






Júlia de Almeida Nunes Murta¹ 
 Mariane Silveira Barbosa^{1,2} 
 Antônio Prates Caldeira² 
 Mirna Rossi Barbosa-Medeiros² 
 Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa^{1,2} 

Descritores

Distúrbios da Voz
 Saúde do Trabalhador
 Estratégia Saúde da Família
 Fatores de Risco
 Doenças Profissionais

Keywords

Voice Disorders
 Occupational Health
 Family Health Strategy
 Risk Factors
 Occupational Diseases

Endereço para correspondência:

Júlia de Almeida Nunes Murta
 Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE
 Rua Geraldina Sarmento Mourão, 679,
 São Luís, Montes Claros (MG), Brasil,
 CEP: 39401-056.
 E-mail: julia.murta@hotmail.com

Recebido em: Fevereiro 04, 2020

Aceito em: Abril 14, 2020

Fatores associados às queixas vocais autorreferidas por agentes comunitários de saúde

Factors associated with voice complaints in community health agents

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência das queixas vocais e a associação com os fatores sociodemográficos, econômicos, ocupacionais e comportamentais entre a população de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). **Método:** Trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado no município de Montes Claros, MG, no qual participaram 674 ACS. Para os aspectos sobre o uso da voz foi aplicado o Índice de Triagem de Distúrbio de Voz (ITDV) e os demais dados contemplavam as condições sociodemográficas, econômicas, ocupacionais e comportamentais. Realizou-se a análise bivariada, pelo teste do qui-quadrado de *Pearson*, e a regressão múltipla de *Poisson* com variância robusta para verificar a associação entre as variáveis. **Resultados:** Houve alta prevalência de queixas vocais, sendo as mais citadas: garganta seca, pigarro, cansaço ao falar e rouquidão. Verificou-se associação significativa entre: sexo feminino, falta de sono reparador, uso de bebidas alcóolicas, autoavaliação da saúde regular a muito ruim e ansiedade. **Conclusão:** Houve uma porcentagem significativa de queixas vocais e os fatores associados encontrados nortearão ações de promoção da saúde vocal e geral.

ABSTRACT

Purpose: To verify the prevalence of vocal complaints and their association with sociodemographic, economic, occupational, and behavioral factors among the population of Community Health Agents (CHA). **Methods:** This is a cross-sectional and analytical study conducted in the city of Montes Claros, MG, in which 674 CHA participated. Data were collected via a self-administered questionnaire that includes sociodemographic, economic, behavioral, occupational, and voice-use aspects based on the Screening Index for Voice Disorder (SIVD). Bivariate analysis was performed by Pearson's chi-square test and Poisson multiple regression with robust variance to verify the association between the variables. **Results:** There was a high prevalence of vocal complaints, the most cited being dry throat, throat clearing, tiredness when talking, and hoarseness. We observed a significant association between female gender, lack of restful sleep, alcohol use, regular to very poor self-rated health, and anxiety. **Conclusion:** There was a significant percentage of vocal complaints, and the associated factors found will guide actions to promote vocal and general health.

Trabalho realizado na Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE - Montes Claros (MG), Brasil.

¹ Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE - Montes Claros (MG), Brasil.

² Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES - Montes Claros (MG), Brasil.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica e tem se destacado dentre as propostas do Sistema Único de Saúde. Possui o importante objetivo de transformar o modelo assistencial, expandindo a atenção básica e centralizando a saúde no indivíduo e sua família, compreendendo-o de forma mais integral. Portanto, busca o planejamento de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde nas comunidades atendidas⁽¹⁾.

A ESF é operacionalizada por equipes multiprofissionais (Equipe de Saúde da Família) que incluem médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podem, também, ser acrescentados: cirurgiões-dentistas, auxiliares e/ou técnicos em saúde bucal⁽¹⁾. Dentro desse contexto, destaca-se o papel do ACS, elemento chave e mediador entre os moradores do território e a Equipe de Saúde da Família, acolhendo e acompanhando essa população⁽²⁾.

O ACS deve, obrigatoriamente, residir na comunidade em que trabalha, realizar visitas domiciliares periódicas, trabalhar em equipe, levantar as necessidades de saúde da população e avaliar as ações de saúde, buscando melhorar sua qualidade de vida⁽²⁾. Há ainda, como produtividade, um número mensal de famílias visitadas, incluindo visitas noturnas para encontrar os moradores⁽³⁾.

