

PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO

Título do manuscrito: Título do manuscrito em Português: Qualidade de vida em voz e abusos vocais em escolares do ensino fundamental.

Título do manuscrito em inglês: Quality of life in voice and vocal abuses in elementary school students

Título resumido: Disfonia infantil em escolares

Autores:

Claudette Lemes Sales¹, Dayanne Delfino de Souza¹, Débora Cristina Domingos dos Santos Vilhagra¹, Andréia Cristina Munzlinger dos Santos².

(1) Graduanda em Fonoaudiologia

(2) Fonoudióloga e Mestre em Saúde Coletiva pela UFMT.

Entidade institucional onde foi desenvolvido o artigo, Cidade, Estado e País: Centro Universitário de Várzea Grande- UNIVAG, Várzea Grande, Mato Grosso, Brasil.

Autor responsável para correspondência: Débora Cristina Domingos dos Santos Vilhagra, Rua Barão de Melgaço 3.330 Edifício Haddad Centro Sul, CEP: 78020-800.

E-mail: deboraassim@hotmail.com

Área: Voz

Tipo de manuscrito: Artigo original de pesquisa

Fontes de auxílio à pesquisa ou indicação de financiamentos: Não houve

Conflito de interesse: Nada a declarar

RESUMO

Introdução: A Disfonia infantil é qualquer alteração na produção da voz de uma criança tais como rouquidão, cansaço ao falar, pigarro, voz aguda ou grave demais, fraca ou forte além do esperado, no que resulta em uma alteração crônica limitando a potencialidade de oportunidades da vida escolar e social da criança. **Objetivo:** Realizar o levantamento dos hábitos vocais e qualidade de vida em voz, identificado pelos pais e professores de crianças em fase escolar. **Métodos:** estudo de campo, transversal, comparativo e quantitativo. Comparando os hábitos vocais dos alunos do ensino fundamental na escola e em casa. Os dados foram coletados em escolas públicas do ensino fundamental, com 96 crianças sendo 48 do gênero feminino e 48 gênero masculino com a média de idade entre 9,22 anos, localizado nas cidades de Cuiabá e Várzea Grande – MT onde as avaliações foram realizadas individualmente com pais e professores de alunos em 3 instituições escolares. Os pais responderam uma ficha de identificação contendo dados pessoais e escolares da criança. Logo após preencheram um questionário contendo dez questões sobre abusos vocais marcando um (x) no item correspondente a criança tanto para sim como para não. Para verificar a percepção dos pais sobre a qualidade de vida em voz, foi aplicado o protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico (QVV-P)⁴. Os professores responderam uma ficha de identificação contendo nome da criança, série, idade e data de nascimento. Logo após preencheram um questionário contendo dez questões sobre abusos vocais marcando um (x) no item correspondente a criança tanto para sim como para não. **Resultados:** Pode-se observar que foi estatisticamente significativo a presença dos hábitos de gritar, falar alto e falar muito quando comparados aos diferentes ambientes (casa x escola). Dessa forma, as crianças do presente estudo encontram-se com a qualidade de vida em voz alterada, ou seja, fora do padrão de normalidade. **Conclusão:** As crianças apresentaram comportamento vocal pior em casa do que na escola.

Palavras-chaves: Voz; Qualidade de vida; Comportamento Infantil; Criança; Desenvolvimento Infantil; Disfonia.

ABSTRACT

??????

INTRODUÇÃO

A voz é uma forma de comunicação, produzida pelo trato vocal, tendo cada pessoa sua característica vocal própria, variando de acordo com o gênero e idade.¹

Durante a infância podem ocorrer quadros de disфонia devido há um desajuste na fonação, ocasionados pelo comportamento vocal inadequado e/ou desequilíbrio dos fatores anatômicos, fisiológicos e emocionais.²

A disфонia infantil é qualquer alteração na produção da voz de uma criança tais como rouquidão, cansaço ao falar, pigarro, voz aguda ou grave demais, fraca ou forte além do esperado, no que resulta em uma alteração crônica limitando a potencialidade de oportunidades da vida escolar e social da criança.³

A formação do padrão vocal infantil está interligada com os modelos vocais existentes no seu convívio familiar e escolar, influenciando nos quadros de Disфонia. Portanto, os hábitos inadequados, fatores ambientais, físicos e psicológicos interferem em uma boa qualidade de vida em voz e na psicodinâmica vocal da criança.

