

Prevalência de queixa vocal em universitários

Artigo Original

Artigo recebido em 11/10/2006 e aprovado em 17/01/2007

Vocal complains in university students

Siomara R. Quintino da Silva¹, Osmar Mesquita de Sousa Neto²

¹ Graduanda de Fonoaudiologia do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

² Professor Assistente do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Instituição: Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo- São Paulo- SP Brasil

Correspondência: Rua: Dr. Cesário Mota Junior, 61 - 8º andar, Santa Cecília CEP: 01221020- São Paulo- SP Brasil

RESUMO

A saúde do homem moderno está vinculada aos seus hábitos e ao meio ambiente em que está inserido. Alguns dos fatores de agressão da vida cotidiana comprometem diretamente a saúde vocal. A população jovem ativa é geralmente uma das mais vulneráveis aos fatores agressivos do ambiente e de hábitos nocivos à saúde, bem como dietas equivocadas, vícios como tabagismo e etilismo, falta de sono e excesso de trabalho. Muitos desses fatores interferem de forma determinante na saúde vocal. A voz é considerada o mais poderoso instrumento da comunicação humana e sua efetividade é fundamental para o desempenho bio-psico-social do indivíduo. Objetivo: verificar a ocorrência da queixa vocal em jovens estudantes universitários e correlacionar essa presença com os hábitos de rotina diária. Material e Método: avaliamos os dados obtidos em 182 questionários distribuídos para estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, dos cursos de Enfermagem, Fonoaudiologia e Medicina. Resultados: encontramos uma prevalência de 26% de portadores de queixa de alteração vocal nessa amostra. Encontramos uma prevalência de 7% de tabagistas e de 37% de consumidores regulares de bebidas alcoólicas, elevado consumo diário de alimentos gordurosos, cítricos e cafeína. Não encontramos hábitos preferencialmente relacionados aos sujeitos com queixa de alteração vocal, em relação àqueles sem queixa. Conclusão: a prevalência da alteração vocal na amostra estudada é de 26%, e que não foram encontrados fatores relacionados a essa queixa nos hábitos pesquisados nessa amostra.

ABSTRACT

The human health is linked to our habits and to the environment where we live. Aggressive situation of the modern life jeopardizes directly the voice health. The youth population usually is prone to aggressive factors like wrong diet, way of life and stress. Aim: to verify the prevalence of voice complaints in a youth sample of university student in the health area. Material and Method: The data of 182 questionnaires collected from students of Nurse, Speech Pathology and Audiology and Medicine were evaluated. Results: 26% among them complained of vocal problems. 7% smoked and 37% regularly consumed alcohol. Conclusion: the prevalence of voice alterations cited was 26% many without vocal hygiene problems related.

Descritores: queixas, voz, alunos, saúde

ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia - Vol. 25 (1: 51-57, 2007)

Keyword: complain, voice, students, health

INTRODUÇÃO

A saúde dos seres humanos é sensível às condições do meio ambiente e das situações que ocorrem no cotidiano. Ela está diretamente relacionada com o equilíbrio entre os fatores de agressão externos e os mecanismos de defesa do nosso organismo.

As condições de vida do homem moderno variaram muito nos últimos séculos. Mesmo nas épocas mais remotas, podemos identificar influências dessas condições na saúde. Segundo Gochfeld 1 (2005), a ocorrência de traumatismos violentos aumentou muito durante a construção das pirâmides no Egito. Ainda segundo o mesmo autor, as pessoas que viveram no século XIX tiveram a saúde e o aparecimento de doenças diretamente conectada com o avanço da revolução industrial acompanhada da revolução social e demográfica. Grandes populações, pouco saneamento, imigração e pobreza também ligadas às doenças, como a tuberculose, ou como as condições precárias a que eram submetidos os mineradores, que com a inalação da poeira contaminada poderiam desenvolver câncer de pulmão.

O tempo de trabalho, as horas de descanso e de lazer, alimentação, exposição a agentes tóxicos, ansiedade, violência e estresse, são parâmetros que servem para avaliar a qualidade de vida do indivíduo.

Atualmente, a rotina de vida das pessoas apresenta outros tipos agressões. Segundo Gochfeld 1 (2005) com as novas tecnologias que surgem, as pessoas são expostas a novos riscos à saúde, como a exposição a novos produtos químicos que causam efeitos no nosso organismo, como o câncer. Outro fator cuja importância tem aumentado é a violência e as agressões por armas de fogo.