Neste sentido, esses profissionais utilizam muito a voz como ferramenta de trabalho e essa atividade laboral tem particularidades que podem comprometer o bem-estar vocal⁽⁴⁾. Além disso, as atividades desenvolvidas tornam os ACS mais expostos às variações de temperatura ambiente e às infecções respiratórias, fatores que propiciam o aparecimento de sintomas vocais como: rouquidão, falta de ar, falha na voz, garganta seca, cansaço ao falar e ardor na garganta^(4,5). Estes sintomas normalmente são decorrentes do uso excessivo e/ou inadequado da voz em suas atividades de trabalho⁽⁴⁾.

Devido às peculiaridades existentes no trabalho dos ACS e à escassez de estudos sobre esse tema, o objetivo desta pesquisa foi verificar a prevalência das queixas vocais autorrelatadas e a associação com fatores sociodemográficos, econômicos, ocupacionais e comportamentais entre a população de ACS atuantes no município de Montes Claros, MG, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e analítico, componente de um projeto intitulado “Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde do norte de Minas Gerais” e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros sob protocolo n° 2.425.756. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido voluntariamente. O presente estudo foi realizado com os ACS da cidade de Montes Claros, MG, Brasil.

A cidade, de porte médio, apresenta características de capital regional. Constitui-se como o núcleo urbano mais expressivo e influente dessa região e do sudoeste da Bahia. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o município possuía um contingente populacional estimado de 404.804 habitantes, em 2018⁽⁶⁾ e contava com 135 equipes da Estratégia de Saúde da Família, sendo 125 presentes na zona urbana e 10 na zona rural.

A população alvo da pesquisa foi composta por todos os ACS que atuam nas 135 equipes da ESF no município. Inicialmente foi realizado um estudo piloto com 15 ACS que serviu como base para adequação do questionário. Foram excluídos os ACS com menos de um mês de trabalho, ACS em desvio de função ou de licença por qualquer natureza e na condição de gestante.

Para a coleta de dados utilizou-se as instalações do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) do município, em dias úteis da semana, no período matutino do ano de 2018 e foram realizadas por profissionais da saúde e alunos de iniciação científica. Os participantes responderam um questionário autoaplicável que contemplava as condições sociodemográficas, econômicas, comportamentais, ocupacionais, condição de saúde e aspectos sobre a voz: queixas vocais baseadas no Índice de Triagem de Distúrbio de Voz – ITDV⁽⁷⁾ e uso da voz no dia a dia.

O ITDV é um instrumento com uma relação de sinais e sintomas relacionados à voz, que busca triar os sujeitos com possível alteração vocal. Foi validado em uma população de professores, mas vem sendo utilizado em outras categorias profissionais, como por exemplo, em ACS. É composto por uma escala *Likert* de quatro pontos (nunca, raramente, às vezes e sempre). Cada sintoma foi analisado em duas categorias: presente e ausente, sendo considerado presente quando a resposta foi às vezes e sempre⁽⁷⁾. Os sinais e sintomas foram dicotomizados e denominados “queixas vocais, constituindo-se na variável dependente do estudo.

As variáveis independentes foram: sexo, faixa etária, situação conjugal, cor da pele autorreferida, escolaridade, renda, ingestão de bebidas com cafeína, ingestão de álcool, tabagismo, qualidade do sono, autoavaliação da saúde, número de famílias acompanhadas por ACS, tempo de trabalho como ACS, satisfação com o trabalho e a ansiedade.

A faixa etária foi dicotomizada pela mediana de idade. A cor da pele autorreferida foi categorizada em branca, parda e outras (negra, indígena, amarela). A cafeína referiu-se à ingestão diária de café, chá e/ou refrigerantes “colas”. A ingestão média de bebida alcoólica semanal foi baseada em doses, sendo uma dose o equivalente a uma lata de cerveja de 340 ml ou um copo de vinho de 142 ml ou ainda uma dose de bebida destilada (aguardente, whisky, etc.). O tabagismo baseou-se em uma pergunta sobre a quantidade de cigarros por dia, sendo não fumantes aqueles que responderam nenhum cigarro/dia. A qualidade do sono foi baseada na frequência de ter tido uma boa noite de sono e sentir-se descansado.