Para a triagem da disфонia em crianças foi elaborado por Ribeiro (2014) o protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico (QVV-P).⁴ Este protocolo visa a compreensão dos pais diante da qualidade de vida em voz de crianças, podendo oferecer aspectos relevantes no que diz respeito à conscientização sobre dos possíveis abusos vocais cometidos pelas crianças e auxiliar os métodos fonoaudiológicos preventivos.³

A detecção precoce das disфонias é tão importante que se as alterações vocais infantis quando diagnosticadas e tratadas precocemente raramente irão interferir nas atividades sociais das crianças e, assim sendo, na vida adulta⁵. Considerando que os pais e professores passam a maior parte do tempo com as crianças, é pertinente que eles tenham a capacidade de identificar os problemas vocais dos mesmos, que por sua vez, não são conscientes da natureza do problema ou mesmo que sua voz esteja alterada¹. Contudo, a literatura relata que mesmo detectando indícios de abusos vocais em crianças, a procura por intervenção fonoaudiológica continua sendo mínima.

O presente estudo tem como objetivo realizar o levantamento dos hábitos vocais e qualidade de vida em voz, identificado pelos pais e professores de crianças em fase escolar.

MÉTODOS

Esta pesquisa consiste em um estudo de campo, transversal, comparativo e quantitativo. Comparando os hábitos vocais dos alunos do ensino fundamental na escola e em casa.

Os dados foram coletados em escolas públicas do ensino fundamental, localizado nas cidades de Cuiabá e Várzea Grande – MT onde as avaliações foram realizadas individualmente com pais e professores de alunos de 3 instituições escolares. Inicialmente os envolvidos foram convidados a participar da pesquisa e assinaram o Termo Livre e Esclarecido – TCLE.

Foram adotados para os critérios de inclusão crianças do ensino fundamental de ambos os gêneros com ou sem disфонia. E foram excluídas

ascrianças que apresentaram alterações neurológicas, neuromusculares, surdez ou qualquer tipo de malformação.

Os pais responderam uma ficha de identificação contendo dados pessoais e escolares da criança. Logo após preencheram um questionário contendo dez questões sobre abusos vocais marcando um (x) no item correspondente a criança tanto para sim como para não.

Para verificar a percepção dos pais sobre a qualidade de vida em voz, foi aplicado o protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico (QVV-P)⁴ composto por 10 questões que investigam o impacto de um possível problema de voz na vida da criança sob a visão dos pais. Foi realizado um cálculo específico proposto pelo instrumento para estabelecimento dos escores dos domínios físico, socioemocional e total. Quanto mais próximo do escore máximo do protocolo, ou seja, 100 pontos, melhor é a qualidade de vida em voz da criança.

Os professores responderam uma ficha de identificação contendo nome da criança, série, idade e data de nascimento. Logo após preencheram um questionário contendo dez questões sobre abusos vocais marcando um (x) no item correspondente a criança tanto para sim como para não.

Os dados coletados foram analisados estatisticamente por meio do teste Qui-Quadrado de Mantel-Haenszel e T-student, adotando-se o nível de significância de 0,05 (5%).

RESULTADOS

Na tabela 1 pode-se observar que participaram do estudo 96 crianças, 50,0% do gênero feminino e 50,0% gênero masculino com a média de idade de 9,22 anos.

Na tabela 2 é mostrada a comparação dos hábitos vocais apresentados pelas crianças em casa e na escola. Pode-se observar que foi estatisticamente significativo a presença dos hábitos de gritar, falar alto e falar muito quando comparados aos diferentes ambientes (casa x escola). Em relação ao hábito de gritar, 71,88% (n=69) das crianças gritam em casa e 31,25% (n=30) das crianças gritam na escola. Em relação ao hábito de falar alto, 61,46% (n=59) das crianças falam alto em casa e 42,71% (n=41) das crianças falam alto na escola. Por fim, em relação ao hábito de falar muito, 68,75% (n=66) das crianças falam muito em casa e 58,33% (n=56) das crianças falam muito na escola. Sendo estes três hábitos os piores relatados tanto pelos pais como pelos professores. Contudo, não houve significância estatística para os demais hábitos vocais quando comparados os ambientes domiciliar e escolar.

