



Licenciatura em Terapia da Fala

O conhecimento sobre Voz das Assistentes da Acção Educativa

Monografia final de Curso

Elaborado por Diana Ruivo

Aluno nº 200691413

Orientador: Professora Assistente, Licenciada, Liliana Lucas

Barcarena

Junho 2010

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório

O conhecimento sobre Voz das Assistentes da Acção Educativa

Knowledge about Voice of Educational Action Wizards

Diana Ruivo, n.º 200691413

Orientador: Professora Assistente, Licenciada, Liliana Lucas

Resumo

O conhecimento sobre Voz das Assistentes da Acção Educativa

A voz é o meio pelo qual atingimos o outro e estabelecemos comunicação interpessoal, sendo uma extensão da nossa personalidade que se modifica de acordo com a situação e o contexto, reflectindo a boa saúde vocal. Objectivos: Caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre voz, saúde vocal e alterações vocais. Métodos: Estudo descritivo, transversal e por inquérito que se caracteriza pela aplicação de um questionário com 50 afirmações a 20 Assistentes da Acção Educativa do Concelho de Cascais. A análise dos dados consiste na análise descritiva da amostra e dos seus conhecimentos sobre voz, saúde vocal e alterações vocais, através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0. Resultados: A maioria das respostas centra-se no “*discordo*” ou “*concordo*” demonstrando que não têm conhecimentos concretos das temáticas. Discussão/Conclusões: No geral têm conhecimentos sobre voz, saúde vocal e alterações vocais. Não têm conhecimento que é necessário inspirar antes de falar e que a utilização de uma intensidade baixa, a utilização de pastilhas para a dor de garganta, imitar ruídos e vozes, andar de saltos altos e o uso excessivo de medicamentos prejudicam a voz.

Palavras-chave: Voz, saúde vocal, mau uso/abuso vocal, alterações vocais, Assistentes da Acção Educativa, profissionais da voz, Terapia da Fala, prevenção.

Abstract

Knowledge about Voice of Educational Action Wizards

The voice is the means by which reached another and established interpersonal communication, being an extension of our personality that changes according to the situation and the context, reflecting good health vocals. Objectives: Characterize the knowledge of the Educational Action Wizards on voice, vocal health and changes vocals. Methods: Descriptive Study, transversal and by survey characterised by applying a questionnaire with 50 claims 20 Educational Action wizards in the municipality of Cascais. Data analysis is the descriptive analysis of the sample and their knowledge about voice, vocal health and voice changes through program SPSS (statistical package for the social Sciences) version 17.0. Results: The majority of responses focuses on the "I disagree" or "agree" demonstrating that do not have specific knowledge of thematic. Discussion/Conclusions: In general have knowledge about voice, vocal health and changes vocals. Educational Action Wizards are not aware that it is necessary to inspire before talking and that the use of a low intensity, the use of pastilles pain throat, mimic noises and voices, heels and the excessive use of medicines affect the voice.

Keywords: Voice, vocal health, bad use/vocal abuse, vocal pathology, Educational Action Wizards, professional of the voice, speech and language therapists, prevention.

Introdução

A laringe é o órgão responsável pela produção da fonação, através da interacção entre o padrão histológico da prega vocal, a combinação das forças aerodinâmicas e propriedades elásticas dos tecidos (Hirano e Bless, 1993; Borden, Harris e Raphael, 1994; Stemple, Glaze e Gerdeman, 1995, citados por Guimarães, 2007). Segundo a autora, a voz é o resultado da interacção entre vários factores, que de forma harmoniosa produzem a voz. A pressão e a velocidade do fluxo de ar expiratório em conjunto com os movimentos de adução e abdução das pregas vocais (são duas estruturas que têm uma acção directa na criação da fonte sonora) e a configuração das estruturas do tracto vocal produzem um som audível ao qual chamamos voz (Guimarães, 2007, p.47). Esta é o meio pelo qual atingimos o outro e estabelecemos comunicação interpessoal, sendo uma extensão da nossa personalidade que se modifica de acordo com a situação e o contexto, reflectindo a boa saúde vocal (Behlau e Pontes, 1995).

O sistema respiratório é o sistema responsável não só pelo fornecimento de ventilação necessária à sobrevivência humana mas também pela maior parte da energia aerodinâmica necessária à produção vocal (Guimarães, 2007). O fenómeno respiratório permite a entrada de ar no pulmão (inspiração) e, posteriormente, a sua saída (expiração), sendo repetido ritmicamente (Douglas, 2006). O padrão diafragmático-torácico é o ideal para a projecção vocal, uma vez que usa os músculos do tórax inferior e do abdómen, fornecendo um suporte respiratório ideal para a projecção vocal (Guimarães, 2007).

O conceito de saúde vocal foi usado inicialmente para definir tudo o que se relaciona com a prevenção e eliminação de factores que podem deteriorar a qualidade vocal. O objectivo 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, em 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.

O termo saúde vocal engloba três componentes: comportamentos vocais, comportamentos não vocais e factores ambientais. Pode enunciar-se como alguns comportamentos vocais a competição sonora, gritar sem suporte respiratório, falar com golpes de glote, falar com frequências demasiado agudas ou graves, falar excessivamente durante quadros gripais ou crises alérgicas e no período pré-menstrual, rir alto e cantar inadequada ou abusivamente (Pinho, 1997; Behlau *et al.*, 2001b). São considerados comportamentos não vocais, como exemplo, o pigarrear, tossir, as pastilhas para a dor de garganta, o tipo de vestuário, o tipo de alimentação, a pouca ingestão de água, o refluxo gastro-esofágico, as alterações hormonais e alterações psíquicas, as alergias, o tabagismo, o alcoolismo, o uso de estupefacientes e a prática de exercício físico enquanto se fala (Pinho, 1997; Behlau *et al.*, 2001a). Como factores ambientais podem enunciar-se estar em locais com o ar condicionado ligado, falar em ambientes com ruído ou abertos e estar sujeito a mudanças bruscas de temperatura (Pinho, 1997; Behlau *et al.*, 2001b).

O gritar institui um dos comportamentos mais agressores para as pregas vocais, uma vez que durante o grito existe um choque violento entre as pregas vocais (Silva, 2003). Embora a maioria dos indivíduos não saiba, o falar sussurrado deve ser evitado, representando 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 por fricção do ar” (Behlau e Pontes, 2001).

O pigarrear é um comportamento não vocal que permite a limpeza do muco existente nas vias aéreas, mas, pelo facto de envolver uma grande tensão, o seu uso constante tem consequências negativas na mucosa laríngea e na qualidade vocal (Guimarães, 2007). O tipo de medicação também influencia a qualidade vocal. Está descrito bibliograficamente (Guimarães, 2007) que o consumo de determinados medicamentos provoca efeitos negativos na laringe e na qualidade vocal, tais como alterações na coordenação e propriocepção, no fluxo aéreo, nas secreções do tracto respiratório superior, na morfologia das pregas vocais e causa irritação da mucosa. As pastilhas ou *sprays* utilizados para a dor de garganta também alteram a emissão vocal (Behlau e Pontes, 2001). O que se verifica é que “atenuam as sensações desagradáveis durante a

emissão de voz”. Camuflavam a dor do esforço vocal, prejudicando ainda mais o estado das mucosas (Behlau e Pontes, 2001, p.31). Outro aspecto a ter em atenção é o tipo de vestuário. A utilização de roupas e/ou acessórios que comprimam a zona do pescoço (onde se localiza a laringe) e a zona do abdómen (onde se localiza o músculo do diafragma importante no apoio respiratório da fonação) impede a movimentação livre destas partes do corpo, influenciando a produção vocal. A postura inadequada também influencia negativamente a voz (Behlau e Pontes, 2001). A postura corporal deve permitir que o corpo esteja livre para acompanhar o discurso espontaneamente, com um alinhamento da coluna cervical e resto da coluna vertebral e, sem zonas de tensão. Um corpo livre possibilita uma movimentação ajustada da laringe e uma produção vocal adequada. Os sapatos não devem ser de salto alto uma vez que, nestes casos, provocam uma tensão postural de forma a manter o corpo erecto e, conseqüentemente, tornam a emissão vocal mais tensa.

Behlau e Pontes (2001) referem que a ingestão excessiva de algumas bebidas, tais como bebidas gaseificadas ou bebidas com temperaturas extremas (muito frio ou muito quente) provoca alterações do tracto vocal e, conseqüentemente, na produção e qualidade vocal. O consumo excessivo de álcool provoca a dessensibilização dos receptores laríngeos, causa edema e irritação e tem como consequência o aumento da massa das pregas vocais (Guimarães, 2007). O consumo de água, por sua vez, deve ser um hábito e esta deve ser bebida à temperatura natural (Guimarães, 2004). Outros autores demonstram que em casos de uso profissional da voz, há uma melhoria importante da qualidade vocal e/ou eficiência fonatória a partir da ingestão de líquidos. A ingestão de 2/3 L de líquidos por dia é amplamente difundida (Azevedo, 2004). O que se verifica é que uma hidratação insuficiente originará uma boca e garganta secas, podendo haver dor e conseqüente influência na qualidade vocal. Isto é verificado pois quando a laringe não está bem hidratada, a vibração das pregas vocais não se verifica de modo livre e apresenta atrito (Behlau e Pontes, 2001). Em relação à alimentação, a ingestão excessiva de alimentos pesados e muito condimentados prejudica a digestão, uma vez que a torna mais lenta e dificulta a movimentação livre do músculo do diafragma, essencial para a respiração (Behlau e Pontes, 2001). O refluxo gastroesofágico consiste na passagem do suco gástrico para o esófago, em direcção à boca.

Quando o suco atinge a laringe é denominado de refluxo faringo-laríngeo e é um dos factores responsáveis pelo aparecimento de algumas disfonias. Os sucos gástricos, devido às suas características de acidez produzem lesões da mucosa das pregas vocais e de outras estruturas da laringe (Behlau e Pontes, 2001). É também verificada a presença de espasmos musculares laríngeos, edema ou eritema das aritenóides e espessamento da mucosa da comissura posterior (Guimarães, 2007). Os sintomas mais comuns incluem a dor de garganta e/ou rouquidão matinal, sensação de ‘bolo’ na faringe, halitose, pigarreio, tosse persistente, mau gosto na boca, azia e digestão lenta (Guimarães, 2007; Behlau, Feijó e Pontes, 2001d). O nível de *stress* tem um efeito negativo na voz, originando tensão na musculatura laríngea e, consequentemente, tensão nas pregas vocais, e, por vezes, tremor laríngeo (Bonne e McFarlane, 1994). Um outro aspecto que influencia a produção vocal é o sono. Silva (2003) refere que uma noite de sono pouco tranquila (não só pelo número de horas mas também pelo tipo de colchão e de almofada, posição em que se dorme, silencia do ambiente e ventilação do quarto) é percebida na voz matinal. O aquecimento vocal nem sempre consegue ter o efeito desejado.

Quanto à qualidade do ambiente, o ar condicionado é um factor prejudicial para a voz que pode propiciar o desenvolvimento de alterações vocais. O que se verifica é que o ar condicionado vai arrefecer o ar através da redução da humidade. Esta redução provoca um ressecamento de todo o tracto vocal, originando uma consequente agressão às pregas vocais que passam a desenvolver a sua função com tensão e em esforço (Behlau e Pontes, 2001; Silva, 2003). A exposição crónica a tabaco e químicos é prejudicial para a qualidade vocal e para a saúde em geral. O que se verifica é que as substâncias irritantes infiltram-se na via nasal e/ou aérea, na faringe, laringe, traqueia e pulmões, originando uma inflamação generalizada na mucosa laríngea, resultando em hiperplasia, leucoplasia das pregas vocais e sinais de abuso vocal (como tosse e pigarreio persistente (Guimarães, 2007).

Alguns hábitos praticados pelos indivíduos, tais como os hábitos de saúde vocal enunciados acima, assim como outros factores, podem desencadear ou perpetuar uma perturbação vocal. O mau uso e o abuso vocal podem ser alguns desses factores, uma

vez que agrupam os comportamentos vocais e não vocais em comportamentos que evidenciam uma utilização inadequada da voz ou um abuso vocal desajustado.

Cooper (1977) e Polow e Kaplan (1980) citados por Guimarães (2007) designam o abuso vocal como “o uso súbito da voz de forma violenta ou o uso continuado de comportamentos vocais como gritar, falar alto, falar em situações de ruído elevado, falar de mais, imitar ruídos, pigarrear, tossir e chorar excessivo”. O abuso vocal é muito comum em professores, devido à necessidade de falar frequentemente em ambientes ruidosos (Cooper, 1977, citado por Guimarães, 2007). Uma das consequências dos abusos vocais é o hiperfuncionamento da musculatura laríngea, inflamações da glote, eritema e, posteriormente, alterações orgânicas (p.e. edema subepitelial localizado, edema difuso ou hemorrágico das pregas vocais) (Benninger e Gardner, 1998, Kotby *et al*, 1988, Stemple, Glaze e Gerdeman, 1995, e Dworkin e Meleca, 1997, citados por Guimarães, 2007). O termo mau uso vocal é definido como a distorção da coordenação e interacção dos componentes do sistema fonatório. Resulta de uma má técnica vocal originada por um uso vocal inapropriado da sensação de altura tonal, da sensação de intensidade e da qualidade vocal (Polow e Kaplan, 1980, Colton e Casper, 1996, Stemple, Glaze e Gerdeman, 1995, citados por Guimarães, 2007). A mesma autora refere como exemplos de mau uso vocal: uso de tensão e esforço exagerado; uso inapropriado da altura tonal; uso vocal excessivo ou prolongado; e descoordenação pneumofonoarticulatória (Guimarães, 2007, p.65). Em relação às causas mais comuns de mau uso vocal, destacam-se os períodos de grande tensão ou de grande exigência vocal, a ausência ou insuficiente conhecimento sobre voz, ausência de treino vocal adequado, modelos vocais inadequados, dificuldades emocionais e/ou problemas psicológicos e consequência de uma infecção ou edema das pregas vocais devido a abuso agudo (Guimarães, 2007).

Todos estes factores podem ter como resultado uma alteração na produção vocal. Para Guimarães (2007), uma perturbação da voz que dura há mais de sete/dez dias requer uma avaliação precisa, podendo indicar uma alteração vocal. Quando a harmonia entre a actividade muscular responsável pela sua produção e a integridade dos tecidos do aparelho fonador não é mantida, estamos perante uma Disfonia (Behlau e Pontes, 1995).

Behlau e Pontes (1995) e Behlau *et al.*, (2001b) definem disfonia como qualquer dificuldade ou alteração na emissão vocal que impede a produção natural da voz. Pode manifestar-se com desvios na qualidade vocal, esforço na emissão, fadiga vocal, variações descontroladas da frequência fundamental, rouquidão, falta de volume e projecção vocal, perda de eficiência vocal, baixa resistência vocal e sensações desagradáveis da emissão. Goh-Taylor (2005) e RCSLT (2009) referem 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. Esta alteração pode ser causada por uma variedade de etiologias, sendo que a definição do tipo de disfonia – disfonias funcionais, orgânico-funcionais e orgânicas - se baseiam na sua etiologia. O RCSLT (2009) refere as anomalias congénitas como uma das possíveis etiologias da disfonia. Behlau *et al.*, (2001f) referem que existem inúmeras síndromes que podem envolver os órgãos da comunicação, incluindo a laringe, sendo observado um desvio vocal evidente no caso de alteração laríngea.

Tal como referido acima, os hábitos de saúde vocal devem ser seguidos, particularmente, pelos profissionais da voz. Consideram-se profissionais da voz os indivíduos que fazem da voz o seu principal instrumento de trabalho (Ferreira, 2004). Guimarães (2007) completa, referindo que são considerados profissionais da voz todos os profissionais cuja voz é parte integrante do seu desempenho profissional pela necessidade de grande resistência vocal (falar durante períodos prolongados e/ou serem ouvidos por grande grupos), sendo exemplos os professores e educadores, entre outros. No caso dos Assistentes da Acção Educativa, uma vez que lidam com um elevado número de crianças, é através da sua voz que interagem com as mesmas, sendo a voz o seu principal instrumento de trabalho.

O Catálogo Profissional de Qualificações (n.d.) refere que os Assistentes da Acção Educativa trabalham com crianças em creches, jardins-de-infância e estabelecimentos similares, competindo-lhes vigiar as crianças nas salas de aula, nos espaços de recreio, de repouso e de refeições, garantindo e promovendo a sua segurança em todos os momentos. O Aviso DRH n.º 169/2003 (2003) refere, por sua vez, que ao Assistente da

Acção Educativa compete, entre outras funções, participar com os professores no acompanhamento das crianças e jovens durante o período de funcionamento da escola. Sendo que a função das Assistentes da Acção Educativa é participar com os professores, é comum que tenham as mesmas patologias que os professores (Educadores de Infância). O professor é um profissional em que a comunicação tem um papel central no seu desempenho, sendo que as alterações vocais afectam directamente o seu rendimento (Quintanilha, 2006). Vários são os estudos que comprovam que os professores são um grupo profissional mais vulnerável a problemas de voz que a população em geral (Guimarães, 2001; Guimarães, 2007; Simões e Latorre, 2006; Penteado e Pereira, 2007; Kooijman et al 2007, Roy et al 2004, Morton & Watson 1998, Bufton 2000, citados por RCSLT, 2009), devido ao desgaste vocal, associado na maioria das situações à falta de (in)formação em voz (Watts e Short, 1990 e Servilha, 1997, citados por Quintanilha, 2006; Fritzell, 1996; Scalco, Pimentel e Pilz, 1996; Smith *et al.*, 1997; Stemple, Stanley e Lee, 1995; Morton e Watson, 1998, citados por Guimarães, 2004). Estas alterações vocais afectam a vida pessoal, social e profissional, causando ansiedade e angústia (Almeida, 2000; Guimarães, 2001; Guimarães, 2004; Quintanilha, 2006; Simões e Latorre, 2006; Penteado e Pereira, 2007).

Na actividade profissional do professor, a voz tem um papel importantíssimo, uma vez que pode facilitar ou prejudicar a inteligibilidade da mensagem (Guimarães, 2004; Simões e Latorre, 2006). É importante que o professor mantenha hábitos correctos de postura e uma boa qualidade vocal pois o seu padrão de conduta, além de influenciar a transmissão de conhecimentos, é constantemente observado e, muitas vezes, imitado pelos interlocutores. Além disso, através da sua voz o professor transmite informações despoletando sentimentos de interesse ou desinteresse nos ouvintes, mantendo-os ou não envolvidos (Almeida, 2000).

Segundo alguns autores (Almeida, 2000; Behlau *et al.*, 2001c; Guimarães, 2001; Morton e Watson, 1998 e Vilkman, 2000, citados por Guimarães, 2004; Guimarães, 2007; Quintanilha, 2006), sabe-se que existe uma ausência de preparação vocal mínima para os Educadores de Infância e que os problemas de adaptação profissional, padrão respiratório e de ressonância inadequados, o uso prolongado da voz a níveis elevados de

intensidade de modo a superar o ruído ambiental, a utilização da voz sem projecção vocal, falar para grandes grupos, as condições de trabalho insatisfatórias, a acústica das salas, a qualidade do ambiente (temperatura, ar, pó), as más posturas corporais, a tensão cervical e o *stress* associado à profissão são factores que podem contribuir para o aparecimento de alterações vocais. Outros estudos (Penteado, 2007) demonstram que os docentes detêm noções, conhecimentos e informações correspondentes a alguns dos comportamentos e cuidados básicos sobre saúde vocal mas que, no dia-a-dia não aplicam todos esses conhecimentos; cada vez mais os docentes têm consciência e interpretam sinais e sintomas como indicativos de patologia vocal revelando uma maior consciencialização da saúde vocal. Acrescido a essa consciencialização, os docentes associam cada vez mais os sinais de alteração vocal a problemas mais graves, evitando (ou demorando) por isso a busca de tratamento. Vários estudos demonstram que os professores acreditam que o abuso vocal faz parte da sua profissão pelo que não procuram tratamento (Quintanilha, 2006; Penteado, 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. Os professores demonstram pouca recepção a características perceptivo-auditivas, tais como pigarreio, engasgos, falhas e quebras de sonoridade e/ou instabilidade fonatória (Penteado, 2007).

Poucos são os estudos feitos especificamente com Educadores de Infância. No entanto, num estudo de Simões e Latorre (2006) feito em Educadoras de Infância com o objectivo de aferir a prevalência de alteração vocal em Educadores de Infância e a sua relação com a alteração vocal referida pelas mesmas, foi verificado que os principais sintomas vocais físicos apresentados eram rouquidão, cansaço vocal, variação na frequência e perda de voz. A nível perceptivo-auditivo revelaram garganta seca, pigarreio, dor ao falar e/ou ardor. Em alguns estudos (Penteado, 2007; Penteado e Pereira, 2007) também é comum encontrar relatos de ocorrência de vozes alteradas e dificuldades ao falar em professores que as avaliam favoravelmente. Estes dados comprovam que muitos docentes são benevolentes relativamente à sua auto-avaliação vocal e à tolerância de alterações vocais, considerando-as resultado da actividade profissional (Penteado, 2007; Penteado e Pereira, 2007) e, por isso, resistem a procurar

um profissional capaz de avaliar, diagnosticar e intervir na patologia vocal, acabando pelo diagnóstico ocorrer tardiamente (Guimarães, 2004; Pentead, 2007).

A falta de informação sobre cuidados com a voz é um aspecto descrito em estudos como o de Quintanilha (2006), no qual 79,87% dos 149 professores inquiridos não tiveram informações sobre os cuidados com a voz. Estes dados justificam a necessidade de acções preventivas junto dos professores, auxiliando-os com informações básicas dos cuidados com a voz.

O impacto que uma patologia vocal tem na vida do indivíduo depende de cada indivíduo e da sua dinâmica pessoal e profissional. A nível de saúde, os problemas de voz podem estar, ou não, associados a patologia laríngea. O eternizar comportamentos vocais de risco (e.g., abuso vocal), associado a factores de desequilíbrio (e.g., patologias do foro respiratório) e más condições de vida (e.g., hábitos tabágicos) pode contribuir para o aparecimento de patologia laríngea (Guimarães, 2004). A nível do impacto profissional, os impactos mais nocivos da patologia laríngea são a consequente falta de assiduidade, as limitações nas decisões profissionais e o *stress* e a frustração inerentes (Sapir, Keidar e Mathers-Schmidt, 1993, citados por Guimarães, 2004). Adultos que utilizam a voz profissionalmente têm uma maior carga vocal (por exemplo, professores) ou que precisam de trabalhar em condições extremas de capacidade vocal são mais comumente afectados por distúrbios da voz. O impacto dos problemas de voz 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).

Behlau, Gonçalves e Pontes (1994) citados por Behlau e Pontes (1995) e Guimarães (2004) referem que, sempre que existam dúvidas sobre a qualidade da voz, devem ser consultados os profissionais de saúde, Otorrinolaringologista e Terapeuta da Fala, habilitados para fazerem uma avaliação da situação e definirem a forma mais adequada de resolução dos problemas. Todos os pacientes com perturbações vocais devem procurar um Terapeuta da Fala e, se necessário, fazer Terapia da Fala.

A Terapia da Fala está preocupada com a comunicação e com a linguagem e trata todos os distúrbios da fala, voz e linguagem falada e escrita, independentemente da etiologia, em crianças, adolescentes, adultos e idosos. Neste sentido, o Terapeuta da Fala é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, tratamento e estudo científico da comunicação humana e perturbações associadas (Cplol, 2003). Ao nível da voz, o papel do Terapeuta da Fala é de prevenir alterações vocais, avaliar tudo o que é adjacente à produção vocal e intervir quando a alteração vocal já está confirmada. O seu papel ao nível da prevenção é de extrema importância, existindo estudos que demonstram que os profissionais da voz que frequentam acções de prevenção vocal são menos propensos a estar no desemprego devido a alterações vocais. Além disso, o Terapeuta da Fala contribuirá para identificar a causa do problema de voz e, provavelmente, o prognóstico, trabalhando com o médico Otorrinolaringologista. Esta parceria com o médico Otorrinolaringologista permite investigar os factores que influenciam negativamente a saúde e avaliar através de técnicas indirectas ou directas a estrutura e funcionamento dos mecanismos vocais. É o Terapeuta da Fala o responsável também pela avaliação perceptiva dos comportamentos vocais e respiratórios. Os dados das avaliações permitirão que o Terapeuta da Fala, em articulação com o médico Otorrinolaringologista e as preocupações do indivíduo, planeie a intervenção e as estratégias de intervenção adequadas, de forma a melhorar o funcionamento vocal. Os objectivos da terapia irão depender de factores relacionados com a disфонia e com as alterações observadas, quer ao nível do impacto da disфонia, quer ao nível das alterações na actividade, participação e bem-estar do paciente (RCSLT, 2009).

Guimarães (2004) refere que a intervenção nesta patologia envolve processos inter-relacionados de acções indirectas (e.g. actos de formação e informação sobre a dinâmica vocal) e directas (aplicação de técnicas e processo de colaboração mútua para se chegar ao conhecimento do problema, à definição de prioridades e à averiguação de soluções a serem aplicadas de forma proactiva), tendo em conta a especificidade do problema do indivíduo, a sua formação e o seu papel na sociedade. Guimarães (2001) refere que é premente fornecer orientações básicas, consistentes e periódicas sobre o mecanismo de produção da voz e noções de saúde vocal. Os programas de educação vocal são

considerados de extrema relevância para prevenir as patologias vocais de modo a auxiliar a actuação do professor em contexto de sala.

Penteado (2003) e Grillo (2004) citados por Grillo e Penteado (2005) também referem que é importante a intervenção amplificar a compreensão de alguns factores determinantes no processo de saúde-doença, pertencentes à qualidade de vida e saúde vocal e, não tanto, na patologia e intervenção. Deve centrar-se na promoção da saúde.

A prevenção é a primeira forma de intervenção do Terapeuta da Fala. Segundo a ASHA (2008) a prevenção pode realizar-se a quatro níveis: prevenção primordial, prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. A prevenção primordial visa evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que se sabem contribuir para um risco acrescido da patologia. 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 o mais precocemente possível 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.

Por outro lado, Almeida (2005) refere que a prevenção se pode dar a cinco níveis: primordial, primária, secundária, terciária e quaternária. A prevenção quaternária tem como propósito “evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico associado a actos médicos desnecessários ou injustificados”. Pretende dotar os doentes de informação necessária e suficiente de modo a que possam tomar decisões autónomas, sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e os inconvenientes dos métodos diagnósticos ou terapêuticos propostos (Gérvás e Fernández, 2003, citados por Almeida, 2005). Desta forma, protege o doente de novas intervenções médicas inapropriadas, sugerindo-lhes alternativas eticamente aceitáveis (Jamouille, 2000, citado por Almeida, 2005).

Tendo em conta toda a pesquisa efectuada e a observação de uma falta de conhecimento por parte dos Assistentes da Acção Educativa acerca desta temática, o fundamento da realização do presente estudo centra-se numa insatisfação pessoal. Por lidar diariamente com este tipo de profissionais foi sendo perceptível que, devido à falta de informação,

muitas vezes demonstram atitudes e comportamentos erróneos que prejudicam de forma directa e indirecta a voz. Com base nesta inquietação surgiu, quase de forma impreterível, a necessidade de investigar a temática da Voz, através da realização de um estudo com a questão orientadora “Qual o conhecimento sobre Voz das Assistentes da Acção Educativa do pré-escolar no concelho de Cascais?”. Uma vez que a zona do concelho de Cascais é, por motivos de ordem pessoal, um concelho que me apraz e, tal como referido acima, são profissionais com os quais lido, foi proposta a elaboração do presente estudo de investigação. Os objectivos do estudo são caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre: 1) voz, 2) saúde vocal e 3) alterações vocais.

1. Metodologia

Durante este processo de investigação foi feito um estudo descritivo por inquérito e transversal. O presente estudo é um estudo descritivo uma vez que se descreverá o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa relativamente a um determinado conceito – voz (Fortin, 2003). A existência ou não de conhecimentos sobre voz será aferida tendo em conta as respostas dadas ao inquérito, sem a presença do investigador (Carmo e Ferreira, 2008). O estudo realizado é transversal, uma vez que a observação foi feita a partir da colheita de dados do questionário aplicado num único momento (Carmo e Ferreira, 2008).

No que concerne às características da amostra, esta era inicialmente constituída por 30 (n=30) Assistentes da Acção Educativa. No entanto teve de ser reduzida para 20 (n=20), por sugestão da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), mais especificamente pela Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar. O que se verificou foi que, uma vez que uma colega está a fazer um estudo semelhante, nos jardins-de-infância do mesmo concelho mas com outra amostra, a Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) propôs que os estudos não fossem ambos realizados nos mesmos estabelecimentos, para não superlotar os jardins-de-infância. O presente estudo foi realizado em sete Agrupamentos de Escolas, mais

especificamente em nove jardins-de-infância, uma vez que dois Agrupamentos de Escolas (cada um com um jardim-de-infância) não aceitaram colaborar com o estudo.

Relativamente à caracterização sócio-demográfica, mais especificamente à idade as inquiridas, tal como se pode observar na Tabela 1, seis (30%) apresentam uma idade compreendida entre o intervalo de idades [27; 31], quatro (20%) entre os [32; 36], cinco (25%) entre os [37; 41] e cinco (25%) entre os [47; 51] anos. Apresentavam uma média de idades de 37,2, uma moda de 21 e um mínimo e um máximo de 21 e 51 anos, respectivamente.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido [27; 31]	6	30,0	30,0	30,0
[32; 36]	4	20,0	20,0	50,0
[37; 41]	5	25,0	25,0	75,0
[47; 51]	5	25,0	25,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 1 - Idade das Assistentes da Acção Educativa

Em relação à escolaridade, seis (30%) possuem o 9.º ano de escolaridade, dez (50%) possuem o 12.º ano, três (15%) possuem uma Licenciatura e uma (5%) não responde à questão (ver Tabela 2).

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido 9.º Ano de Escolaridade	6	30,0	30,0	30,0
12.º Ano de Escolaridade	10	50,0	50,0	80,0
Licenciatura	3	15,0	15,0	95,0
Não respondeu	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 2 – Escolaridade

Na questão “*Há quanto tempo está a trabalhar como Assistente da Acção Educativa no Jardim-de-Infância?*”, os resultados apresentados na Tabela 3 demonstraram que uma (5%) inquirida trabalha há menos de dois anos, duas (10%) trabalham entre [2; 4[anos,

duas (10%) trabalham entre [4; 6[anos, três (15%) trabalham entre [6; 8[anos, quatro (20%) trabalham entre [8; 10[anos, quatro (20%) trabalham entre [10; 12[anos, uma (5%) trabalha entre [14; 16[anos, duas (10%) trabalham entre [16; 18[anos e uma (5%) trabalha entre [18; 20[anos.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido [0; 2[	1	5,0	5,0	5,0
[2; 4[	2	10,0	10,0	15,0
[4; 6[	2	10,0	10,0	25,0
[6; 8[	3	15,0	15,0	40,0
[8; 10[	4	20,0	20,0	60,0
[10; 12[	4	20,0	20,0	80,0
[14; 16[	1	5,0	5,0	85,0
[16; 18[	2	10,0	10,0	95,0
[18; 20[	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 3 - Há quanto tempo exerce a profissão

Das vinte inquiridas, todas (100%) responderam que nunca fizeram Terapia da Fala (ver Tabela 4)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Não	20	100,0	100,0	100,0

Tabela 4 – Alguma vez fez Terapia da Fala

Os gráficos dos resultados relativos à caracterização sócio-demográfica encontram-se em apêndice (Apêndice A).

A amostra é não-probabilística e escolhida por conveniência. A amostra é considerada não-probabilística uma vez que teve como base uma selecção de indivíduos feita pelo investigador, não tendo a população a mesma probabilidade de ser seleccionada. Além disso, é considerada por conveniência uma vez que foi escolhida considerando-se a amostra mais conveniente para o investigador (Carmo e Ferreira, 2008; Fortin, 2003). Como variáveis de inclusão da amostra, consideraram-se: serem Assistentes da Acção Educativa do concelho de Cascais, serem do sexo feminino e trabalharem no pré-escolar

do ensino público. Para variáveis de exclusão foram contempladas o já terem sido acompanhadas em Terapia da Fala e o facto de trabalharem no pré-escolar do ensino privado.