A autoavaliação da saúde tinha cinco opções de respostas em escala de *Likert* (Muito boa, Boa, Regular, Ruim, Muito ruim). A satisfação no trabalho também em escala de *Likert* (Quase nunca/Nunca, Raramente, Algumas vezes, Com relativa frequência, Quase sempre/Sempre). A pergunta sobre o número de famílias acompanhadas foi do tipo aberta e posteriormente dicotomizada pela mediana.

A ansiedade foi verificada pelo IDATE-estado do “Inventário de Ansiedade Traço-Estado” em sua forma reduzida⁽⁸⁾. Entende-se por Ansiedade-estado a forma como o indivíduo lida frente aos estressores descrevendo como se sente “agora, neste momento” em relação a seis itens. A pontuação das perguntas positivas é invertida. Essa variável foi dicotomizada, sendo aqueles com

pontuações abaixo da mediana considerados “sem indício de ansiedade” e acima, “com indício de ansiedade”.

Os dados foram tabulados utilizando o programa estatístico *Predictiv Analytics SoftWare* (PASW) 18.0. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas das variáveis e posteriormente realizou-se a análise bivariada, pelo teste do qui-quadrado de *Pearson*, para verificar a associação entre as queixas vocais e as demais variáveis. Aquelas que se mostraram associadas ao nível de 25% ($p \leq 0,25$) foram selecionadas para análise de regressão múltipla de *Poisson* com variância robusta, obtendo-se as razões de prevalências (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), sendo adotado para o modelo final o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Participaram do estudo 674 ACS, o que correspondeu a 84,6% do total de ACS do município. A maioria era do sexo feminino (83,8%), com média de idade de 36,7 anos (DP=9,85 anos), mediana de 36 anos, mínimo de 19 e máximo de 68 anos; a média de tempo de atuação como ACS foi de 3,7 anos (DP=2,7 anos) com mínimo de um mês e máximo de nove anos, sendo que todos atuavam inseridos em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF). A média da renda familiar foi de R\$ 2.320,59 (DP=1.132,27).

Em relação às queixas vocais, a prevalência foi de 70,5% e os quatro sinais e sintomas mais citados foram: garganta seca (49,7%), pigarro (35,2%), cansaço ao falar (32,3%) e rouquidão (26,7%). Sobre a percepção de como faz uso da voz no dia a dia, 50,1% falam muito, 34,6% falam moderadamente, 13,6% falam demais e 1,6% relataram falar pouco.

Na análise final ficaram mantidas com significância estatística o sexo feminino, a falta de sono, a ingestão de oito ou mais doses de álcool por semana, precária autoavaliação da saúde e ansiedade (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Pode-se verificar uma predominância feminina entre os ACS, à semelhança dos estudos realizados em Pinhalzinho – SC⁽⁹⁾, Pelotas – RS⁽¹⁰⁾, São Paulo – SP⁽⁵⁾ e Itabira – MG⁽¹¹⁾ com uma porcentagem de 82,7%, 88,6%, 89,3% e 100,0% de mulheres, respectivamente. Há uma tendência à feminização da profissão^(5,12), visto que o processo saúde-doença tem a figura da mulher no que refere ao cuidar e educar desempenhado na sociedade⁽¹²⁾.

Cabe considerar a alta prevalência de queixas vocais entre os ACS estando acima dos 42,9% e 56,9% em outros dois estudos^(4,5). Essa diferença pode ser explicada não somente pelo tamanho da amostra como, também, pela condição da saúde que foi autorrelatada pelos participantes. Tanto a saúde física quanto psíquica pode influenciar na qualidade vocal⁽¹³⁾.

O sintoma garganta seca foi o mais prevalente e esteve acima dos 32,1% de estudo com 28 ACS de uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo⁽⁵⁾ e abaixo dos 61,5% de outro estudo com 65 ACS⁽⁴⁾. O pigarro e a rouquidão, segunda e terceira queixas vocais, tiveram prevalência acima dos 32,1% em um estudo⁽⁵⁾ e abaixo dos 43,1% e 48,4% respectivamente em outro estudo⁽⁴⁾.

Tais queixas também são observadas entre os professores de diferentes níveis de ensino, sendo os sintomas mais prevalentes relacionados a essa atividade laboral a garganta seca, 45,8%; a rouquidão, 35,4% e o cansaço vocal 32,7%⁽¹⁴⁾.