Na tabela 3 é apresentado o resultado do QVV-P em escolares com e sem problemas vocais. No protocolo foi observado que as três queixas de voz mais prevalentes segundo os pais foram: que os filhos têm que repetir o que falam para serem entendidos (45,83%), tem dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido(a) em lugares ou situações barulhentas (36,46%) e tem dificuldades em falar ao telefone ou conversar pessoalmente com seus/suas amigos(as) (34,37%).

No gráfico 1 é apresentado o resultado da média do QVV-P por domínio e gênero. Em relação aos domínios do QVV-P as crianças apresentaram a pontuação de 80,68 para o domínio físico, 84,11 para o domínio sócio emocional e 82,05 para o total. Contudo, não houve significância

estatística ao comparar as diferenças das médias entre os gêneros masculino e feminino, porém, o gênero feminino se destaca com uma porcentagem maior no domínio físico com 84,02%.

DISCUSSÃO

No presente estudo foi observado que os hábitos vocais mais prevalentes entre os escolares foram: gritar, falar alto e falar muito. Dessa forma o principal sintoma para estes hábitos é a rouquidão⁶.

Os hábitos vocais inadequados quando persistentes podem causar uma disфонia na infância. De acordo com a literatura, adisфонia é caracterizada pela alteração de parâmetros vocais que resultam nas modificações na qualidade do som, no timbre, no pitch ou na intensidade⁵. É necessário que se considerem os fatores predisponentes ou agravantes das disfonias infantis, entre os quais se podem destacar os hábitos vocais inadequados, alguns fatores biopsicossociais, a estrutura da personalidade, a inadaptação fônica e os fatores alérgicos⁵.

A disфонia na infância pode apresentar uma prevalência elevada no período escolar, na fase de sete a nove anos de idade assim como os dados obtidos no presente estudo, devido a um período maior nas atividades realizadas em grupo⁷. As características vocais da disфонia infantil são: tensão muscular, falta de coaptação glótica, rouquidão e sopro na voz⁷. Dessa forma, na infância é comumente encontrada a presença de nódulos em pregas vocais⁷.

Os nódulos vocais desenvolvem-se na região anterior das pregas vocais, são causados por abusos vocais consecutivos e caracterizam-se por uma adição de tecido fibroso na camada superficial da prega vocal⁷. Os nódulos vocais em crianças tem sido uma das causas de disфонia infantil, podendo ser de origem funcional ou vir acompanhadas de alterações orgânicas secundárias⁷.

Ainda em relação aos hábitos vocais apresentados na tabela 2, foi observado que as crianças possuem pior comportamento vocal em casa do que na escola. Convivendo muitas vezes com modelos vocais inadequados dos pais, as crianças tendem a imitá-los, gerando muitas vezes padrões inadequados, contribuindo assim para o desenvolvimento da disфонia⁵.

Nos dados obtidos no QVV-P foi observado que as três queixas de voz mais prevalentes relatadas pelos pais foram: que os filhos têm que repetir o que falam para serem entendidos (45,83%), tem dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido(a) em lugares ou situações barulhentas (36,46%) e tem dificuldades em falar ao telefone ou conversar pessoalmente com seus/suas amigos(as) (34,37%). Estudos afirmam que há uma discrepância entre a qualidade de vida e a qualidade vocal, pois na maioria dos casos os pais enxergam os problemas vocais como momentâneos ou não entendem que os problemas de voz podem interferir na convivência social, não relacionando com a instalação de uma possível disфонia, faltando realizar a busca por uma intervenção fonoaudiológica e aos demais profissionais da saúde^{3,9}.