O instrumento de recolha de dados é um questionário (ver apêndice B), elaborado por duas alunas investigadoras em parceria com o orientador deste trabalho, de forma a dar resposta aos objectivos propostos. O questionário encontra-se dividido por duas partes: na primeira parte é feita a caracterização sócio-demográfica do inquirido e a segunda parte contempla frases afirmativas de forma a aferir o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre voz, saúde vocal e alterações vocais. As respostas foram de acordo com a escala apresentada. Foi utilizada uma escala de tipo *Likert* que consiste na apresentação de uma série de proposições, às quais o inquirido, em relação a cada uma delas, indica uma das posições: *discordo totalmente*, *discordo*, *concordo*, *concordo plenamente* e *não sei* (Carmo e Ferreira, 2008). Não podemos deixar de referir que a primeira página do questionário contempla o consentimento livre e informado sendo que a segunda apresenta os aspectos éticos.

Uma vez elaborado o questionário, de modo a verificar a sua aplicabilidade foi feito um pré-teste com colegas estudantes de Terapia da Fala (11 do género feminino e 1 do género masculino), com idades compreendidas entre [21; 50] anos. Após a aplicação do pré-teste, foram consumadas reformulações tendo em conta críticas específicas dos colegas, relativamente à construção frásica e ao aspecto formal do questionário.

Antes de contactar os Directores dos Agrupamentos de Escolas foi necessário pedir autorização à Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), uma vez que “a aplicação de questionários ou outros inquéritos em agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas do ensino público deve ser sempre previamente autorizada pela Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC)” (Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, n.d.). Para que essa autorização seja dada é necessário o registo do inquérito (o registo do presente estudo de investigação é o n.º 0120500001) no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME), num site da internet concebido para esse fim (<http://mime.gepe.min-edu.pt>), através do preenchimento de um questionário. Após a

autorização da realização do estudo (disponível em Apêndice C o email de confirmação) pode então iniciar-se os contactos com os Directores dos Agrupamentos de Escolas.

Foram contactados os Directores dos Agrupamentos de Escolas de forma a efectuar o pedido de autorização formal (ver Apêndice D). Em apêndice E encontram-se os procedimentos que foram tidos em conta desde o contacto com os Directores dos Agrupamentos de Escolas até à recolha dos dados. Após a autorização dos Directores dos Agrupamentos de Escolas foi iniciada a recolha de dados onde foram aplicados os questionários, sendo a sua recolha efectuada pessoalmente.

Após a recolha dos questionários preenchidos foi construída uma base de dados em SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0, onde foram introduzidos os dados relativamente às duas partes que compõem o questionário. Foi feita a análise descritiva das frequências de resposta, de onde foi possível aferir os resultados obtidos. Estes foram interpretados (discussão) e concluídos. Após a finalização do estudo e de todas as considerações inerentes, este foi entregue ao orientador da monografia, sendo posteriormente apresentado oralmente.

Tendo em conta os aspectos éticos, considera-se que os participantes do estudo tiveram o direito à autodeterminação (cada indivíduo teve o direito de decidir se queria ou não participar na investigação), à intimidade (cada indivíduo teve a liberdade de decidir se queria participar na investigação e determinar qual a informação que queria partilhar), ao anonimato (o seu nome nunca foi referido), à confidencialidade (os seus dados são confidenciais e intransmissíveis), à protecção contra o desconforto e o prejuízo (os participantes foram protegidos contra inconvenientes que colocassem em causa o seu bem-estar físico, psicológico, legal e económico), direito a um tratamento justo e equitativo (os participantes tiveram o direito de saber qual a finalidade e duração da investigação, assim como tiveram o direito a ser tratados de forma justa, sendo seleccionados de forma equitativa) (Fortin, 2003). O investigador, por sua vez, teve o dever de informar os participantes dos resultados da investigação, de esclarecer quaisquer dúvidas e de pedir autorização às instituições a que pertenciam os participantes (Carmo e Ferreira (2008).

2. Resultados

A apresentação dos resultados será constituída pela apresentação dos resultados correspondentes ao conhecimento sobre voz, saúde vocal e alterações vocais.

O Alpha Cronbach fornece-nos uma sub-estimativa da verdadeira fiabilidade da medida, podendo ser interpretado como coeficiente médio de todas as estimativas de consistência interna que se obteriam, se todas as divisões possíveis da escala fossem feitas (Cronbach, 1951, citado por Maroco e Garcia-Marques, 2006). Foi apurado o valor do Alpha Cronbach do instrumento de recolha de dados utilizado, através do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0, tendo-se verificado o valor é de 0.626. Segundo DeVellis (1991) citado por Maroco e Garcia-Marques (2006), um valor de Alpha superior a 0.60 é considerado aceitável desde que os resultados obtidos com esse instrumento sejam interpretados com precaução e tenham em conta o contexto de computação do índice.

No que diz respeito ao conhecimento das inquiridas sobre voz, os resultados vêm descritos conforme a ordem dos objectivos do estudo. É apresentada uma tabela com o número das afirmações que permitem caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa relativamente a cada um dos objectivos. Nessa tabela, os resultados que estão a **bold** (frequências; percentagens) são os resultados que deveriam ser obtidos. Após a apresentação das tabelas são descritos os resultados obtidos em cada uma das afirmações.

Em relação ao primeiro objectivo do estudo – caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre voz -, foram analisadas as afirmações número 1, 2, 3, 4, 5 e 33. Os resultados apresentados encontram-se em apêndice (Apêndice F), juntamente com o respectivo gráfico de barras.

n = 20	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente	Não sei
	(F;%)	(F; %)	(F; %)	(F; %)	(F; %)
1. O órgão responsável pela produção da voz é a laringe (garganta).	4; 20%	3; 15%	10; 50%	1; 5%	2; 10%

(Continua)

2. A voz é produzida enquanto se deita o ar fora.	0	3; 15%	15; 75%	2; 10%	0
3. Para falar não é necessário encher os pulmões.	0	4; 20%	12; 60%	2; 10%	2; 10%
4. A voz resulta do movimento das cordas vocais.	0	0	12; 60%	7; 35%	1; 5%
5. Cada indivíduo apresenta duas cordas vocais.	1; 5%	1; 5%	10; 50%	2; 10%	6; 30%
33. A respiração é a base da produção vocal.	0	0	14; 70%	6; 30%	0

Tabela 5 - Afirmações sobre voz

Na afirmação número 1 - “*o órgão responsável pela produção da voz é a laringe (garganta)*” - quatro (20%) discordam totalmente, três (15%) discordam, dez (50%) concordam, uma (5%) concorda plenamente e duas (10%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 2 - “*a voz é produzida enquanto se deita o ar fora*” - três (15%) discordam, 15 (75%) concordam e duas (10%) concordam plenamente. Na afirmação número 3 - “*para falar não é necessário encher os pulmões*” - quatro (20%) discordam, 12 (60%) concordam, duas (10%) concordam plenamente e duas (10%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 4 - “*a voz resulta do movimento das cordas vocais*” - 12 (60%) concordam, sete (35%) concordam plenamente e uma (5%) respondeu “*não sei*”. Na afirmação número 5 - “*cada indivíduo apresenta duas cordas vocais*” - uma (5%) concorda plenamente, uma (5%) discorda, dez (50%) concordam, duas (10%) concordam plenamente e seis (30%) responderam “*não sei*”.

Relativamente ao segundo objectivo do estudo – caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre saúde vocal -, foram analisadas as afirmações número 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. Os resultados apresentados aparecem em apêndice (Apêndice G) juntamente com o respectivo gráfico de barras.

O conhecimento sobre Voz das Assistentes da Acção Educativa - Licenciatura em Terapia da Fala

n = 20	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente	Não sei
	(F;%)	(F; %)	(F; %)	(F; %)	(F; %)
6. Existem formas de preservar a saúde vocal.	0	0	9; 45%	10; 50%	1; 5%
7. As dores de garganta podem afectar a minha voz.	0	1; 5%	13; 65%	6; 30%	0
8. Saúde vocal são comportamentos que fazem mal à voz.	6; 30%	4; 20%	5; 25%	0	5; 25%
9. Falar frequentemente em locais com ar condicionado não prejudica a voz.	5; 25%	12; 60%	0	1; 5%	2; 10%
10. A alimentação não influencia a voz.	2; 10%	14; 70%	3; 15%	0	1; 5%
11. Beber água fria faz bem à voz.	4; 20%	14; 70%	0	0	2; 10%
12. Falar baixinho não prejudica a voz.	0	4; 20%	10; 50%	4; 20%	2; 10%
13. As roupas que apertam o abdómen não prejudicam a voz.	2; 10%	11; 55%	2; 10%	0	5; 25%
14. Limpar a garganta dá sensação de alívio.	0	1; 5%	14; 70%	3; 15%	2; 10%
15. As pastilhas para a dor de garganta não interferem com a voz.	1; 5%	7; 35%	8; 40%	0	4; 20%
16. Imitar ruídos e vozes faz bem porque aumenta a minha capacidade vocal.	0	6; 30%	10; 50%	1; 5%	3; 15%
17. Ter comportamentos que fazem mal à voz indica que tenho saúde vocal.	6; 30%	11; 55%	2; 10%	0	1; 5%
19. O esforço para falar é considerado mau uso da voz.	0	1; 5%	11; 55%	8; 40%	0
20. Dar um grito não prejudica directamente a voz.	3; 15%	13; 65%	3; 15%	0	1; 5%
21. O ar condicionado beneficia a voz.	8; 40%	12; 60%	0	0	0
22. Falar mais alto em ambientes de ruído prejudica a voz.	1; 5%	0	15; 75%	3; 15%	1; 5%
23. A saúde vocal tem como objectivo melhorar a voz.	0	1; 5%	12; 60%	5; 25%	2; 10%

(Continua)

O conhecimento sobre Voz das Assistentes da Acção Educativa - Licenciatura em Terapia da Fala

24. Roupas apertadas na zona do pescoço prejudicam a voz.	0	5; 25%	9; 45%	2; 10%	4; 20%
25. Beber 2L de água por dia é prejudicial à voz.	8; 40%	11; 55%	0	0	1; 5%
28. Fazer esforço para falar não interfere na voz.	5; 25%	13; 65%	2; 10%	0	0
30. O uso incorrecto e o esforço da voz podem provocar alterações vocais.	0	0	13; 65%	7; 35%	0
31. O sono não interfere com a qualidade vocal.	3; 15%	9; 45%	4; 20%	0	4; 20%
32. Existem formas de prevenir o aparecimento de alterações nas cordas vocais.	0	0	12; 60%	5; 25%	3; 15%
34. Gritar constitui um dos comportamentos mais agressivos para a voz.	0	0	12; 60%	7; 35%	1; 5%
35. Usar excessivamente a voz não é considerado mau uso vocal.	3; 15%	8; 40%	5; 25%	0	4; 20%
36. Usar roupa apertada na garganta não interfere de forma negativa com a qualidade da voz.	2; 10%	9; 45%	5; 25%	0	4; 20%
37. O tipo de alimentação não vai influenciar directamente a qualidade da voz.	1; 5%	15; 75%	2; 10%	1; 5%	1; 5%
38. O álcool prejudica a voz.	0	0	11; 55%	5; 25%	4; 20%
39. Ingerir bebidas de diferentes temperaturas, umas a seguir às outras, prejudica a voz.	0	0	14; 70%	5; 25%	1; 5%
40. No ambiente ruidoso, o comportamento a adoptar deve ser o aumento da voz.	3; 15%	14; 70%	2; 10%	0	1; 5%
41. O abuso vocal não provoca alterações vocais.	4; 20%	13; 65%	3; 15%	0	0
46. Andar de saltos altos enquanto se fala durante muito tempo faz mal à voz.	4; 20%	5; 25%	0	0	11; 55%
47. Falar enquanto se está sentado em cadeiras para crianças não interfere com a voz.	5; 25%	7; 35%	4; 20%	0	4; 20%
48. Elevados níveis de stress têm efeito negativo na voz.	0	0	14; 70%	4; 20%	2; 10%
49. O uso excessivo de medicamentos, tais como anti-depressivos, interfere com a voz.	0	1; 5%	6; 30%	2; 10%	11; 55%

(Continua)

50. A utilização de determinados materiais, como tintas ou colas podem causar alterações na voz.	0	0	15; 75%	3; 15%	2; 10%
--	---	---	---------	--------	--------

Tabela 6 - Afirmações sobre saúde vocal

Como se pode verificar, na afirmação número 6 - *“existem formas de preservar a saúde vocal”* - nove (45%) concordam, dez (50%) concordam plenamente e uma (5%) respondeu *“não sei”*. Na afirmação número 7 - *“as dores de garganta podem afectar a minha voz”* - uma (5%) discorda, 13 (65%) concordam e seis (30%) concordam plenamente. Na afirmação número 8 - *“saúde vocal são comportamentos que fazem mal à voz”* - seis (30%) discordam totalmente, quatro (20%) discordam, cinco (25%) concordam e cinco (25%) responderam *“não sei”*. Na afirmação número 9 - *“falar frequentemente em locais com ar condicionado não prejudica a voz”* - cinco (25%) discordam totalmente, 12 (60%) discordam, uma (5%) concorda plenamente e duas (10%) responderam *“não sei”*. Na afirmação número 10 - *“a alimentação não influencia a voz”* -, duas (10%) discordam totalmente, 14 (70%) discordam, três (15%) concordam e uma (5%) respondeu *“não sei”*. Na afirmação número 11 - *“beber água fria faz bem à voz”* - quatro (20%) discordam completamente, 14 (70%) discordam e duas (10%) responderam *“não sei”*. Na afirmação número 12 - *“falar baixinho não prejudica a voz”* - quatro (20%) discordam, dez (50%) concordam, quatro (20%) concordam plenamente e duas (10%) responderam *“não sei”*. Na afirmação número 13 - *“as roupas que apertam o abdómen não prejudicam a voz”* - duas (10%) discordam totalmente, 11 (55%) discordam, duas (10%) concordam e cinco (25%) responderam *“não sei”*. Na afirmação número 14 - *“limpar a garganta dá sensação de alívio”* - uma (5%) discorda, 14 (70%) concordam, três (15%) concordam plenamente e duas (10%) responderam *“não sei”*. Na afirmação número 15 - *“as pastilhas para a dor de garganta não interferem com a voz”* - uma (5%) discorda totalmente, sete (35%) discordam, oito (40%) concordam e quatro (20%) responderam *“não sei”*. Na afirmação número 16 - *“imitar ruídos e vozes faz bem porque aumenta a minha capacidade vocal”* - seis (30%) discordam, dez (50%) concordam, uma (5%) concorda plenamente e três (15%) responderam *“não sei”*. Na afirmação número 17 - *“ter comportamentos que fazem mal à voz indica que tenho saúde vocal”* - seis (30%) discordam totalmente 11 (55%) discordam, duas (10%) concordam e uma (5%) respondeu *“não sei”*. Na afirmação número 19 - *“o esforço para falar é considerado*

mau uso da voz” - uma (5%) discorda, 11 (55%) concordam e oito (40%) concordam plenamente. Na afirmação número 20 - “*dar um grito não prejudica directamente a voz*” - três (15%) discordam totalmente, 13 (65%) discordam, três (15%) concordam e uma (5%) respondeu “*não sei*”. Na afirmação número 21 - “*o ar condicionado beneficia a voz*” - oito (40%) discordam totalmente e 12 (60%) discordam. Na afirmação número 22 - “*falar mais alto em ambientes de ruído prejudica a voz*” - uma (5%) discorda totalmente, 15 (75%) concordam, três (15%) concordam plenamente e uma (5%) respondeu “*não sei*”. Na afirmação número 23 - “*a saúde vocal tem como objectivo melhorar a voz*” - uma (5%) discorda, 12 (60%) concordam, cinco (25%) concordam plenamente e duas (10%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 24 - “*roupas apertadas na zona do pescoço prejudicam a voz*” - cinco (25%) discordam, nove (45%) concordam, duas (10%) concordam plenamente e quatro (20%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 25 - “*beber 2L de água por dia é prejudicial à voz*” - oito (40%) discordam totalmente, 11 (55%) discordam e uma (5%) respondeu “*não sei*”. Na afirmação número 28 - “*fazer esforço para falar não interfere na voz*” - cinco (25%) discordam totalmente, 13 (65%) discordam e duas (10%) concordam. Na afirmação número 30 - “*o uso incorrecto e o esforço da voz podem provocar alterações vocais*” - 13 (65%) concordam e sete (35%) concordam plenamente. Na afirmação número 31 - “*o sono não interfere com a qualidade vocal*” - três (15%) discordam totalmente, nove (45%) discordam, quatro (20%) concordam e quatro (20%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 32 - “*existem formas de prevenir o aparecimento de alterações nas cordas vocais*” - 12 (60%) concordam, cinco (25%) concordam plenamente e três (15%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 34 - “*gritar constitui um dos comportamentos mais agressivos para a voz*” - 12 (60%) concordam, sete (35%) concordam plenamente e uma (5%) respondeu “*não sei*”. Na afirmação número 35 - “*usar excessivamente a voz não é considerado mau uso vocal*” - três (15%) discordam totalmente, oito (40%) discordam, cinco (25%) concordam e quatro (20%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 36 - “*usar roupa apertada na garganta não interfere de forma negativa com a qualidade da voz*” - duas (10%) discordam totalmente, nove (45%) discordam, cinco (25%) concordam e quatro (20%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 37 - “*o tipo de alimentação não vai influenciar directamente a qualidade da voz*” - uma (5%) discorda

totalmente, 15 (75%) discordam, duas (10%) concordam, uma (5%) concorda plenamente e uma (5%) respondeu “*não sei*”. Na afirmação número 38 - “*o álcool prejudica a voz*” - 11 (55%) concordam, cinco (25%) concordam plenamente e quatro (20%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 39 - “*ingerir bebidas de diferentes temperaturas, umas a seguir às outras, prejudica a voz*” - 14 (70%) concordam, cinco (25%) concordam plenamente e uma (5%) respondeu “*não sei*”. Na afirmação número 40 - “*no ambiente ruidoso, o comportamento a adoptar deve ser o aumento da voz*” - três (15%) discordam totalmente, 14 (70%) discordam, duas (10%) concordam e uma (5%) respondeu “*não sei*”. Na afirmação número 41 - “*o abuso vocal não provoca alterações vocais*” - quatro (20%) discordam totalmente, 13 (65%) discordam e três (15%) concordam. Na afirmação número 46 - “*andar de saltos altos enquanto se fala durante muito tempo faz mal à voz*” - quatro (20%) discordam totalmente, cinco (25%) discordam e 11 (55%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 47 - “*falar enquanto se está sentado em cadeiras para crianças não interfere com a voz*” - cinco (25%) discordam totalmente, sete (35%) discordam, quatro (20%) concordam e quatro (20%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 48 - “*elevados níveis de stress têm efeito negativo na voz*” - 14 (70%) concordam, quatro (20%) concordam plenamente e duas (10%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 49 - “*o uso excessivo de medicamentos, tais como anti-depressivos, interfere com a voz*” - uma (5%) discorda, seis (30%) concordam, duas (10%) concordam plenamente e 11 (55%) responderam “*não sei*”. Por último, na afirmação número 50 - “*a utilização de determinados materiais, como tintas ou colas podem causar alterações na voz*” - 13 (75%) concordam, três (15%) concordam plenamente e duas (10%) responderam “*não sei*”.

Relativamente ao terceiro objectivo do estudo – caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre alterações vocais -, foram analisadas as afirmações número 18, 26, 27, 29, 42, 43, 44 e 45. Todos os resultados apresentados aparecem em apêndice (Apêndice H) juntamente com o respectivo gráfico de barras.

n = 20	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente	Não sei
	(F; %)	(F; %)	(F; %)	(F; %)	(F; %)
18. É um bom sinal ter a sensação de garganta seca logo de manhã.	5; 25%	11; 55%	0	0	4; 20%
26. Sentir ardor, secura e tensão enquanto fala produz efeito negativo na voz.	0	0	12; 60%	6; 30%	2; 10%
27. Ficar cansado depois de se falar é prejudicial para a voz.	0	2; 10%	13; 65%	2; 10%	3; 15%
29. Ficar rouco durante algumas semanas é indicativo de alteração vocal.	1; 5%	0	16; 80%	3; 15%	0
42. As doenças da voz podem ter como causa um factor genético.	0	0	11; 55%	1; 5%	8; 40%
43. É impossível prevenir as doenças da voz.	2; 10%	13; 65%	3; 15%	0	2; 10%
44. Sentir dor na garganta depois de gritar não é prejudicial para a voz.	4; 20%	10; 50%	4; 20%	2; 10%	0
45. Se cuidar da minha voz estou a prevenir possíveis alterações vocais.	1; 5%	4; 20%	8; 40%	7; 35%	0

Tabela 7 - Afirmações sobre alterações vocais

Na afirmação número 18 - “*é um bom sinal ter a sensação de garganta seca logo de manhã*” - cinco (25%) discordam totalmente, 11 (55%) discordam e quatro (20%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 26 - “*sentir ardor, secura e tensão enquanto fala produz efeito negativo na voz*” - 12 (60%) concordam, seis (30%) concordam plenamente e duas (10%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 27 - “*ficar cansado depois de se falar é prejudicial para a voz*” - duas (10%) discordam, 13 (65%) concordam, duas (10%) concordam plenamente e três (15%) responderam “*não sei*”.

Na afirmação número 29 - “*ficar rouco durante algumas semanas é indicativo de alteração vocal*”, uma (5%) discorda totalmente, 16 (80%) concordam e três (15%) concordam plenamente. Na afirmação número 42 - “*as doenças da voz podem ter como causa um factor genético*” - 11 (55%) concordam, uma (5%) concorda plenamente e oito (40%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 43 - “*é impossível prevenir as doenças da voz*” - duas (10%) discordam totalmente, 13 (65%) discordam, três

(15%) concordam e duas (10%) responderam “*não sei*”. Na afirmação número 44 - “*sentir dor na garganta depois de gritar não é prejudicial para a voz*” - quatro (20%) discordam totalmente, 10 (50%) discordam, quatro (20%) concordam e duas (10%) concordam plenamente. Na afirmação número 45 - “*se cuidar da minha voz estou a prevenir possíveis alterações vocais*” - uma (5%) discorda totalmente, quatro (20%) discordam, oito (40%) concordam e sete (35%) concordam plenamente.

3. Discussão

A discussão está dividida por objectivos e nas afirmações relativas ao objectivo 2, estas subdividem-se em conhecimentos sobre saúde vocal (no geral), comportamentos vocais, comportamentos não vocais e questões ambientais. Os comportamentos não vocais aparecem descritos por temas.

Analisando o primeiro objectivo (“*caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre voz*”), foram agrupadas as seis afirmações que permitem aferir o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre voz (afirmações número 1, 2, 3, 4, 5 e 33).

Na afirmação número um, a maioria das inquiridas (F=10; 50%) concorda que a laringe é o órgão responsável pela produção da voz (Behlau e Pontes, 1995; Hirano e Bless, 1993, Borden, Harris e Raphael, 1994, Stemple, Glaze e Gerdeman, 1995, citados por Guimarães, 2007). Na afirmação número dois podemos verificar que a maioria das inquiridas concorda (F=15; 75%), demonstrando conhecimento de que é durante a fase expiratória que a voz é produzida (Guimarães, 2007). No entanto, na afirmação três, a maioria (F=12; 60%) refere que concordam que não seja necessário encher os pulmões para falar, contrariando os resultados da afirmação anterior. Ou seja, não têm conhecimento de que cada fase expiratória é antecedida por uma fase inspiratória (Douglas, 2006). Na afirmação número quatro, a maioria das inquiridas (F=12; 60%) concorda que a voz resulta do movimento das cordas vocais (Guimarães, 2007), assim como também na afirmação cinco, a maioria (F=10; 50%) concorda que cada pessoa tem duas cordas vocais (Guimarães, 2007). Na afirmação 33, que refere a respiração

como a base da produção vocal, a maioria das inquiridas (F=14; 70%) concorda com a afirmação (Guimarães, 2007).

Os resultados destas afirmações demonstram que as Assistentes da Acção Educativa apresentam conhecimentos sobre voz. Estes conhecimentos são importantes na medida em que, tendo em consideração que a voz é o meio pelo qual atingimos o outro e estabelecemos comunicação interpessoal, é de extrema importância saber qual o órgão e as estruturas responsáveis pela sua produção e qual a fase respiratória durante a qual ela ocorre (Behlau e Pontes, 1995; Guimarães, 2007; Hirano e Bless, 1993, Borden, Harris e Raphael, 1994, Stemple, Glaze e Gerdeman, 1995, citados por Guimarães, 2007).

O segundo objectivo do estudo (“*caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre saúde vocal*”) englobava 36 afirmações (afirmações número 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).

Quanto às afirmações relativas às características da saúde vocal (afirmações número 6, 7, 8, 17, 23 e 32), na afirmação número seis, a maioria das inquiridas (F=10; 50%) concorda plenamente, demonstrando terem conhecimento de que a saúde vocal pode ser protegida (Froeschels, 1943, citado por Pannabacker, 1998, em Guimarães, 2007). Na afirmação sete, a maioria (F=13; 65%) concorda que as dores da garganta influenciam a produção vocal (Behlau e Pontes, 2001). A afirmação oito obteve maior frequência de respostas no “*discordo totalmente*” (F=6; 30%) demonstrando que têm conhecimentos sobre o conceito de saúde vocal (Froeschels, 1943, citado por Pannabacker, 1998, em Guimarães, 2007). Na afirmação 17, a maioria das inquiridas concorda (F=11; 55%), demonstrando terem conhecimento de que a saúde vocal não engloba comportamentos prejudiciais à voz (Froeschels, 1943, citado por Pannabacker, 1998, em Guimarães, 2007). Na afirmação 23, por sua vez, a maioria das Assistentes da Acção Educativa (F=12; 60%) concorda que o objectivo da saúde vocal é melhorar a voz (Froeschels, 1943, citado por Pannabacker, 1998, em Guimarães, 2007). A afirmação 32 obteve uma maior frequência (F=12; 60%) no “*concordo plenamente*”, demonstrando terem conhecimento de que as alterações vocais podem ser prevenidas, sendo essa uma das funções do Terapeutas da Fala (RCSLT, 2009).

Da análise destas afirmações pode aferir-se que as Assistentes da Acção Educativa têm conhecimentos acerca de algumas características da saúde vocal. Considerando que a saúde vocal se centra na prevenção e eliminação de factores que podem deteriorar a qualidade vocal, é de extrema importância que as Assistentes da Acção Educativa tenham conhecimentos sobre a mesma. Estes conhecimentos possibilitam 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).

São 9 as afirmações (número 12, 16, 19, 20, 28, 30, 34, 35 e 41) relativas ao mau uso e abuso vocal (comportamentos vocais). Nas afirmações 12 e 16, a maioria das inquiridas (F=10; 50%) concorda com a afirmação, não revelando conhecimento de que falar baixo (afirmação 12) e imitar ruídos e vozes (afirmação 16) constituem um mau uso vocal (Behlau e Pontes, 2001). A afirmação 19 obteve uma maior frequência de respostas no “*concordo*” (F=11; 55%), demonstrando conhecimento de que o esforço para falar é um abuso vocal (Guimarães, 2007). Na afirmação 20, a maioria das inquiridas (F=13; 65%) discorda de que dar um grito não prejudica a voz, demonstrando conhecimento de que dar um grito constitui um dos comportamentos mais prejudiciais para a voz (Silva, 2003). Na afirmação 28, a maioria das inquiridas (F=13; 65%) discorda que o esforço para falar não interfere com a voz, demonstrando que apresentam conhecimento de que o esforço é considerado mau uso vocal (Guimarães, 2007). Na afirmação 30, a resposta “*concordo*” foi onde se obteve uma maior percentagem (F=13; 65%), evidenciando que as inquiridas têm conhecimento de que o mau uso vocal pode provocar alterações vocais, uma vez que engloba comportamentos que envolvem uma descoordenação e má interacção dos componentes do sistema fonatório, sendo o resultado de uma má técnica vocal (Polow e Kaplan, 1980, Colton e Casper, 1996, Stemple, Glaze e Gerdeman, 1995, citados por Guimarães, 2007). A afirmação 34 obteve uma maior percentagem de respostas no “*concordo*” (F=12; 60%), provando que existe conhecimento por parte das inquiridas de que gritar é um comportamento vocal que denota um abuso vocal (Cooper, 1977, e Polow e Kaplan, 1980, citados por Guimarães, 2007). Na afirmação 35, a maioria das inquiridas (F=8; 40%) discorda da

afirmação, comprovando conhecimentos que indicam que o uso excessivo da voz é um abuso vocal (Benninger e Gardner, 1998, Kotby *et al*, 1988, Stemple, Glaze e Gerdeman, 1995, e Dworkin e Meleca, 1997, citados por Guimarães, 2007). A afirmação 41 obteve uma maior percentagem de respostas no “*discordo*” (F=13; 65%), demonstrando que a maioria sabe que o abuso vocal provoca alterações vocais (Benninger e Gardner, 1998, Kotby *et al*, 1988, Stemple, Glaze e Gerdeman, 1995, e Dworkin e Meleca, 1997, citados por Guimarães, 2007). Da análise de todas estas afirmações pode verificar-se que das 9, apenas em duas (afirmações 12 e 16) as Assistentes da Acção Educativa demonstraram não ter conhecimento.

A importância do conhecimento sobre mau uso e abuso vocal prende-se com o facto de as Assistentes da Acção Educativa constituírem um grupo de profissionais da voz propensos a apresentar abusos vocais e alterações vocais (Guimarães, 2001; Guimarães, 2007; Simões e Latorre, 2006; Penteadó e Pereira, 2007; Kooijman *et al* 2007, Roy *et al* 2004, Morton & Watson 1998, Bufton 2000, citados por RCSLT, 2009). Além disso, o facto de estar descrito na bibliografia consultada que são um grupo de profissionais que não apresenta conhecimentos sobre voz, treino vocal adequado e que têm períodos de grande exigência vocal (Almeida, 2000; Behlau *et al.*, 2001c; Guimarães, 2001; Morton e Watson, 1998 e Vilkmán, 2000, citados por Guimarães, 2004; Guimarães, 2007; Quintanilha, 2006) faz com que estejam mais benévols a comportamentos de mau uso vocal, uma vez que estes podem ter como causa a ausência ou diminutos conhecimentos sobre voz.