Em relação à percepção de como os ACS usam a voz no dia a dia, é de conhecimento comum que a utilização de maior quantidade de fala pode favorecer o desenvolvimento de alterações vocais, visto que falar por mais tempo pode levar a musculatura fonatória à fadiga e, conseqüentemente, ocasionar o aumento do esforço para falar⁽¹⁵⁾. Um maior tempo de fala pode desencadear alterações na voz por fonotrauma devido à exposição dos tecidos das pregas vocais, ou seja, pessoas mais falantes têm mais probabilidade de desenvolver lesões laringeas⁽¹⁶⁾.

A associação entre a presença de queixas vocais e a população feminina era esperada. Devido ter uma laringe com menor dimensão e a proporção glótica reduzida em comparação com a do homem, a mulher apresenta maior predisposição ao desenvolvimento de alterações vocais⁽¹⁷⁾.

Outra associação observada foi a presença de queixas vocais na população usuária de bebidas alcoólicas e verificada em outras pesquisas⁽¹⁸⁻²⁰⁾. O consumo frequente do álcool esteve associado às patologias laringeas⁽¹⁹⁾ e estudo com idosos verificou que o álcool concomitante ao tabagismo aumentou o risco de doenças da laringe⁽²⁰⁾. Pesquisa com professores concluiu que o consumo de mais de uma dose de bebida alcoólica por vez esteve associado às queixas vocais⁽²¹⁾.

Diferente do estudo realizado em São Paulo⁽²⁾, nesta pesquisa houve associação entre a presença de queixas vocais e falta de sono reparador. É de senso comum que uma boa noite de sono é fator fundamental para uma produção adequada da voz. Pesquisa demonstrou que as pessoas com problemas vocais têm melhor percepção quanto à interferência da qualidade de sono na voz. Diferente daqueles que não têm problemas vocais pois não percebem que a voz fica pior depois de uma noite mal dormida⁽²²⁾.

Outra associação significativa observada neste estudo refere-se à avaliação da saúde autorreferida. Os problemas vocais foram mais evidentes no grupo que relatou a saúde como regular a muito ruim. Estudo realizado no Rio Grande do Norte verificou que os ACS queixavam de cansaço físico e dores no corpo devido às atividades realizadas e que estes precisam realizar seu trabalho de forma eficaz⁽²³⁾. A voz é um reflexo dos fatores físicos e emocionais. A saúde vocal é um importante indício da saúde geral. E apesar da autopercepção ser um parâmetro subjetivo, sabe-se que as informações são importantes devendo levá-las em consideração tanto sobre as queixas vocais quanto para o estado geral da saúde.

No que refere à ansiedade, artigo de revisão mostra que esta pode gerar, manter ou ser consequência de um problema vocal tornando-se, portanto, um ciclo vicioso entre o sintoma vocal e emocional. Altos níveis de ansiedade podem trazer impacto negativo na voz aumentando as queixas vocais. Os autores acrescentam que a ansiedade-estado interfere na comunicação⁽²⁴⁾.

Apesar dos ACS serem profissionais da voz, são escassos os estudos voltados para este aspecto nesta população, dificultando a comparação de resultados. Ao verificar a prevalência das queixas vocais em uma amostra expressiva de ACS, esse estudo apresentou os fatores que interferiram na sua produção. Portanto, agora detectados, é possível planejar ações de prevenção de distúrbios vocais e de promoção da saúde.

Tabela 1. Descrição do perfil sociodemográfico, econômico, comportamental e ocupacional dos Agentes Comunitários da Saúde e razão de prevalência para associação entre as queixas vocais e variáveis independentes que permaneceram no modelo final. Montes Claros, MG, Brasil, 2018.

