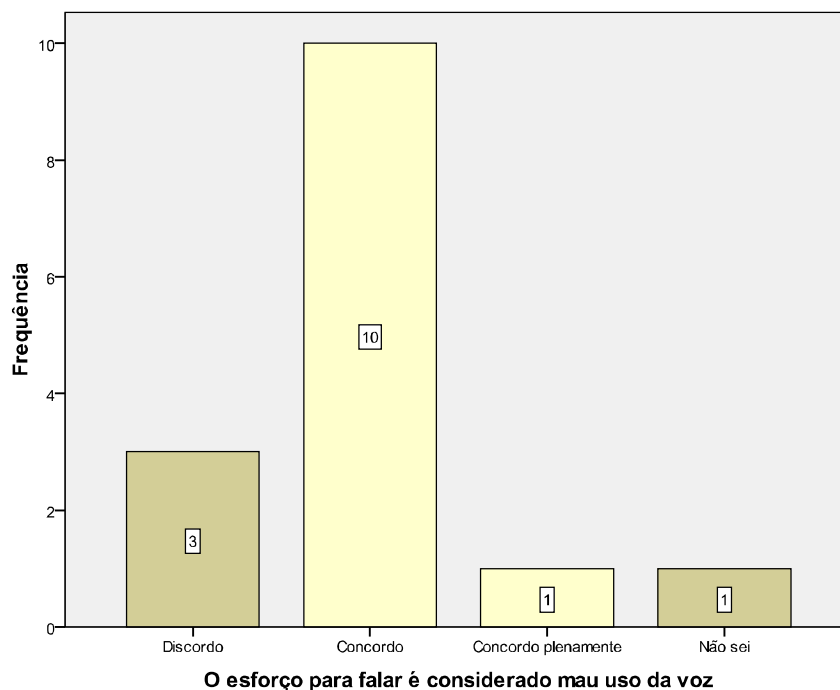


Figura 22 – Afirmação 19 “O esforço para falar é considerado mau uso da voz”

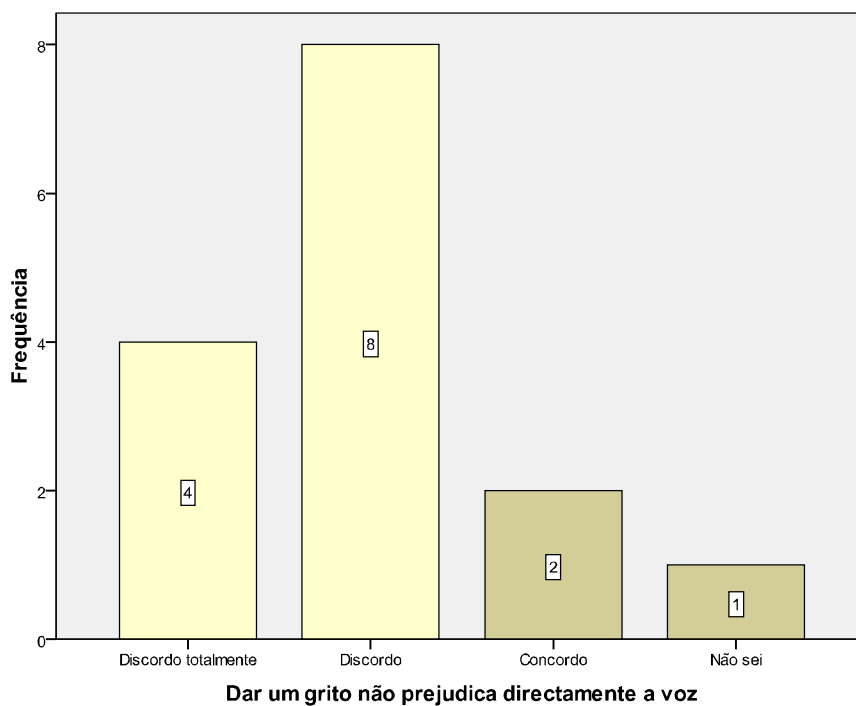


Figura 23 – Afirmação 20 “Dar um grito não prejudica directamente a voz”

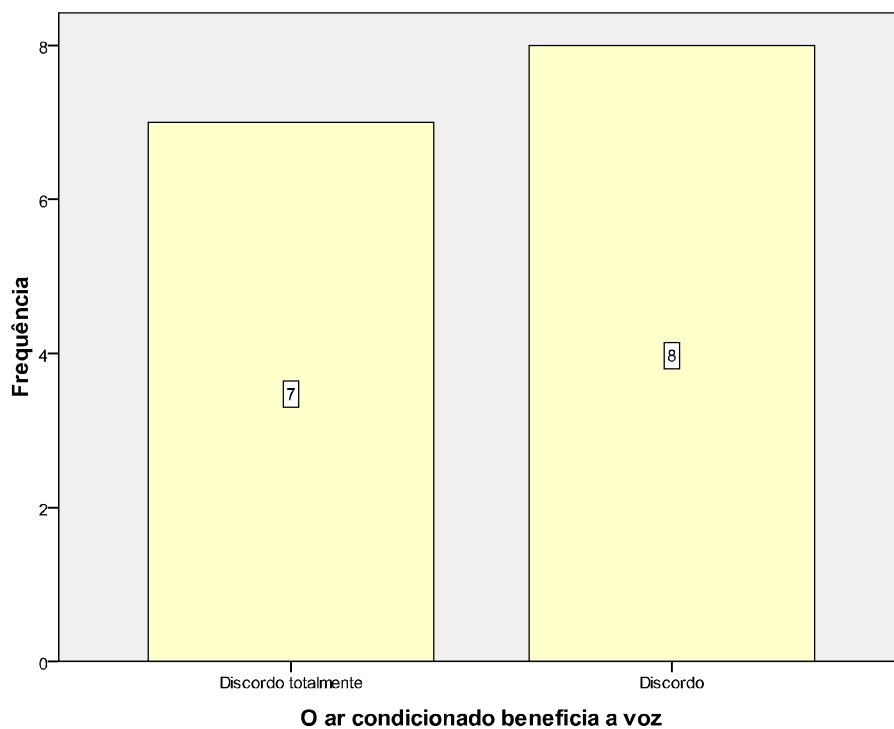


Figura 24 – Afirmação 21 “O ar condicionado beneficia a voz”



Figura 25 – Afirmação 22 “Falar mais alto em ambientes de ruído prejudica a voz”