A pouca preocupação dos pais e professores com a voz da criança pode tardar o processo de diagnóstico e terapia da disфонia infantil⁷. Assim, as alterações são consideradas como um processo normal do desenvolvimento

infantil e torna-se uma grande barreira para o atendimento às crianças disfônicas³. Mesmo após a conclusão diagnóstica de disфония, é possível observar pouco interesse dos pais e de algumas crianças pelo processo de reabilitação vocal, já que nem sempre os impactos da disфония são percebidos na vida diária⁵.

No gráfico 1 foi observado que as crianças apresentaram a pontuação de 80,68 para o domínio físico, 84,11 para o domínio sócio emocional e 82,05 para o total. Segundo a literatura é considerado como normalidade 91,68 pontos para domínio físico, 96,87 para o domínio sócio emocional e 96,25 para o total. Dessa forma, as crianças do presente estudo encontram-se com a qualidade de vida em voz alterada, ou seja, fora do padrão de normalidade.

Segundo a literatura houve uma diminuição de todos os escores do QVV-P, enfatizando que o grupo avaliado no estudo apresentou pior qualidade de vida em virtude da alteração vocal e que o domínio Físico foi o mais relevante na percepção dos pais/responsáveis e, conseqüentemente, é o principal responsável pelo rebaixamento do Escore Geral. Portanto, o QVV-P é um instrumento sensível aos problemas vocais da população pediátrica¹⁰.

A criança que apresenta alterações vocais pode enfrentar dificuldades para se comunicar, para falar, para ser ouvida/compreendida e para se relacionar com as pessoas. Conforme mostrado na tabela 3 que as crianças apresentam tais dificuldades prejudicando a qualidade de vida em voz⁸.

O fonoaudiólogo na disфония infantil pode ajudar empreevenir novos casos realizando medidas de promoção de saúde vocal, criando novas formas de tratamento, no qual irá melhorar a comunicação social dos escolares, conscientizando os pais e as crianças quanto aos maus hábitos vocais, proporcionando uma qualidade de vida eficaz, favorecendo um desenvolvimento sócio-emocional e cultural mais amplo, onde estabelecerá uma dinâmica vocal eficiente, caracterizando hábitos vocais dentro de um padrão de normalidade, aumentando a importância da prevenção de saúde vocal, diminuindo o índice de crianças disfônicas na escola, melhorando o desempenho escolar, trabalhando com a família integrada junto à escola buscando resultados pertinentes quanto à qualidade de vida em voz desse escolar, comparando os dados de abusos vocais realizados em casa e na escola.

O presente estudo teve como limitação: a não realização de exames laringológicos para a confirmação das disфонияs; a falta de interesse dos pais responder os questionários, pois muitos achavam que os filhos não apresentavam alterações vocais; e a falta de interesse das escolas em participar do estudo, sendo que dentre as dez escolas convidadas apenas três escolas consentiram a participação no estudo.

De acordo com os dados obtidos no presente estudo, sugere-se haja promoção de saúde em voz no ambiente escolar, promovendo ativamente o bem-estar saúde vocal. Portanto, na escola deve haver orientações para pais afim de reduzir os hábitos vocais inadequados praticados em casa; realizar treinamento para os professores para ajudarem na identificação de hábitos inadequados e no diagnóstico precoce da disфония infantil; realizar orientações para as crianças por meio de atividades lúdicas como palestra, teatros, jogos e brincadeiras; uma maior inserção do fonoaudiólogo na escola; e promover acesso a informações a comunidade sobre a importância do uso correto da

voz, afim de promover uma melhor qualidade de vida em voz na população em geral.

CONCLUSÃO

Através das respostas obtidas pelos pais e professores quanto aos questionários de qualidade de vida em voz pediátrico e hábitos vocais. Concluiu-se que as crianças apresentaram comportamento vocal pior em casa do que na escola tendo uma qualidade de vida ruim.