Variável	Queixas Vocais				p-valor [*]	Análise Ajustada	
	Sem queixa		Com queixa			RP (IC)	p-valor ^{**}
	N	%	N	%			
Sexo							
Masculino	45	41,3	64	58,7		1	
Feminino	154	27,3	411	72,7	0,003	1,216 (1,032-1,433)	0,019
Faixa etária							
≤ 36 anos	110	32,5	228	67,5	0,085	-	-
>36 anos	89	26,5	247	73,5			
Situação conjugal							
Sem companheiro	80	29,5	191	70,5	0,998	-	-
Com companheiro	119	29,5	284	70,5			
Cor da pele autorreferida							
Branca	25	28,7	62	71,3	0,964	-	-
Parda	142	29,8	334	70,2			
Outras	32	28,8	79	71,2			
Escolaridade							
Superior incompleto e completo	93	32,0	198	68,0	0,227	-	-
Médio e fundamental completo	106	27,7	277	72,3			
Renda							
Até 2.000,00	119	31,8	255	68,2	0,145	-	-
Mais de 2.000,00	80	26,7	220	73,3			
Ingestão de bebidas com cafeína							
Nunca a duas vezes	147	30,4	337	69,6	0,442	-	-
Mais de duas vezes	52	27,4	138	72,6			
Ingestão média de álcool por semana							
Até 7 doses	192	30,4	440	69,6	0,059	1	
Oito ou mais doses	7	16,7	35	83,3		1,237 (1,062-1,440)	0,006
Tabagismo							
Não fumante	193	29,9	452	70,1	0,286	-	-
Fumante	6	20,7	23	79,3			
Sono: se dorme bem e se sente descansado							
Sempre a frequentemente	145	36,2	255	63,8	<0,001	1	
Nunca a algumas vezes	54	19,7	220	80,3		1,177 (1,067-1,298)	0,001
Autoavaliação da saúde							
Boa a muito boa	140	35,2	258	64,8	<0,001	1	
Regular a muito ruim	59	21,4	217	78,6		1,129 (1,023-1,246)	0,016
Número de famílias acompanhadas							
≤ 120	101	28,5	253	71,5	0,552	-	-
>120	98	30,6	222	69,4			
Tempo de trabalho como ACS							
≤ 5 anos	126	33,1	255	66,9	0,021	-	-
> 5 anos	73	24,9	220	75,1			
Satisfação com o trabalho							
Sempre e com relativa frequência	156	32,6	323	67,4	0,007	-	-
Quase nunca e algumas vezes	43	22,1	152	77,9			
Ansiedade-estado							
Não ansiosos	126	35,6	228	64,4	<0,001	1	
Ansiosos	72	22,6	247	77,4		1,132 (1,026-1,248)	0,013

*Teste Qui-quadrado de Pearson; **RP = Razão de prevalência após Regressão de Poisson com variância robusta. IC = Intervalo de Confiança

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, realizada junto a um grupo de Agentes Comunitários de Saúde atuantes no município de Montes Claros, MG, foi verificada prevalência de queixas de voz em uma porcentagem significativa, havendo associação com o sexo feminino, uso de bebidas alcoólicas, ausência de sono reparador, autoavaliação da saúde regular a muito ruim e ansiedade.

Verifica-se a necessidade de intervenções que permitam melhorar a saúde geral e vocal desses profissionais para que suas ações possam ter um impacto positivo e, conseqüentemente, refletir na saúde da população.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) pela disponibilização de espaço para a realização da pesquisa e aos Agentes Comunitários de Saúde pela participação.

A acadêmica Júlia de Almeida Nunes Murta agradece ao Programa de Iniciação Científica Prociência das Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE.

Trabalho realizado por meio do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Atenção Básica à Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Andrade MV, Coelho AQ, Xavier Neto M, Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998-2012). *Health Policy Plan.* 2018;33(3):368-80. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czx189>. PMID:29346551.
2. Garcia ACP, Lima RCD, Lima EFA, Galavote HS, Andrade MAC. Perfil e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Rev Fund Care Online [Internet].* 2019 [citado em 2020 Fev 4];11(2):339-44. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6553>
3. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde Debate.* 2018;42(1):261-74. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s117>.
4. Cipriano FG, Ferreira LP, Servilha EA, Marsiglia RM. Relação entre distúrbio de voz e trabalho em um grupo de Agentes Comunitários de Saúde. *CoDAS.* 2013;25(6):548-56. PMID:24626981.
5. Cipriano FG, Ferreira LP. Queixas de voz em agentes comunitários de saúde: correlação entre problemas gerais de saúde, hábitos de vida e aspectos vocais. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;16(2):132-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342011000200005>.
6. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultados preliminares – Montes Claros. 2018 [citado em 2020 Fev 4]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
7. Ghirardi AC, Ferreira LP, Giannini SPP, Latorre MRDO. Screening index for voice disorder (SIVD): development and validation. *J Voice.* 2013;27(2):195-200. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.11.004>. PMID:23280383.
8. Fioravanti-Bastos ACM, Cheniaux E, Landeira-Fernandez J. Development and validation of a short-form version of the Brazilian state-trait anxiety inventory. *Psicol Reflex Crit.* 2011;24(3):485-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000300009>.
9. Cavalli FS, Seben JT, Busato MA, Lutinski JA, Andrioli DC. Controle do vetor *Aedes Aegypti* e manejo dos pacientes com dengue. *Rev Fund Care*

Online. 2019;11(5):1333-9. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1333-1339>.