Relativamente aos comportamentos não vocais, estes estão descritos em 17 afirmações (afirmações número 10, 11, 13, 14, 15, 24, 25, 31, 36, 37, 38, 39, 46, 47, 48, 49 e 50). Tanto na afirmação 10 como na afirmação 37, a maioria dos resultados centraram-se no “*discordo*” (F=14; 70% e F=15; 75%, respectivamente) evidenciando que as inquiridas têm conhecimento de que o tipo de alimentação interfere directamente com a produção vocal (Behlau e Pontes, 2001). A afirmação 11 obteve as maiores percentagens na resposta “*discordo*” (F= 14: 70%) evidenciando que as inquiridas têm conhecimento de que a temperatura da água tem influência na qualidade vocal (Behlau e Pontes, 2001). Na afirmação 25 a maioria discorda (F=11; 55%) que beber uma grande quantidade de

água seja prejudicial à voz, demonstrando que existe conhecimento de que é importante beber água frequentemente, à temperatura natural e se possível entre 2/3 L, melhorando a qualidade vocal (Azevedo, 2004; Behlau e Pontes, 2001; Guimarães, 2004). A afirmação 39, tal como a pergunta 11 aludem à ingestão de bebidas de diferentes temperaturas. Nesta afirmação a maioria das inquiridas respondeu “*concordo*” (F=14; 70%), revelando terem conhecimento de que, tal como descrito acima, ingerir bebidas de diferentes temperaturas pode provocar alterações na produção e qualidade vocal (Behlau e Pontes, 2001). A afirmação 13 obteve uma maior percentagem de respostas no “*discordo*” (F=11; 55%) demonstrando que as inquiridas têm conhecimento de que as roupas que apertam o abdómen têm um impacto negativo na produção vocal (Behlau e Pontes, 2001). Na afirmação 24, a maioria das inquiridas concorda (F=9; 45%), demonstrando que têm conhecimento de que as roupas apertadas na zona do pescoço interferem negativamente na produção vocal (Behlau e Pontes, 2001; Guimarães, 2007). A afirmação 31 obteve a maior percentagem de frequências no “*discordo*” (F=9; 45%), demonstrando que as inquiridas têm conhecimento de que o sono interfere com a voz (Silva, 2003). A afirmação 36 obteve uma maior frequência de resultados na resposta “*discordo*” (F=9; 45%), estando directamente relacionada com a afirmação 24, uma vez que só mudam os constituintes morfossintácticos e a frase aparece na negativa. No entanto confirma-se que as inquiridas têm conhecimento da pertinência de não usar roupa apertada na zona da garganta/pescoço (Behlau e Pontes, 2001). Na afirmação 46, a maioria das inquiridas (F=11; 55%) não sabe responder à afirmação. Estes resultados demonstram que as Assistentes da Acção Educativa não têm conhecimento acerca da influência negativa na produção vocal da utilização de sapatos com salto alto. Sendo do sexo feminino, têm mais probabilidade de andar de saltos altos e, os saltos altos, além de afectarem a postura corporal, provocam alterações na voz, interferindo directamente com a qualidade vocal (Behlau e Pontes, 2001). Na afirmação 14, a maioria das inquiridas (F=14; 70%) concorda com a mesma. Estes resultados demonstram que estas têm conhecimentos acerca do acto de pigarrear, mais especificamente da função do mesmo (Guimarães, 2007). No entanto a afirmação deveria ter sido formulada de forma a aferir se as Assistentes da Acção Educativa têm conhecimento acerca das consequências deste acto. Na afirmação 15, a maioria das inquiridas (F=8; 40%) concorda com a afirmação, demonstrando não ter conhecimento acerca do efeito

negativo que as pastilhas para a dor de garganta têm sobre as estruturas laríngeas e de quais as consequências na emissão vocal aquando do efeito desse tipo de medicação (Behlau e Pontes, 2001). A afirmação 49 obteve a maior percentagem de respostas “*não sei*” (F=11; 55%). Estes resultados demonstram que as inquiridas não têm conhecimentos de que a toma excessiva de, e.g. anti-depressivos, provoca efeitos negativos na laringe e na qualidade vocal (Guimarães, 2007). Na afirmação 38, a resposta com maior percentagem foi “*concordo*” (F=11; 55%). Este resultado demonstra que as inquiridas têm conhecimento que o álcool prejudica a voz (Guimarães, 2007). Na afirmação 47, a maioria das inquiridas discorda da afirmação (F=7; 35%). Este resultado demonstra que as Assistentes da Acção Educativa têm conhecimento de que a postura corporal enquanto estão sentadas numa cadeira para crianças influencia a voz. Este conhecimento é de extrema relevância uma vez que nestas cadeiras as Assistentes estão numa postura inadequada e estão a exercer tensão na zona cervical, de forma a estar ao nível das crianças. Alguns autores já tinham descrito que as más posturas corporais e a tensão cervical podem contribuir para o aparecimento de alterações vocais (Almeida, 2000; Behlau *et al.*, 2001c; Behlau e Pontes, 2001; Guimarães, 2001; Morton e Watson, 1998 e Vilkman, 2000, citados por Guimarães, 2004; Guimarães, 2004; Guimarães, 2007; Quintanilha, 2006). Na pergunta 48, a maioria das inquiridas concordam (F=14; 70%) que o *stress* influencia negativamente a produção vocal (Bonne e McFarlane, 1994). Em relação à afirmação 50, a maioria das inquiridas concorda com a afirmação (F=15; 75%), demonstrando terem conhecimento do efeito negativo de alguns materiais na produção vocal. Este conhecimento é importante uma vez que as Assistentes da Acção Educativa estão constantemente a trabalhar com tintas, colas e materiais com efeitos nocivos, devido às actividades que realizam com as crianças. O manuseamento destes materiais provoca alterações na qualidade vocal, tal como descrito por Guimarães (2007). Embora a autora se refira às consequências da exposição num nível crónico, a verdade é que a exposição das Assistentes da Acção Educativa a alguns materiais poderá ser diária, tendo eventualmente algumas consequências a nível da qualidade vocal.

Dentro do segundo objectivo falta fazer referência às condições ambientais. Na afirmação nove, a maioria das inquiridas (F=12; 60%) discorda da afirmação

comprovando que estas têm conhecimento acerca da influência da utilização vocal em ambientes com ar condicionado. Estes dados são importantes uma vez que a maioria das salas poderá eventualmente ter ar condicionado e este é prejudicial para a voz, podendo propiciar o desenvolvimento de alterações vocais, tais como fonação com tensão e em esforço devido às suas consequências na mucosa laríngea (Behlau e Pontes, 2001; Silva 2003). Na afirmação 21, a maioria das inquiridas discorda (F=12; 60%) da afirmação, demonstrando terem conhecimento de que falar em ambientes com ar condicionado não é benéfico para a voz (Behlau e Pontes, 2001; Silva 2003). A afirmação 22 obteve uma maior percentagem de respostas na opção “*concordo*” (F=15; 75%), denotando que as Assistentes da Acção Educativa têm conhecimento de que aumentar o volume vocal em condições ambientais menos próprias interfere negativamente com a voz, uma vez que falar alto e fazê-lo em situações de ruído elevado constitui um abuso vocal (Cooper, 1977, e Polow e Kaplan, 1980, citados por Guimarães, 2007). A afirmação 40 obteve a maioria das frequências no “*discordo*” (F=14; 70%). Os resultados destas duas afirmações (22 e 40) indicam que as inquiridas têm conhecimento acerca das alterações na produção vocal necessárias a ter em consideração num ambiente ruidoso. Este conhecimento é importante uma vez o uso prolongado da voz a níveis elevados de intensidade de modo a superar o ruído ambiental, a utilização da voz sem projecção vocal e falar para grandes grupos são alguns factores que podem contribuir para o aparecimento de alterações vocais (Guimarães, 2004; Quintanilha, 2006).

Por último, o terceiro objectivo do estudo (“*caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre alterações vocais*”) engloba 8 afirmações (afirmações número 18, 26, 27, 29, 42, 43, 44 e 45). Na afirmação 18, a maioria das inquiridas respondeu “*discordo*” (F=11; 55%). Este resultado demonstra que as mesmas têm conhecimento que a sensação de garganta seca de manhã não é um bom indicativo. O importante é que embora saibam que não é um bom indicativo, devem procurar um especialista, uma vez que, um dos sintomas de refluxo faringo-laríngeo pode ser a sensação de dor de garganta, que vem associada a uma secura da mesma. Além disso, não se pode deixar de referir que o refluxo tem consequências ao nível das estruturas laríngeas, alterando a qualidade vocal (Behlau, Feijó e Pontes, 2001d; Behlau e Pontes, 2001; Guimarães, 2007). Na afirmação 26, a maioria das inquiridas concorda (F=12;

60%) que sentir ardor, secura e tensão enquanto se fala produz efeito negativo na fala (Behlau e Pontes, 1995; Behlau, 2001b; Penteado, 2007). Na afirmação 27, houve uma maior frequência de respostas no “*concordo*” (F=13; 65%) demonstrando terem conhecimento de que ficar cansado após a fonação não é benéfico para a voz (Simões e Latorre, 2006). Estes resultados são importantes, tendo em consideração que alguns sintomas, tais como ficar cansado após a emissão vocal (afirmação 27) e sensações desagradáveis da emissão (ardor, secura e tensão são mencionados na afirmação 26) podem ser indicativos de disfonia (Behlau e Pontes, 1995; Behlau, 2001b; Penteado, 2007; Simões e Latorre (2006)). Na afirmação 29 podemos constatar que a resposta “*concordo*” foi a de maior frequência (F=16; 80%) por parte das inquiridas, sugerindo-nos que a maioria das Assistentes da Acção Educativa considera que uma alteração vocal que predomine durante algumas semanas é indicativo de alteração vocal (Guimarães, 2007). Os resultados da afirmação 42 permitem-nos verificar que a maioria das inquiridas concorda com a afirmação (F=11; 55%), demonstrando terem conhecimento de que as alterações vocais podem ter como etiologia um factor genético (RCSLT, 2009), tendo consequências a nível vocal (Behlau *et al.*, 2001f). Na afirmação 43, a maior frequência de respostas centrou-se no “*discordo*” (F=13; 65%), demonstrando que as Assistentes da Acção Educativa têm conhecimento de que é possível prevenir alterações vocais. Este conhecimento é importante uma vez que possibilita que as Assistentes da Acção Educativa tenham noção de que os programas de prevenção são de extrema relevância para prevenir as patologias vocais, de modo a auxiliar a sua actuação em contexto de sala de aula (Guimarães, 2001; RCSLT, 2009). A afirmação 44 obteve uma maior frequência de respostas no “*discordo*” (F=10; 50%), demonstrando que a maioria das inquiridas tem conhecimento de que sentir dor de garganta depois de gritar é um mau indicativo e, conseqüentemente, prejudicial para a voz (Silva, 2003), além de que, sentir dor ao falar é um dos sintomas mais facilmente interpretados como possíveis indicadores de alterações na saúde vocal (Penteado, 2007). Por último, na afirmação 45, a maioria das frequência centra-se no “*concordo*” (F=8; 40%). Este resultado demonstra que as inquiridas têm conhecimento de que é possível prevenir as alterações vocais, sendo os cuidados com a voz um primeiro passo para prevenir o aparecimento de alterações vocais (Grillo e Penteado, 2005).

4. Conclusão

Como conclusão dos resultados obtidos e da análise das respostas, pode observar-se que na generalidade (uma vez que em 50 afirmações, apenas em seis demonstram não ter conhecimento) as Assistentes da Acção Educativa têm conhecimentos sobre voz, saúde vocal e alterações vocais. Relativamente ao conhecimento sobre voz, as Assistentes da Acção Educativa não reconhecem a necessidade de inspirar antes de falar. No que concerne aos conhecimentos sobre saúde vocal, não têm conhecimento de que a utilização de uma intensidade baixa, a utilização de pastilhas para a dor de garganta, o imitar ruídos e vozes, andar de saltos altos e o uso excessivo de medicamentos são prejudiciais à voz. É ainda importante salientar que as afirmações 46 e 49 obtiveram uma maior resposta no “*não sei*”, demonstrando que não têm nenhuma ideia formada acerca destas temáticas. Em todas as outras afirmações sobre voz e saúde vocal, tal como na totalidade de afirmações sobre alterações vocais demonstraram ter conhecimento.

Nas afirmações em que apresentam conhecimentos, estes não são técnicos, uma vez que a maioria das respostas não se centra nas opções com “*plenamente*” e/ou “*totalmente*”. O que se pode supor é que muitos destes conhecimentos derivam de experiências pessoais ou de conhecimentos adquiridos em contexto social.

Tendo em consideração os objectivos do estudo, os resultados obtidos e a bibliografia consultada pode afirmar-se que não há consenso. Embora a bibliografia faça referência de que as Assistentes da Acção Educativa (comparando estes profissionais com os Educadores de Infância) têm uma preparação vocal mínima e que vários são os problemas associados à profissão que podem contribuir para o aparecimento de alterações vocais, a verdade é que se verifica que existe conhecimento. No entanto, não nos podemos esquecer de referir que alguns autores também demonstram que os docentes detêm noções, conhecimentos e informações correspondentes a alguns dos comportamentos e cuidados básicos sobre saúde vocal mas que, no dia-a-dia não aplicam todos esses conhecimentos.

As limitações mais relevantes encontradas neste estudo foram o baixo número de inquiridas para amostra, condicionada por conjunturas da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), mais especificamente da Monitorização de Inquiridos em Meio Escolar, já especificadas nos Procedimentos. Além disso, não se pode deixar de salientar que a reformulação de algumas questões poderia influir nos resultados obtidos.

Em estudos posteriores seria importante aferir a incidência de alterações vocais nas Assistentes da Acção Educativa, de modo a verificar se aplicam ou não os conhecimentos que têm em contexto pessoal e profissional. Seria igualmente importante fazer um estudo com estes mesmos objectivos mas numa amostra maior ($n \geq 30$) e/ou de outros concelhos do país. Além disso, para aferir de forma mais precisa a existência ou não de conhecimento, deveria utilizar-se uma escala de tipo *Likert* apenas com três opções de resposta - “*discordo*”, “*concordo*” e “*não sei*”, uma vez que aquando da análise dos resultados se verificou que, quer as inquiridas respondessem “*discordo totalmente*” ou “*discordo*”, demonstravam não concordar com a afirmação, sendo ambas as respostas cotadas da mesma forma.

Com este estudo estamos a demonstrar que, embora tenham conhecimento sobre voz, saúde vocal e alterações vocais, as Assistentes da Acção Educativa não apresentam conhecimentos sobre todos os aspectos abordados, nem conhecimentos específicos sobre cada um dos objectivos. Assim, fica demonstrada a importância de programas de prevenção nestas temáticas.

Bibliografia

- Almeida, A. P. C. (2000). *Trabalhando a voz do professor. Prevenir, orientar e conscientizar*. Tese de Monografia, CEFAC, Especialização em Voz. Disponível on-line em: [http://maxipas1.tempsite.ws/principal/pub/anexos/20080423044248trabalhando-a-voz.pdf](http://maxipas1.tempsite.ws/principal/pub/anexos/20080423044248%20trabalhando-a-voz.pdf). Último acesso em: 11-02-2010.
- Almeida, L. M. (2005). 'Prevenção em saúde. Da prevenção primordial à prevenção quaternária'. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, **23**, 1, pp. 91-96.
- 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 11-12-2009.
- Aviso DRH n.º 169/2003 de 30 de Setembro. *Diário da República n.º 226 – III Série*.
- Azevedo, R. (2004). Procedimentos terapêuticos na disfonia – enfoque fisiológico. *In* Ferreira, L. P., Befi-Lopes, D. M. e Limongi, S. C. O. (Eds) *Tratado de fonoaudiologia*. (pp. 138-149). São Paulo: Editora Roca Ltda.
- 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., Feijó, D., Madazio, G., Rehder, M. I., Azevedo, R. e Ferreira, A. E. (2001c). Voz profissional: aspectos gerais e actuação fonoaudiológica. *In* Behlau, M. (Eds). *Voz – O livro do especialista. Vol. II (pp.287-407)*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Behlau, M., Feijó, D. e Pontes, P. (2001d). Disfonias por refluxo gastroesofágico. *In* Behlau, M. (Eds). *Voz – O livro do especialista. Vol. II (pp.187-212)*. Rio de

Janeiro: Revinter.

Behlau, M., Madazio, G. e Pontes, P. (2001e). Disfonias organofuncionais. *In* Behlau, M. (Eds). *Voz – O livro do especialista. Vol. I (pp.295-341)*. Rio de Janeiro: Revinter.

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

Behlau, M., e Pontes, P. (2001). *Higiene Vocal – Cuidando da Voz*. (3.^a Ed.). São Paulo: Editora Revinter.

Behlau, M., Thomé, R., Azevedo, R., Rehder, M. I. e Thomé, D. C. (2001f). Disfonias congénitas. *In* Behlau, M. (Eds). *Voz – O livro do especialista. Vol. II (pp.1-50)*. Rio de Janeiro: Revinter.

Bonne, D. R. e McFarlane, S. C. (1994). *A voz e a terapia vocal*. (5.^a Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Carmo, H. e Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para auto-aprendizagem*. (2.^a ed.). Lisboa: Universidade Aberta.

Catálogo Profissional de Qualificações (n.d.). *Perfil profissional. Assistente da acção educativa (M/F)*. Disponível *on-line* em: http://portal.iefp.pt/pls/gov_portal_iefp/docs/page/repertorio/imagens/rev_%20assistente%20de%20ac%c7%c3o%20educativa%20texto%20corrido.pdf. Último acesso em: 27-01-2010.

Cplol (2003). *Terapia da fala e linguagem: Definição e áreas de competência*. Disponível *on-line* em: <http://www.cplol.org/eng/index.htm>. Último acesso em 05-12-09.

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 10-06-2010.

Douglas, C. R. (2006). *Fisiologia aplicada à fonoaudiologia*. (2.^a ed.). Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan.

Ferreira, L. P. (2004). Assessoria fonoaudiológica os profissionais da voz. **In** Ferreira, L. P., Befi-Lopes, D. M. e Limongi, S. C. O. (Eds) *Tratado de fonoaudiologia*. (pp. 138-149). São Paulo: Editora Roca Ltda.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Goh-Taylor, S. (2005). *Royal college of speech & language therapists. Clinical guidelines*. Oxon: Speechmark.

Grillo, M. H. M. M. e Penteadó, R. Z. (2005). 'Impacto da voz na qualidade de vida de professore(a)s do ensino fundamental'. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, **17**, 3, p. 321-330.

Guimarães, I. (2004). 'Riscos ocupacionais. Os problemas de voz nos professores: prevalência, causas, efeitos e formas de prevenção'. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, **22**, 2, pp. 33-41.

Guimarães, I. (2007). *A ciência e a arte da voz humana*. Alcabideche: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Guimarães, S. M. A. (2001). *Análise de programas de saúde vocal na docência*. Tese de Monografia, CEFAC, Especialização em Voz. Disponível on-line em: <http://www.cefac.br/library/teses/c68cb46079a4500e67bd0bd6f1eb08f7.pdf>. Último acesso em 10-01-2010.

Maroco, J. e Garcia-Marques, T. (2006). 'Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?'. *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*, **4**, 1, pp. 65-90.

Penteadó, R. Z. (2007). 'Relações entre saúde e trabalho docente: percepções de professores sobre saúde vocal'. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, **12**, 1, pp. 18-22.

- Penteado, R. Z. e Pereira, I. M. T. B. (2007). 'Qualidade de vida e saúde vocal de professores'. *Revista de Saúde Pública*, **41**, 2, pp. 236-243.
- Pinho, S. R. (1997). *Manual de higiene vocal para profissionais da voz*. Rio de Janeiro: Pró-Fono.
- Quintanilha, J. K. M. C. (2006). *Características vocais de uma amostra de professores da secretaria de estado de educação do distrito Federal*. Tese de mestrado inédita, Universidade de Brasília, Ciências Aplicadas em Saúde. Disponível *on-line* em: http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/63/TDE-2007-04-03T083323Z-771/Publico/dissertacao%20Jane%20Katia%20Mendes%20Cravo%20Quintanilha.pdf. Último acesso em 11-02-2010.
- RCSLT (2009). *Resource manual for commissioning and planning services for SLT. Voice*. Royal College of Speech & Language Therapists.
- 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.
- Simões, M. e Latorre, M. R. D. O. (2006). 'Percepção da alteração vocal em educadoras e sua relação com a auto-percepção'. *Revista de Saúde Pública*, **40**, 6, pp. 1013-1018. Disponível *on-line* em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700008&lng=pt&nrm=iso. Último acesso em 13-12-2009.

Apêndices

Apêndice A

- Gráficos relativos à caracterização sócio-demográfica -

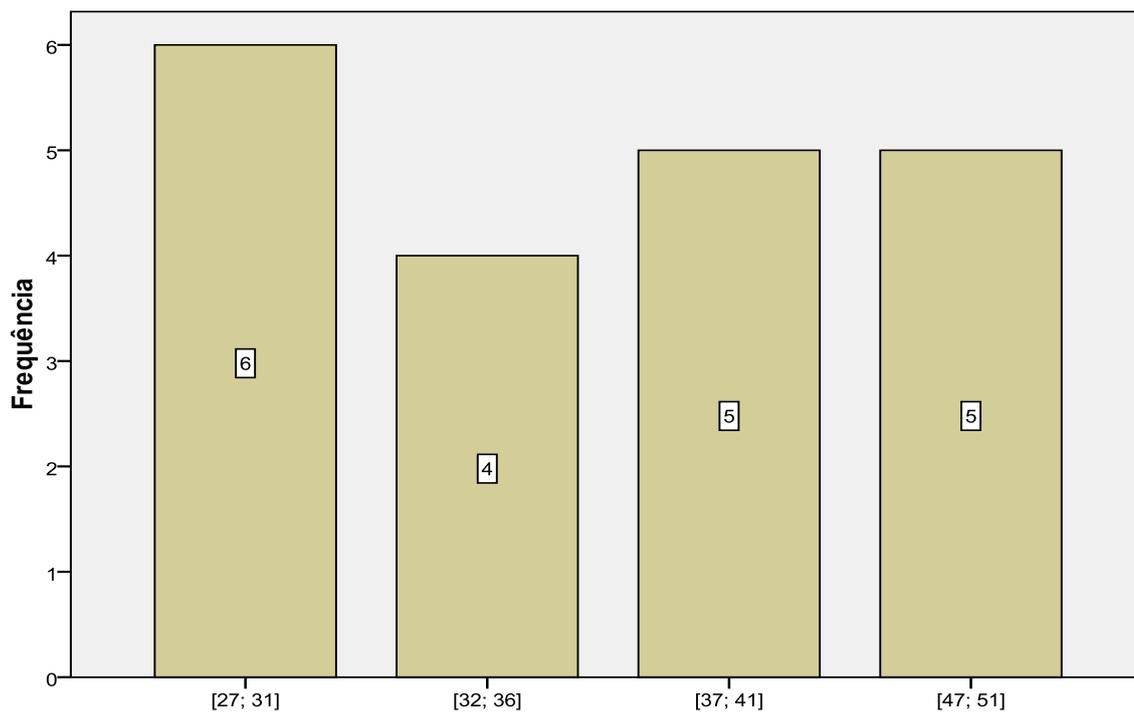


Fig. 1 – Idade das Assistentes da Acção Educativa

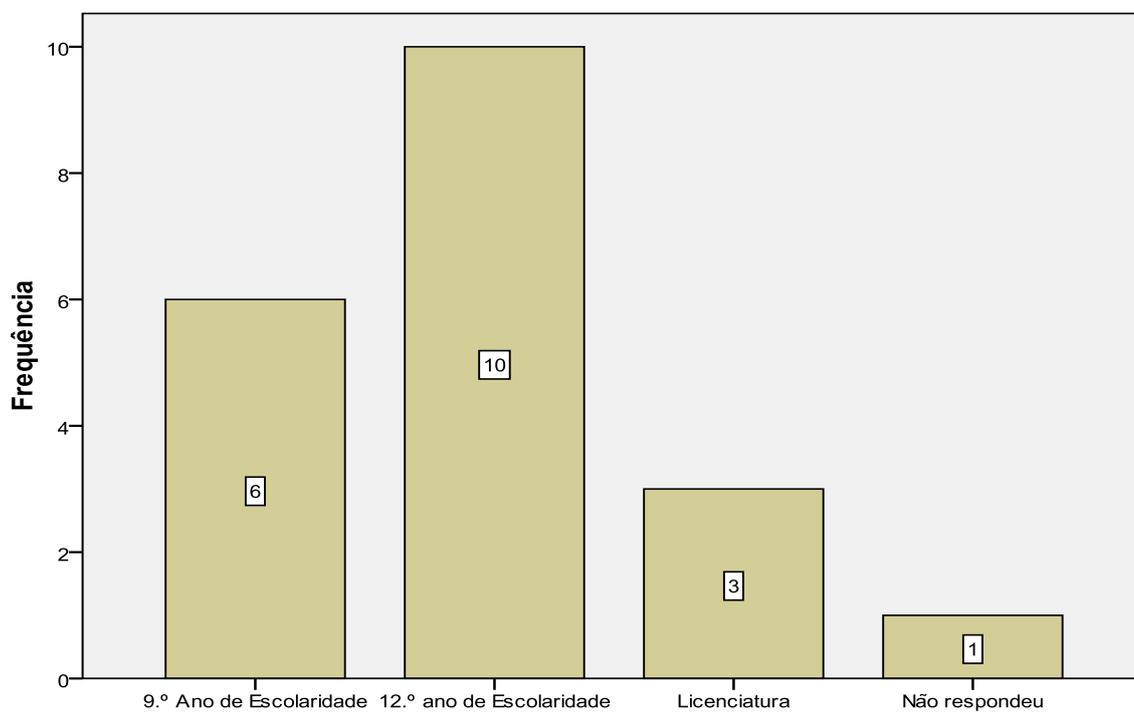


Fig. 2 – Escolaridade

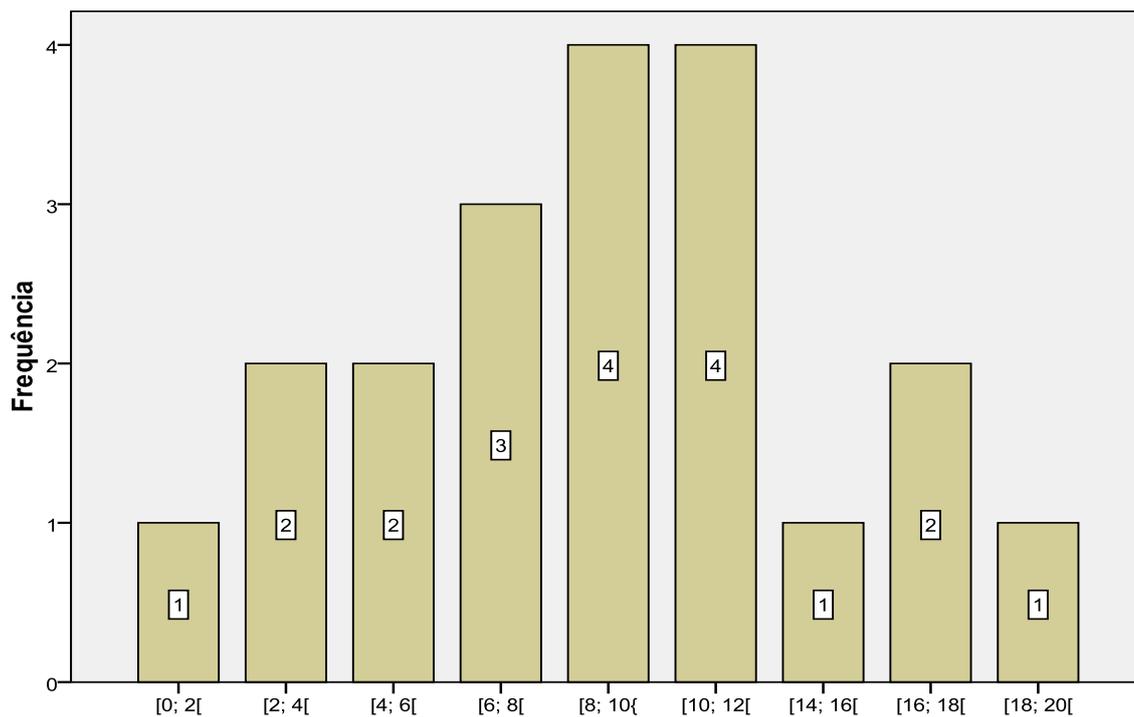


Fig. 3 – Há quanto tempo exerce a profissão de Assistente da Acção Educativa

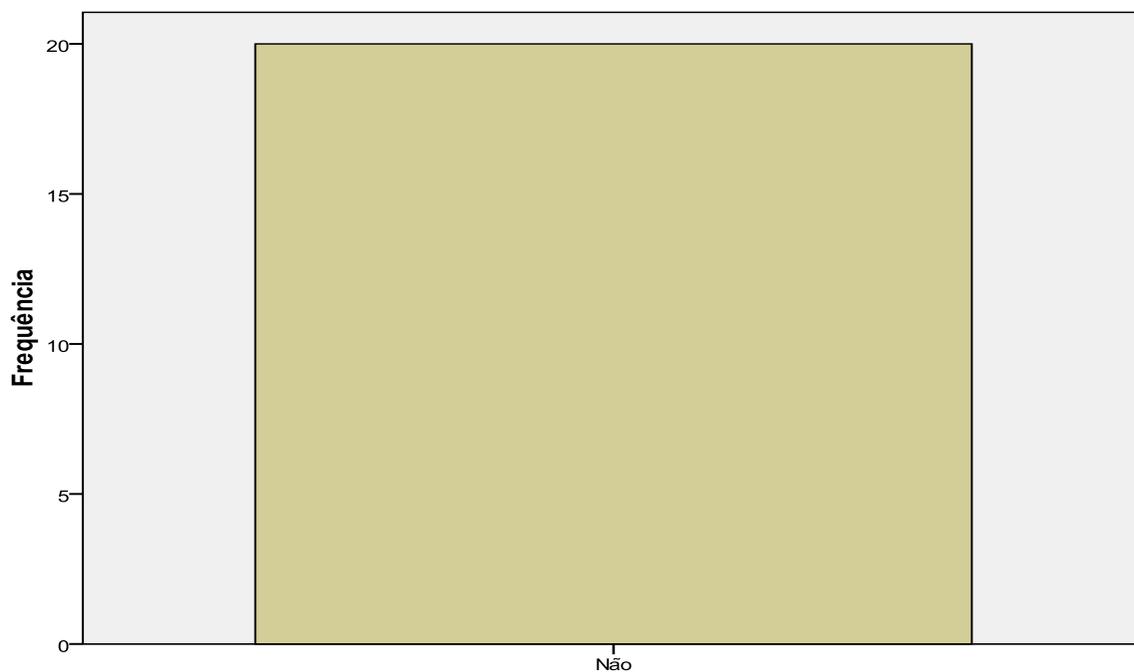


Fig. 4 – Frequência de inquiridas que já fez Terapia da Fala

Apêndice B

- Instrumento de Recolha de dados -



QUESTIONÁRIO

Eu, Diana Rita Borges Ruivo, 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: “O conhecimento sobre Voz das Assistentes da Acção Educativa”.

Este questionário refere-se ao estudo do conhecimento que as Assistentes da Acção Educativa do ensino pré-escolar do concelho de Cascais têm sobre voz. Tem como objectivos caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre voz, saúde vocal e sobre alterações vocais.

O questionário está dividido em duas partes: a primeira parte corresponde a questões de caracterização sócio-demográfica e a segunda parte corresponde a afirmações sobre saúde vocal. As respostas serão dadas de acordo com uma escala de tipo Likert, onde são opções de resposta: *discordo totalmente, discordo, concordo, concordo plenamente e não sei.*

Após o término do questionário, os inquiridos deverão colocá-lo em envelope fechado no local apropriado.

Agradeço a sua colaboração.

O conhecimento sobre Voz das Assistentes da Acção Educativa

Durante o estudo o nome do inquirido não será referido, sendo os seus dados confidenciais e anónimos. O inquirido tem o direito à autodeterminação, à preservação da sua intimidade, o direito a desistir assim que o desejar ou sentir desconforto e o direito a ser tratado de forma justa e equitativa.

Para que os dados sejam válidos é conveniente que responda com rigor e honestidade.

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

O tratamento dos dados será efectuado através do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0.

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

1. Caracterização sócio-demográfica

Código de identificação (NÃO PREENCHER): _____

Data: ____/____/2010

Idade: _____

Escolaridade: _____

Há quanto tempo está a trabalhar como Assistente da Acção Educativa no Jardim-de-Infância?

Já alguma vez fez Terapia da Fala? _____

2. Caracterização do conhecimento sobre voz

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

Afirmações sobre Voz		Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente	Não sei
1	O órgão responsável pela produção da voz é a laringe (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 são 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.					
12	Falar baixinho não prejudica a voz.					

	Afirmações sobre Voz	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente	Não sei
13	As roupas que apertam o abdómen não prejudicam a voz.					
14	Limpar a garganta dá 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 da voz.					
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.					
23	A saúde vocal tem como objectivo melhorar a voz.					
24	Roupas apertadas na zona do pescoço prejudicam a voz.					

	Afirmações sobre Voz	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente	Não sei
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.					
34	Gritar constitui um dos comportamentos mais agressivos para a voz.					
35	Usar excessivamente a voz não é considerado mau uso vocal.					

	Afirmações sobre Voz	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente	Não sei
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	No ambiente ruidoso, o comportamento a adoptar deve ser o aumento da voz.					
41	O abuso vocal não provoca alterações vocais.					
42	As doenças da voz podem ter como causa um factor genético.					
43	É impossível prevenir as doenças da voz.					
44	Sentir dor na garganta depois de gritar não é prejudicial para a voz.					
45	Se cuidar da minha voz estou a prevenir possíveis alterações vocais.					
46	Andar de saltos altos enquanto se fala durante muito tempo faz mal à voz.					

Afirmações sobre Voz		Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo plenamente	Não sei
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, tais como anti-depressivos, interfere com a voz.					
50	A utilização de determinados materiais, como tintas ou colas podem causar alterações na voz.					

Apêndice C

- Email da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) de confirmação da autorização da realização do estudo -

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

O pedido de autorização do inquérito n.º 0120500001, com a designação O conhecimento sobre Saúde Vocal das Assistentes da Acção Educativa, 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

Isabel Oliveira

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 D

- Pedido de Autorização Formal -



Barcarena, ___ de Maio de 2010

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

Integrada na Licenciatura em Terapia da Fala da Universidade Atlântica, eu, Diana Rita Borges Ruivo, aluna do 4º ano, encontro-me a realizar a Monografia de final de curso sob o tema “O conhecimento sobre Voz das Assistentes da Acção Educativa”, tendo como orientadora a Professora Liliana Lucas.

Este estudo tem como principais objectivos: caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre voz, saúde vocal e alterações vocais.