REFERÊNCIAS

1. BRAGA, Júnia Novaes; OLIVEIRA, Domingos Sávio Ferreira de; SAMPAIO, Tania Maria Marinho. Frequência fundamental da voz de crianças. **Rev CEFAC**, v. 11, n. 1, p. 119-26, 2009.
2. DA SILVA, Maíra et al. Habilidades sociais em crianças disfônicas. **J SocBrasFonoaudiol**, v. 24, n. 4, p. 361-7, 2012.
3. RIBEIRO, Vanessa Veiset al. Percepção dos pais sobre a qualidade de vida em voz e evolução clínica de crianças disfônicas pré e pós-terapia fonoaudiológica em grupo. **Distúrbios da Comunicação**. ISSN 2176-2724, v. 25, n. 1, 2013.
4. RIBEIRO, Livia Lima; PAULA, Kely Maria Pereira de; BEHLAU, Mara. Qualidade de Vida em Voz na População Pediátrica: validação da versão brasileira do Protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico In: **CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, 2014. p. 87-95.
5. RIBEIRO, Vanessa Veiset al. Avaliação vocal de crianças disfônicas pré e pós intervenção fonoaudiológica em grupo: estudo de caso. **Rev CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 485-94, 2013.
6. MAIA, Andréa Alves; MICHALICK-TRIGINELLI, Mirelle França. Relação entre transtorno do déficit de atenção/hiperabilidade, dinâmica familiar, disfonia e nódulo vocal em crianças. **Revista de Ciências Médicas**, v. 15, n. 5, 2012.
7. GINDRI, Gigiane; CIELO, Carla Aparecida; FINGER, Leila. Disfonia por nódulos vocais na infância. **Salusvita**, v. 27, n. 1, p. 91-110, 2008.
8. PAIXÃO, Carla Lucélia Bessaniet al. Disfonia infantil: hábitos prejudiciais à voz dos pais interferem na saúde vocal de seus filhos. **Rev CEFAC**, v. 14, n. 4, p. 705-13, 2012.
9. PASCOTINI, Fernanda et al. **REVISTA BRASILEIRA DE QUALIDADE DE VIDA**. 2015
10. KROHLING, Livia Lima; PAULA, Kely Maria Pereira de; BEHLAU, Mara. ROC curve of the Pediatric Voice Related Quality-of-Life Survey (P-VRQOL). In: **CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, 2016. p. 0-0.

TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1. Distribuição dos escolares do ensino fundamental por idade e gênero

Gênero	n	Média da idade	Desvio Padrão	Idade Mínima	Idade Máxima
Feminino	48	8,96	1,16	6,59	11,15
Masculino	48	9,48	1,48	5,07	12,19
Total	96	9,22	1,34	5,07	12,19

Tabela 2. Comparação dos hábitos vocais apresentados pelas crianças em casa e na escola

Hábito vocal	N	Prevalência	RP	IC (95%)	p-valor
Grita em casa	69	71,88		1,00	
Grita na escola	30	31,25	5,47	(1,40 – 21,42)	0,001
Fala alto em casa	59	61,46		1,00	
Fala alto na escola	41	42,71	1,94	(1,08 – 3,48)	0,014
Pigarreia em casa	28	29,17		1,00	
Pigarreia na escola	27	28,13	1,66	(0,89 – 3,13)	0,120
Imita em casa	46	47,92		1,00	
Imita na escola	43	44,79	1,25	(0,80 – 1,95)	0,327
Fala muito em casa	66	68,75		1,00	
Fala muito na escola	56	58,33	1,50	(0,96 – 2,34)	0,045
Sussurra em casa	35	36,46		1,00	
Sussurra na escola	30	31,25	1,33	(0,73 – 2,40)	0,347
Tosse em casa	48	50,00		1,00	
Tosse na escola	25	26,04	1,77	(0,87 – 3,62)	0,105
Fala com esforço em casa	19	19,79		1,00	
Fala com esforço na escola	27	28,13	0,92	(0,40 – 2,11)	0,845
Fala com ruído em casa	29	30,21		1,00	
Fala com ruído na escola	46	47,92	1,48	(0,99 – 2,21)	0,069
Se hidrata em casa	40	41,67		1,00	
Se hidrata na escola	41	42,71	1,47	(0,92 – 2,32)	0,102

Teste estatístico: Qui-Quadrado de Mantel-Haenszel.