10. Santos FSS, Mintem GC, Gigante DP. O agente comunitário de saúde como interlocutor da alimentação complementar em Pelotas, RS, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2019;24(9):3483-94. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018249.23882017>.
11. Santos JN, Rodrigues ALV, Silva AFG, Matos EF, Jerônimo NS, Teixeira LC. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os riscos à saúde fonoaudiológica. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;17(3):333-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342012000300016>.
12. Fonseca RBG. O perfil do Agente Comunitário de Saúde e sua feminização. *Enfermagem Brasil.* 2019;18(3):430. <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v18i3.2723>.
13. Gonçalves GB, Oliveira DA. Saúde vocal e condições de trabalho na percepção dos docentes de educação básica. *Rev FAEEBA.* 2016;25(46):89-104. <http://dx.doi.org/10.21879/faeaba2358-0194.2016.v25.n46.p89-104>.
14. Limoeiro FMH, Ferreira AEM, Zambon F, Behlau M. Comparação da ocorrência de sinais e sintomas de alteração vocal e de desconforto no trato vocal em professores de diferentes níveis de ensino. *CoDAS.* 2019;31(2):e20180115. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20182018115>. PMID:30892420.
15. Bastian RW, Thomas JP. Do talkativeness and vocal loudness correlate with laryngeal pathology? A study of the vocal overdoer/underdoer continuum. *J Voice.* 2016;30(5):557-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.06.012>. PMID:26311493.
16. Gama ACC, Santos JN, Pedra EFP, Rabelo ATV, Magalhães MC, Las Casas EB. Vocal dose in teachers: correlation with dysphonia / Dose vocal em professores: correlação com a presença de disfonias. *CoDAS.* 2016;28(2):190-2. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015156>. PMID:27191884.
17. Putnoki DS, Hara F, Oliveira G, Behlau M. Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com gênero, idade e uso vocal profissional. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2010;15(4):485-90. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342010000400003>.
18. Moreira TC, Gadenz C, Figueiró LR, Capobianco DM, Cunha K, Ferigolo M, et al. Uso de substâncias psicoativas, alterações vocais e qualidade de vida em usuários de drogas lícitas e ilícitas. *Rev CEFAC.* 2015;17(2):374-84. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620156714>.
19. Byeon H, Lee Y. Prevalence and risk factors of benign laryngeal lesions in adult population. *Korean Commun Disord.* 2010;15:648-56.
20. Byeon H, Lee Y. Laryngeal pathologies in older Korean adults and their association with smoking and alcohol consumption. *Laryngoscope.* 2013;123(2):429-33. <http://dx.doi.org/10.1002/lary.23603>. PMID:22991190.
21. Rossi-Barbosa LA, Barbosa MR, Moraes RM, Sousa KF, Silveira MF, Gama AC, et al. Self-reported acute and chronic voice disorders in teachers. *J Voice.* 2016;30(6):755.e25-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.08.003>. PMID:26344862.
22. Guimarães MASV, Silva MAA. Relação entre sono e voz: percepção de indivíduos adultos disfônicos e não disfônicos. *Distúrb Comun.* 2007;19(1):93-102.
23. Pinheiro LS, Medeiros TCS, Valença CN, Dantas DKF, Santos MAP. Melhorias para a qualidade de vida e trabalho na visão dos agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Med Trab.* 2019;17(2):180-7. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1679443520190315>. PMID:32270120.
24. Trajano FMP, Almeida LNA, Araújo RA, Crisóstomo FLS, Almeida AAF. Níveis de ansiedade e impactos na voz: uma revisão de literatura. *Distúrb Comum [Internet].* 2016 [citado em 2020 Fev 4];28(3):423-33. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/>

Contribuição dos autores

JANM participou da redação do artigo; MSB participou da concepção e coleta dos dados; APC participou do delineamento da pesquisa e aprovação final da versão a ser publicada; MRBM participou da revisão e redação do artigo e LARRB orientou todas as etapas do trabalho e participou da revisão e redação do projeto e do artigo.