O instrumento de recolha de dados será um questionário que se encontra dividido em II partes: a Parte I diz respeito à caracterização sócio-demográfica e a Parte II contempla frases afirmativas de forma a aferir o conhecimento das assistentes da acção educativa sobre voz, saúde vocal e alterações vocais.

O questionário será aplicado a cada Assistente da Acção Educativa, que após a sua conclusão o colocará em envelope fechado no local apropriado.

Com a colaboração dos Agrupamentos de Escolas, será possível elaborar um trabalho de investigação sobre os Assistentes da Acção Educativa do concelho de Cascais e, conjuntamente, aferir possíveis comportamentos nocivos à voz, possibilitando uma acção preventiva nesta área e junto desta população.

O questionário é de natureza confidencial, sendo assegurado o anonimato dos Assistentes da Acção Educativa que decidirem participar no estudo.

O conhecimento sobre Voz das Assistentes da Acção Educativa - Licenciatura em Terapia da Fala

Venho por este meio solicitar a V. Exas. autorização para que possa realizar o meu estudo junto dos Assistentes da Acção Educativa, do seu Agrupamento de Escolas.

Para qualquer esclarecimento adicional que necessite, por favor contactem Diana Ruivo através de Tlm.: 919845947 ou e-mail: dianabruivo@gmail.com ou Prof. Liliana Lucas através de Tel.: 214398285 ou e-mail: llucas.uatla@gmail.com.

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

Pede deferimento,

Aluno

Apêndice E

- Procedimentos desde o contacto com os Directores dos Agrupamentos de Escolas até à recolha de dados -

Relativamente a cada Agrupamento de Escolas será indicada a forma como foi feito o pedido de autorização formal, quando foi dada autorização para realização do estudo (ambas as informações contemplam o modo como foi feito o contacto, em que dia e a que horas), assim como a data e hora de recolha dos resultados.

No Agrupamento de Escolas da Alapraia, o pedido de autorização formal foi feito via telefone, dia 10 de Maio de 2010, às 10h 43m, sendo a autorização dada de imediato pela Directora do Agrupamento de Escolas. Os questionários foram entregues dia 21 de Maio de 2010, perto das 11h, sendo recolhidos no imediato.

Ao Agrupamento de Escolas de Alcabideche o pedido de autorização formal foi feito pessoalmente, dia 17 de Maio de 2010, numa reunião marcada para as 10h com o Director do Agrupamento de Escolas. A autorização foi dada no imediato pelo Director do Agrupamento de Escolas. A entrega dos questionários nos Jardins-de-Infância foi feita dia 21 de Maio de 2010, sendo entregues durante a manhã e recolhidos às 15h do mesmo dia.

O pedido de autorização formal ao Agrupamento de Escolas de Carcavelos foi feito via *email*, pedido feito pela Direcção. O *email* com o pedido de autorização formal e um exemplar do questionário foi enviado dia 10 de Maio de 2010, às 11:08, ao cuidado do Director do Agrupamento de Escolas. A autorização foi dada dia 21 de Maio de 2010, às 12h, por contacto telefónico e pelo Director do Agrupamento de Escolas. Foi indicado que me teria de dirigir a uma docente no dia de entrega do questionário. Assim, dia 24 de Maio de 2010 dirigi-me ao Jardim-de-Infância, às 15h, onde após uma conversa com a docente fui ao encontro das Assistentes da Acção Educativa, que preencheram o questionário até às 15h 30m, tendo sido devolvidos após a sua conclusão.

No que diz respeito ao Agrupamento de Escolas de Cascais, o pedido de autorização formal foi feito via *email* por sugestão da direcção. O *email* com o pedido de autorização formal e um exemplar do questionário foi enviado dia 21 de Maio de 2010, às 13h 56m, ao cuidado da Directora do Agrupamento de Escolas. A autorização foi dada pela direcção via *email*, dia 25 de Maio de 2010, às 14h 11m. Procedeu-se à

entrega dos questionários, que foi feita dia 26 de Maio de 2010 às 11h. Por ausência de uma das Assistentes da Acção Educativa, a recolha dos questionários só foi feita dia 28 de Maio de 2010, às 11h 30h.

Quanto ao Agrupamento de Escolas Frei Gonçalo de Azevedo, o pedido de autorização formal foi feito via *email*, por pedido da direcção. O *email* com o pedido de autorização formal e um exemplar do questionário foi enviado dia 21 de Maio de 2010, às 13h 59m, ao cuidado do Director do Agrupamento de Escolas. A autorização foi dada dia 24 de Maio de 2010, às 19h 13m, também via *email*. Aquando da autorização da realização do estudo, fui indicada pelo Director do Agrupamento de Escolas a dirigir-me à coordenadora da escola. Os questionários foram entregues dia 27 de Maio de 2010, tendo a recolha sido feita dia 31 de Maio, por ausência de uma das Assistentes da Acção Educativa no dia 27 de Maio de 2010.

No que concerne ao Agrupamento de Escolas Matilde Rosa Araújo, o pedido de autorização formal foi feito por *email*, por sugestão da direcção. O *email* com o pedido de autorização formal e um exemplar do questionário foi enviado dia 10 de Maio de 2010, às 11h 54m. A autorização foi dada via telefone, dia 24 de Maio de 2010 às 11h 04m, pelo Director do Agrupamento de Escolas. Os questionários foram entregues dia 26 de Maio de 2010, tendo sido recolhidos logo após o seu preenchimento, aproximadamente entre as 14h e as 16h.

Por último o Agrupamento de Escolas São João do Estoril. O pedido de autorização formal foi feito por contacto telefónico dia 10 de Maio de 2010, às 11h. Foi dada a indicação para entrar em contacto com a docente da Educação Especial, tendo-me sido dada autorização para a realização do estudo dia 24 de Maio de 2010. Numa reunião na escola sede do Agrupamento de Escolas dia 26 de Maio de 2010, perto das 14h foram entregues à docente da Educação Especial os questionários, que posteriormente os entregou às Assistentes da Acção Educativa. Nesta reunião foi apresentado o estudo e apresentado o questionário. A recolha dos questionários foi feita dia 28 de Maio de 2010, pessoalmente, às 14h.

Apêndice F

- Gráficos relativos ao objectivo “caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre voz” -

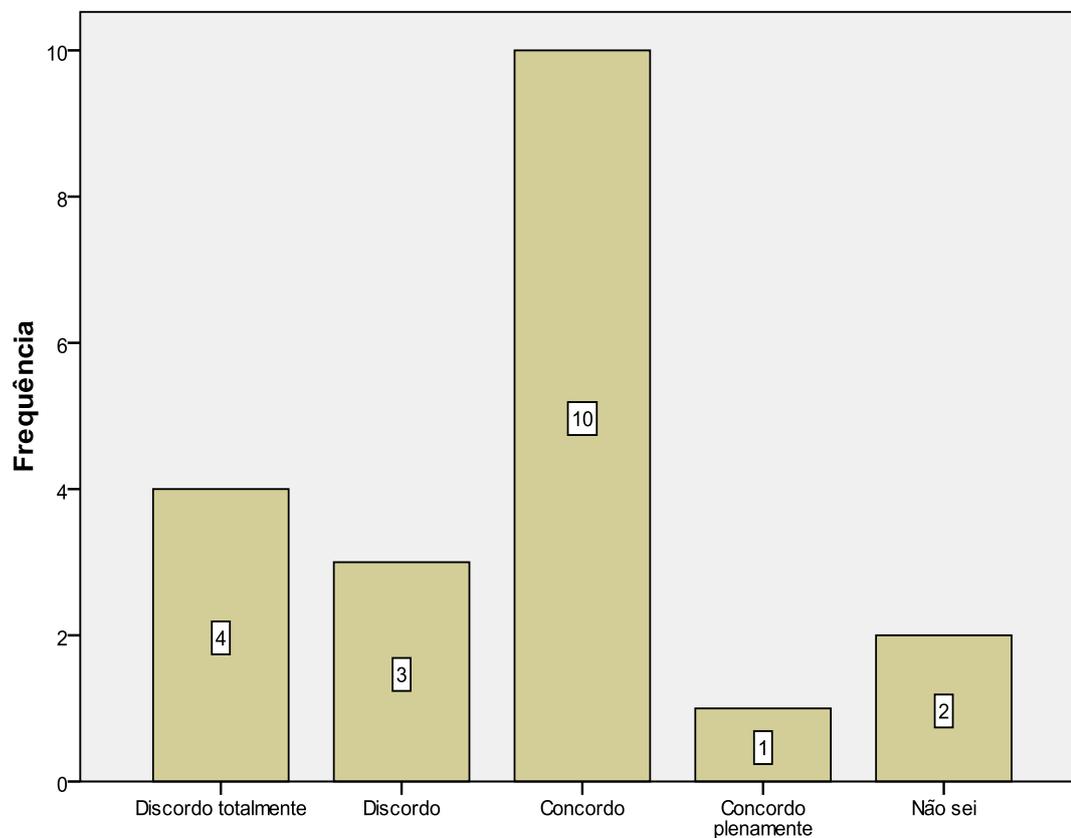


Fig. 5 – Frequência de inquiridas na resposta à afirmação de que a laringe é o órgão responsável pela produção vocal (afirmação 1)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	4	20,0	20,0	20,0
Discordo	3	15,0	15,0	35,0
Concordo	10	50,0	50,0	85,0
Concordo plenamente	1	5,0	5,0	90,0
Não sei	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 8 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “o órgão responsável pela produção da voz é a laringe (garganta)” (afirmação 1)

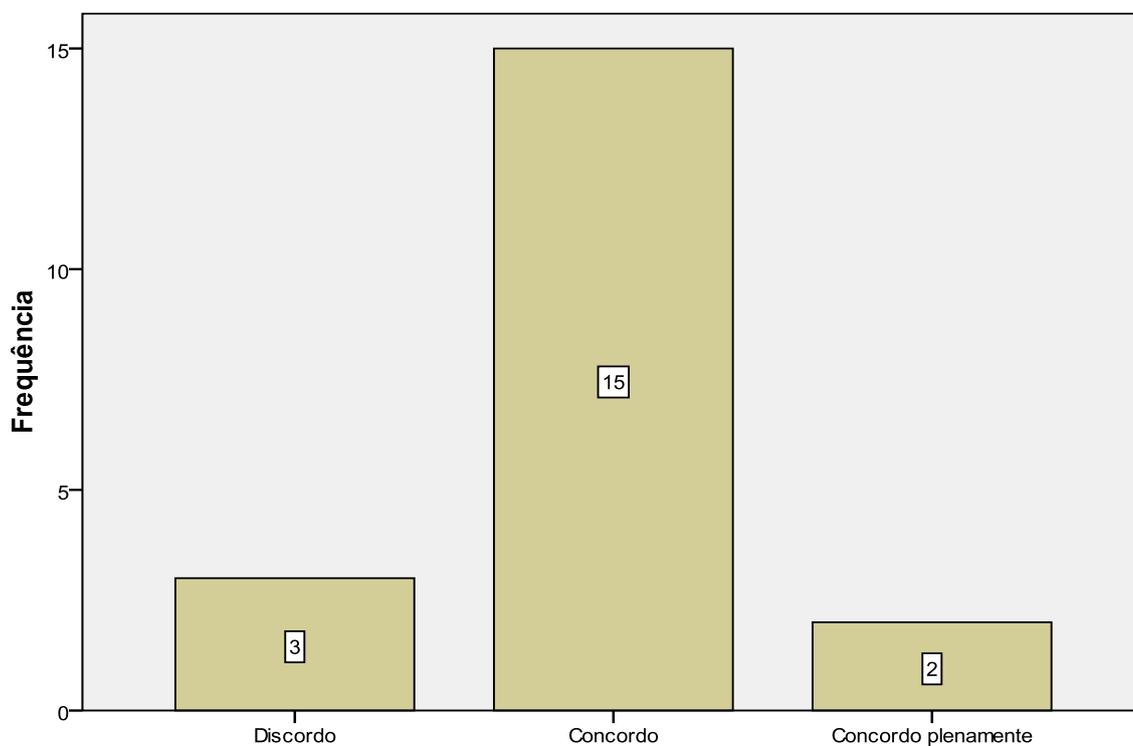


Fig. 6 - Frequência de inquiridas na resposta à afirmação de que a voz é produzida durante a expiração (afirmação 2)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo	3	15,0	15,0	15,0
Concordo	15	75,0	75,0	90,0
Concordo plenamente	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 9 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “a voz é produzida enquanto se deita o ar fora” (afirmação 2)

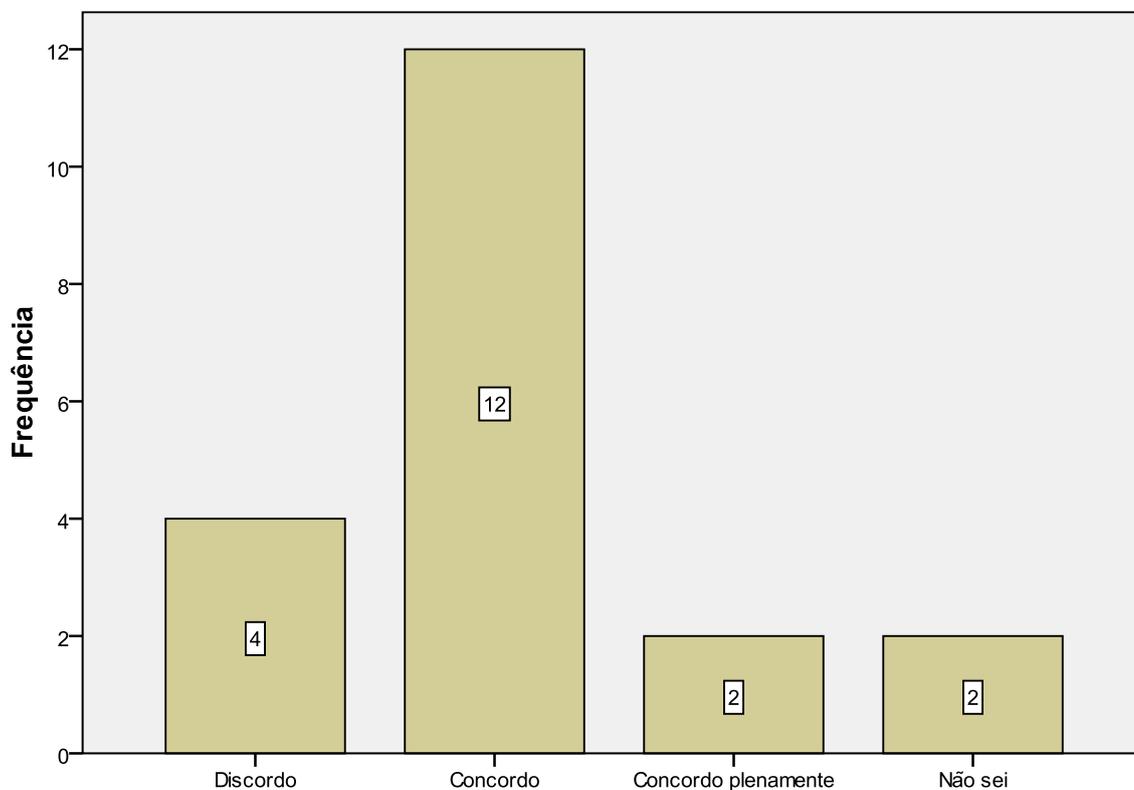


Fig. 7 - Frequência de inquiridas na resposta à afirmação de que para falar não é necessário encher os pulmões (afirmação 3)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo	4	20,0	20,0	20,0
Concordo	12	60,0	60,0	80,0
Concordo plenamente	2	10,0	10,0	90,0
Não sei	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 10 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “para falar não é necessário encher os pulmões” (afirmação 3)

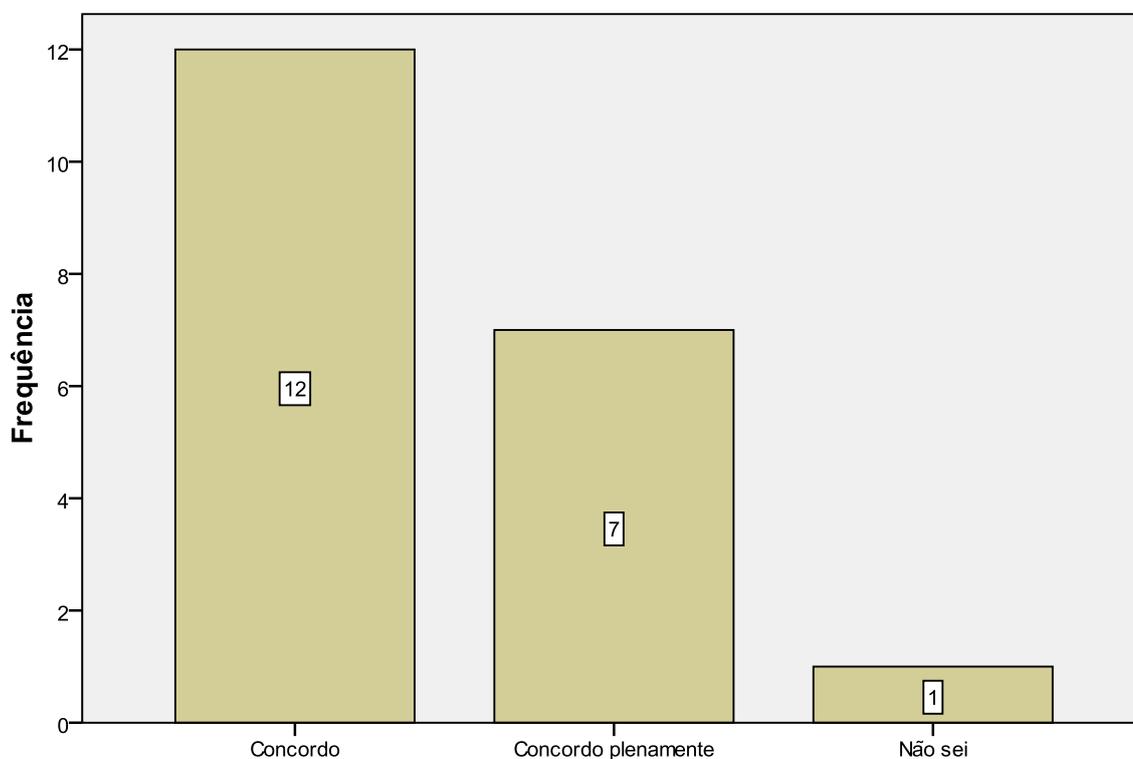


Fig. 8 - Frequência de inquiridas na resposta à afirmação de que a voz resulta do movimento das cordas vocais (afirmação 4)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Concordo	12	60,0	60,0	60,0
Concordo plenamente	7	35,0	35,0	95,0
Não sei	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 11 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “a voz resulta do movimento das cordas vocais” (afirmação 4)

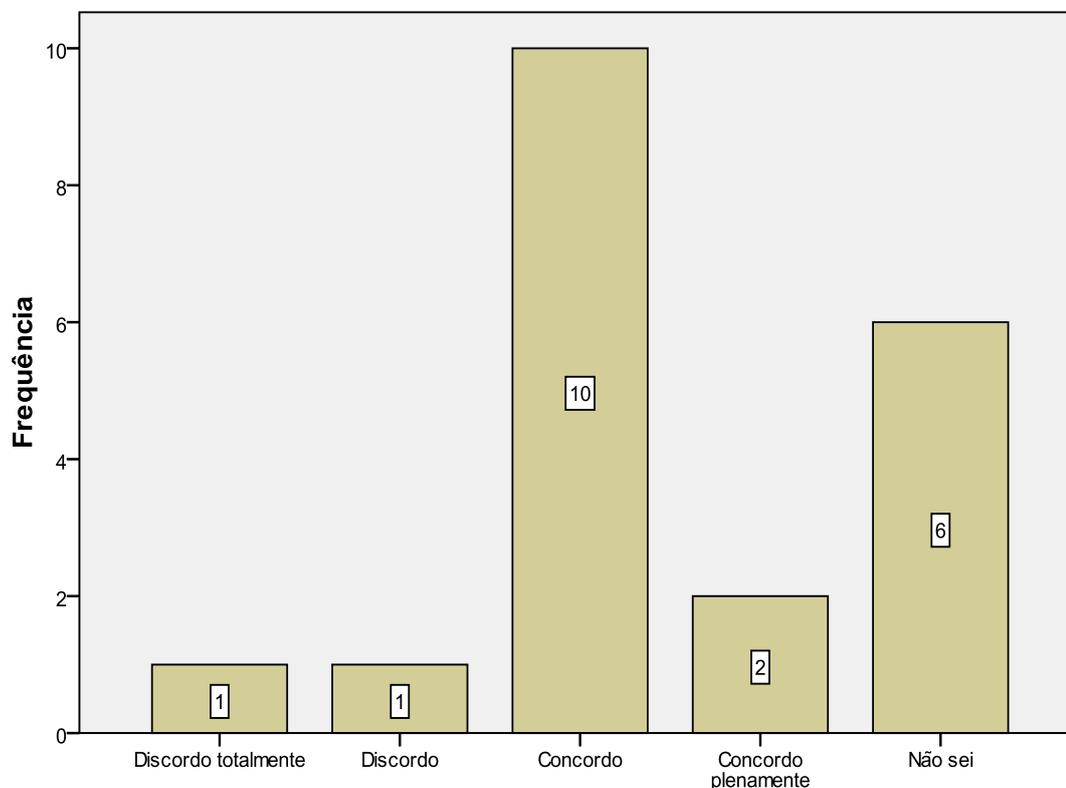


Fig. 9 – Frequência de inquiridas na resposta à afirmação de que cada indivíduo apresenta duas cordas vocais (afirmação 5)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido				
Discordo totalmente	1	5,0	5,0	5,0
Discordo	1	5,0	5,0	10,0
Concordo	10	50,0	50,0	60,0
Concordo plenamente	2	10,0	10,0	70,0
Não sei	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 12 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “cada indivíduo apresenta duas cordas vocais” (afirmação 5)

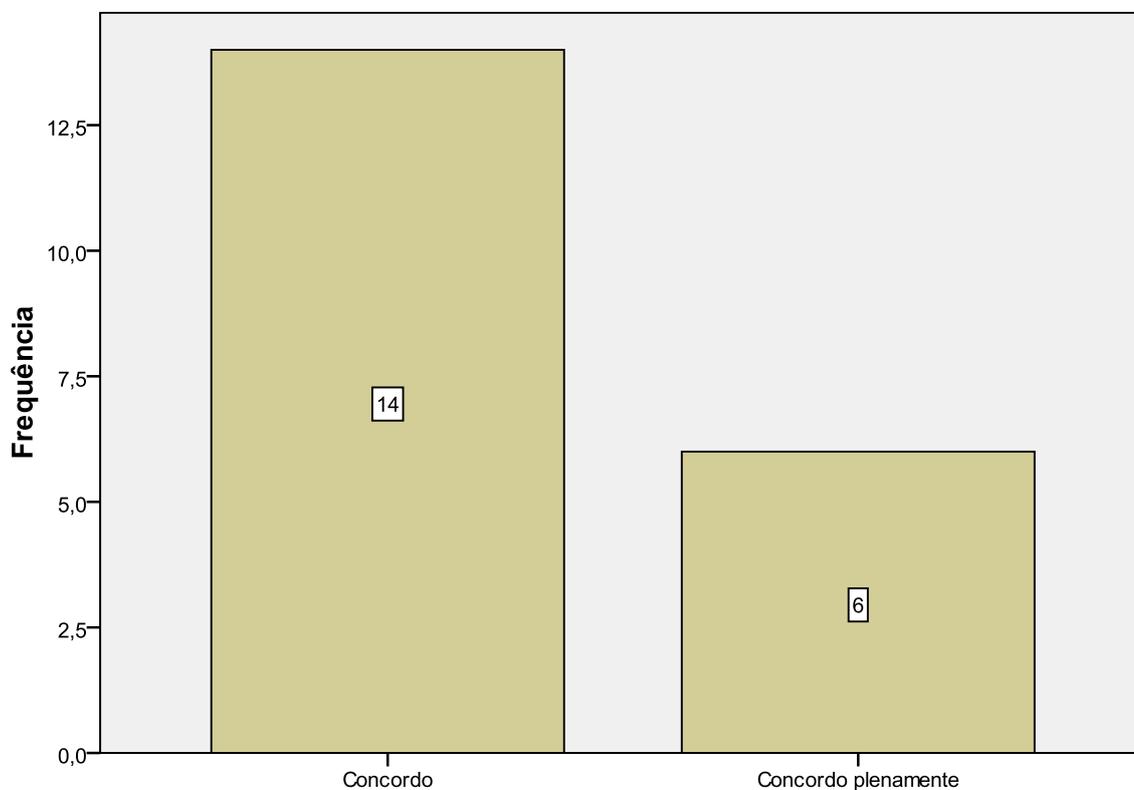


Fig. 10 – Frequência de inquiridas na resposta à afirmação de que a respiração é a base da produção vocal (afirmação 33)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Concordo	14	70,0	70,0	70,0
Concordo plenamente	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 13 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “a respiração é a base da produção vocal” (afirmação 33)

Apêndice G

- Gráficos relativos ao objectivo “caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre saúde vocal” -

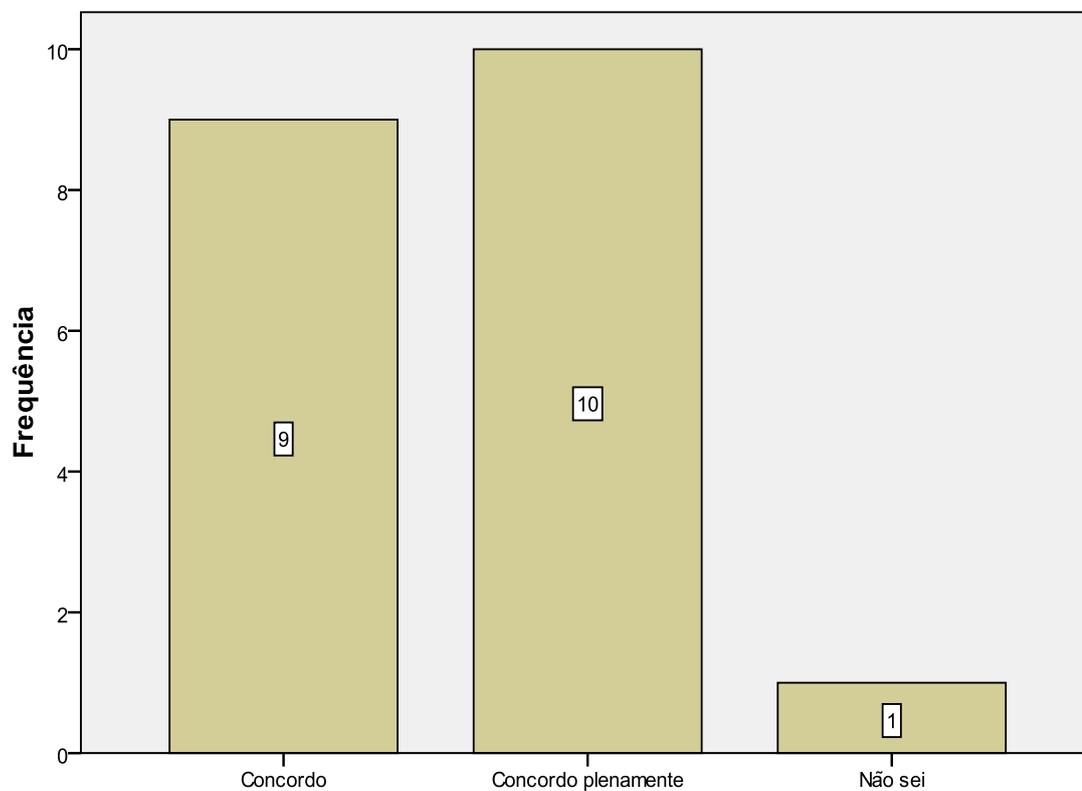


Fig. 11 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que é possível preservar a saúde vocal (afirmação 6)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	9	45,0	45,0	45,0
Discordo	10	50,0	50,0	95,0
Concordo	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 14 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “existem formas de preservar a saúde vocal” (afirmação 6)

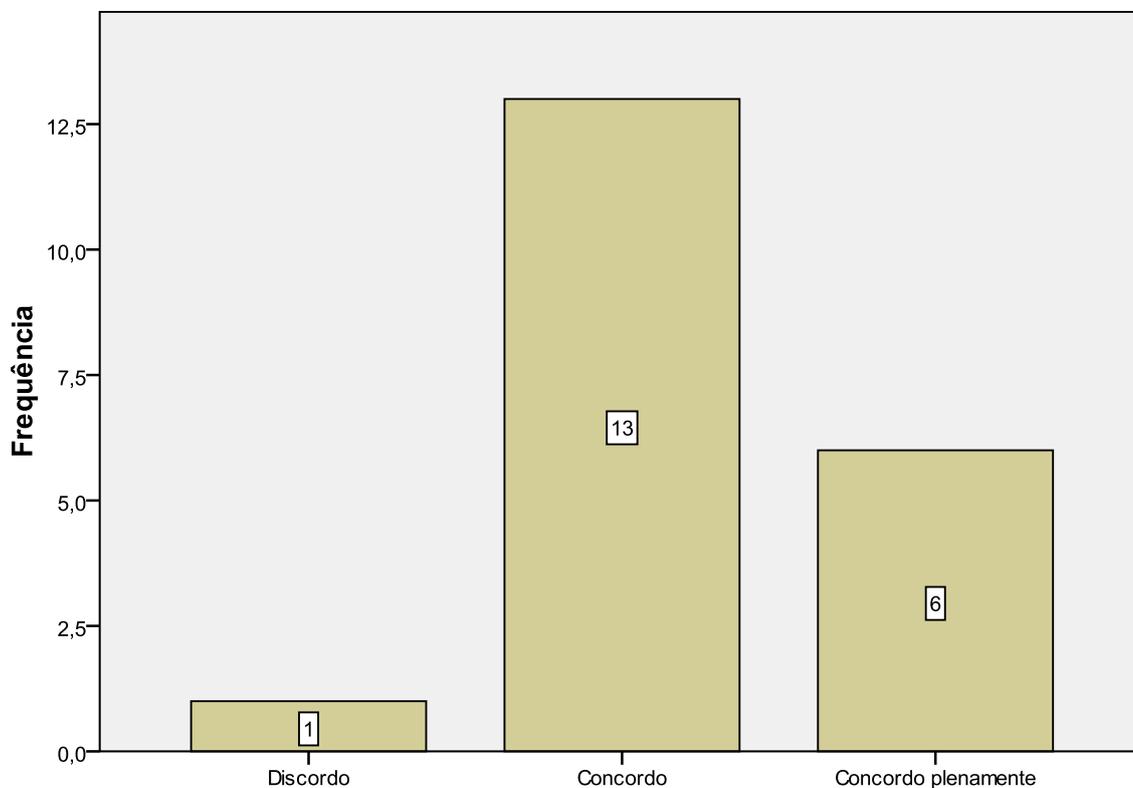


Fig. 12 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que as dores de garganta podem afectar a voz (afirmação 7)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo	1	5,0	5,0	5,0
Concordo	13	65,0	65,0	70,0
Concordo plenamente	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 15 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “as dores de garganta podem afectar a minha voz” (afirmação 7)