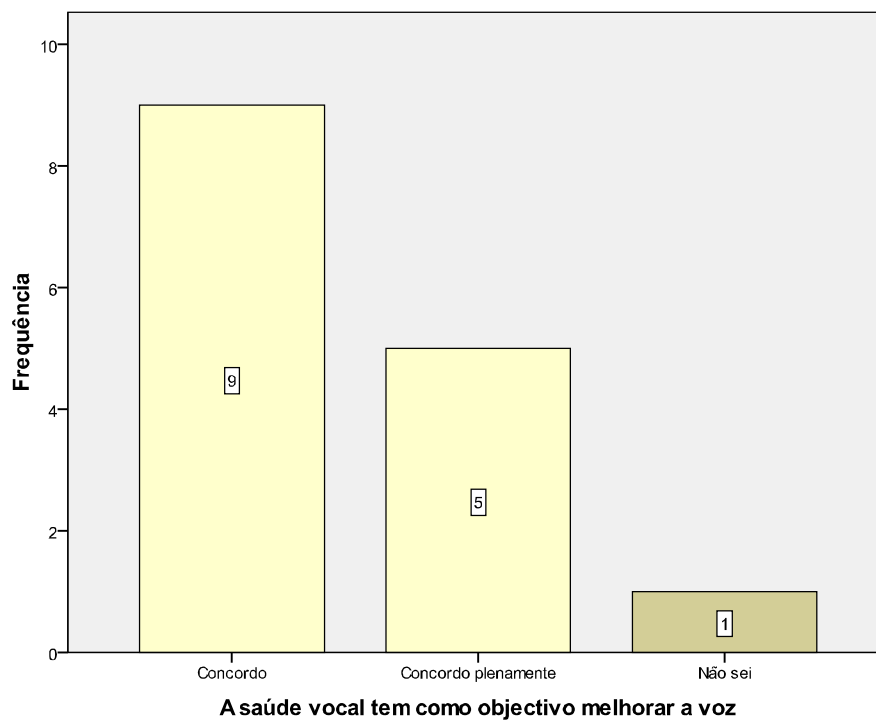


Figura 26 – Afirmação 23 “” A saúde vocal tem como objectivo melhorar a voz

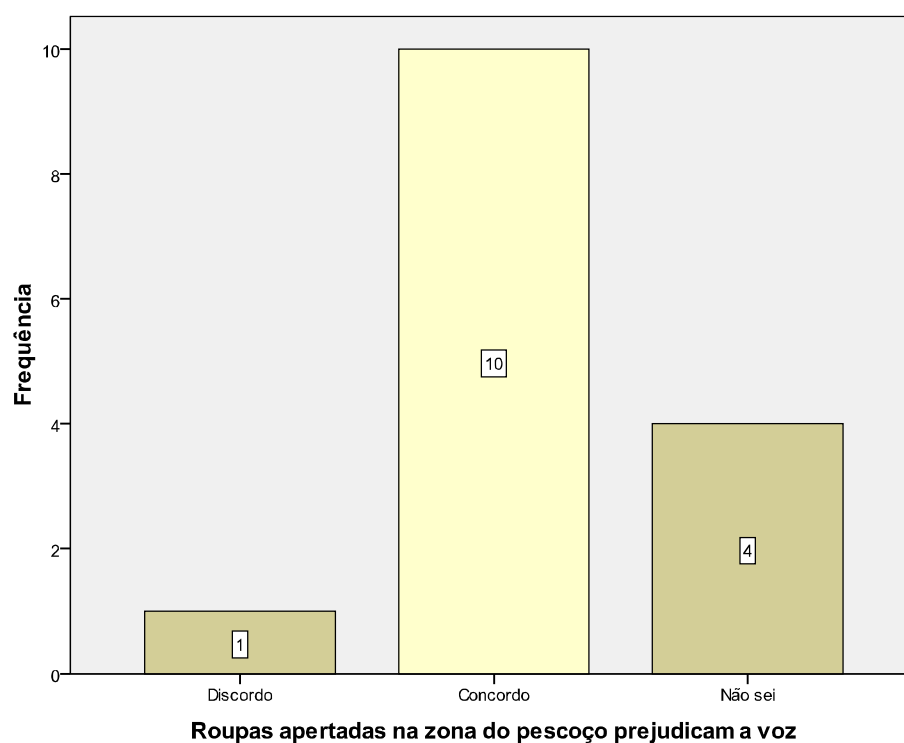


Figura 27 – Afirmação 24 “Roupas apertadas na zona do pescoço prejudicam a voz”

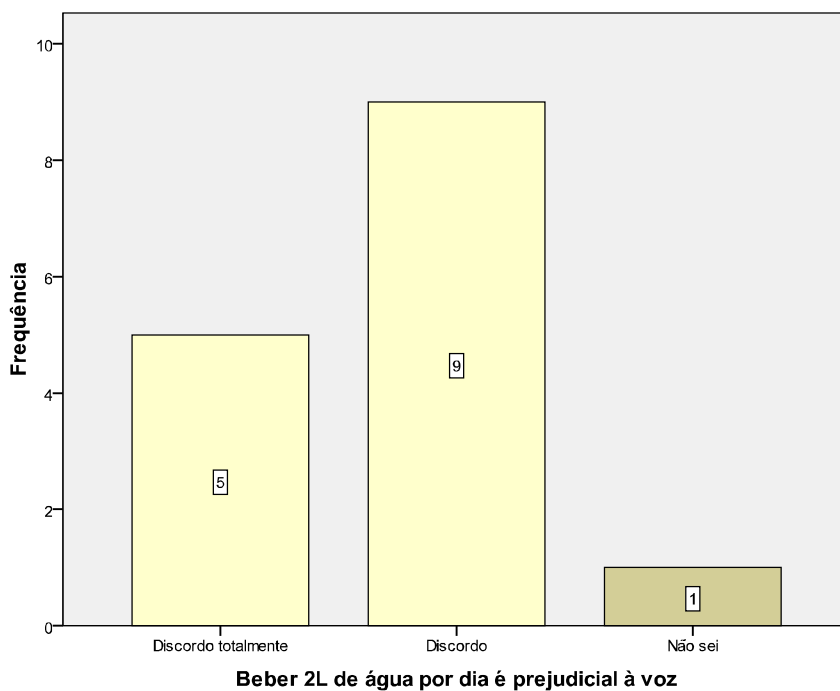


Figura 28 – Afirmação 25 “Beber 2L de água por dia é prejudicial à voz”

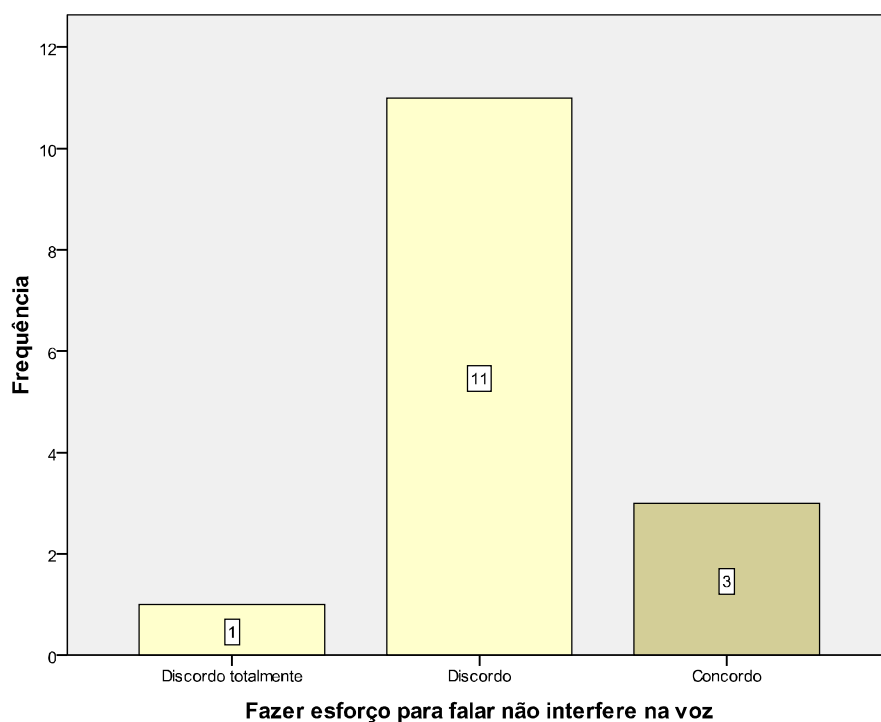


Figura 29 – Afirmação 28 “Fazer esforço para falar não interfere na voz”

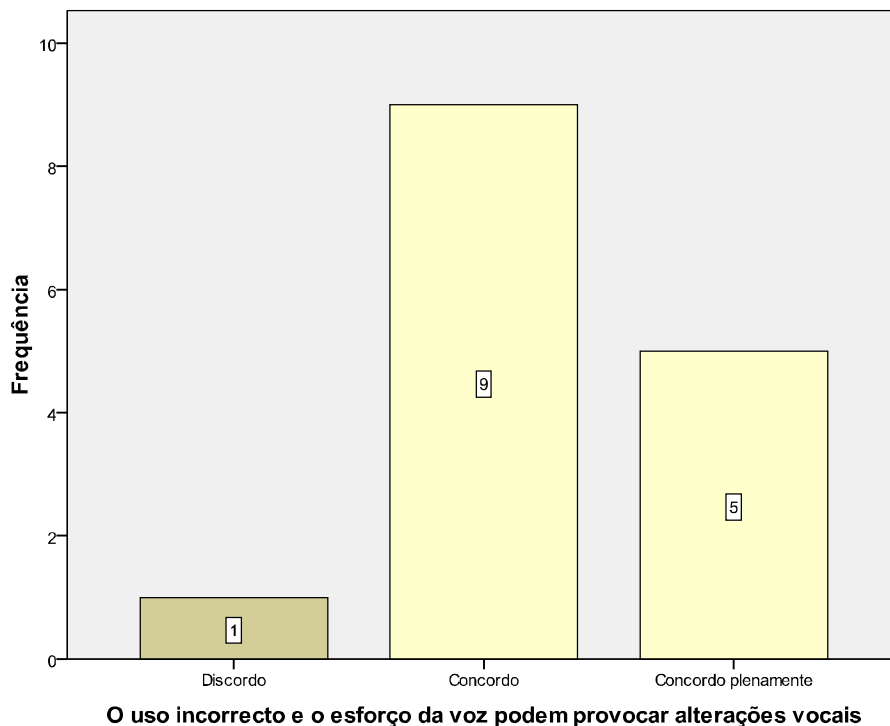


Figura 30 – Afirmação 30 “O uso incorrecto e o esforço da voz podem provocar alterações vocais”