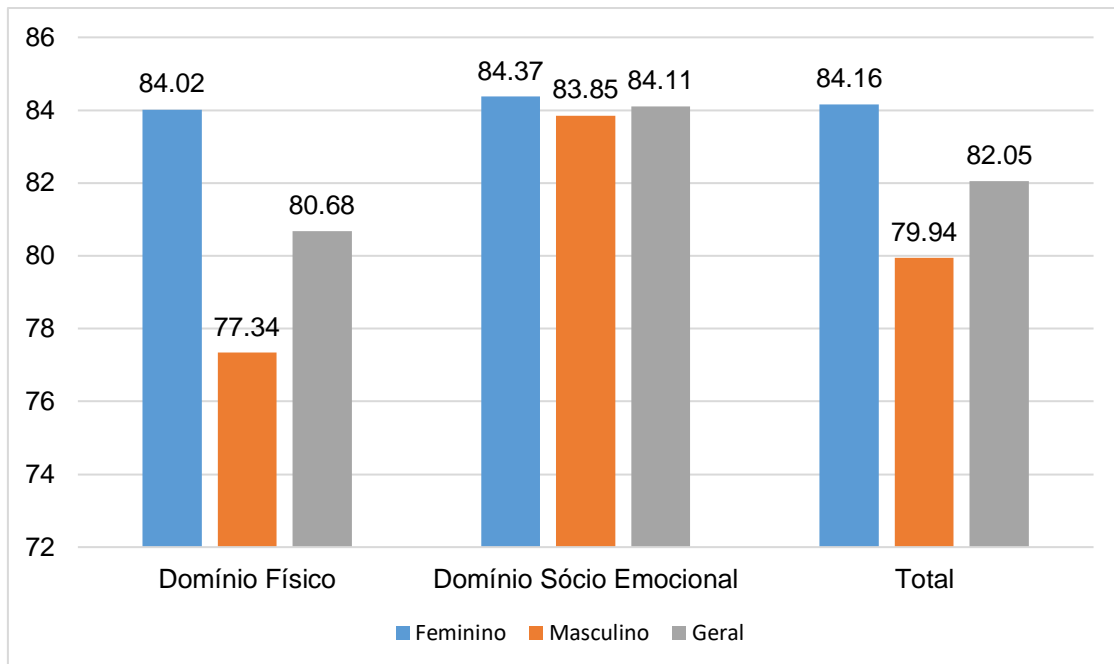
Legenda: RP = Razão de Prevalência, IC = Intervalo de Confiança.

Tabela 3. Resultado do QVV-P em escolares com e sem problemas vocais autorreferidos pelos pais

*Indivíduos que apresentaram respostas “não é um problema”.

Questão	Sem problema*		Com problema**	
	n	%	n	%
1. Meu/minha filho(a) tem dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido(a) em lugares ou situações barulhentos.	61	63,54	35	36,46
2. Quando fala ele/ela fica sem ar e precisa respirar muitas vezes.	64	66,67	32	33,33
3. Às vezes, quando começa a falar, ele/ela não sabe como a voz vai sair.	68	70,83	28	29,17
4. Às vezes, meu/minha filho(a) fica ansioso(a) ou frustrado(a) por causa da sua voz.	71	73,96	25	26,04
5. Às vezes, meu/minha filho(a) fica deprimido(a) por causa da sua voz.	73	76,04	23	23,96
6. Meu/minha filho(a) tem dificuldades em falar ao telefone ou conversar pessoalmente com seus/suas amigos(as).	63	65,63	33	34,37
7. Meu/minha filho(a) tem problemas na escola por causa da sua voz.	69	71,88	27	28,12
8. Meu/minha filho(a) evita sair socialmente por causa da sua voz.	74	77,08	22	22,92
9. Meu/minha filho(a) tem que repetir o que fala para ser entendido(a).	52	54,17	44	45,83
10. Meu/minha filho(a) ficou menos expansivo(a) por causa da sua voz.	70	72,92	26	27,08

**Soma dos indivíduos que apresentaram respostas “é um problema pequeno”, “é um problema médio”, “é um problema moderado” e “é um problema grande”.

Gráfico 1. Resultado da média do QVV-P por domínio e gênero

Teste estatístico: T-student. O teste utilizado não acusou significância estatística ao comparar as diferenças das médias entre os gêneros feminino e masculino (p -valor > 0,05).