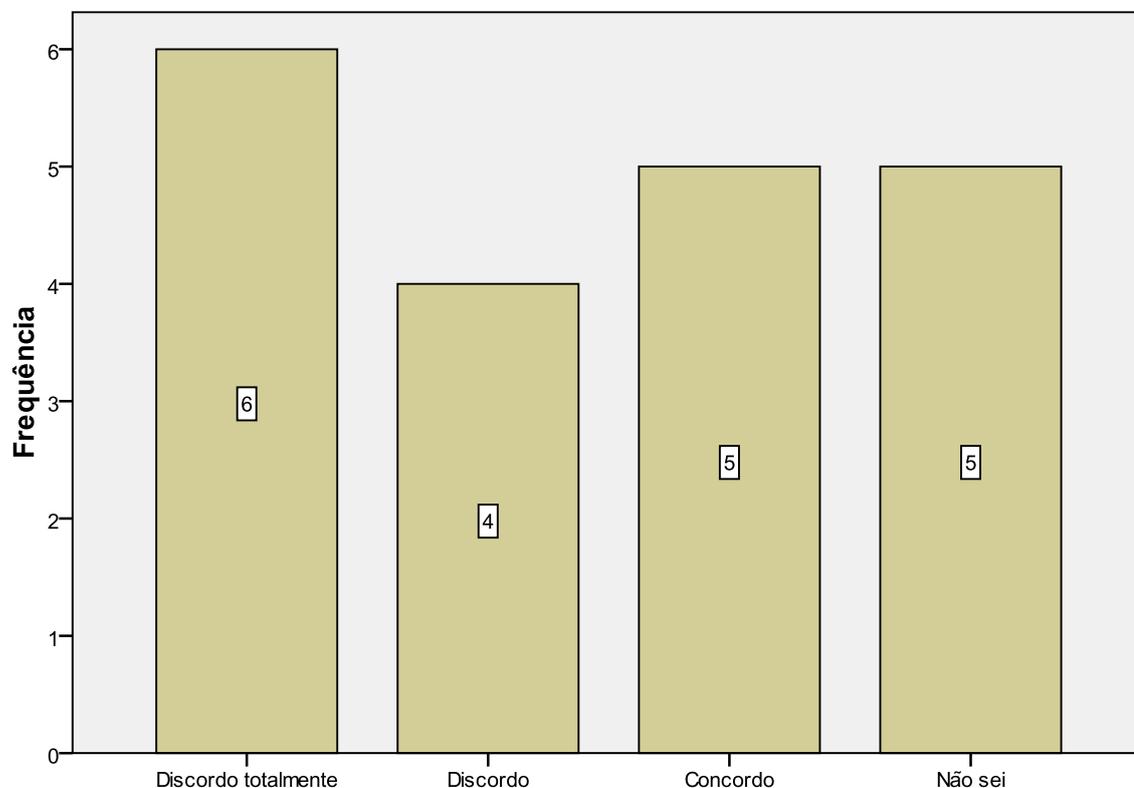


Fig. 13 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que saúde vocal engloba comportamentos que prejudicam a voz (afirmação 8)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido				
Discordo totalmente	6	30,0	30,0	30,0
Discordo	4	20,0	20,0	50,0
Concordo	5	25,0	25,0	75,0
Não sei	5	25,0	25,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 16 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “saúde vocal são comportamentos que fazem mal à voz” (afirmação 8)

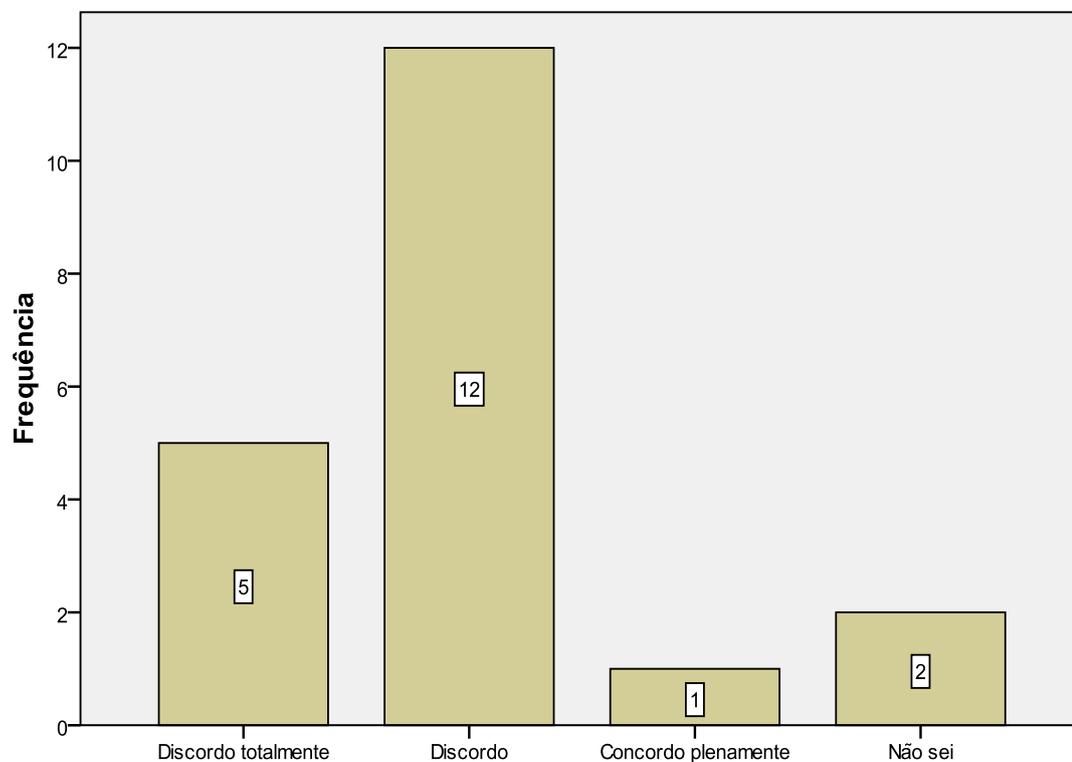


Fig. 14 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que o ar condicionado prejudica a voz (afirmação 9)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	5	25,0	25,0	25,0
Discordo	12	60,0	60,0	85,0
Concordo plenamente	1	5,0	5,0	90,0
Não sei	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 17 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “falar frequentemente em locais com ar condicionado não prejudica a voz” (afirmação 9)

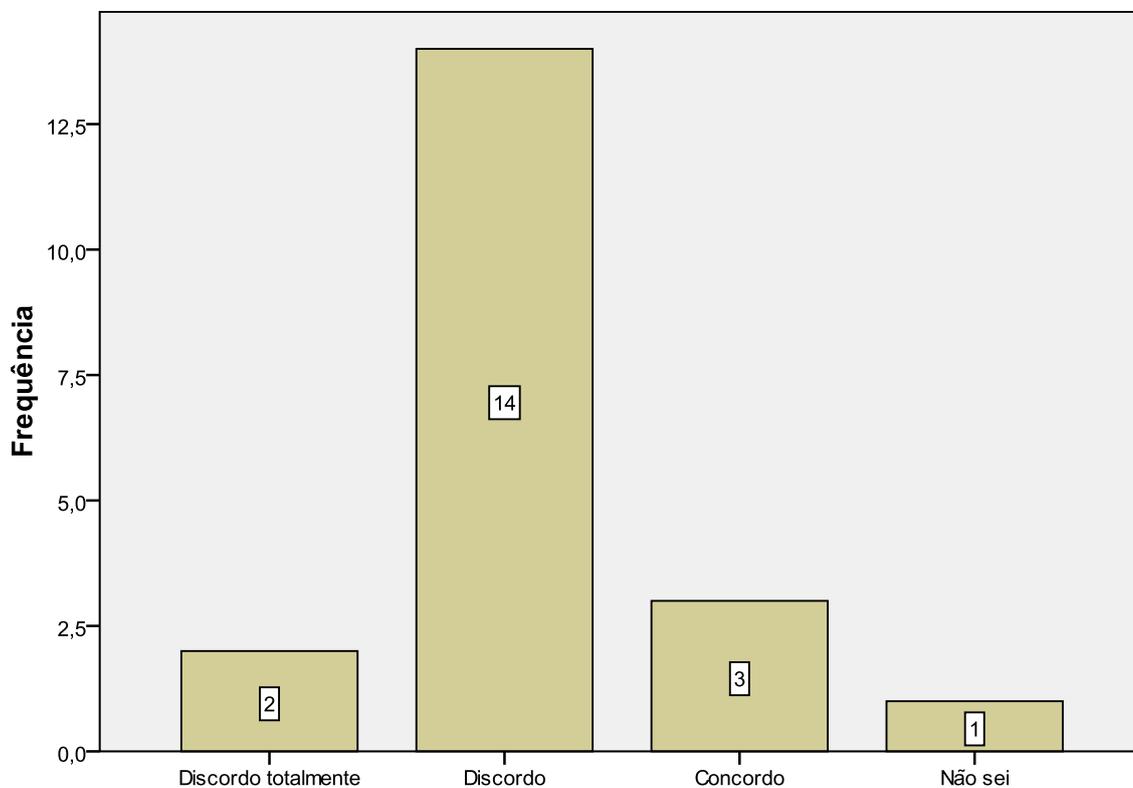


Fig. 15 Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que a alimentação não tem influência na voz (afirmação 10)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido				
Discordo totalmente	2	10,0	10,0	10,0
Discordo	14	70,0	70,0	80,0
Concordo	3	15,0	15,0	95,0
Não sei	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 18 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “a alimentação não influencia a voz” (afirmação 10)

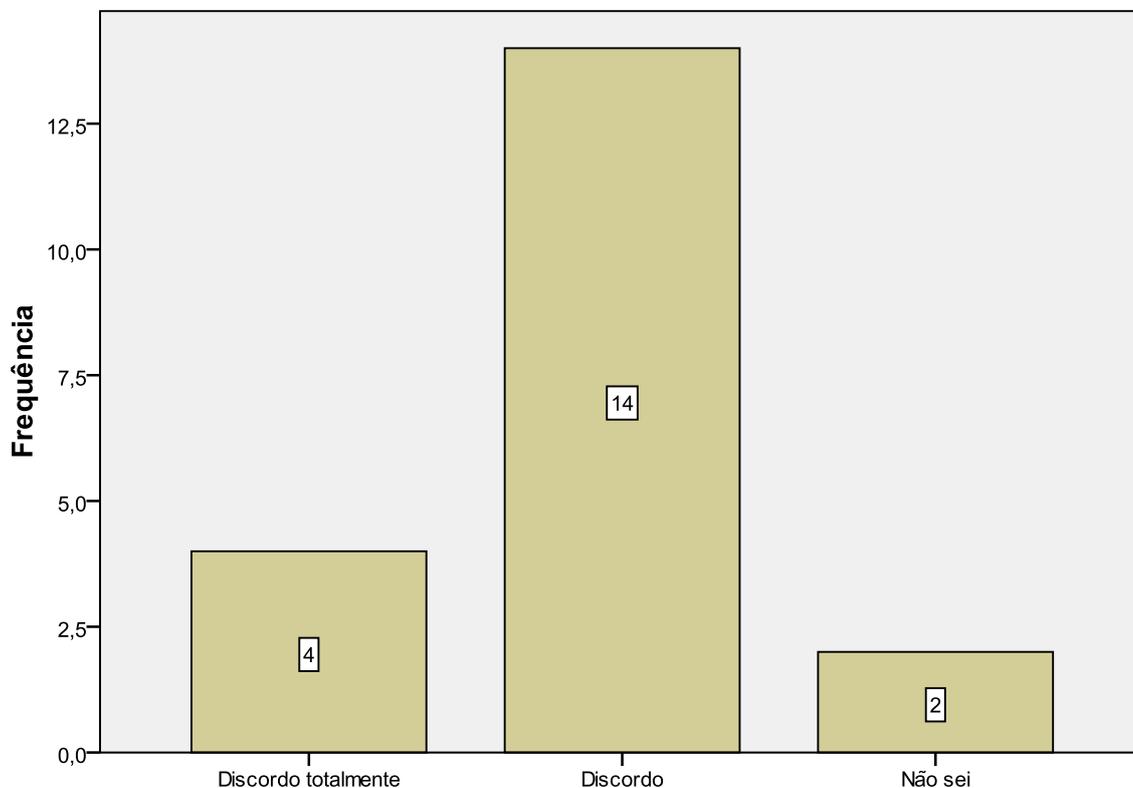


Fig. 16 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que beber água fria é benéfico para a voz (afirmação 11)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	4	20,0	20,0	20,0
Discordo	14	70,0	70,0	90,0
Não sei	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 19 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “beber água fria faz bem à voz” (afirmação 11)

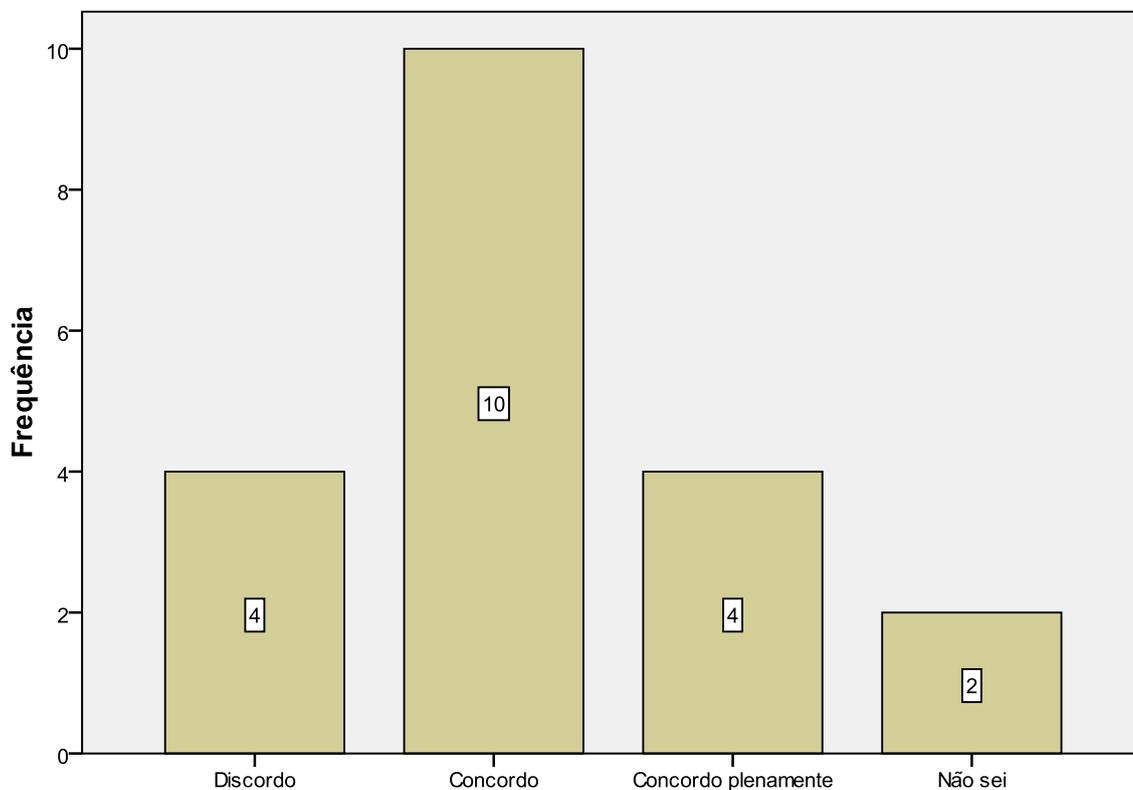


Fig. 17 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que falar baixinho não prejudica a voz (afirmação 12)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo	4	20,0	20,0	20,0
Concordo	10	50,0	50,0	70,0
Concordo plenamente	4	20,0	20,0	90,0
Não sei	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 20 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “falar baixinho não prejudica a voz” (afirmação 12)

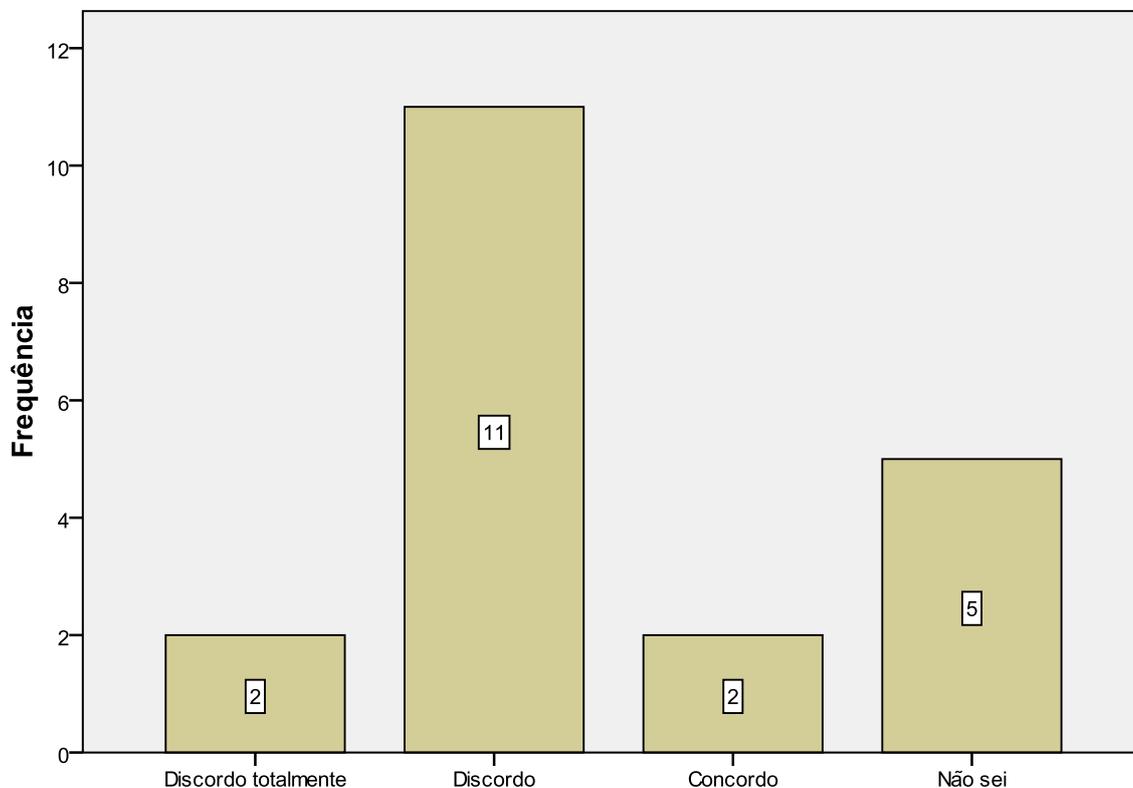


Fig. 18 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que as roupas que apertam a zona do abdómen não prejudicam a voz (afirmação 13)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	2	10,0	10,0	10,0
Discordo	11	55,0	55,0	65,0
Concordo	2	10,0	10,0	75,0
Não sei	5	25,0	25,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 21 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “as roupas que apertam o abdómen não prejudicam a voz” (afirmação 13)

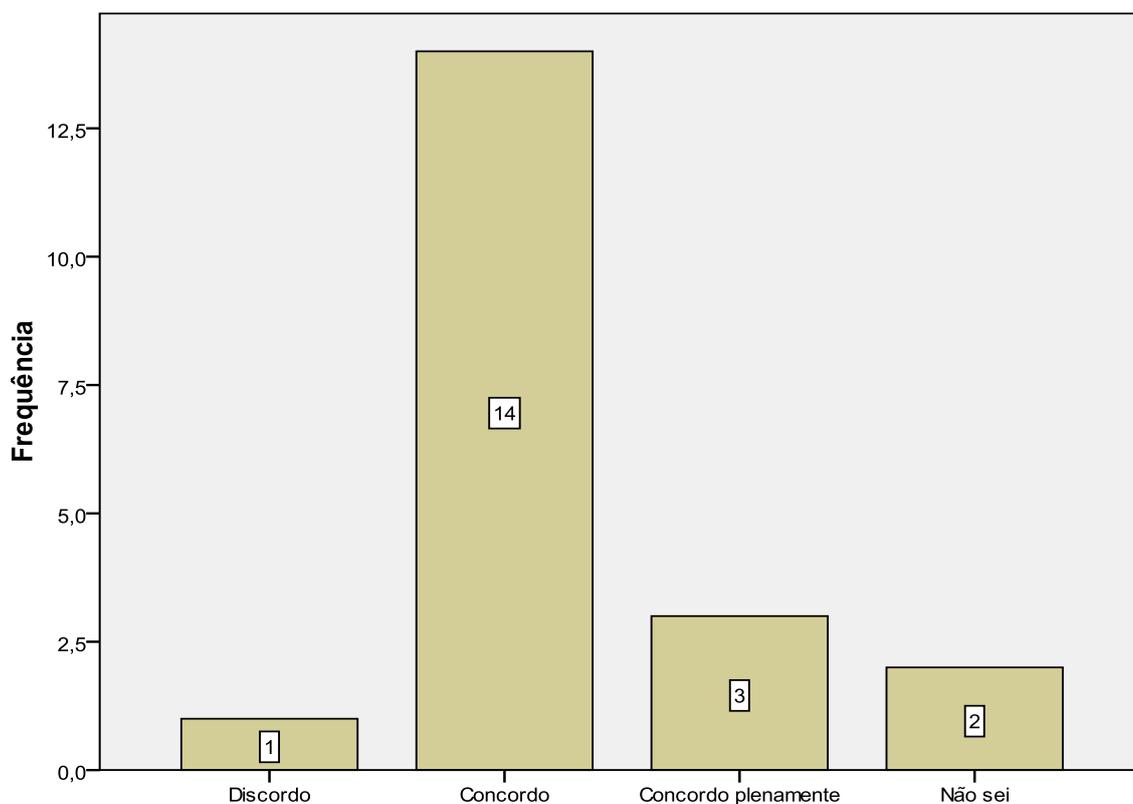


Fig. 19 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que o pigarreio dá a sensação de alívio (afirmação 14)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo	1	5,0	5,0	5,0
Concordo	14	70,0	70,0	75,0
Concordo plenamente	3	15,0	15,0	90,0
Não sei	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 22 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “limpar a garganta dá sensação de alívio” (afirmação 14)

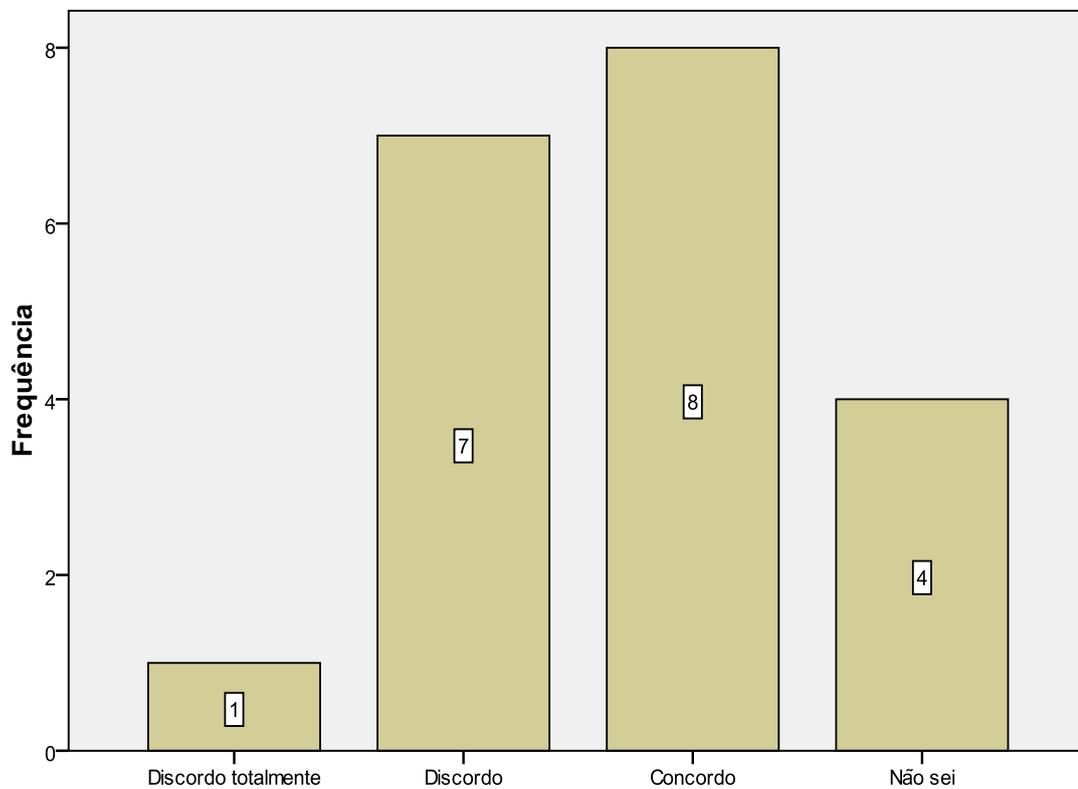


Fig. 20 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que as pastilhas para a dor de garganta não influenciam a voz (afirmação 15)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	1	5,0	5,0	5,0
Discordo	7	35,0	35,0	40,0
Concordo	8	40,0	40,0	80,0
Não sei	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 23 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “as pastilhas para a dor de garganta não interferem com a voz” (afirmação 15)

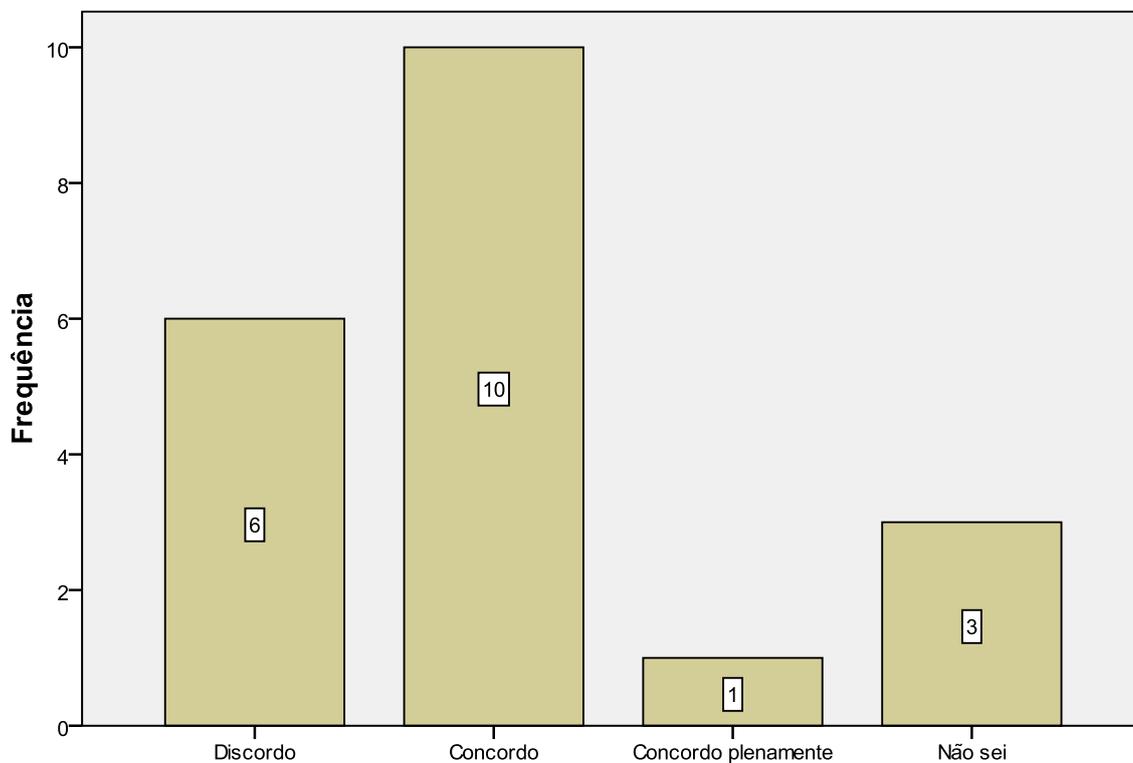


Fig. 21 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que imitar vozes e ruídos é benéfico para a voz (afirmação 16)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo	6	30,0	30,0	30,0
Concordo	10	50,0	50,0	80,0
Concordo plenamente	1	5,0	5,0	85,0
Não sei	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 24 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “imitar ruídos e vozes faz bem porque aumenta a minha capacidade vocal” (afirmação 16)

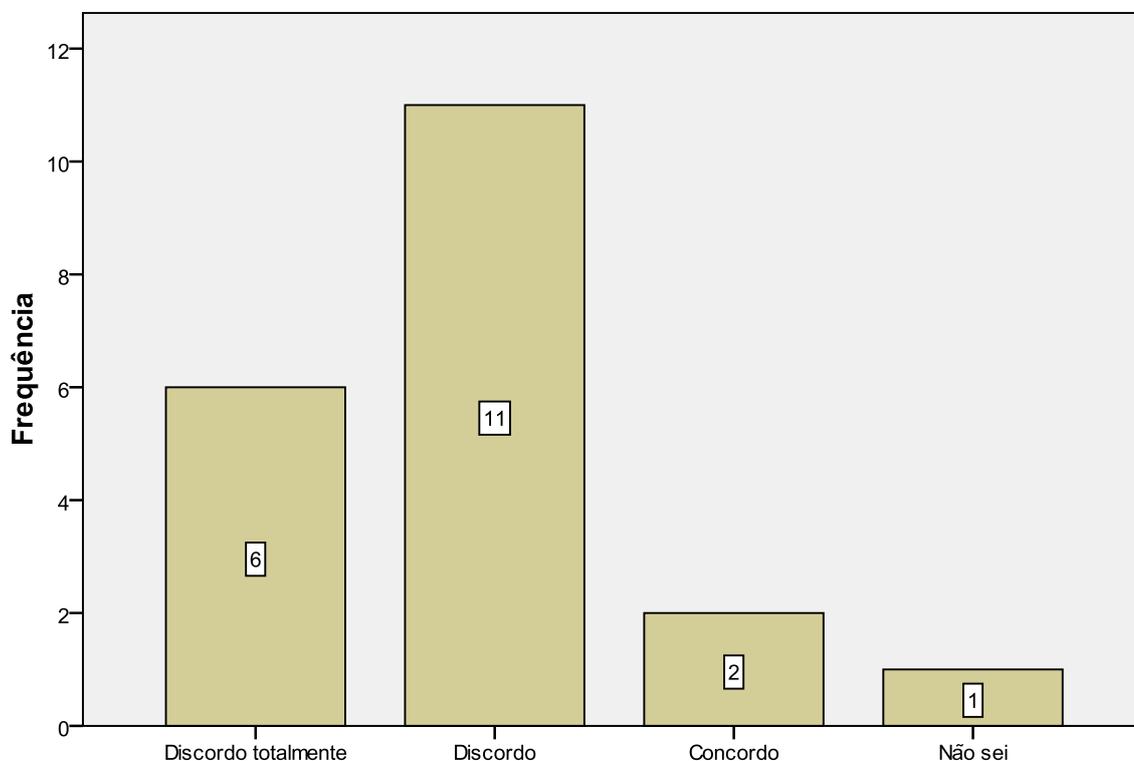


Fig. 22 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que ter comportamentos prejudiciais à voz alude saúde vocal (afirmação 17)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	6	30,0	30,0	30,0
Discordo	11	55,0	55,0	85,0
Concordo	2	10,0	10,0	95,0
Não sei	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 25 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “ter comportamentos que fazem mal à voz indica que tenho saúde vocal” (afirmação 17)

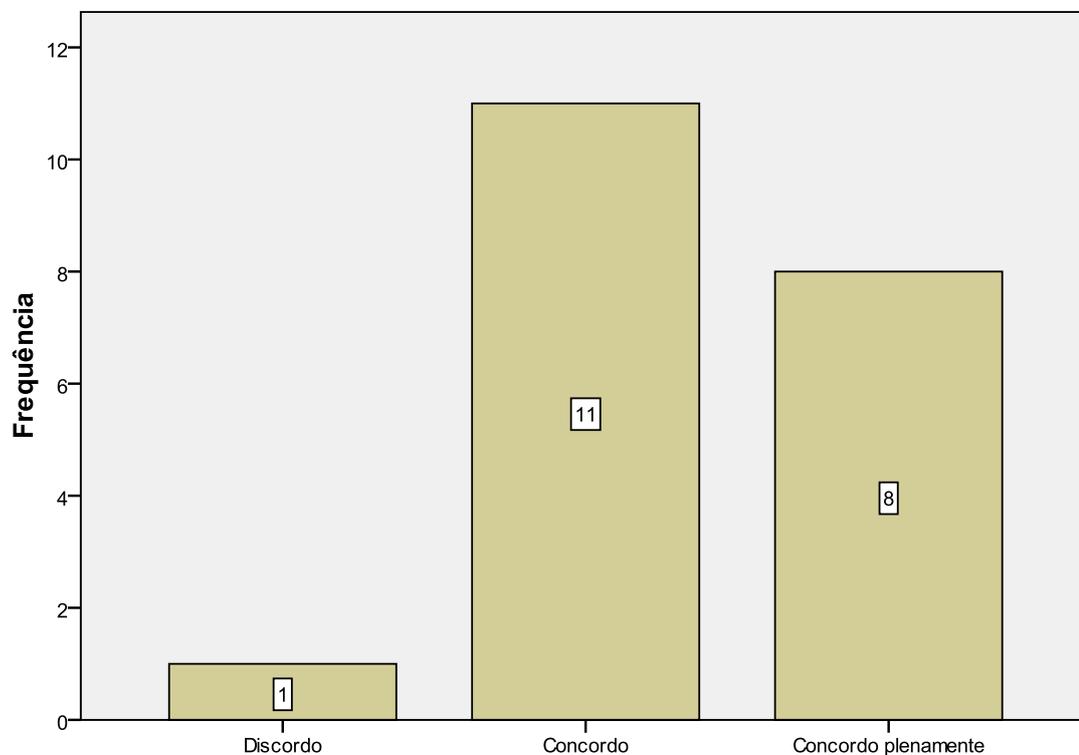


Fig. 23 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que o esforço é considerado mau uso vocal (afirmação 19)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo	1	5,0	5,0	5,0
Concordo	11	55,0	55,0	60,0
Concordo plenamente	8	40,0	40,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	
Discordo	1	5,0	5,0	5,0