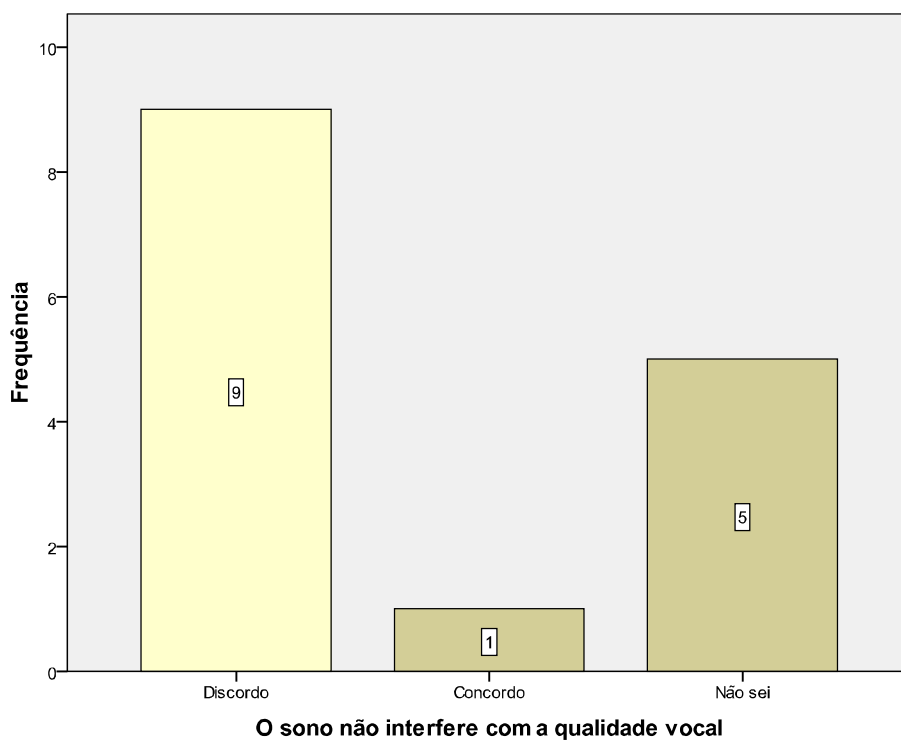


Figura 31 – Afirmação 31 “O sono não interfere com a qualidade vocal”

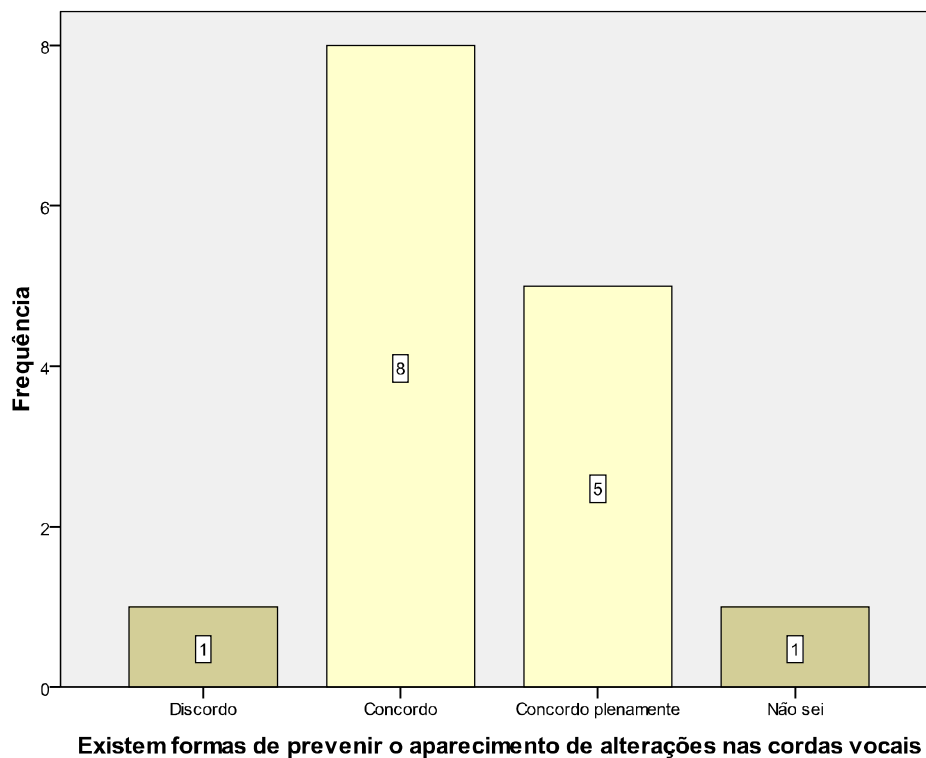


Figura 32 – Afirmação 32 “Existem forma de prevenir o aparecimento de alterações nas cordas vocais”

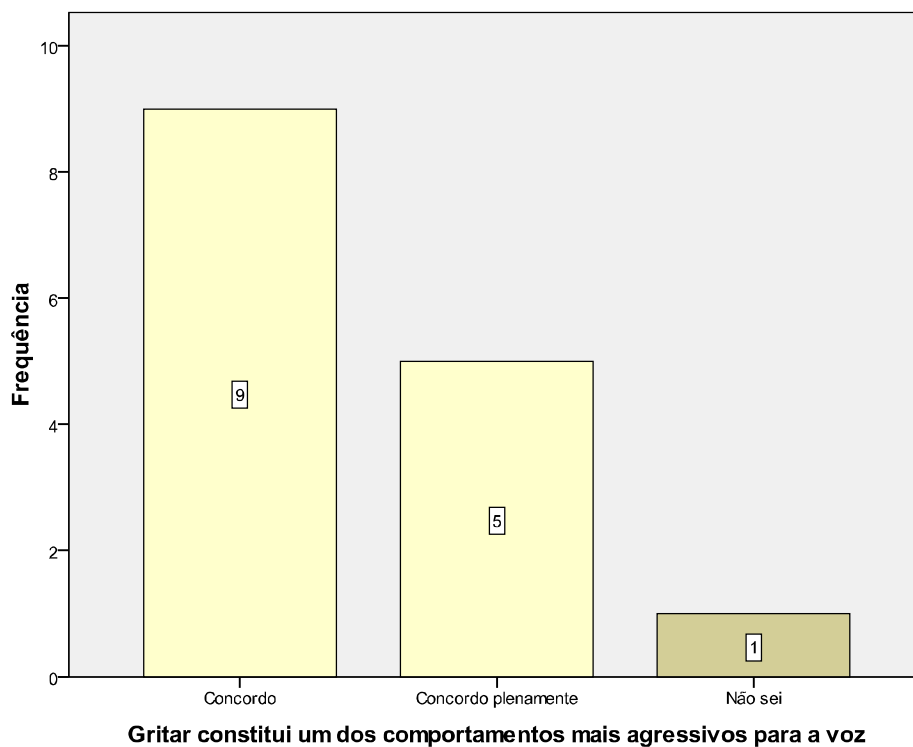


Figura 33 – Afirmação 34 “Gritar constitui um dos comportamentos mais agressivos para a voz”

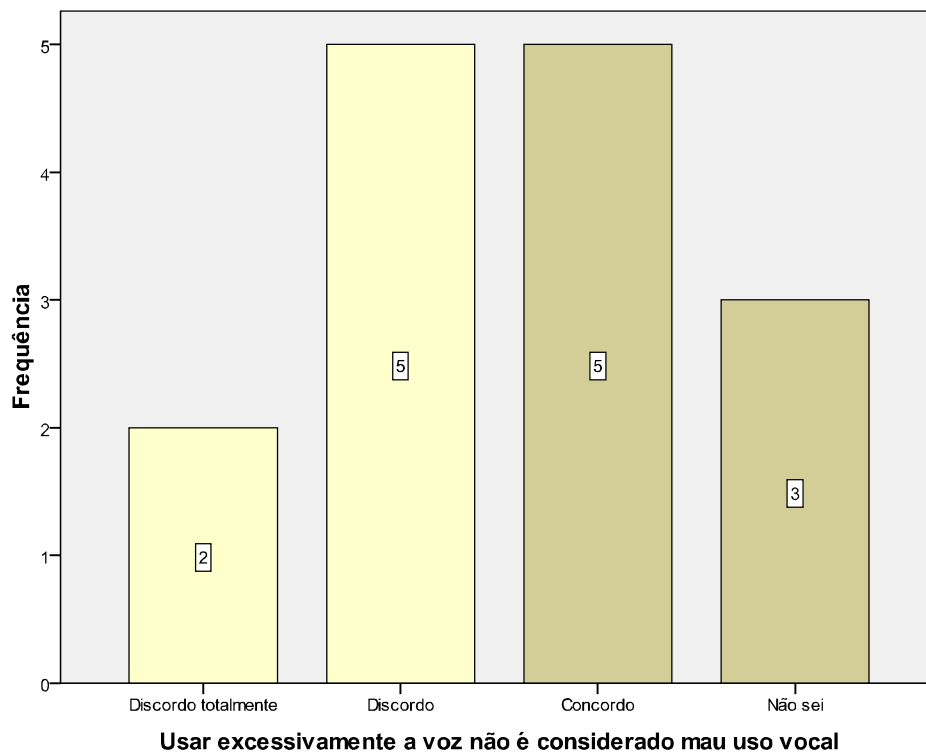


Figura 34 – Afirmação 35 “Usar excessivamente a voz não é considerado mau uso vocal”