A vida em sociedade pode expor determinada faixa etária ou grupo social a mais fatores que outros. Crianças e idosos, por apresentarem maior reclusão, estão menos expostos a alguns elementos. Por outro lado, os jovens permanecem mais tempo fora de casa, por motivo de estudo, trabalho ou lazer. As mudanças que acontecem na adolescência são intensas e nem sempre estão de acordo com uma boa qualidade de vida.

Hábitos alimentares saudáveis reduzem o risco de problemas agudos de saúde, como anemia ferropriva, obesidade, carências alimentares e cáries. Além disso, previnem doenças de aparecimento tardio, como câncer, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e osteoporose. A maioria dos comportamentos adquiridos na infância e adolescência permanece até a idade adulta (Vereecken et al, 2005).

West et al 2 (2005) apontaram sobre o ambiente de trabalho dos jovens e seus riscos durante a jornada de trabalho. Uma das consequências do excesso de atividades em alguns jovens foi a depressão e uma menor capacidade de administrar a própria vida.

Ao ingressar em uma universidade, experimentam grandes mudanças nos hábitos de rotina diária. Esses hábitos incluem alterações do horário e tipo de alimentação durante o dia, do tempo de sono, de estudo, aquisição de vícios e até uso de medicamentos.

Haggström et al 3 (1999) realizaram um estudo com estudantes universitários a fim de estimar a prevalência do hábito de fumar. Numa amostra de 450 estudantes universitários, 24,4% eram fumantes ou ex-fumantes. Os principais motivos para a aquisição do vício foram a curiosidade, tensão e influência de amigos tabagistas.

Meining, Classen 4 (2000) relataram os padrões de estilo de vida e da dieta alimentar como fatores que provocam ou mantêm os sintomas de refluxo gastro-esofágico. Ingestão de alimentos gordurosos, doces, alimentos cítricos, substâncias gasosas, álcool, fumo, deveriam ser evitados. A obesidade, hábito alimentar de ingerir grande quantidade de comida durante as refeições, posição de dormir e atividade física também estariam envolvidos no aparecimento do refluxo gastro-esofágico.

Outro estudo que envolveu estudantes universitários foi realizado por Materola et al 5 em 1998. Essa pesquisa, executada no Chile, buscava identificar sintomas relacionados ao refluxo gastro-esofágico. Os autores verificaram que 10% dos estudantes universitários (n=96) apresentavam disфонia, 38% pirose, 55% regurgitação e 5% disfagia. Cerca de 28% relataram o uso de medicamentos antiácidos no controle dos sintomas.

A disфонia é um sintoma que pode trazer inúmeras consequências para a vida do indivíduo, uma vez que a voz é importante para a nossa relação interpessoal. Podemos transmitir mensagens por outras vias de comunicação, mas é pela voz que transmitimos as nossas emoções de forma mais pura e revelamos até a nossa personalidade.

Por isso é de grande importância que cuidemos da nossa voz. Precisamos preservar o que chamamos de saúde vocal. Andrada e Silva 6 (1998) relatou sobre os hábitos que devem ser evitados para a promoção da saúde vocal. Isto inclui evitar fumar, ingerir álcool, drogas, pigarrear, tossir, gritar, utilizar ar condicionado, e a competição sonora.

Sendo estudante universitária, pude observar a presença de hábitos e rotinas desfavoráveis na minha vida e de meus colegas. A partir dessa observação surgiu a seguinte dúvida: Existem muitos sintomas vocais nessa população? Esses sintomas estão relacionados aos hábitos referidos?

OBJETIVO

O objetivo desse estudo é verificar a prevalência da queixa de alteração vocal em jovens estudantes universitários e correlacionar a presença desse sintoma com hábitos de rotina diária, a saber: alimentação, horas de sono, tabagismo e etilismo.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (número de protocolo: 00605).

Foram estudados os alunos da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo dos cursos de Fonoaudiologia, Enfermagem e Medicina.

Seleção de sujeitos

Para a seleção dos sujeitos, foi necessário que a pesqui-

sadora comparecesse a sala de aula dos estudantes antes do início da aula. Nesse momento, fazia a apresentação da pesquisa e entregava o questionário a ser respondido. Apenas os estudantes interessados em participar da pesquisa recebiam o questionário. Estes ainda recebiam e preenchiam um termo de consentimento livre e esclarecido, a fim de obedecer aos preceitos éticos necessários à realização de pesquisa com seres humanos (Anexo 2).