Tabela 26 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “o esforço para falar é considerado mau uso da voz” (afirmação 19)

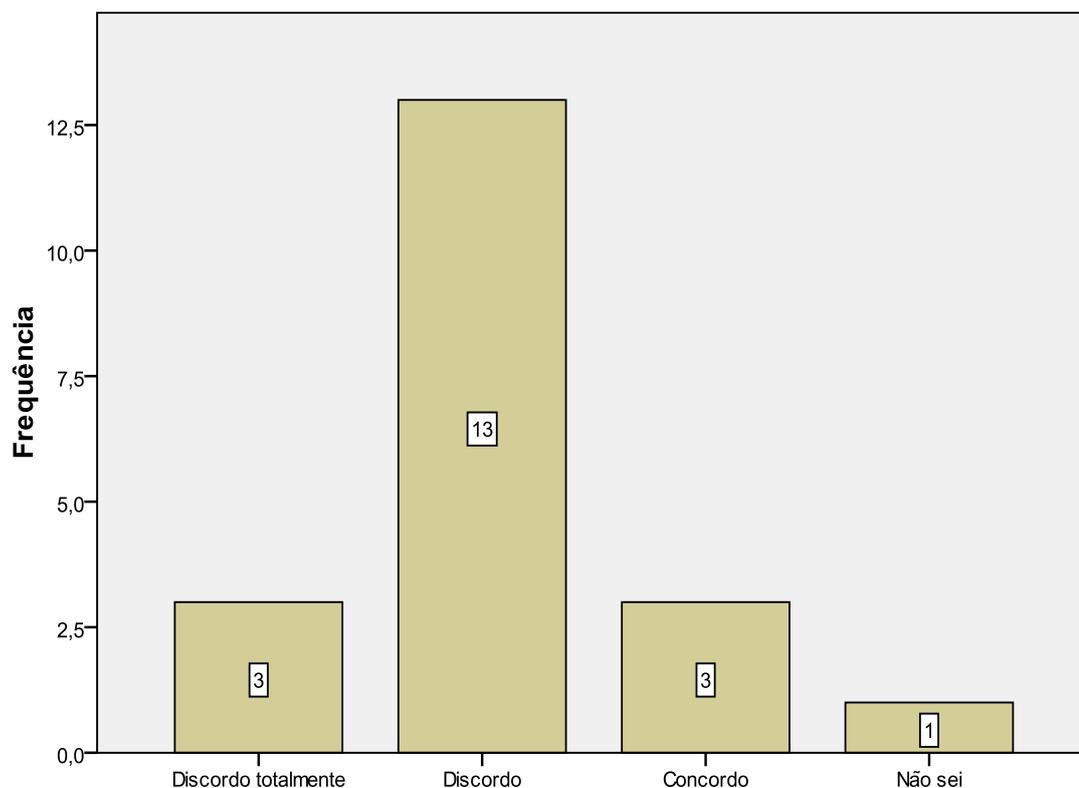


Fig. 24 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que gritar não influencia a voz (afirmação 20)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	3	15,0	15,0	15,0
Discordo	13	65,0	65,0	80,0
Concordo	3	15,0	15,0	95,0
Não sei	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 27 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “dar um grito não prejudica directamente a voz” (afirmação 20)

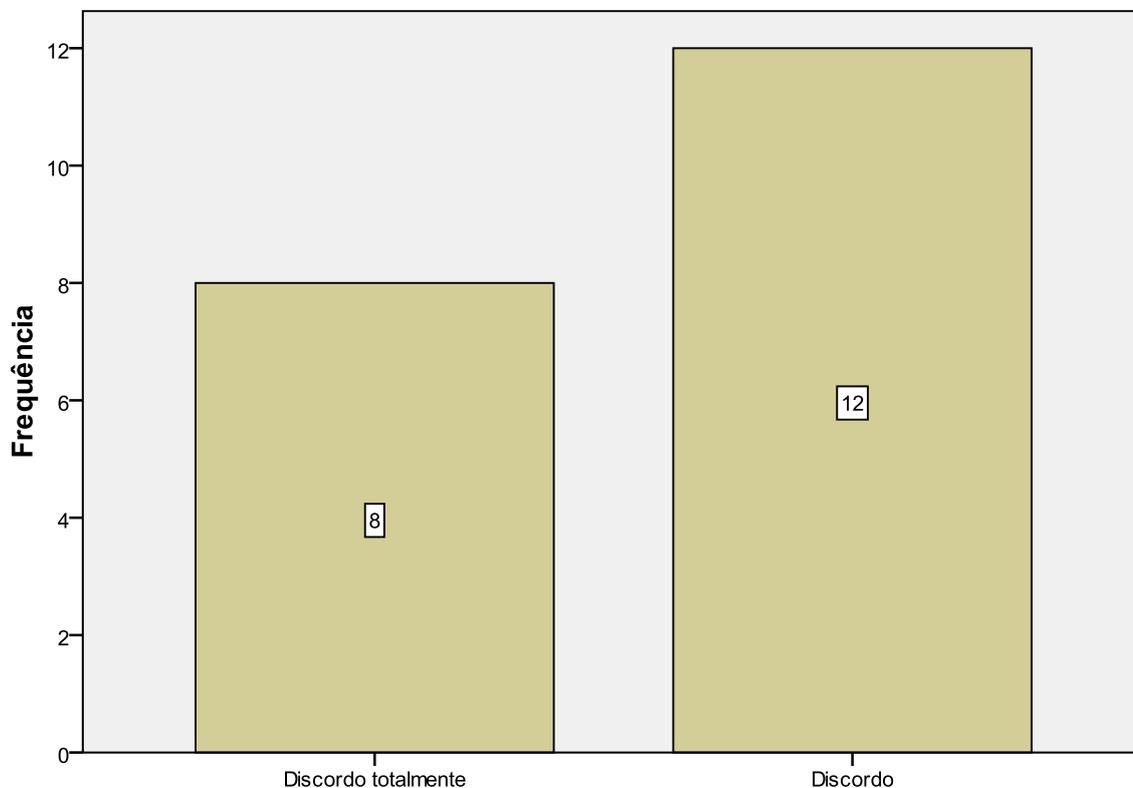


Fig. 25 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que o ar condicionado beneficia a voz (afirmação 21)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	8	40,0	40,0	40,0
Discordo	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 28 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “o ar condicionado beneficia a voz” (afirmação 21)

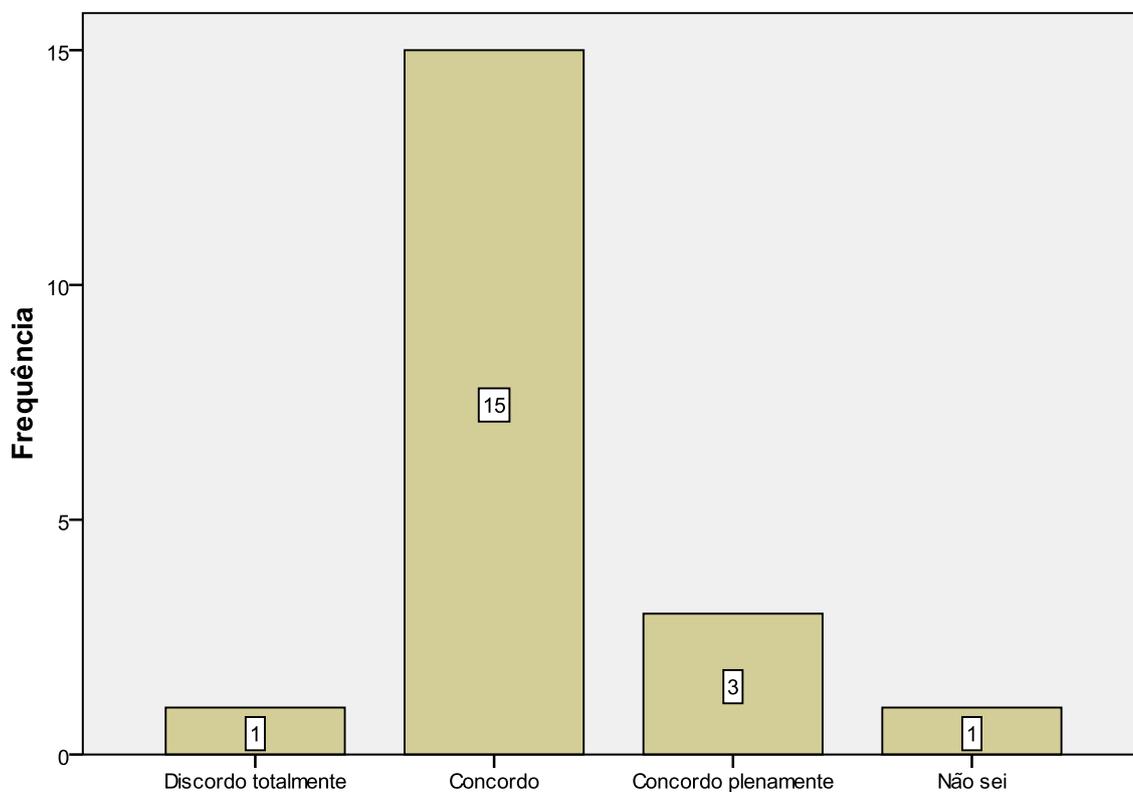


Fig. 26 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que falar alto em ambientes ruidosos prejudica a voz (afirmação 22)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	1	5,0	5,0	5,0
Concordo	15	75,0	75,0	80,0
Concordo plenamente	3	15,0	15,0	95,0
Não sei	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 29 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “falar mais alto em ambientes de ruído prejudica a voz” (afirmação 22)

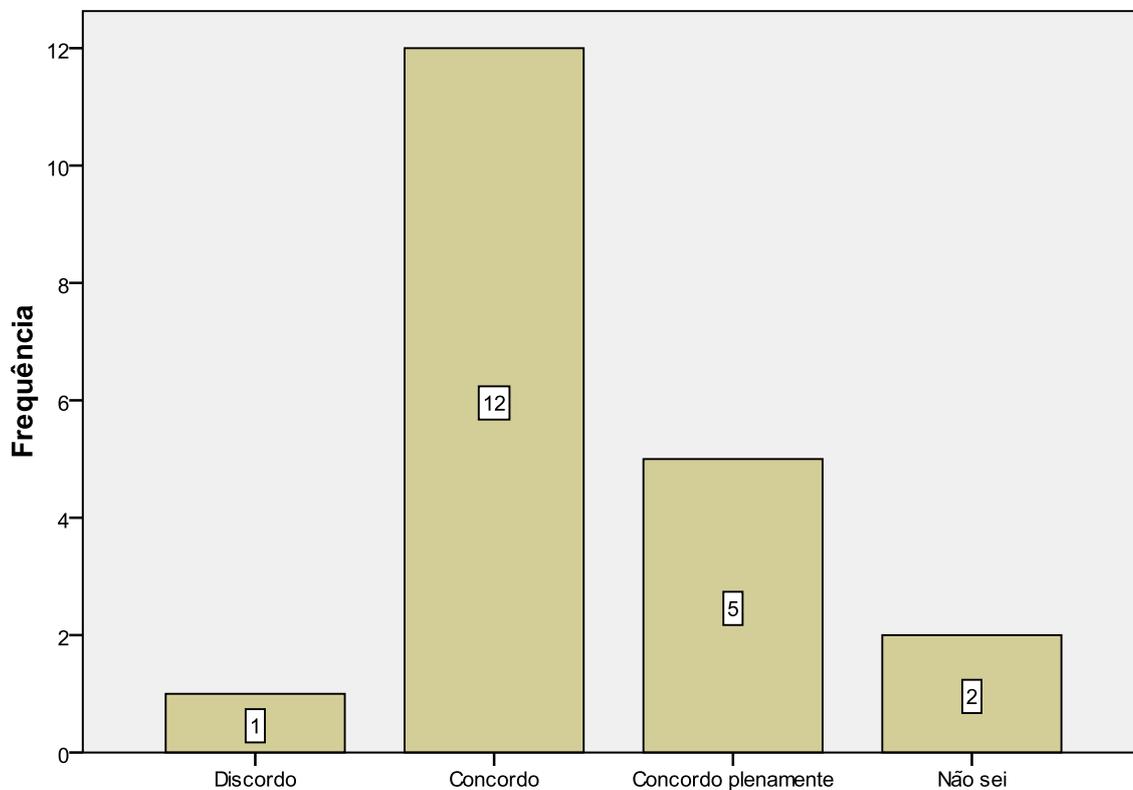


Fig. 27 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que melhorar a voz é um objectivo da saúde vocal (afirmação 23)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo	1	5,0	5,0	5,0
Concordo	12	60,0	60,0	65,0
Concordo plenamente	5	25,0	25,0	90,0
Não sei	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 30 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “a saúde vocal tem como objectivo melhorar a voz” (afirmação 23)

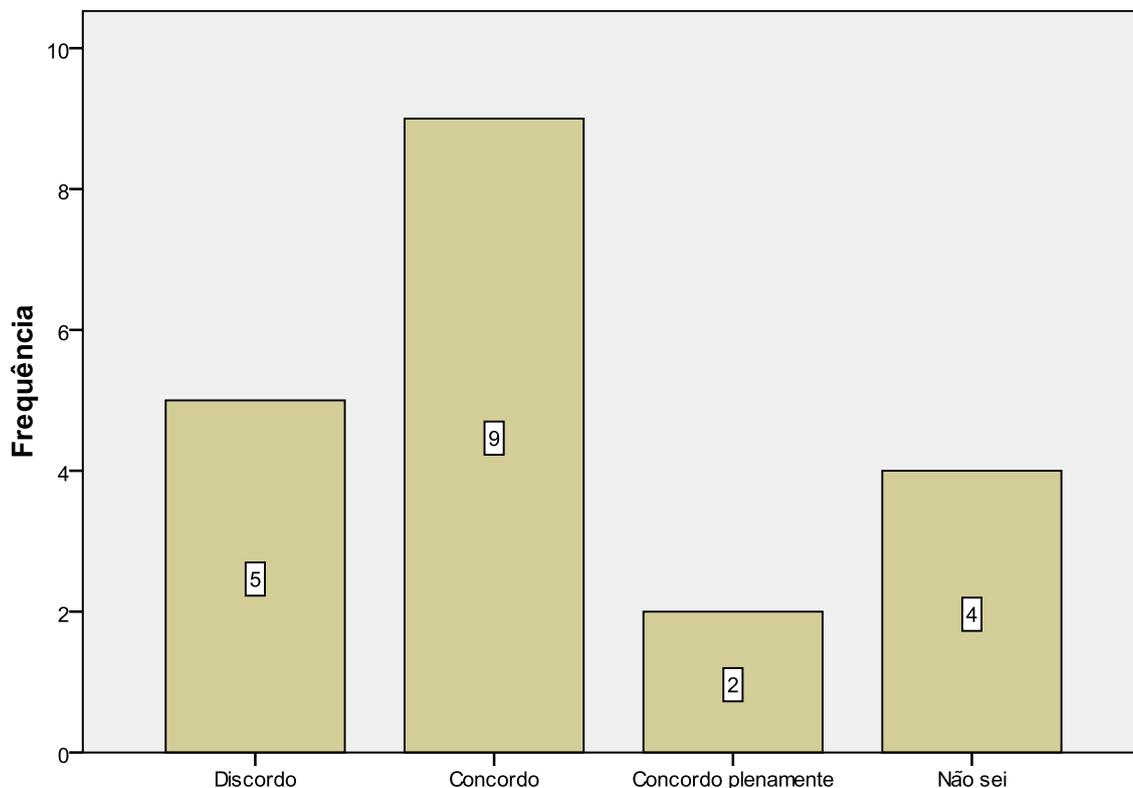


Fig. 28 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que roupas apertadas na zona do pescoço prejudicam a voz (afirmação 24)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo	5	25,0	25,0	25,0
Concordo	9	45,0	45,0	70,0
Concordo plenamente	2	10,0	10,0	80,0
Não sei	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 31 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação "roupas apertadas na zona do pescoço prejudicam a voz" (afirmação 24)

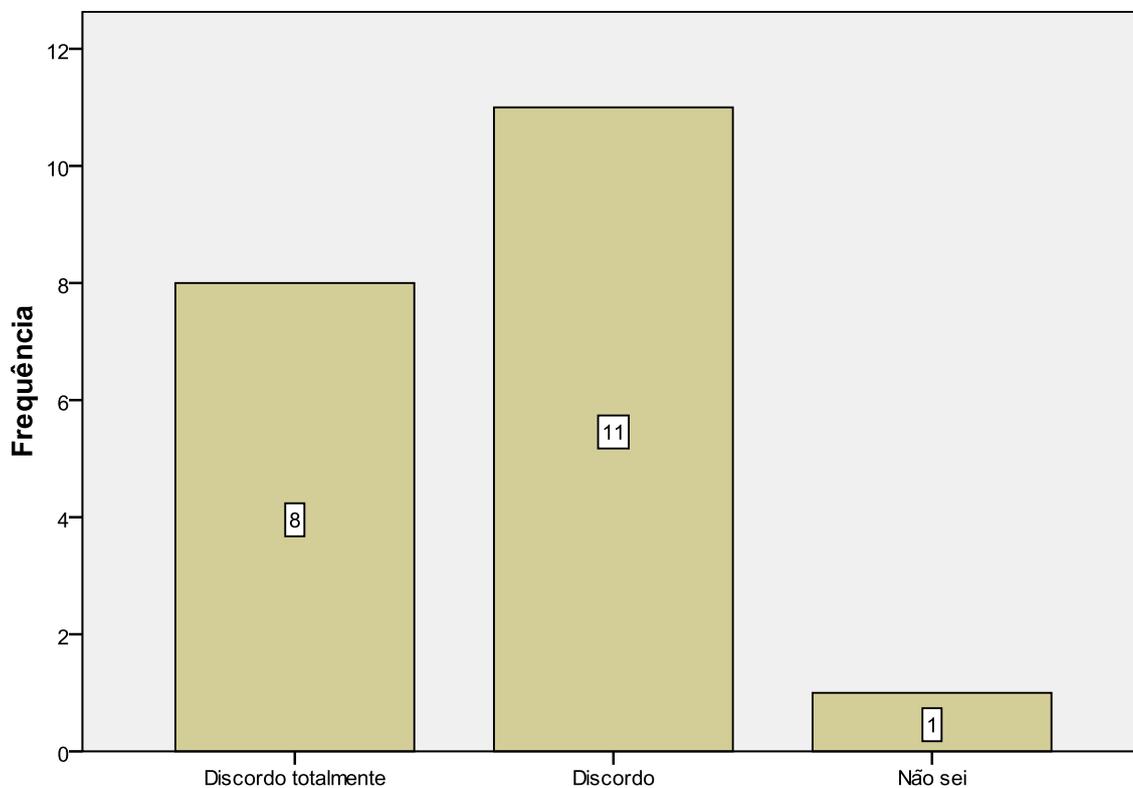


Fig. 29 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que beber 2 litros de água por dia prejudica a voz (afirmação25)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	8	40,0	40,0	40,0
Discordo	11	55,0	55,0	95,0
Não sei	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 32 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “beber 2L de água por dia é prejudicial à voz” (afirmação 25)

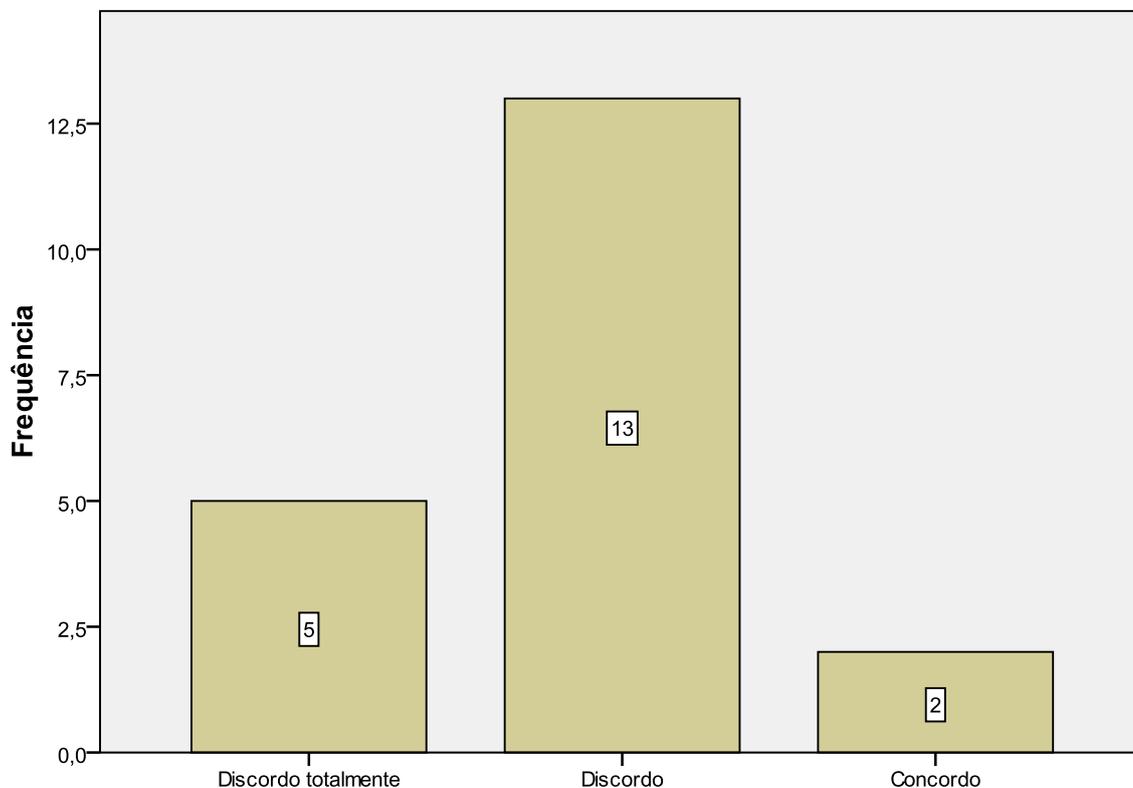


Fig. 30 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que fazer esforço para falar não interfere com a voz (afirmação 28)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	5	25,0	25,0	25,0
Discordo	13	65,0	65,0	90,0
Concordo	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 33 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “fazer esforço para falar não interfere na voz” (afirmação 28)

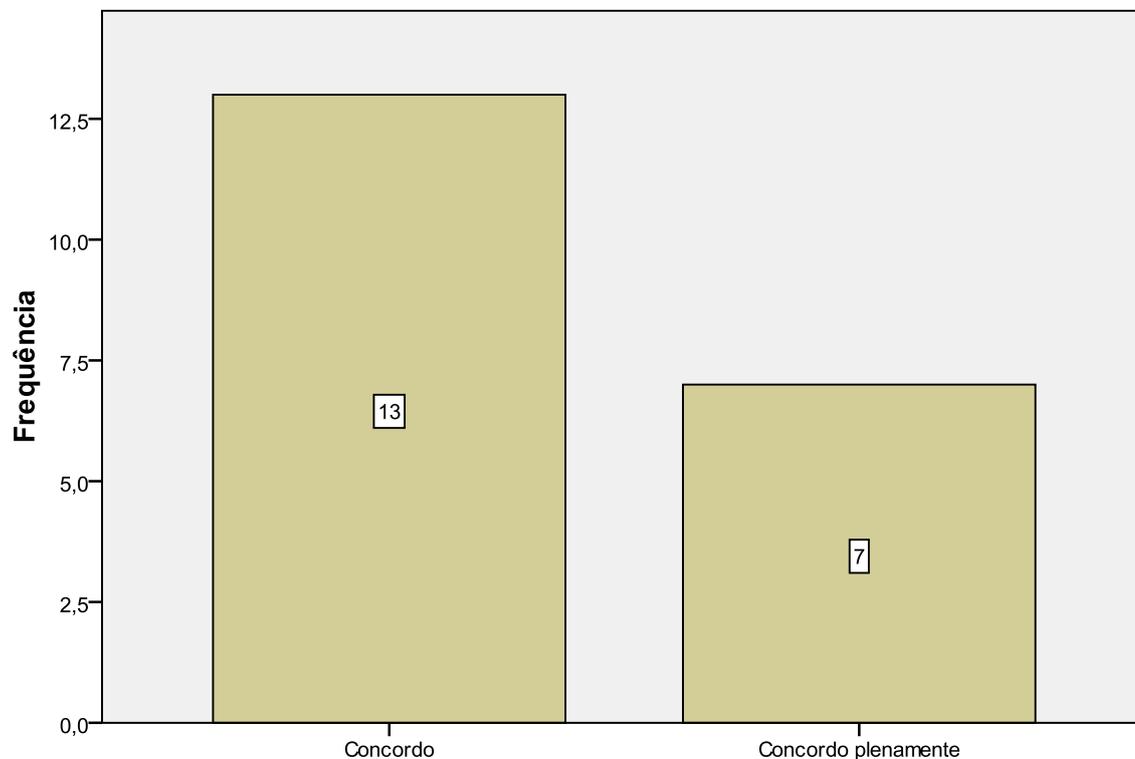


Fig. 31 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que o uso incorrecto e o esforço da voz podem provocar alterações vocais (afirmação 30)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Concordo	13	65,0	65,0	65,0
Concordo plenamente	7	35,0	35,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 34 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “o uso incorrecto e o esforço da voz podem provocar alterações vocais” (afirmação 30)

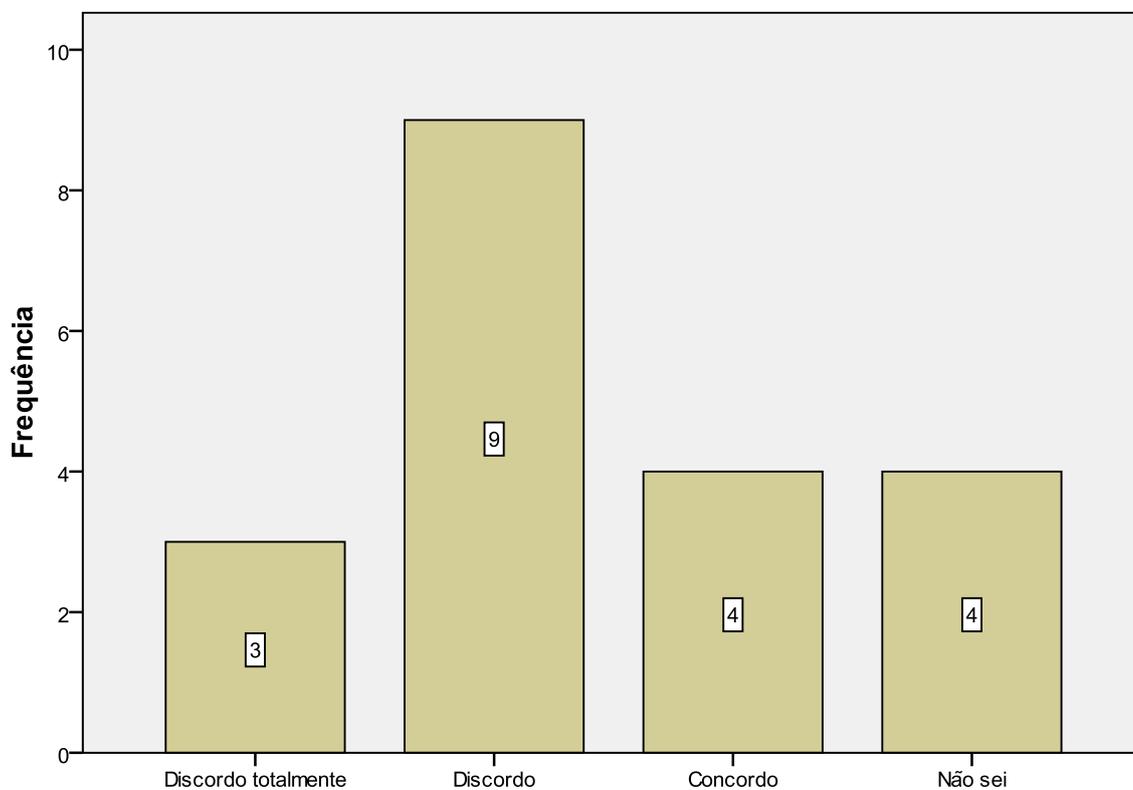


Fig. 32 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que o sono não interfere com a qualidade vocal (afirmação 31)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido				
Discordo totalmente	3	15,0	15,0	15,0
Discordo	9	45,0	45,0	60,0
Concordo	4	20,0	20,0	80,0
Não sei	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 35 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “o sono não interfere com a qualidade vocal” (afirmação 31)

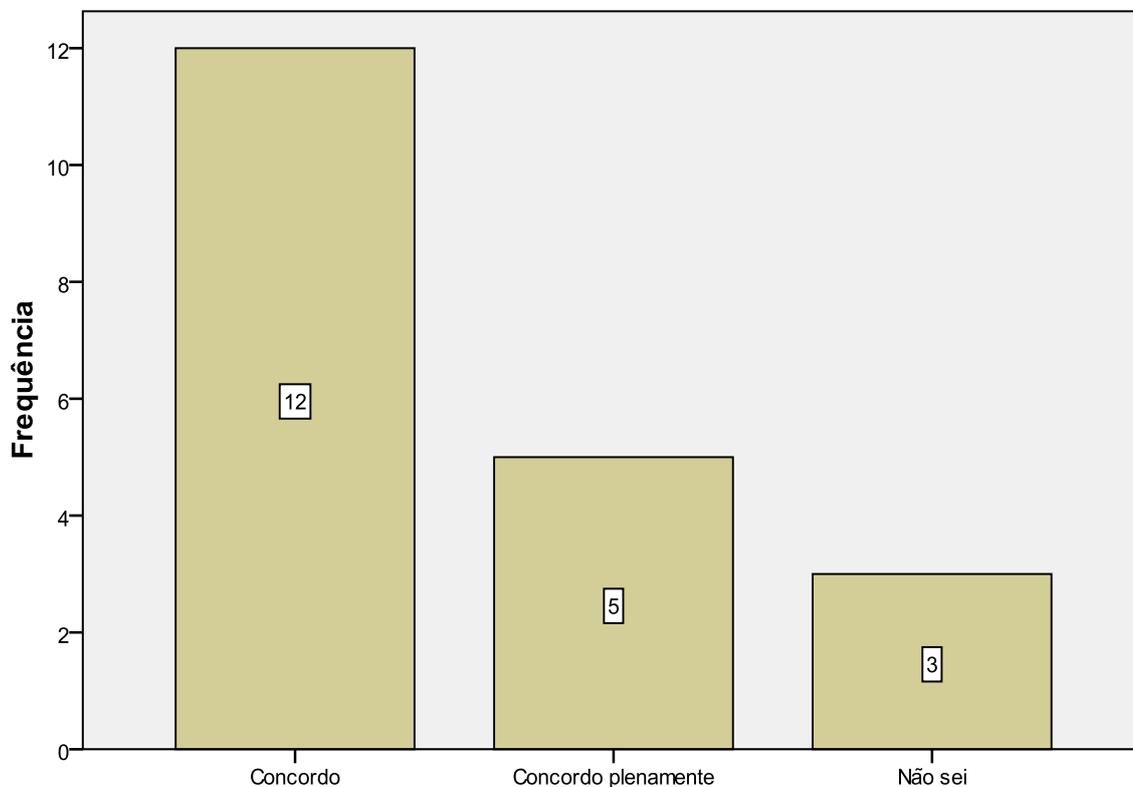


Fig. 33 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que é possível prevenir o aparecimento de alterações nas cordas vocais (afirmação 32)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Concordo	12	60,0	60,0	60,0
Concordo plenamente	5	25,0	25,0	85,0
Não sei	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 36 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “existem formas de prevenir o aparecimento de alterações nas cordas vocais” (afirmação 32)