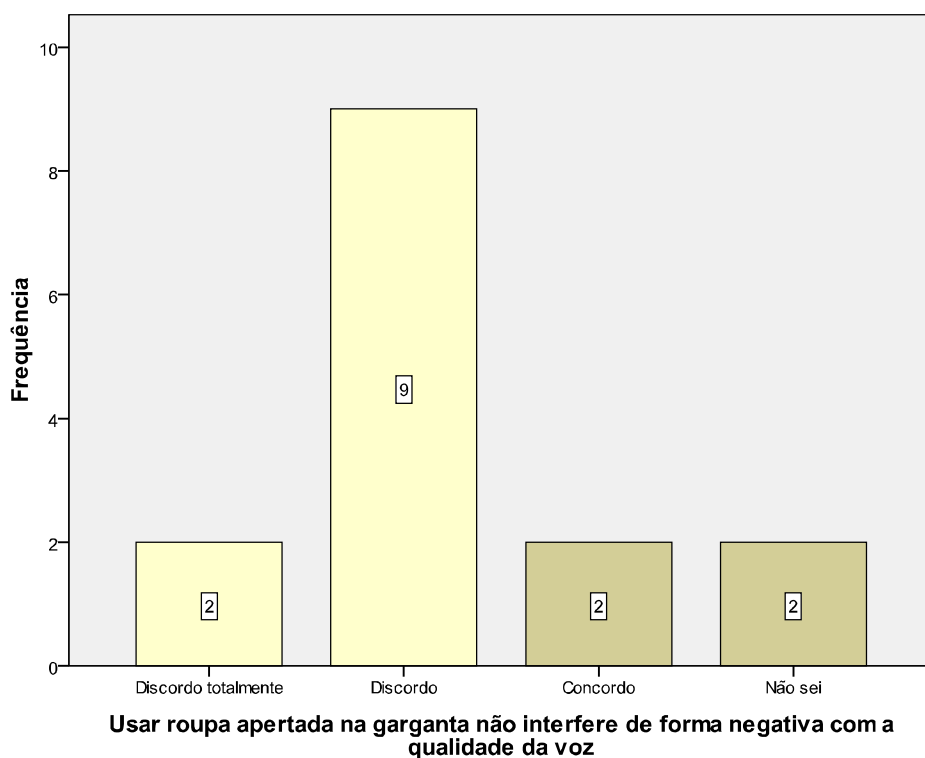


Figura 35 – Afirmação 36 “Usar roupa apertada na garganta não interfere de forma negativa com a qualidade da voz”

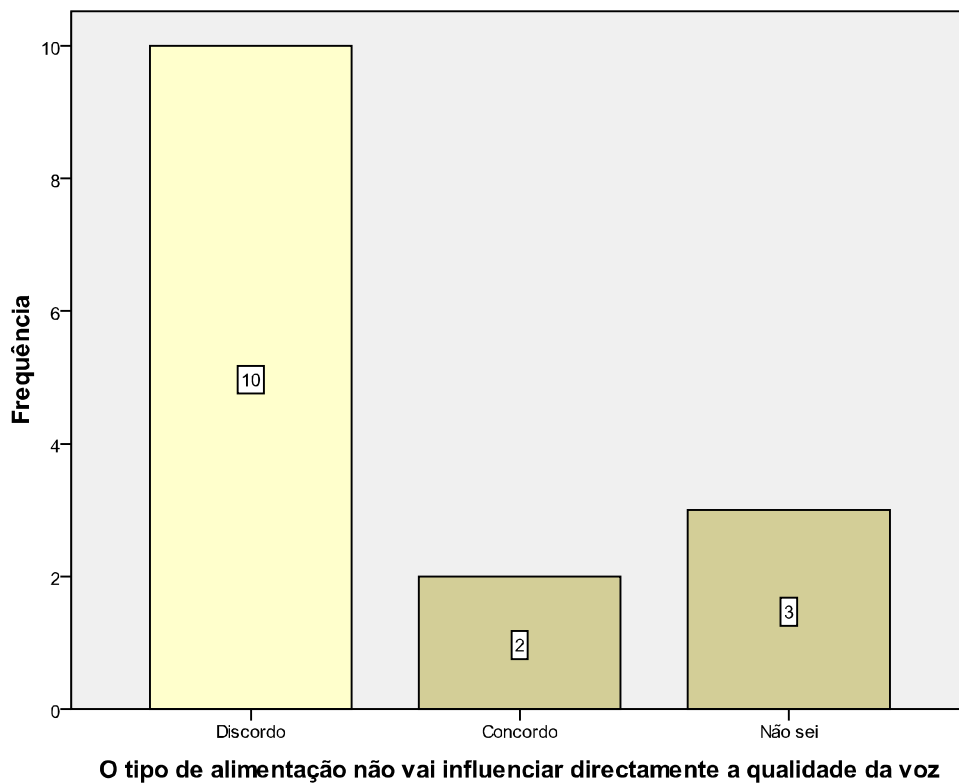


Figura 36 – Afirmação 37 “O tipo de alimentação não vai influenciar directamente a qualidade da voz”

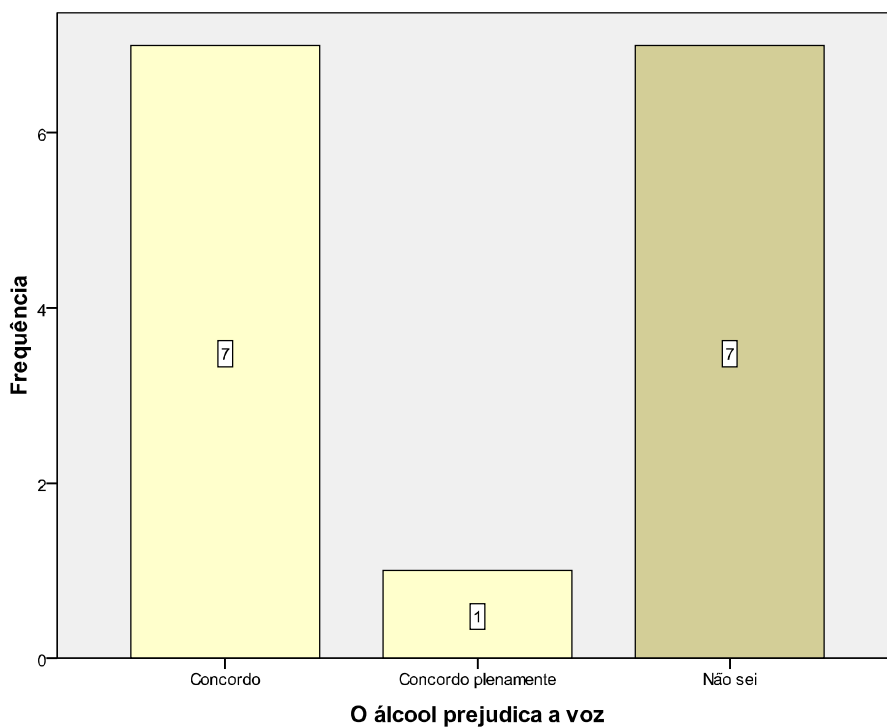


Figura 37 – Afirmação 38 “O álcool prejudica a voz”