Critérios de inclusão:

- Ter entre 17 e 30 anos de idade.
- Cursar a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Critérios de Exclusão:

- Não preencher o questionário de maneira adequada.

Procedimentos

Foi utilizado um questionário elaborado pela pesquisadora e seu orientador sobre queixa vocal, hábitos de rotina diária e sintomas de refluxo gastro-esofágico (Anexo 1). Alguns estudantes não se interessaram em participar e, embora não tenhamos quantificado, essa proporção foi muito pequena.

Durante o tempo de preenchimento do questionário, a pesquisadora permanecia na sala de aula para esclarecimento de dúvidas. Os estudantes responderam ao questionário em uma média de 5 minutos e, ao seu término, entregavam-no imediatamente para a pesquisadora. Esperava-se o preenchimento de pelo menos 150 questionários.

Análise dos dados

Foi realizada análise estatística descritiva para a apresentação dos resultados.

Casuística obtida

Foram obtidos 182 questionários preenchidos de maneira correta (13 excluídos por estarem incompletos), sendo 32 provenientes do curso de enfermagem, 70 do curso de fonoaudiologia e 80 do curso de medicina (Fig 1).

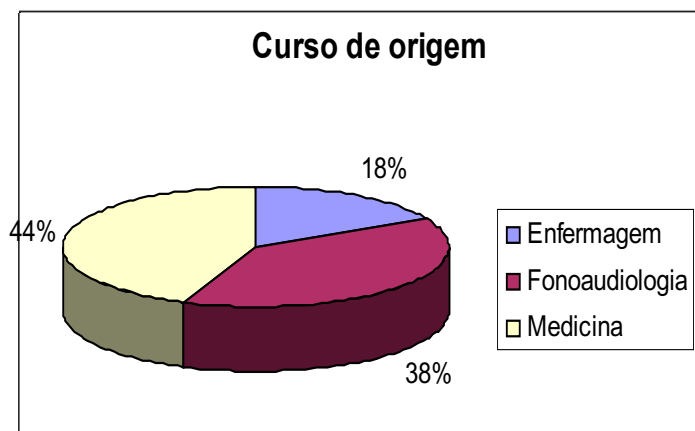


Figura 1. Distribuição dos sujeitos nos diversos cursos.

A idade dos sujeitos variou de 17 a 30 anos, com média de 21,15 e desvio padrão de 2,38 (Fig. 2). Dentre esses, 135 eram do sexo feminino e 47 do masculino. A distribuição dos participantes em relação ao sexo está apresentada separadamente em cada curso na Fig. 3.

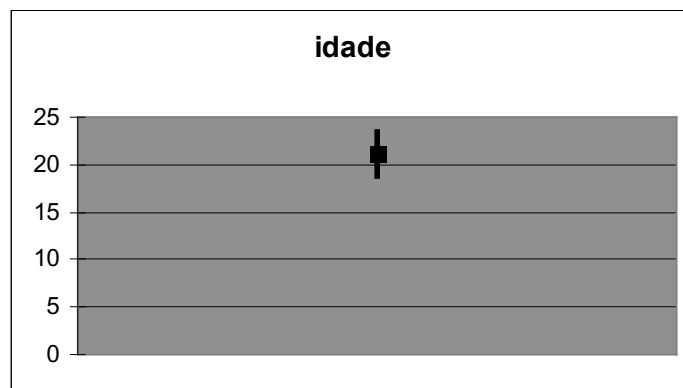


Figura 2. Média das idades e desvio padrão dos sujeitos.

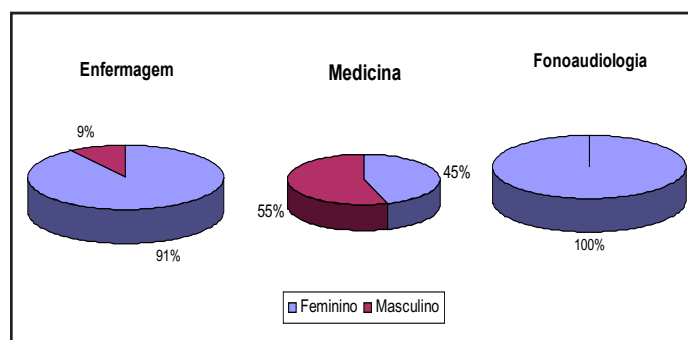


Figura 3. Distribuição dos sujeitos nos cursos em relação ao gênero

RESULTADOS

Queixa vocal

Nas respostas ao questionário observamos que 134 dos sujeitos negaram a presença de alteração da voz, enquanto que 48 (26,3%) referiram tal queixa (Fig.4). A proporção de indivíduos com queixa vocal nos diferentes cursos foi semelhante (Enfermagem – 25%, Fonoaudiologia – 28%, Medicina – 25%).