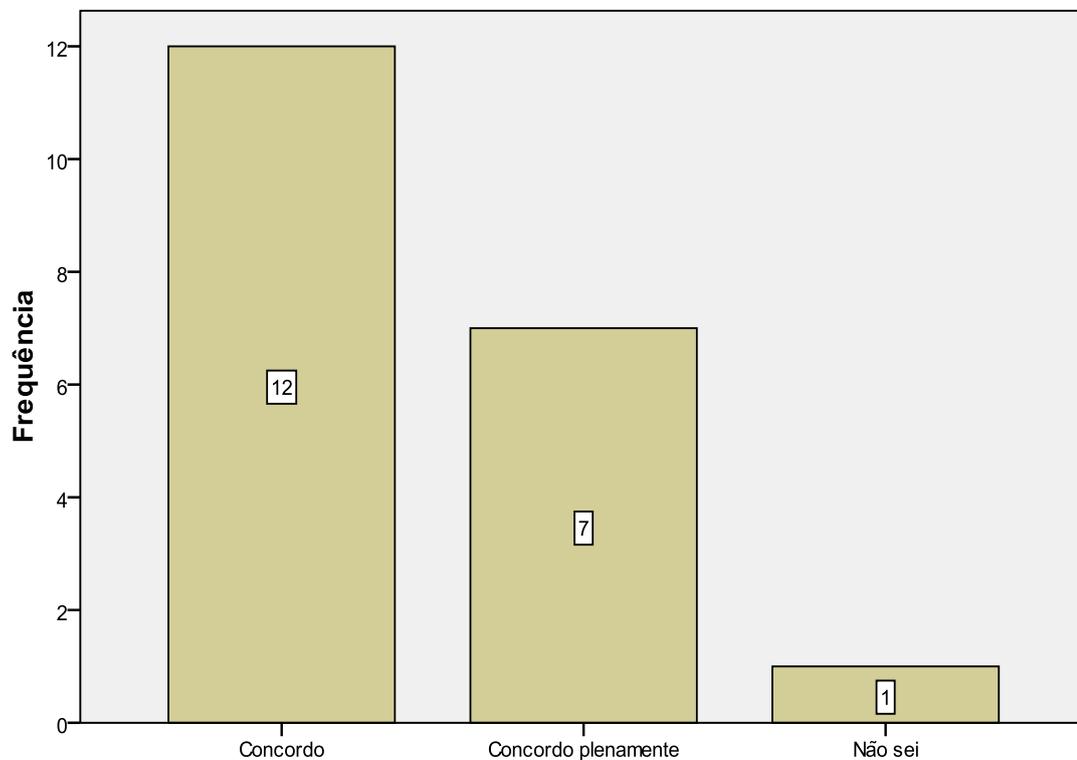


Fig. 34 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que gritar é um dos comportamentos mais agressivos para a voz (afirmação 34)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Concordo	12	60,0	60,0	60,0
Concordo plenamente	7	35,0	35,0	95,0
Não sei	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 37 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “gritar constitui um dos comportamentos mais agressivos para a voz” (afirmação 34)

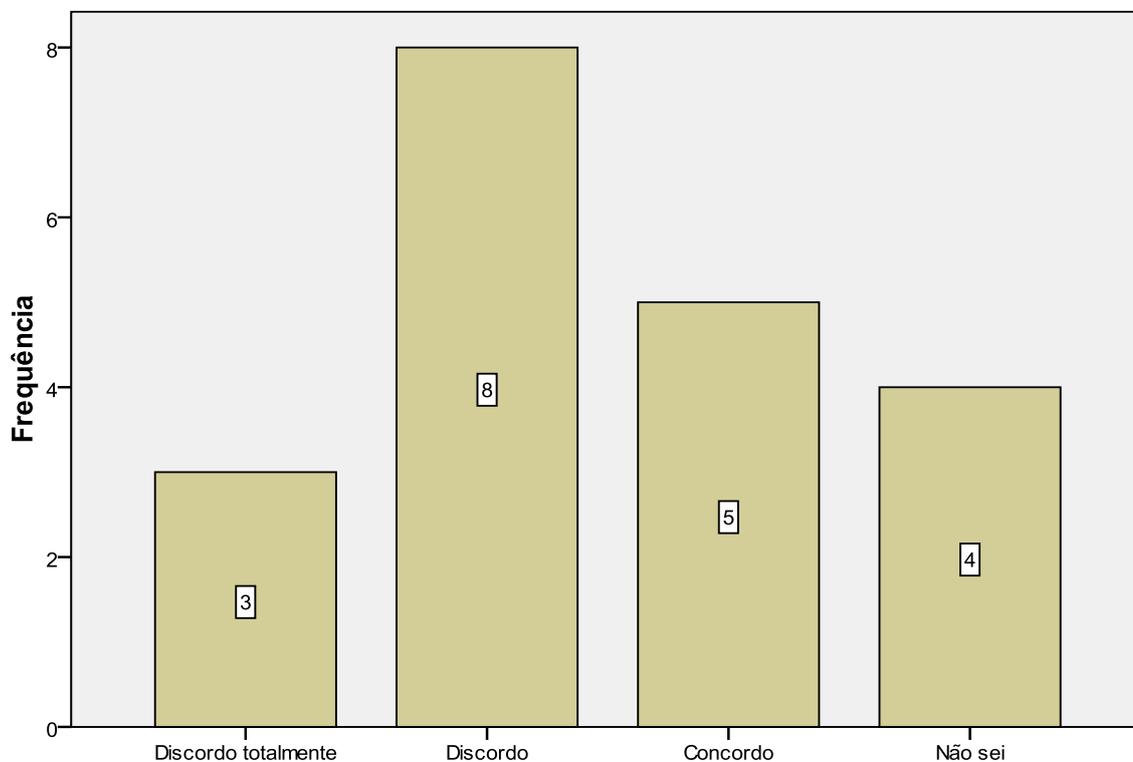


Fig. 35 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que usar a voz em excesso não é mau uso vocal (afirmação 35)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	3	15,0	15,0	15,0
Discordo	8	40,0	40,0	55,0
Concordo	5	25,0	25,0	80,0
Não sei	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 38 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “usar excessivamente a voz não é considerado mau uso vocal” (afirmação 35)

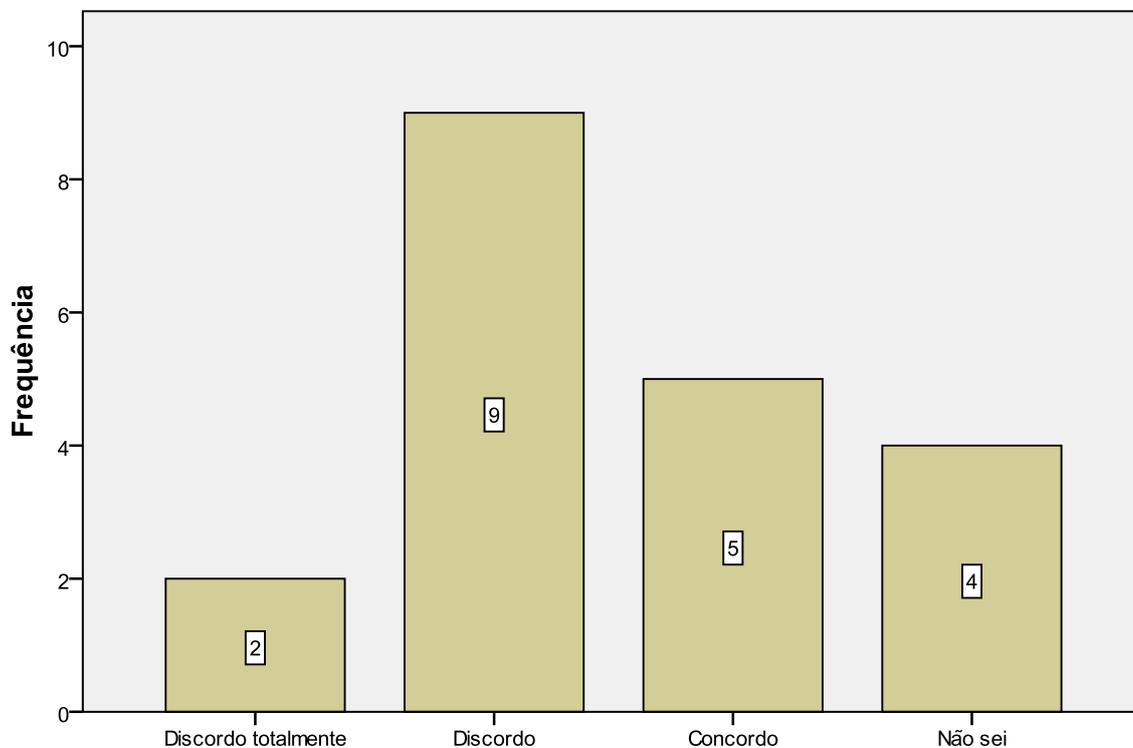


Fig. 36 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que usar roupa apertada na zona da garganta não prejudica a qualidade vocal (afirmação 36)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	2	10,0	10,0	10,0
Discordo	9	45,0	45,0	55,0
Concordo	5	25,0	25,0	80,0
Não sei	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 39 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “usar roupa apertada na garganta não interfere de forma negativa com a qualidade da voz” (afirmação 36)

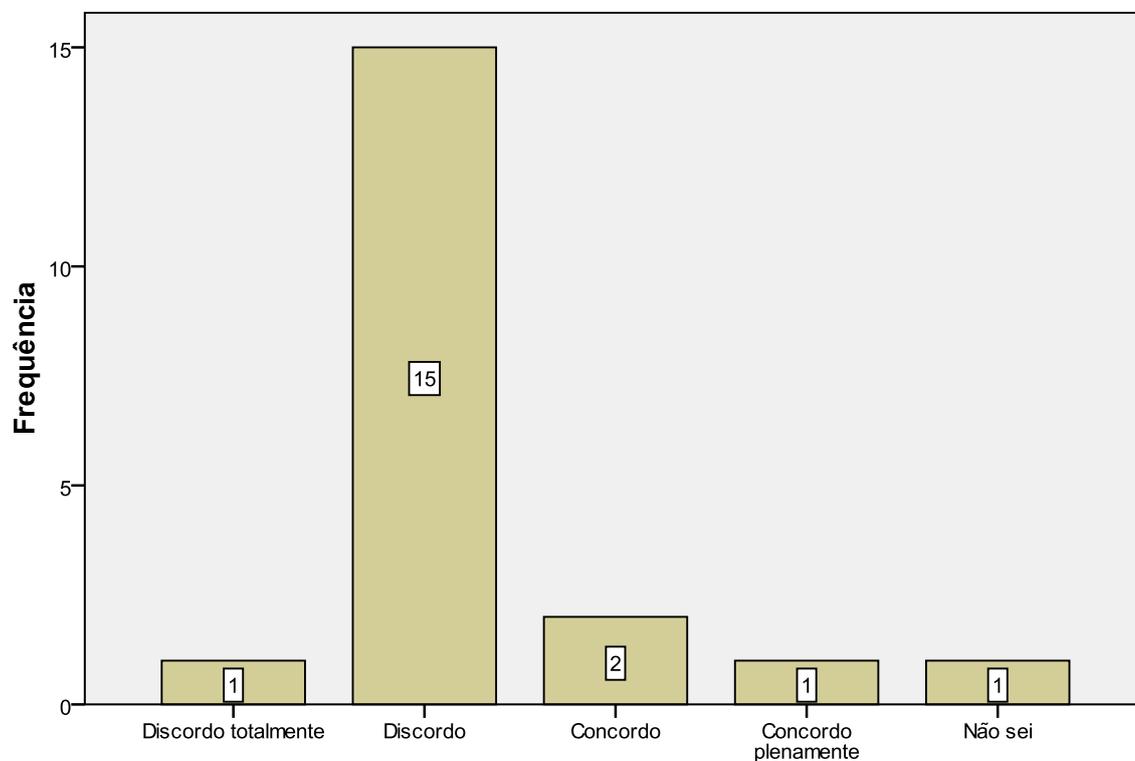


Fig. 37 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que o tipo de alimentação não influencia a qualidade vocal (afirmação 37)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	1	5,0	5,0	5,0
Discordo	15	75,0	75,0	80,0
Concordo	2	10,0	10,0	90,0
Concordo plenamente	1	5,0	5,0	95,0
Não sei	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 40 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “o tipo de alimentação não vai influenciar directamente a qualidade da voz” (afirmação 37)

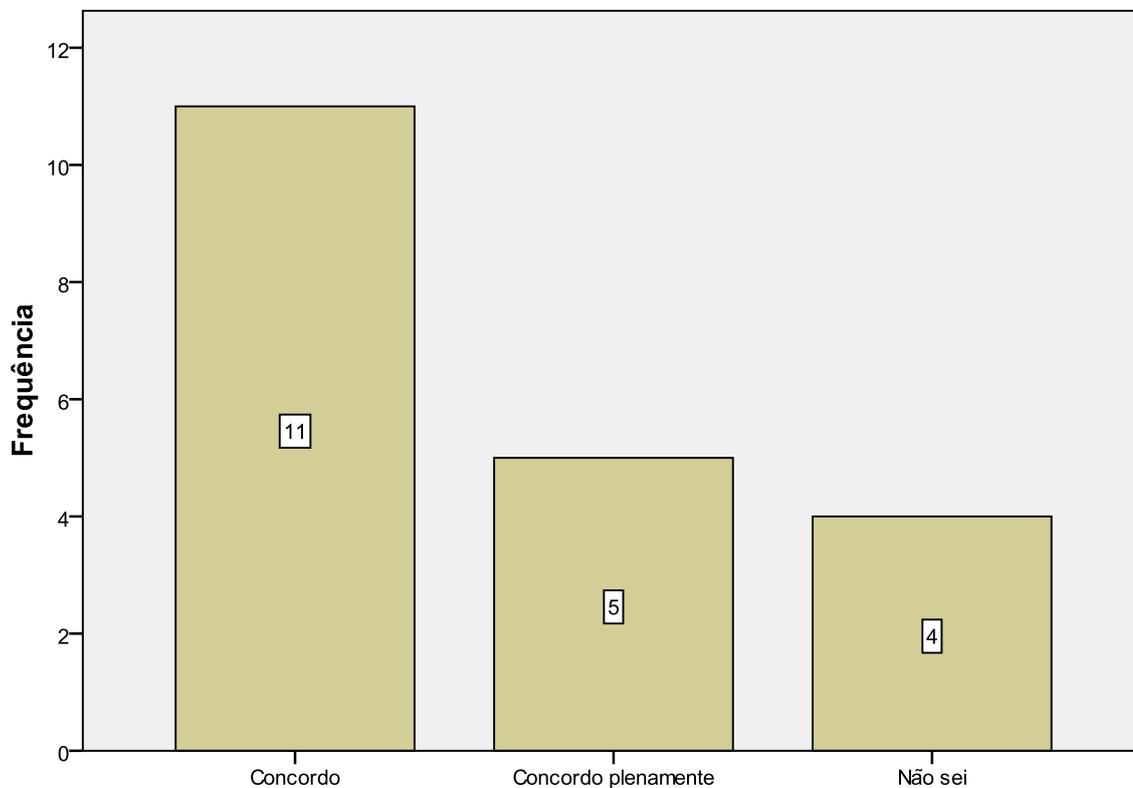


Fig. 38 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que o álcool prejudica a voz (afirmação 38)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Concordo	11	55,0	55,0	55,0
Concordo plenamente	5	25,0	25,0	80,0
Não sei	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 41 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “o álcool prejudica a voz” (afirmação 38)

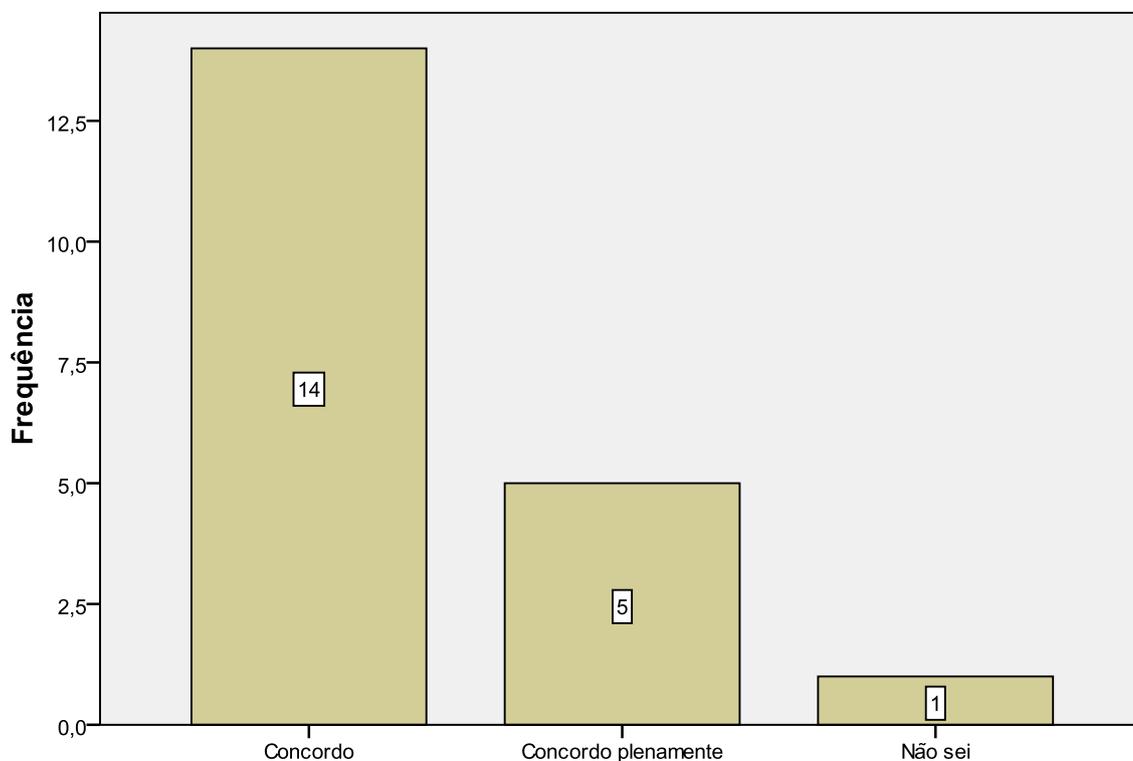


Fig. 39 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que a ingestão de bebidas de diferentes temperaturas de forma seguida prejudica a voz (afirmação 39)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Concordo	14	70,0	70,0	70,0
Concordo plenamente	5	25,0	25,0	95,0
Não sei	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 42 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “ingerir bebidas de diferentes temperaturas, umas a seguir às outras, prejudica a voz” (afirmação 39)

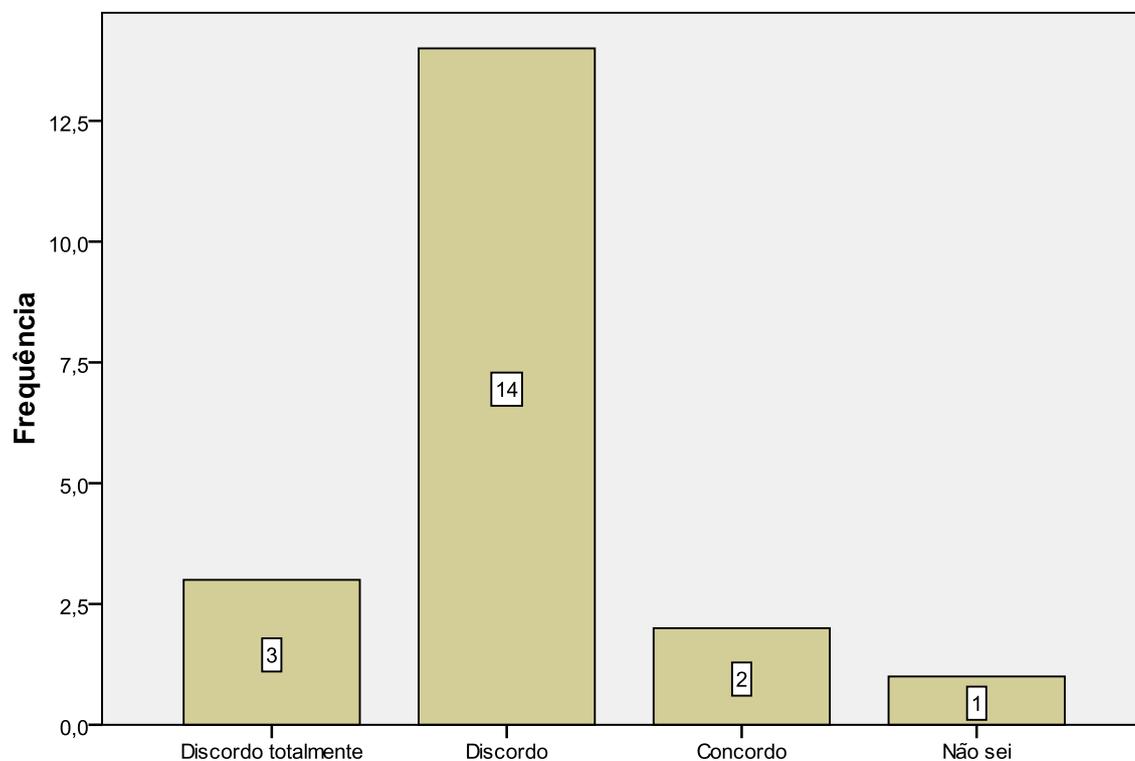


Fig. 40 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que num ambiente ruidoso se deve aumentar a voz (afirmação 40)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	3	15,0	15,0	15,0
Discordo	14	70,0	70,0	85,0
Concordo	2	10,0	10,0	95,0
Não sei	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 43 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “no ambiente ruidoso, o comportamento a adoptar deve ser o aumento da voz” (afirmação 40)

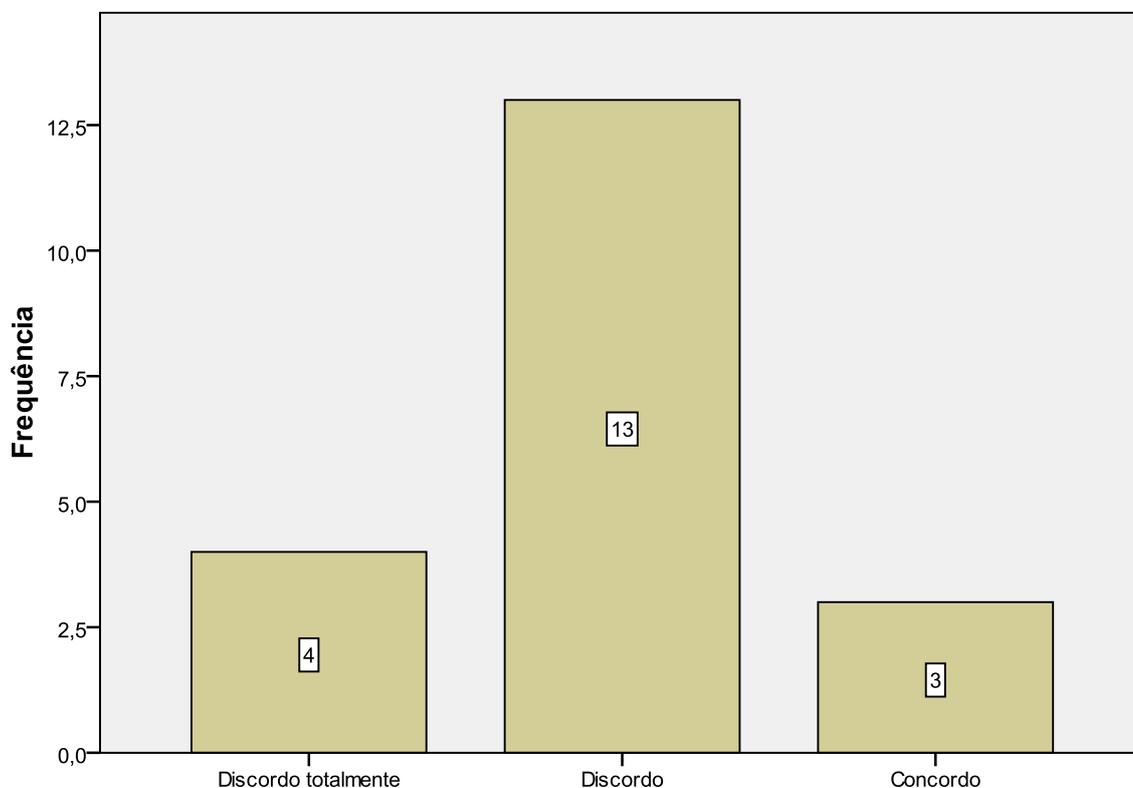


Fig. 41 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que o abuso vocal não provoca alterações vocais (afirmação 41)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido				
Discordo totalmente	4	20,0	20,0	20,0
Discordo	13	65,0	65,0	85,0
Concordo	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 44 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “o abuso vocal não provoca alterações vocais” (afirmação 41)

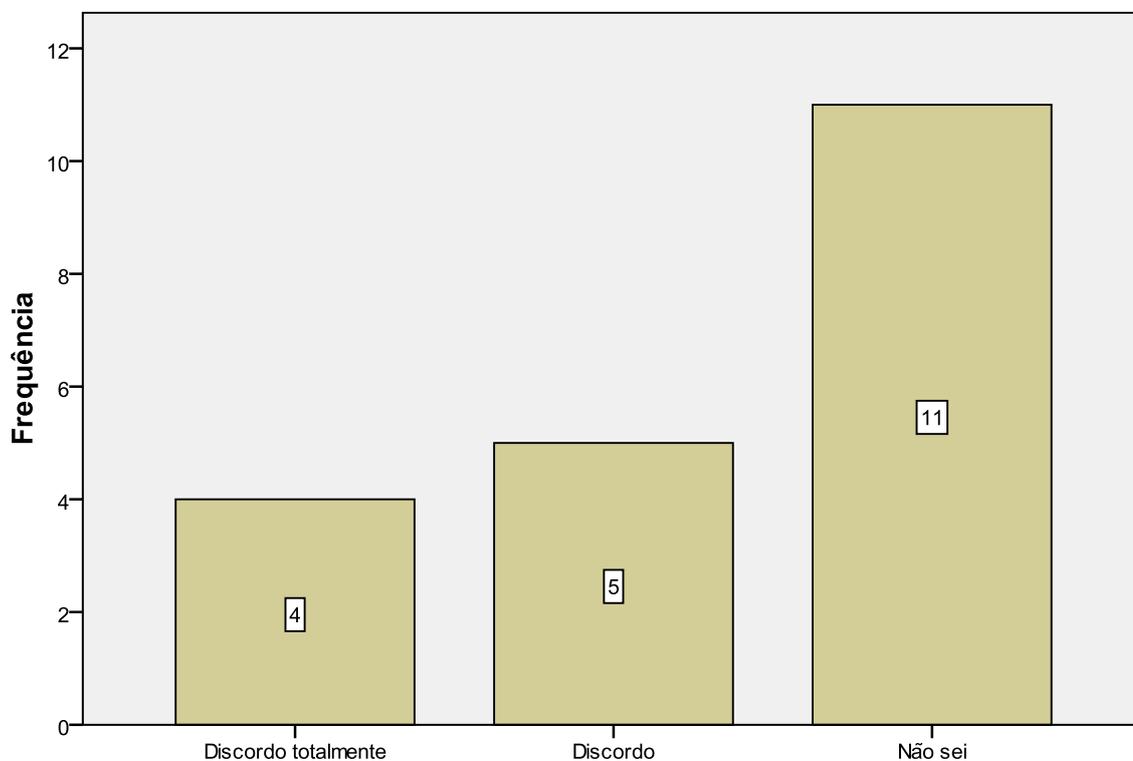


Fig. 42 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que andar de saltos altos prejudica a voz (afirmação 46)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	4	20,0	20,0	20,0
Discordo	5	25,0	25,0	45,0
Não sei	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 45 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “andar de saltos altos enquanto se fala durante muito tempo faz mal à voz” (afirmação 46)

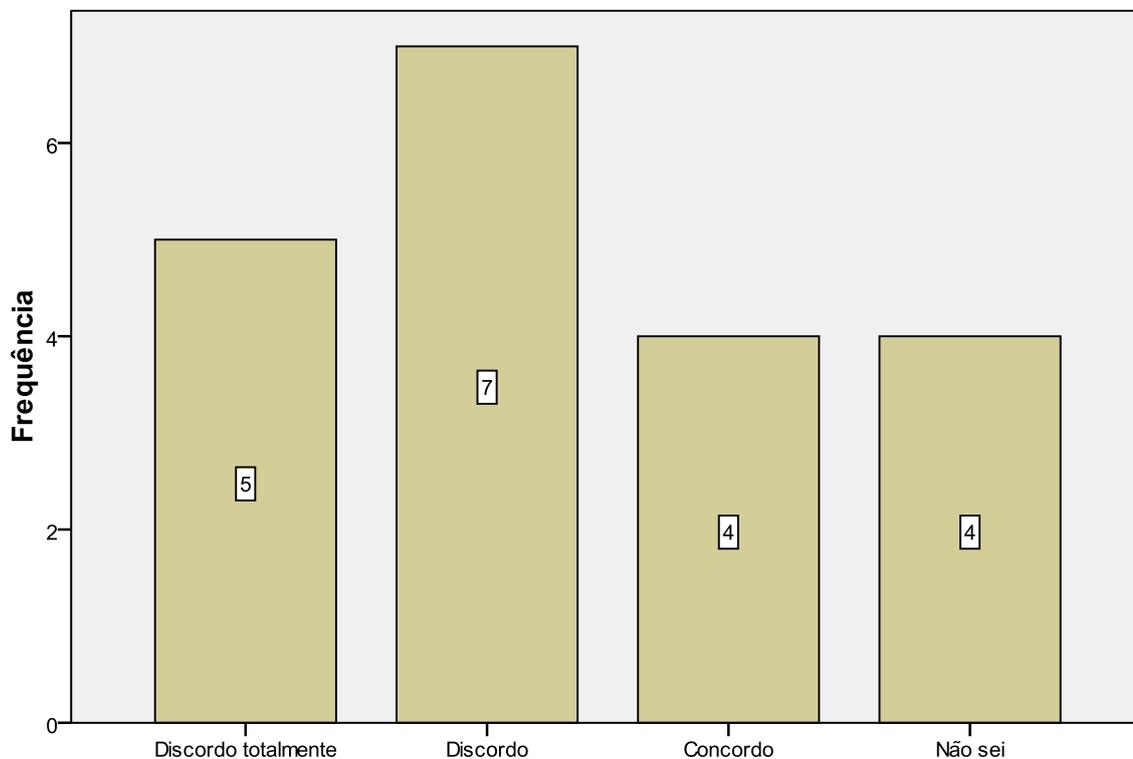


Fig. 43 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que falar enquanto se está sentado em cadeiras para crianças não interfere com a voz (afirmação 47)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	5	25,0	25,0	25,0
Discordo	7	35,0	35,0	60,0
Concordo	4	20,0	20,0	80,0
Não sei	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 46 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “falar enquanto se está sentado em cadeiras para crianças não interfere com a voz” (afirmação 47)

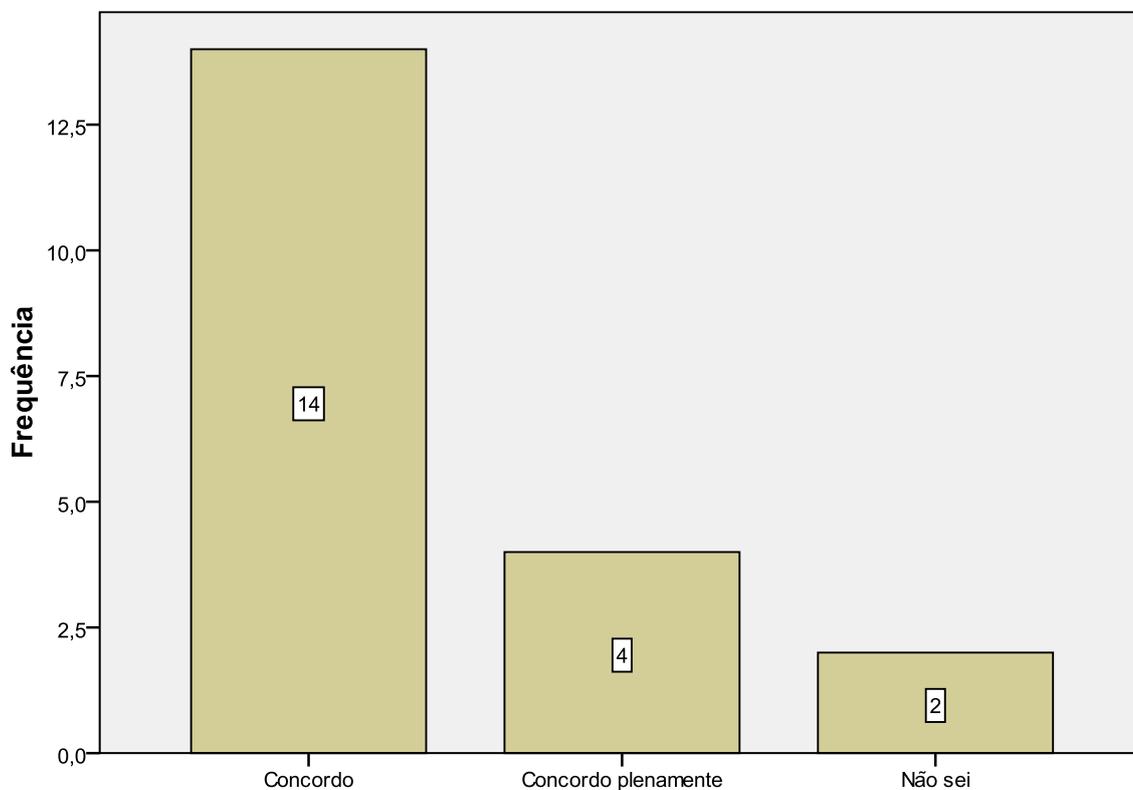


Fig. 44 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que elevados níveis de *stress* influenciam negativamente a voz (afirmação 48)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Concordo	14	70,0	70,0	70,0
Concordo plenamente	4	20,0	20,0	90,0
Não sei	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 47 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “elevados níveis de *stress* têm efeito negativo na voz” (afirmação 48)