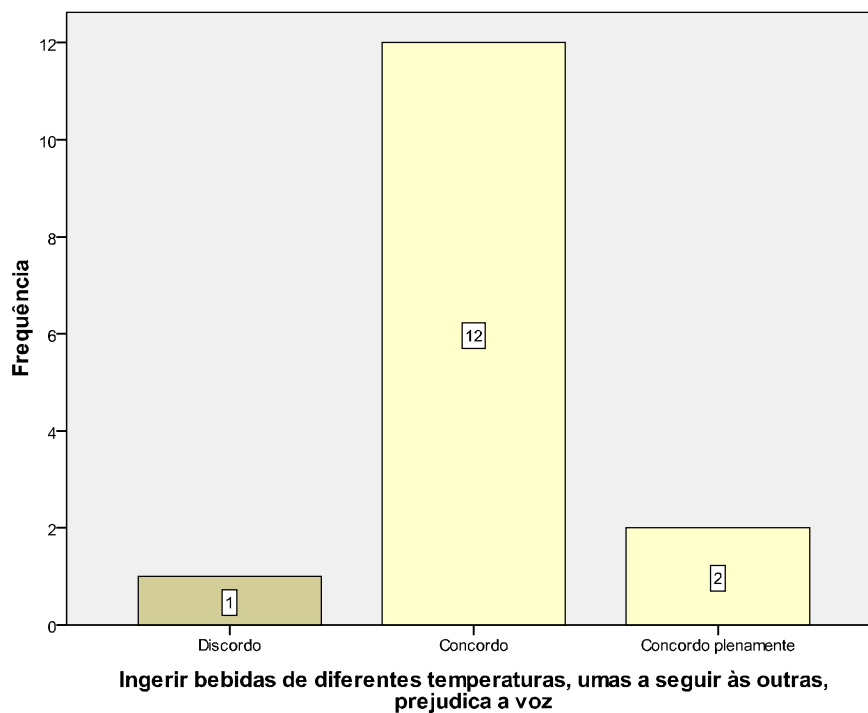


Figura 38 – Afirmação 39 “Ingerir bebidas de diferentes temperaturas, umas a seguir às outras, prejudica a voz”

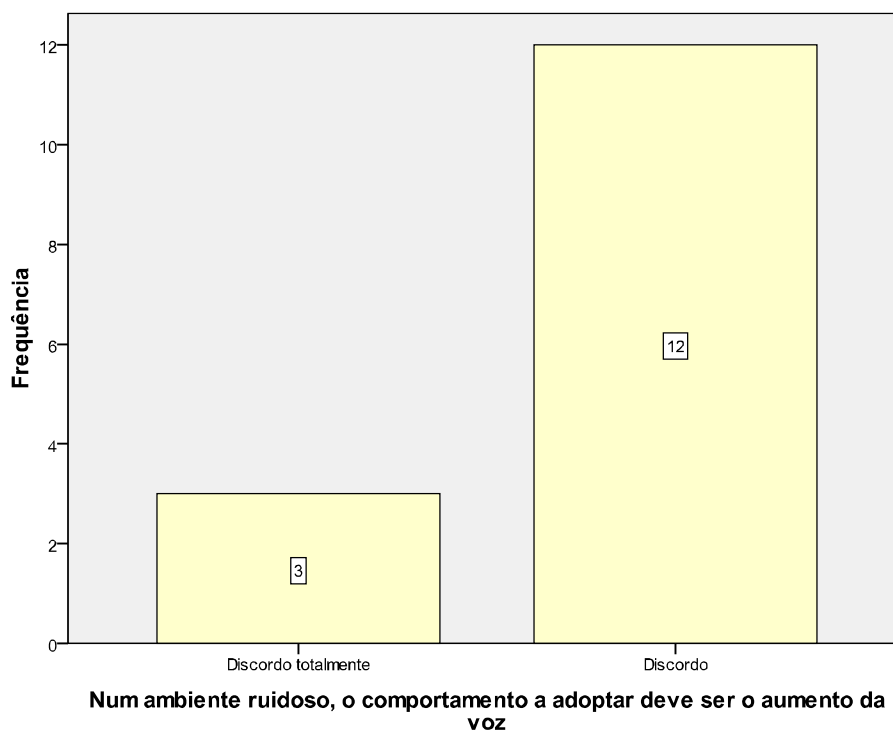


Figura 39 – Afirmação 40 “Num ambiente ruidoso, o comportamento a adoptar deve ser o aumento da voz”

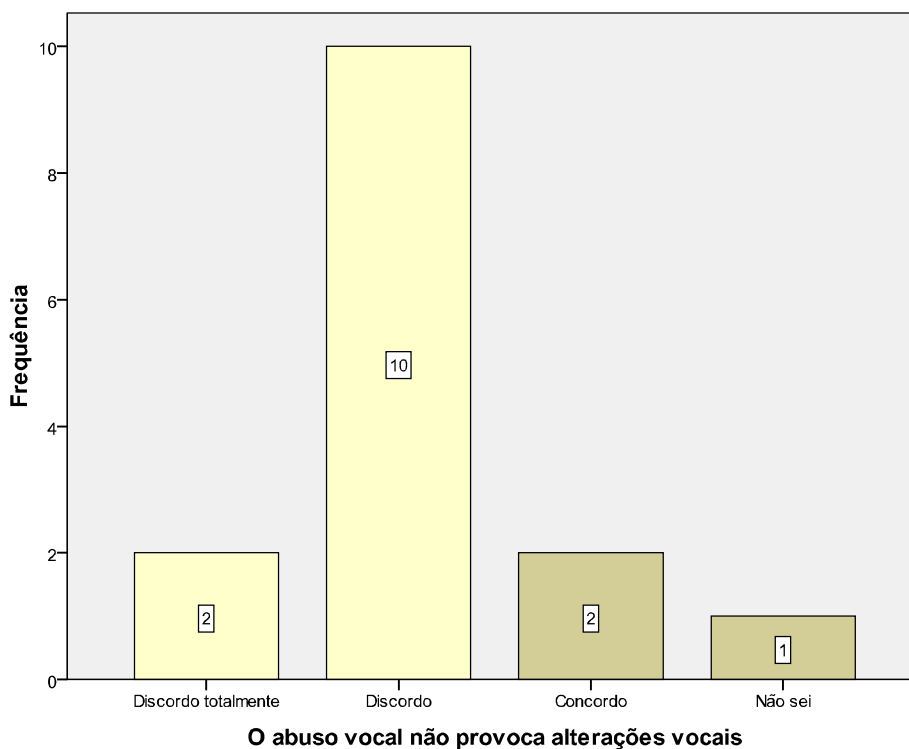


Figura 40 – Afirmação 41 “O abuso vocal não provoca alterações vocais”



Figura 41 – Afirmação 46 “Andar de saltos altos enquanto se fala durante muito tempo faz mal à voz”

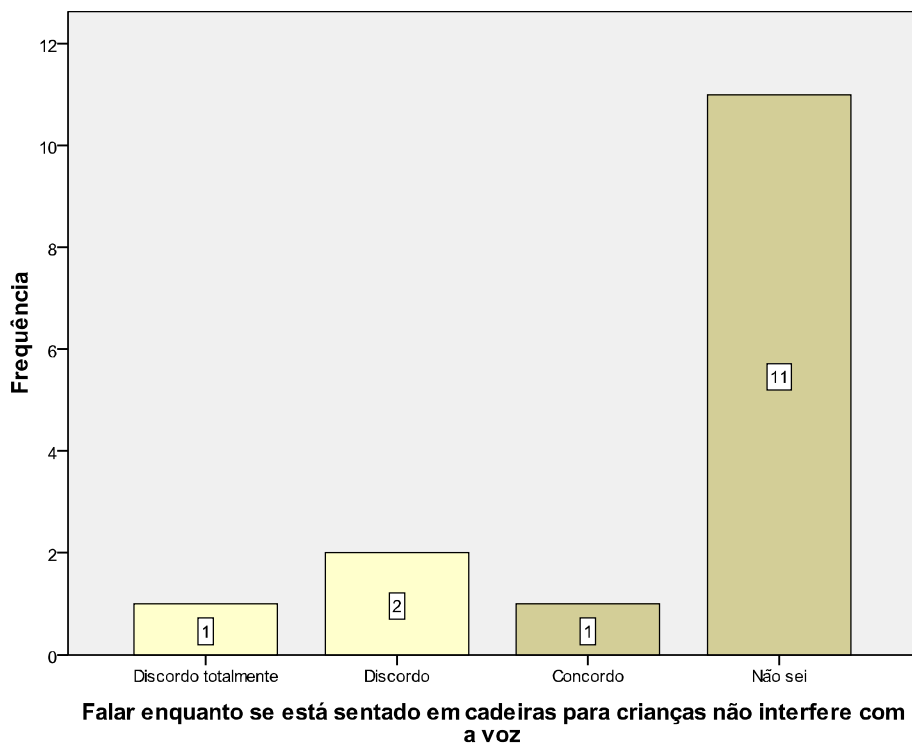


Figura 42 – Afirmação 47 “Falar enquanto se está sentado em cadeiras para crianças não interfere com a voz”

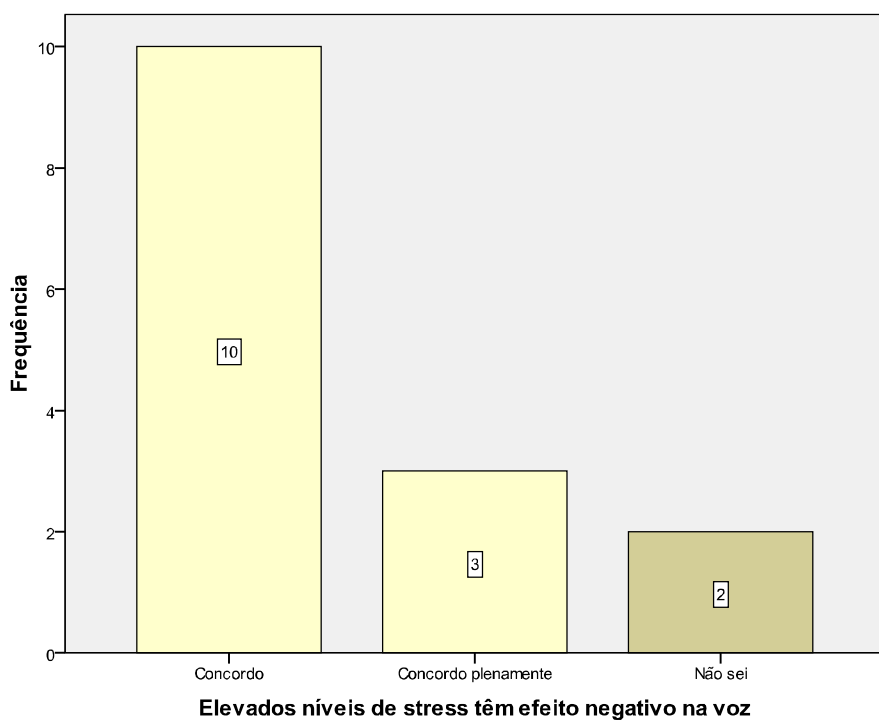


Figura 43 – Afirmação 48 “Elevados níveis de stress têm efeito negativo na voz”

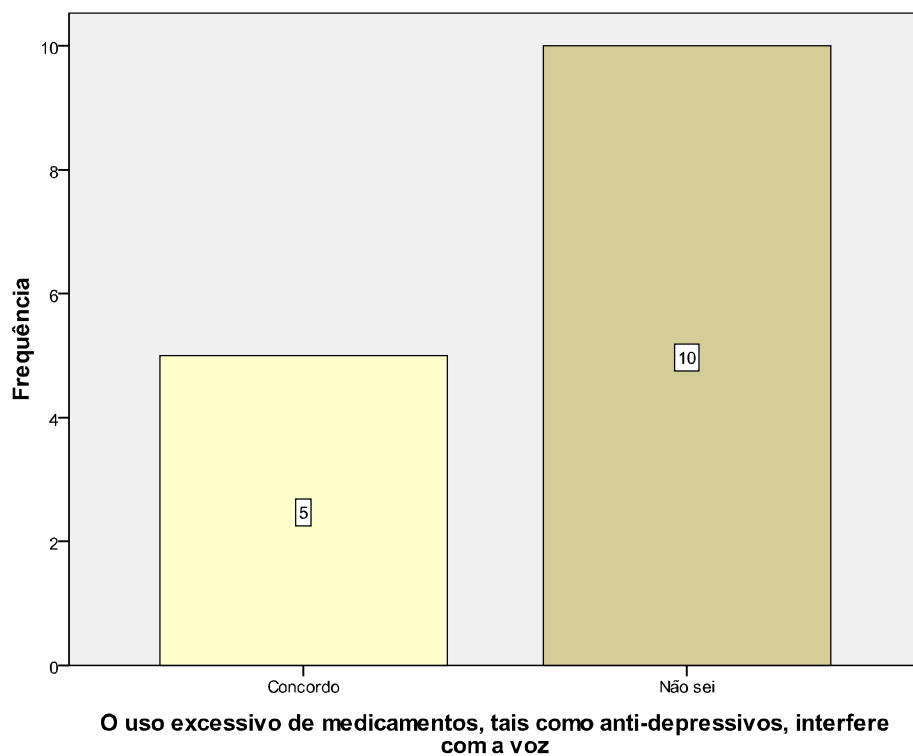


Figura 44 – Afirmação 49 “O uso excessivo de medicamentos, tais como anti-depressivos, interfere com a voz”

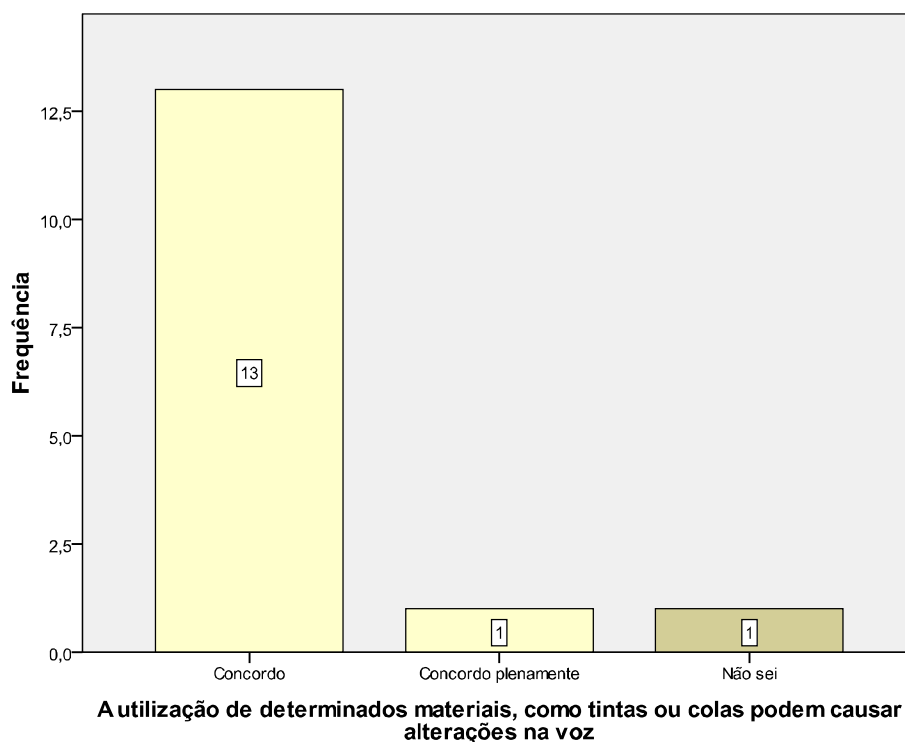


Figura 45 – Afirmação 50 “A utilização de determinados materiais, como tintas ou colas podem causar alterações na voz”

Apêndice G

(Gráficos do 3.º objectivo – conhecimento sobre alterações vocais)

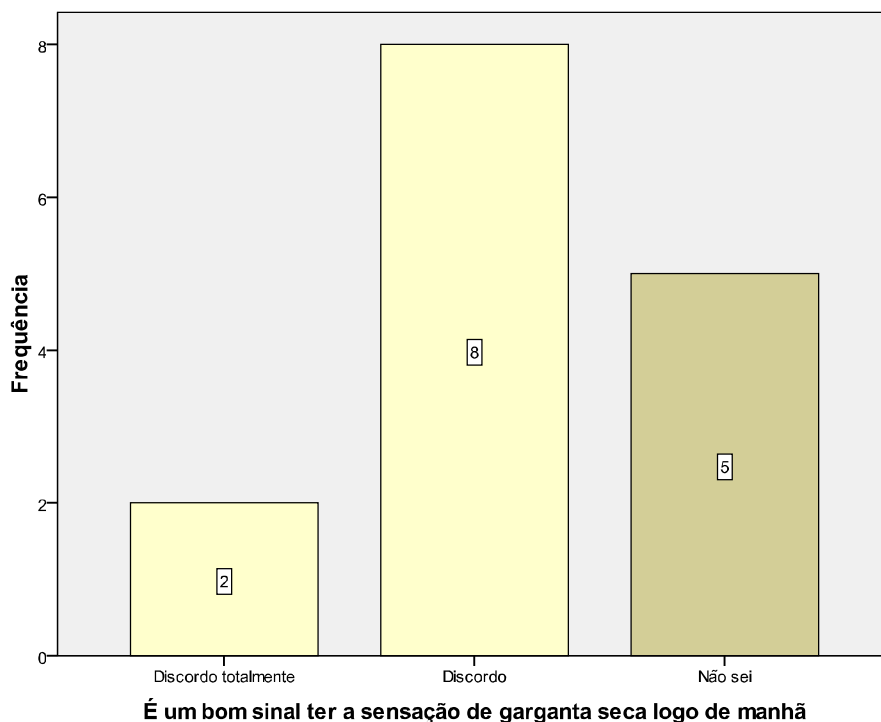


Figura 46 – Afirmação 18 “É um bom sinal ter a sensação de garganta seca logo de manhã”