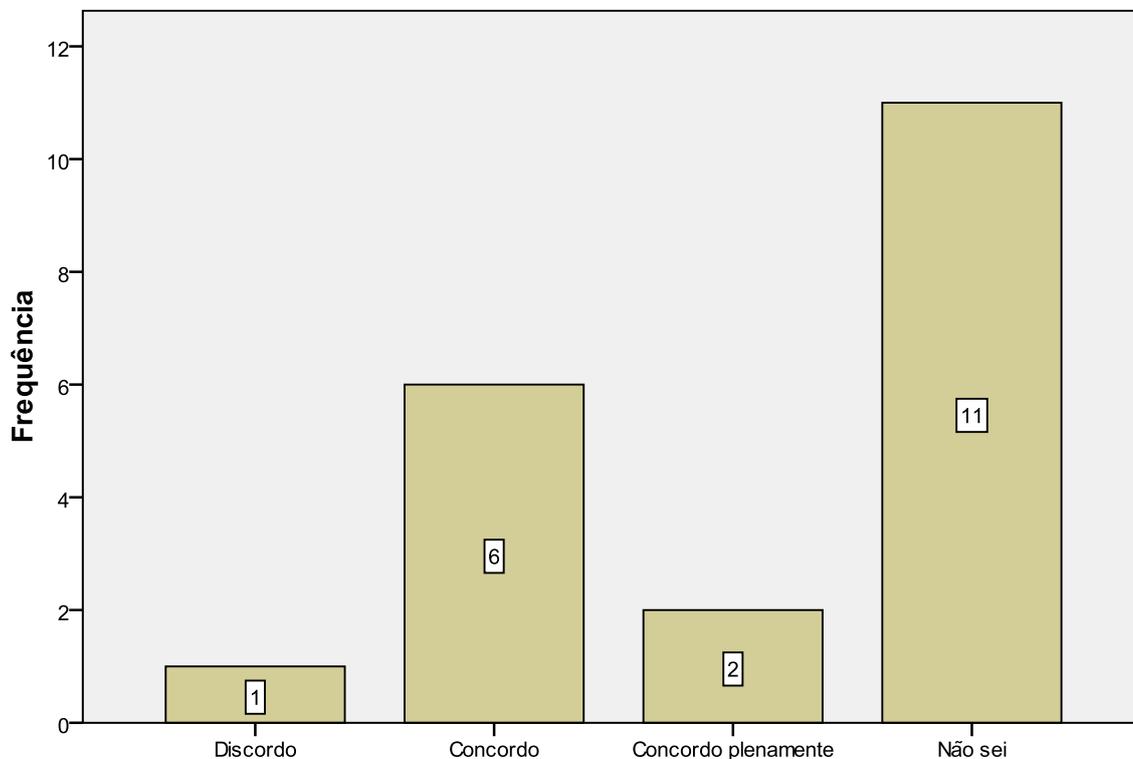


Fig. 45 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que determinada medicação interfere com a voz (afirmação 49)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo	1	5,0	5,0	5,0
Concordo	6	30,0	30,0	35,0
Concordo plenamente	2	10,0	10,0	45,0
Não sei	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 48 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “o uso excessivo de medicamentos, tais como anti-depressivos, interfere com a voz” (afirmação 49)

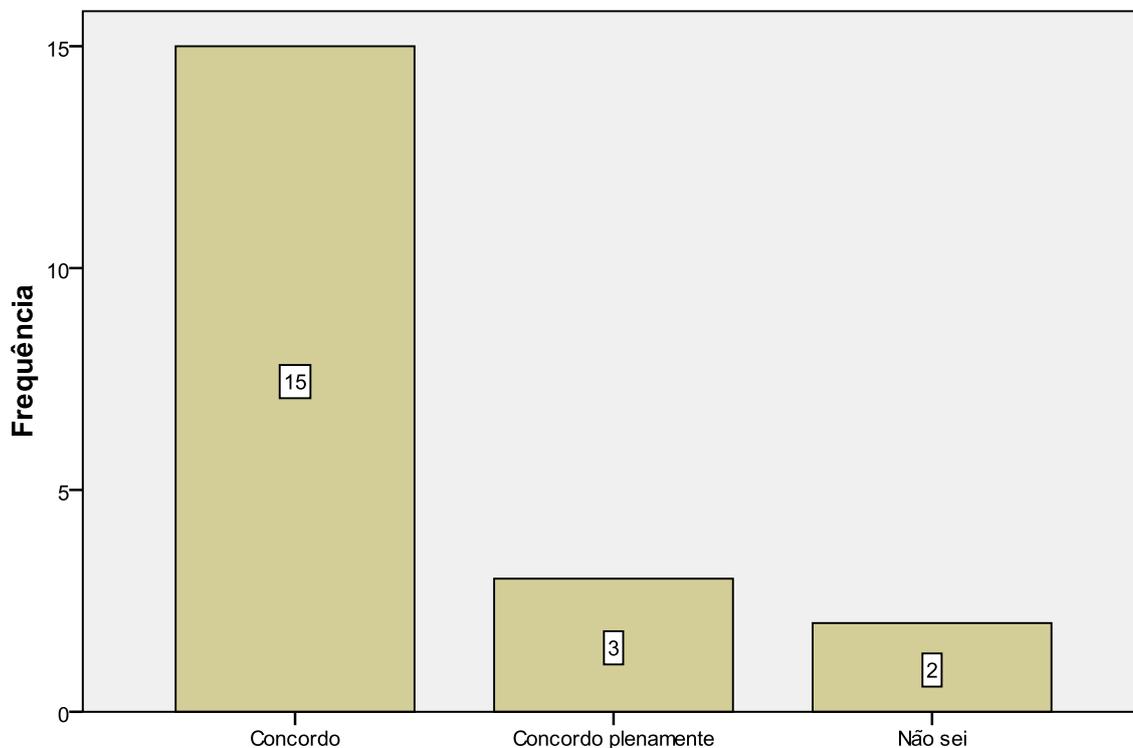


Fig. 46 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação que determinados materiais podem provocar alterações vocais (afirmação 50)

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido	Concordo	15	75,0	75,0	75,0
	Concordo plenamente	3	15,0	15,0	90,0
	Não sei	2	10,0	10,0	100,0
Total		20	100,0	100,0	

Tabela 49 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “a utilização de determinados materiais, como tintas ou colas podem causar alterações na voz” (afirmação 50)

Apêndice H

- Gráficos relativos ao objectivo “caracterizar o conhecimento das Assistentes da Acção Educativa sobre alterações vocais” -

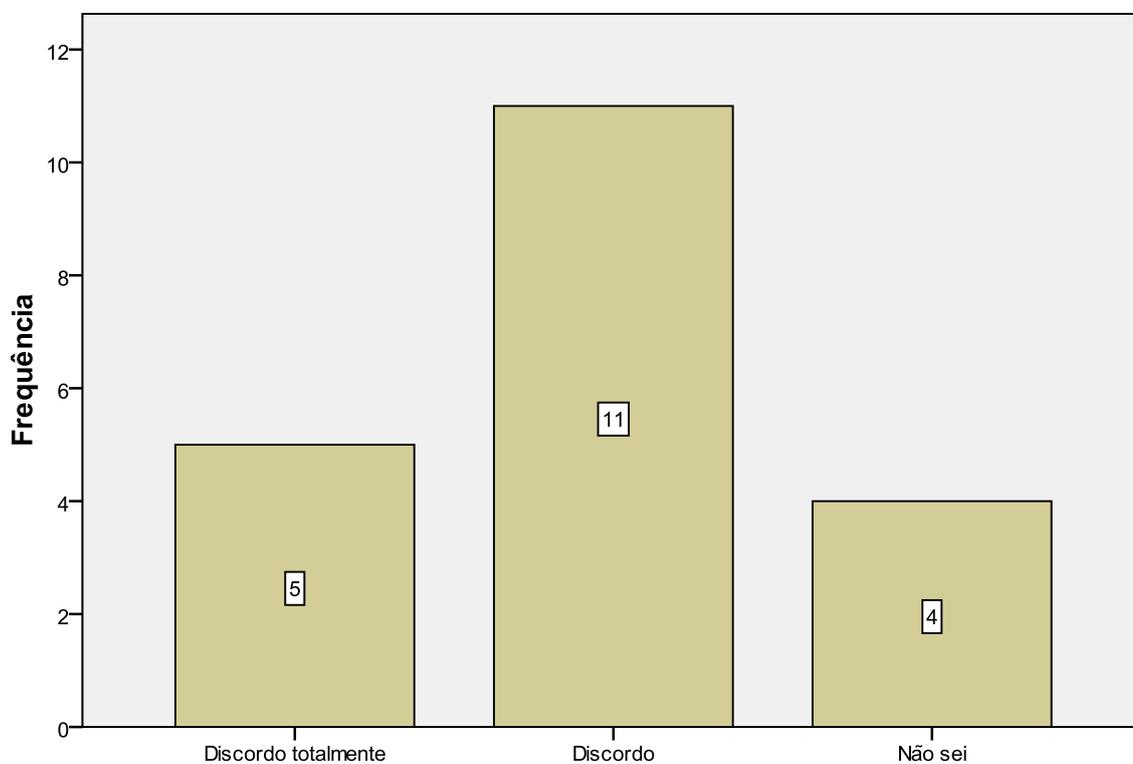


Fig. 47 – Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que a sensação de garganta seca pela manhã é um bom sinal (afirmação 18)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	5	25,0	25,0	25,0
Discordo	11	55,0	55,0	80,0
Não sei	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 50 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “é um bom sinal ter a sensação de garganta seca logo de manhã” (afirmação 18)

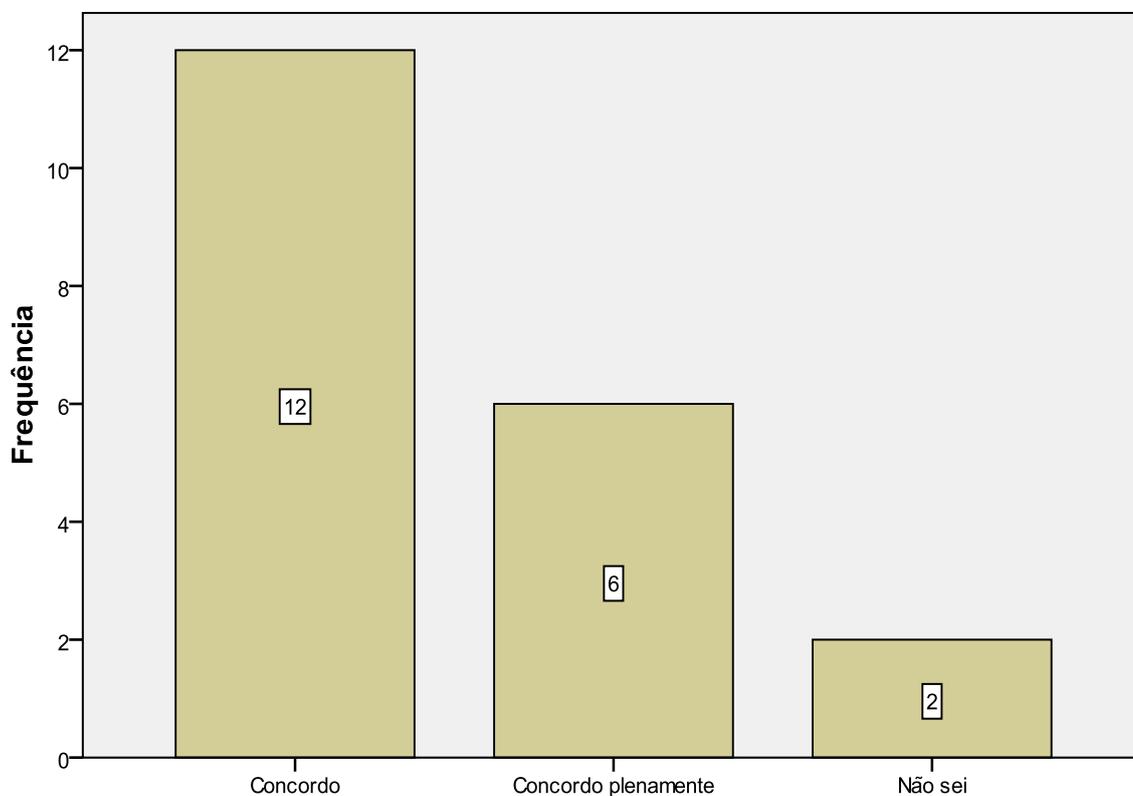


Fig. 48 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que alguns sintomas sentidos durante a fonação têm consequências negativas a nível vocal (afirmação 26)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Concordo	12	60,0	60,0	60,0
Concordo plenamente	6	30,0	30,0	90,0
Não sei	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 51 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “sentir ardor, secura e tensão enquanto se fala produz efeito negativo na voz” (afirmação 26)

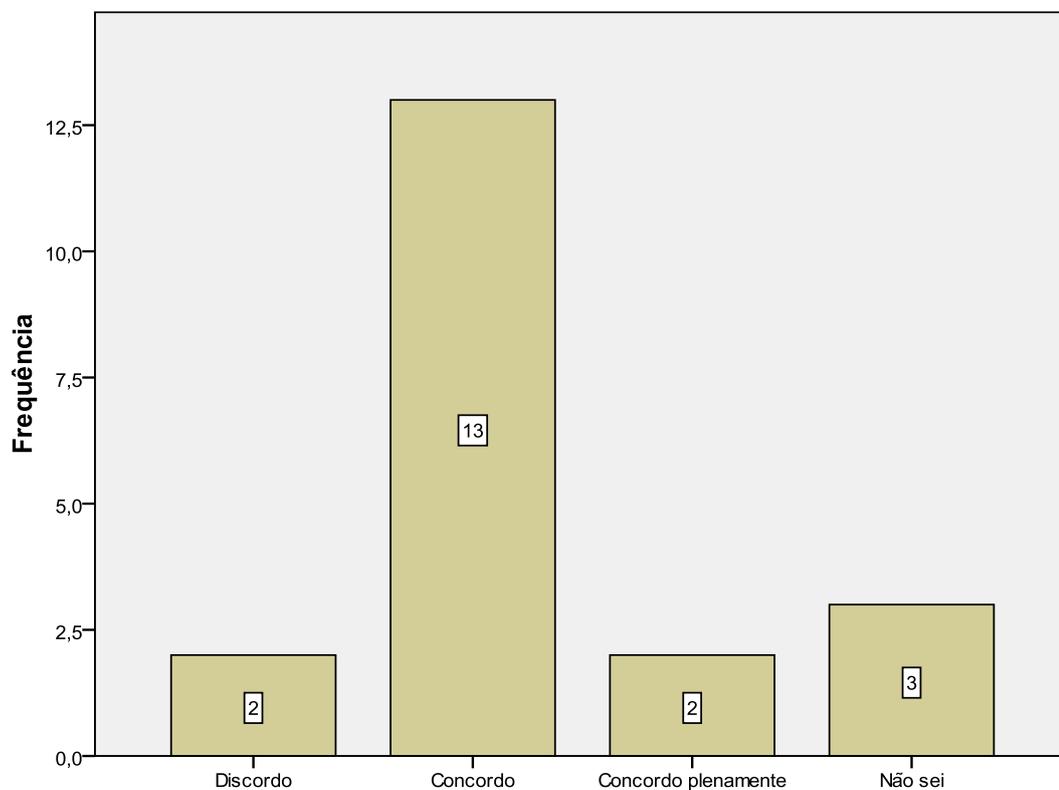


Fig. 49 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que ficar cansado após a fonação é prejudicial para a voz (afirmação 27)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo	2	10,0	10,0	10,0
Concordo	13	65,0	65,0	75,0
Concordo plenamente	2	10,0	10,0	85,0
Não sei	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 52 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “ficar cansado depois de se falar é prejudicial para a voz” (afirmação 27)

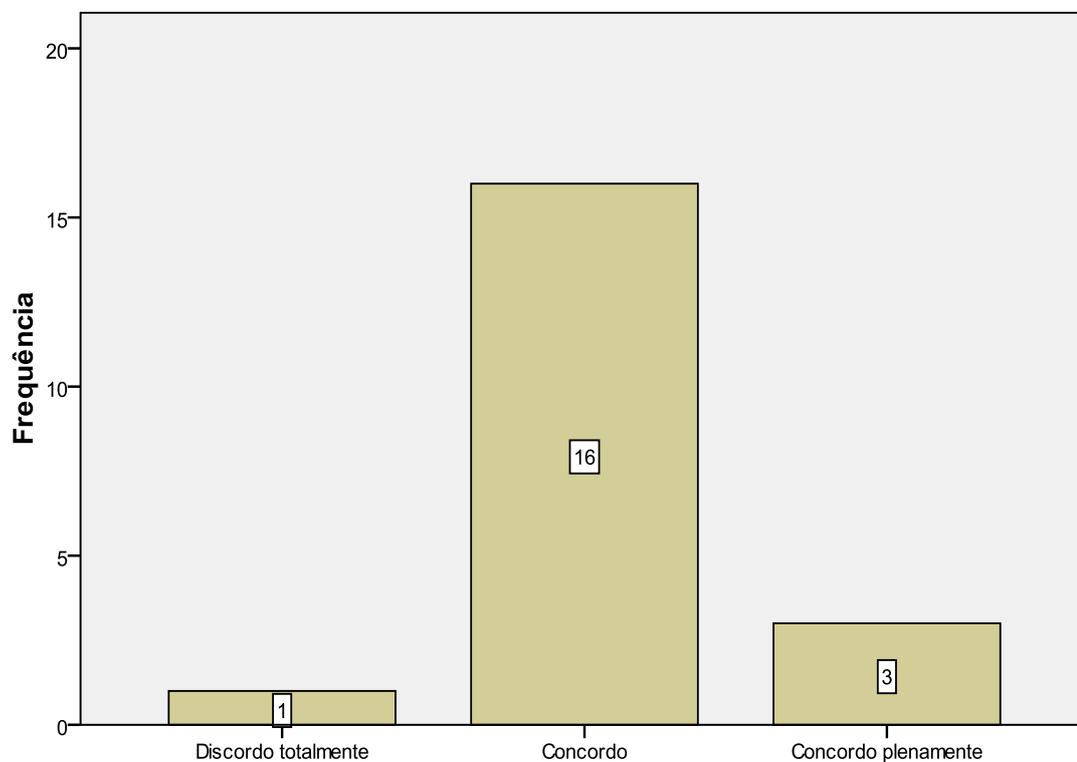


Fig. 50 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que uma rouquidão persistente durante semanas indica alterações vocais (afirmação 29)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	1	5,0	5,0	5,0
Concordo	16	80,0	80,0	85,0
Concordo plenamente	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 53 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “ficar rouco durante algumas semanas é indicativo de alteração vocal” (afirmação 29)

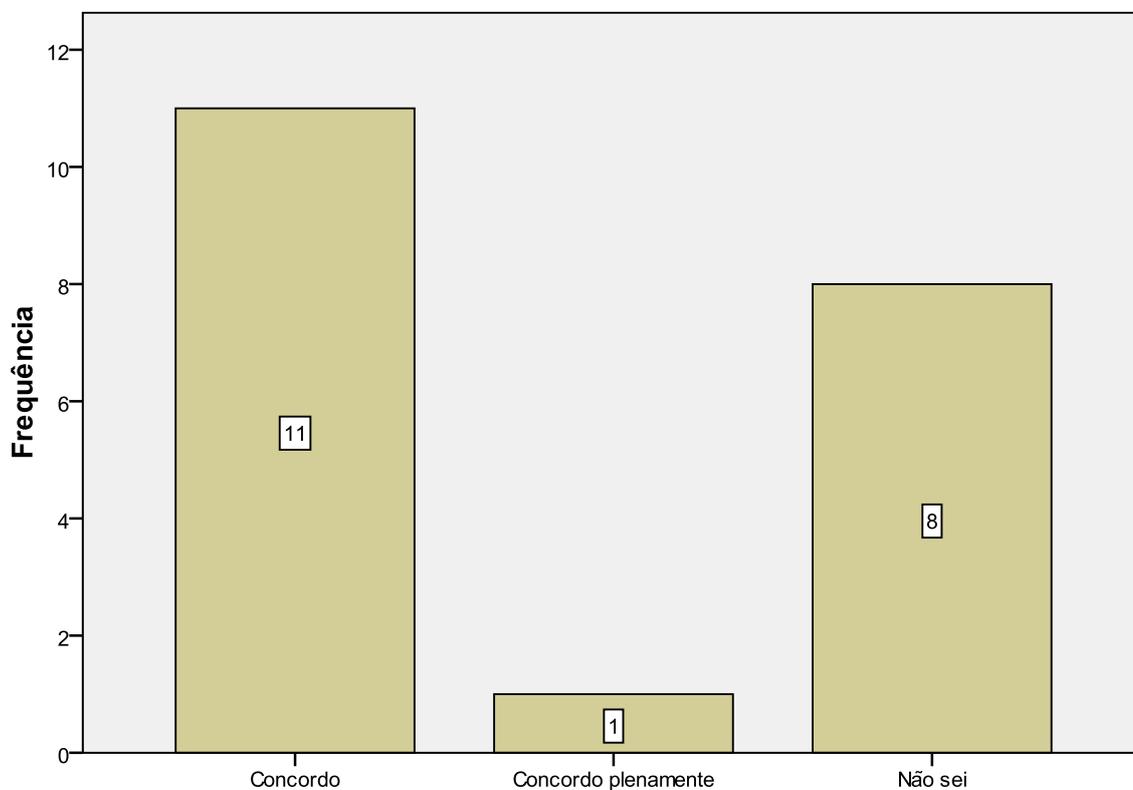


Fig. 51 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que as alterações vocais podem ter como etiologia um factor genético (afirmação 42)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Concordo	11	55,0	55,0	55,0
Concordo plenamente	1	5,0	5,0	60,0
Não sei	8	40,0	40,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 54 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “as doenças da voz podem ter como causa um factor genético” (afirmação 42)

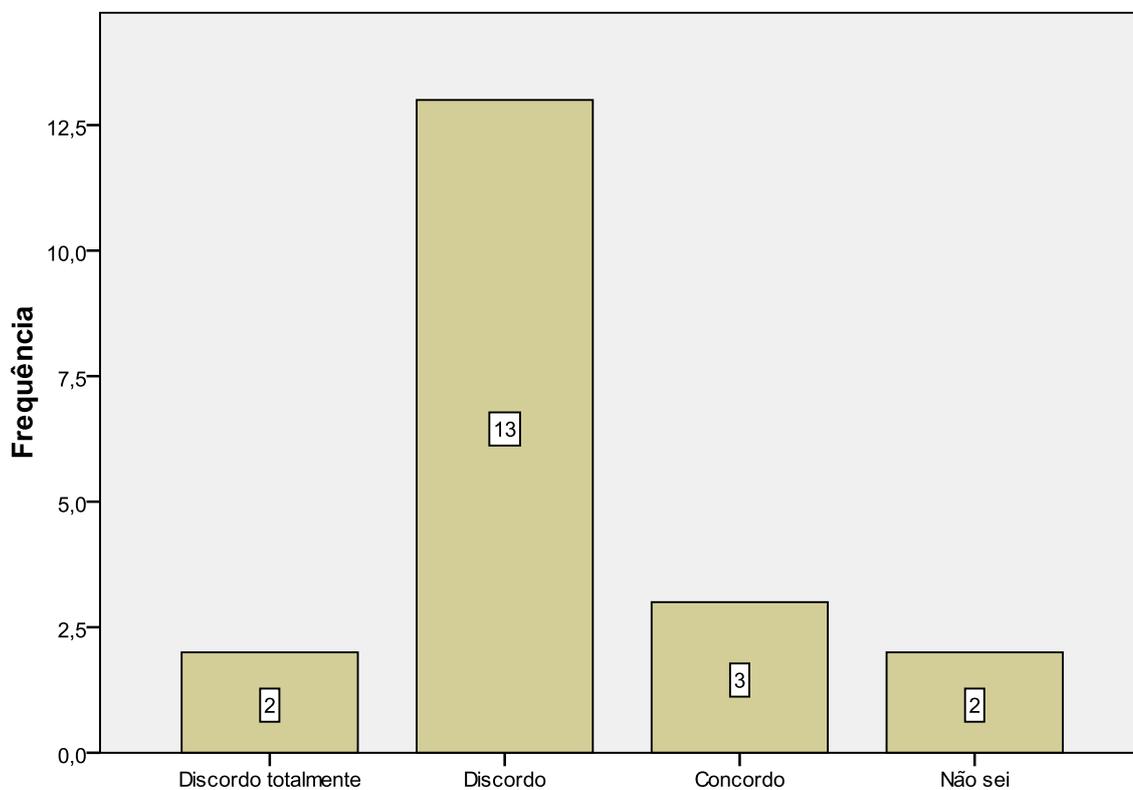


Fig. 52 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que é impossível prevenir alterações vocais (afirmação 43)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido				
Discordo totalmente	2	10,0	10,0	10,0
Discordo	13	65,0	65,0	75,0
Concordo	3	15,0	15,0	90,0
Não sei	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 55 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “é impossível prevenir as doenças da voz” (afirmação 43)

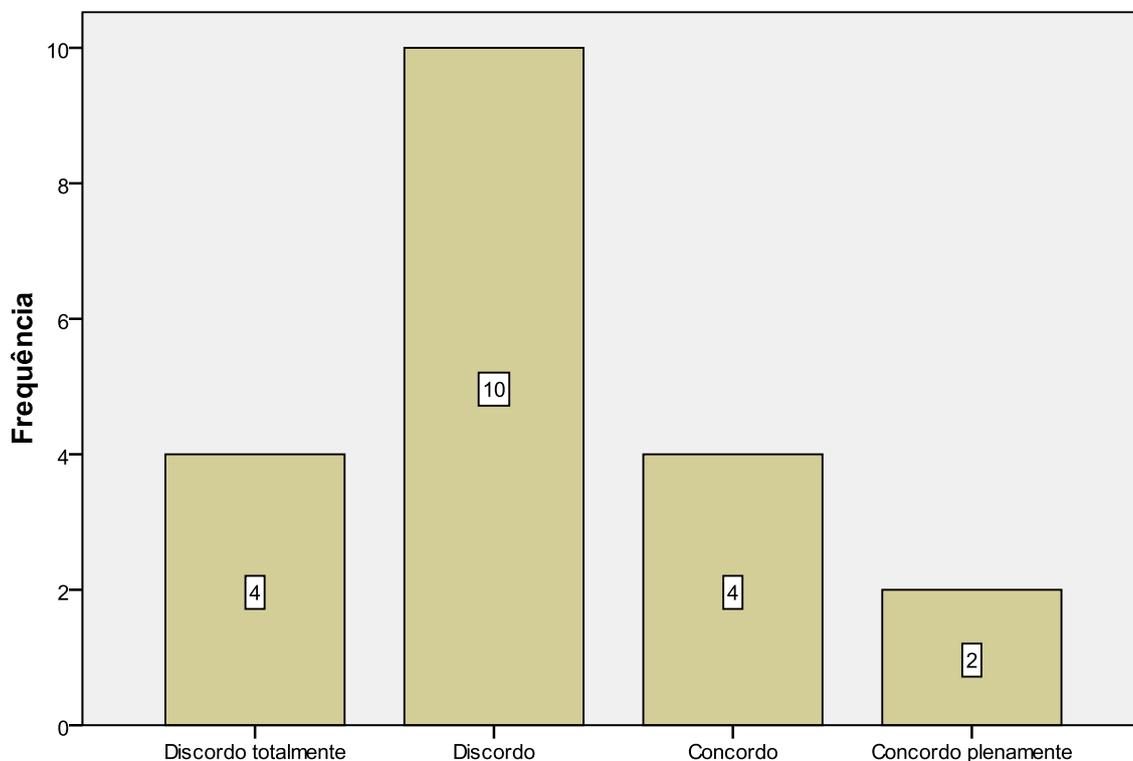


Fig. 53 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que sentir dor de garganta após a fonação não prejudica a voz (afirmação 44)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido				
Discordo totalmente	4	20,0	20,0	20,0
Discordo	10	50,0	50,0	70,0
Concordo	4	20,0	20,0	90,0
Concordo plenamente	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 56 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “sentir dor na garganta depois de gritar não é prejudicial para a voz” (afirmação 44)

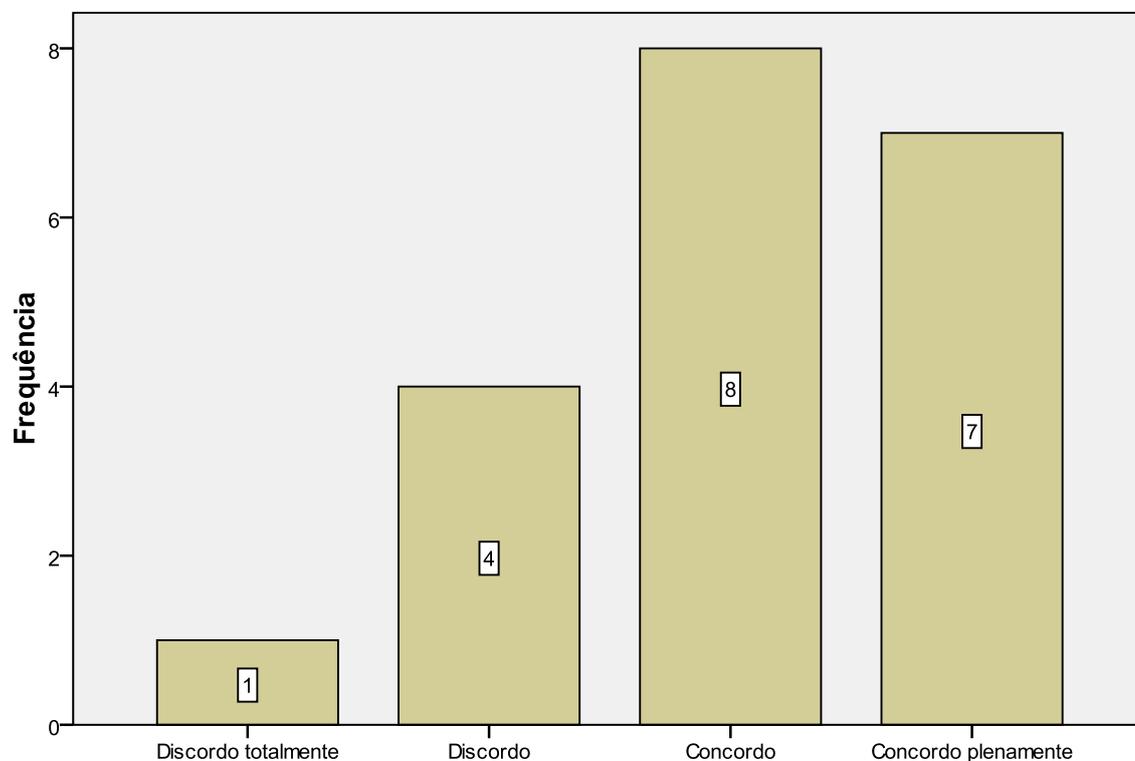


Fig. 54 - Frequência das respostas das inquiridas que responderam à afirmação de que ao cuidar da voz estão a prevenir alterações vocais (afirmação 45)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido Discordo totalmente	1	5,0	5,0	5,0
Discordo	4	20,0	20,0	25,0
Concordo	8	40,0	40,0	65,0
Concordo plenamente	7	35,0	35,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabela 57 - Frequências e percentagens de respostas relativas à afirmação “se cuidar da minha voz estou a prevenir possíveis alterações vocais” (afirmação 45)