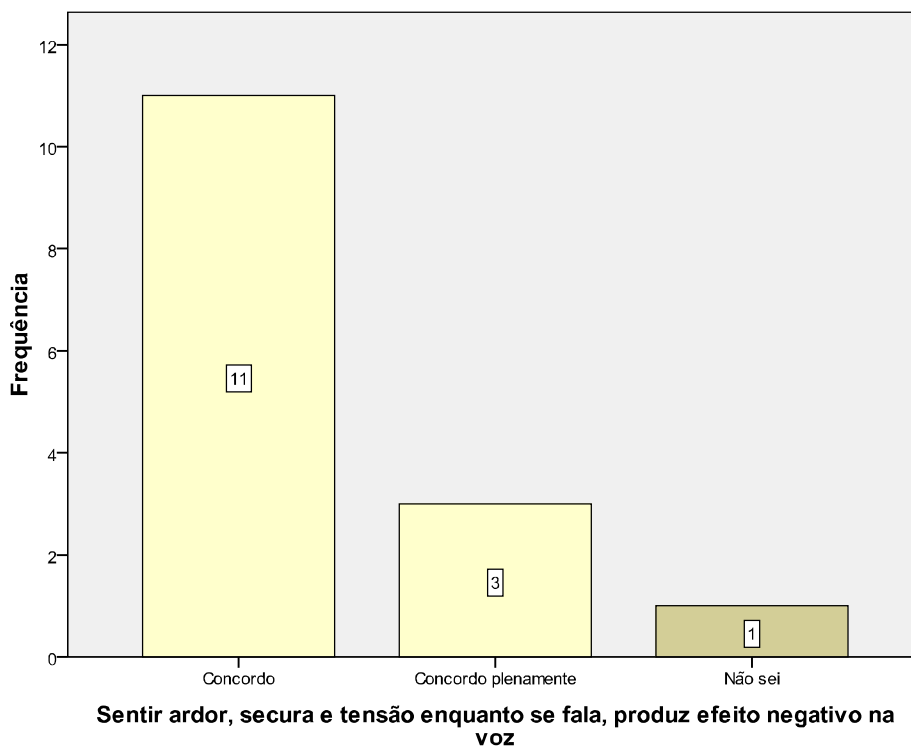


Figura 47 – Afirmação 26 “Sentir ardor, seca e tensão enquanto se fala, produz efeito negativo na voz”

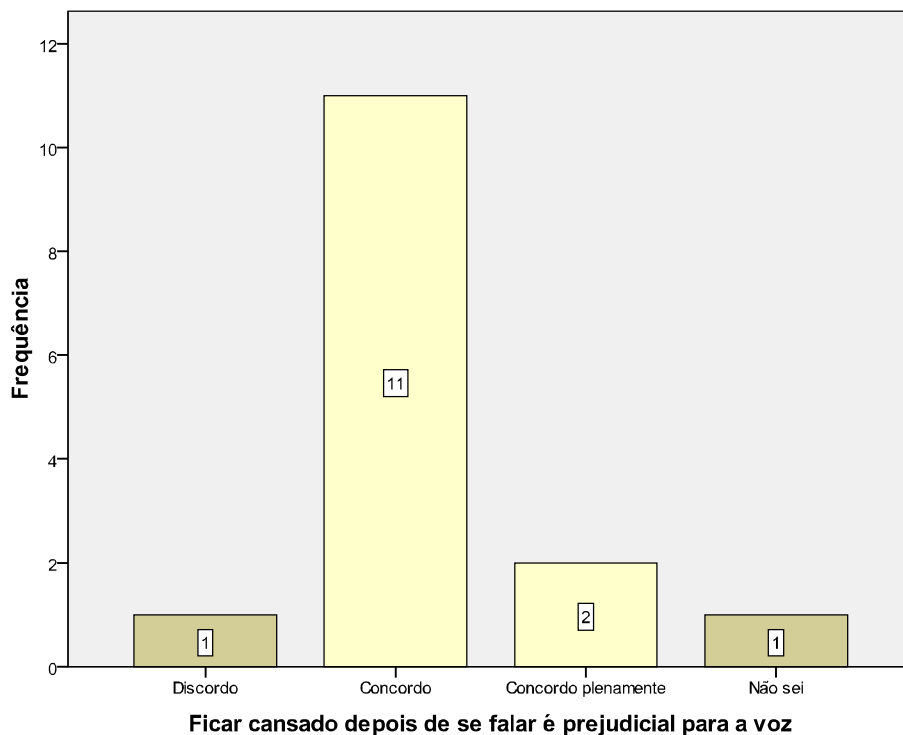


Figura 48 – Afirmação 27 “Ficar cansado depois de se falar é prejudicial para a voz”

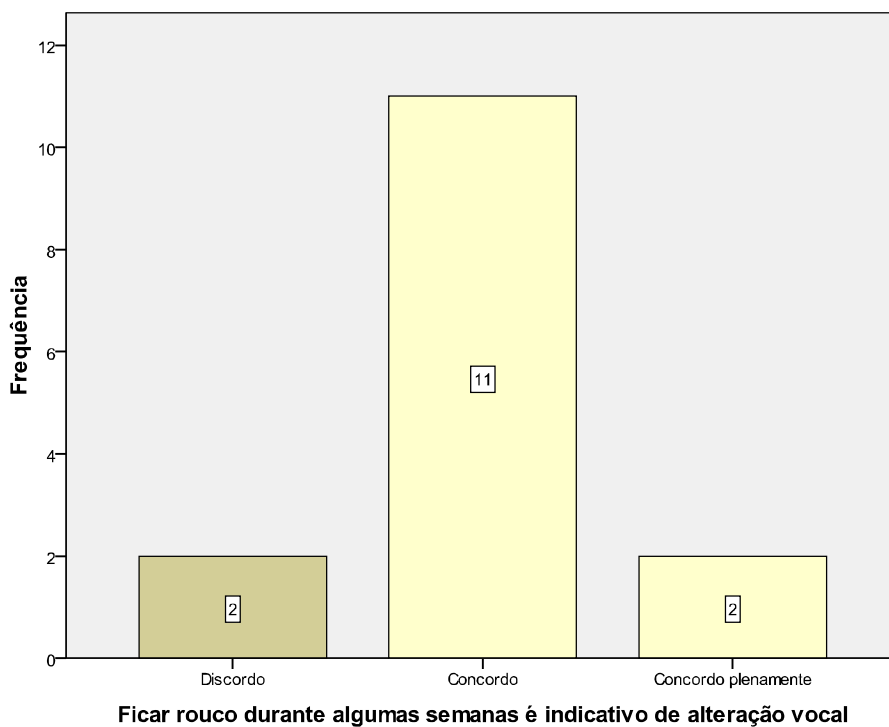


Figura 49 – Afirmação 29 “Ficar rouco durante algumas semanas é indicativo de alteração vocal”

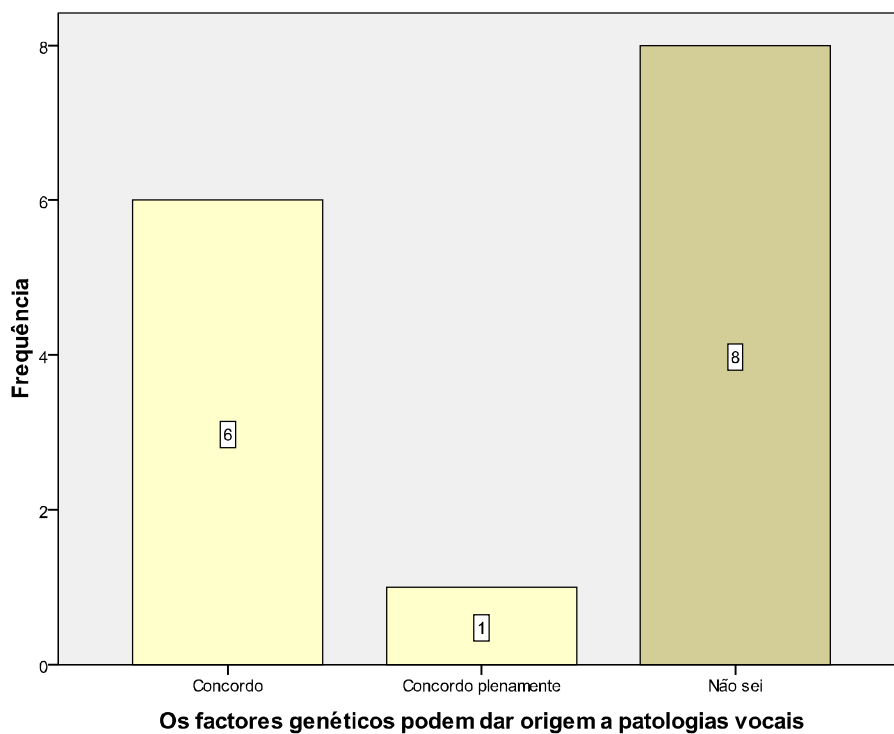


Figura 50 – Afirmação 42 “Os factores genéticos podem dar origem a patologias vocais”

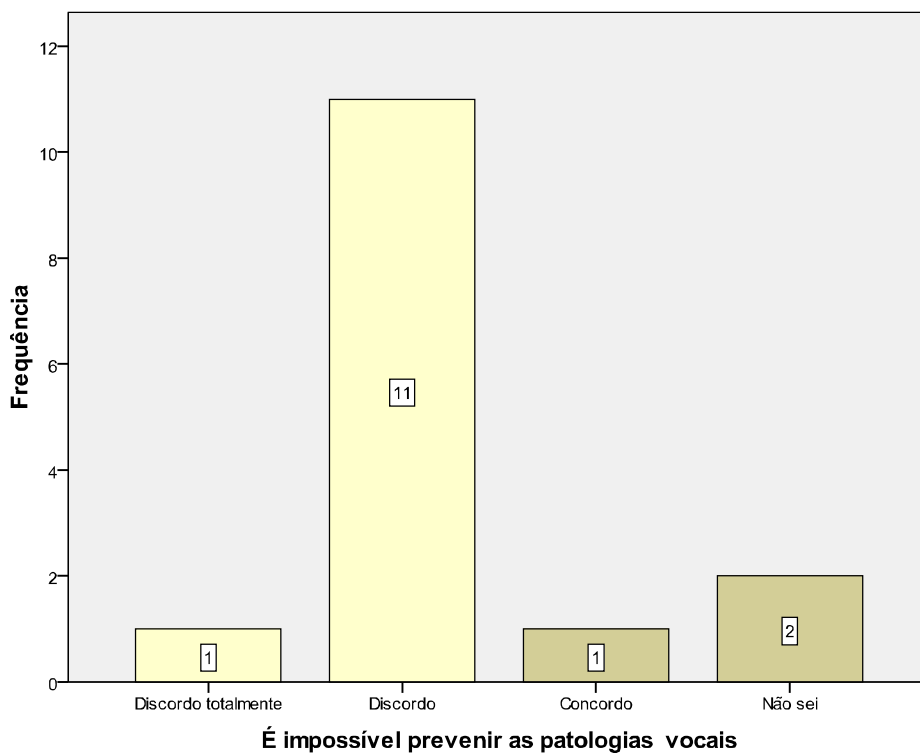


Figura 51 – Afirmação 43 “É impossível prevenir as patologias vocais”

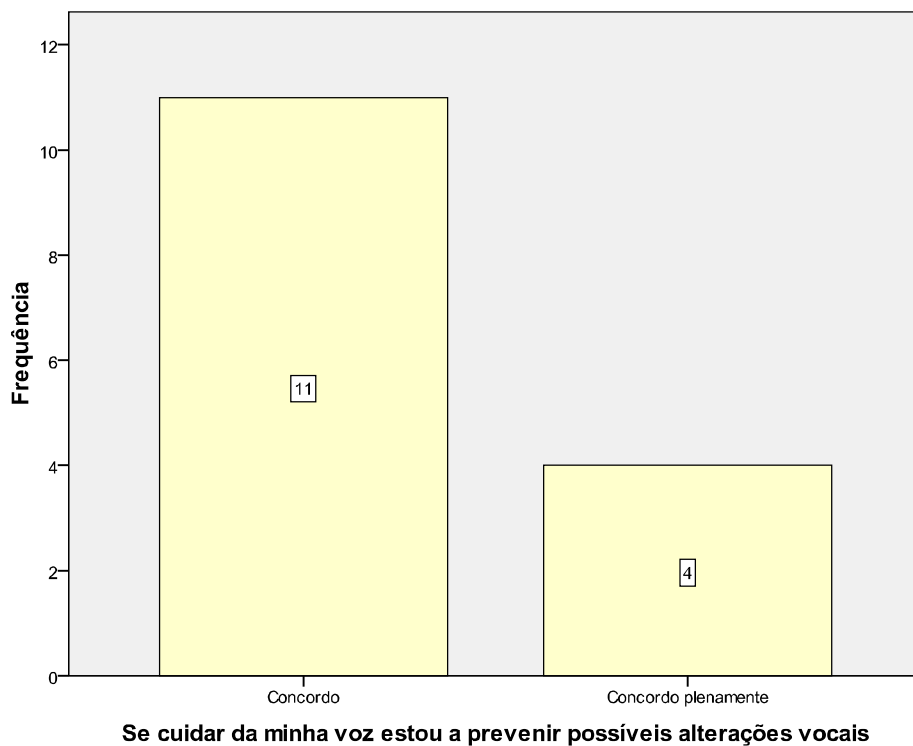


Figura 52 – Afirmação 44 “Se cuidar da minha voz estou a prevenir possíveis alterações vocais”

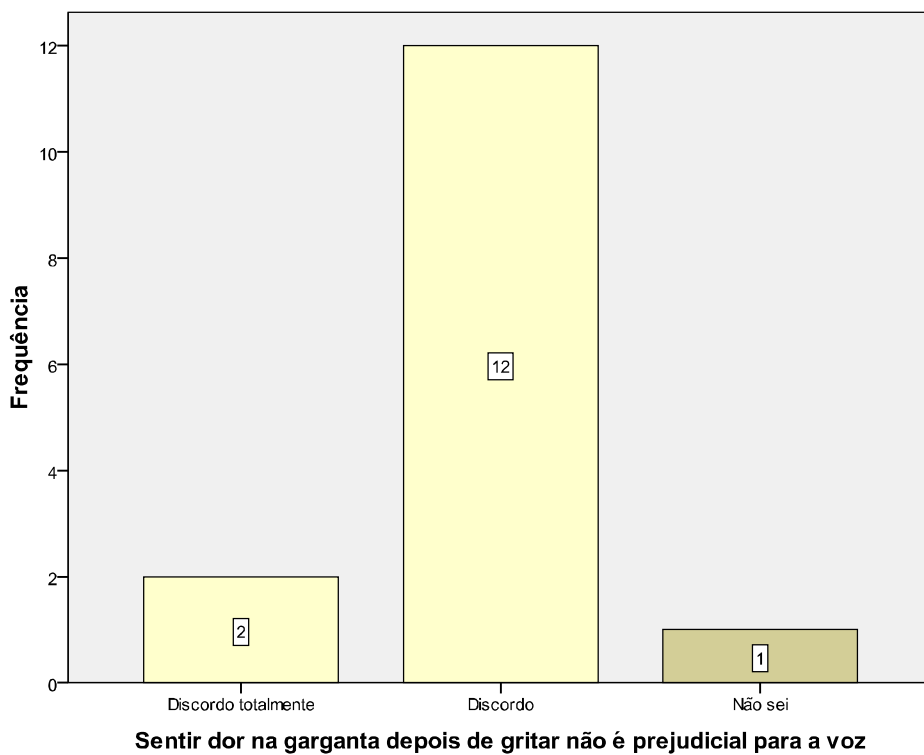


Figura 53 – Afirmação 45 “Sentir dor na garganta depois de gritar não é prejudicial para a voz”