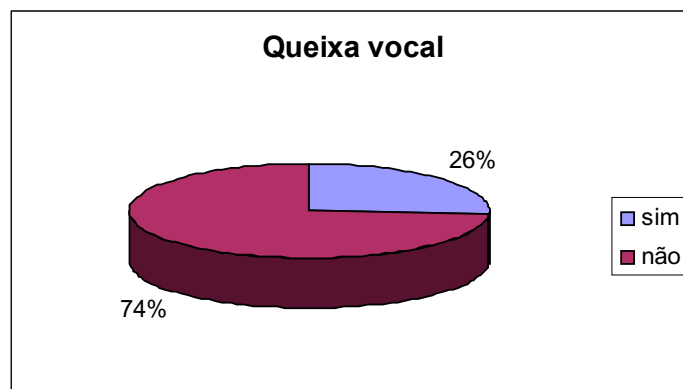


Figura 4. Ocorrência de queixa vocal.

Além da queixa vocal instalada, investigou-se também sintomas vocais inconstantes. A perda da voz foi referida como esporádica (“às vezes”) por 19 sujeitos (14,1%) sem queixa vocal e 16 sujeitos com queixa (33,3%). Essa mesma perda foi caracterizada como freqüente em 1 caso (0,7%)

no grupo sem queixa e em 2 casos (4,1%) no grupo com queixa vocal. Variações da qualidade vocal durante o dia foram presentes em 46 sujeitos (34,3%) sem queixa e em 30 sujeitos (62,5%) com queixa vocal. Além dos itens citados, ainda inquiriu-se a respeito de “irritação na garganta”, “cansaço ao falar” e “esforço para falar”. Esses dados estão expostos na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da ocorrência de sintomas vocais nos grupos “sem queixa” (n = 134) e “com queixa de alteração vocal” (n = 48).

		sem queixa vocal		com queixa vocal	
perda da voz	não	113	84,30%	31	64,50%
	às vezes	19	14,10%	16	33,30%
	frequentemente	2	1,40%	1	2%
	permanentemente	0	0,00%	0	0
	variação da voz	não	79	58,90%	9
	às vezes	46	34,30%	30	62,50%
	frequentemente	8	5,90%	7	14,50%
	permanentemente	1	0,70%	2	4,10%
irritação faríngea	não	78	58,20%	14	29,10%
	às vezes	50	37,30%	25	52%
	frequentemente	6	4,40%	9	18,70%
	permanentemente	0	0,00%	0	0,00%
	cansaço ao falar	não	95	70,80%	19
às vezes		30	22,30%	18	37,50%
frequentemente		9	6,70%	11	22,90%
permanentemente		0	0,00%	0	0,00%
esforço vocal		não	113	84,30%	25
	às vezes	19	14,10%	15	31,20%
	frequentemente	2	1,40%	6	12,50%
	permanentemente	0	0,00%	3	6,20%

HÁBITOS ALIMENTARES

Obtivemos informações sobre o consumo de substâncias potencialmente nocivas à saúde vocal, como: alimentos gordurosos (frituras em imersão, chocolates, laticínios, carnes), alimentos cítricos e ácidos (frutas, sucos, tomate, vinagre) e cafeína (café, chás, refrigerantes, guaraná em pó). Esses dados estão expostos na tabela 2.

Tabela 2. Caracterização do consumo de alimentos potencialmente nocivos à saúde vocal nos grupos “sem queixa” (n = 134) e “com queixa vocal” (n = 48).

Alimentos		sem queixa		com queixa	
gorduras	nunca	1	0,70%	0	0%
	1 X semana	37	27,60%	16	33,30%
	1 X mês	3	2,20%	1	2,00%
	diariamente	93	69,40%	31	64,50%
	ácidos	nunca	1	0,70%	0
1 X semana		39	29,10%	12	25%
1 X mês		4	2,90%	1	2%
diariamente		90	67,10%	35	72,90%
cafeína		nunca	11	8,20%	4
	1 X semana	42	31,30%	17	35,40%
	1 X mês	5	3,70%	1	2,00%
	diariamente	76	56,70%	26	54,10%

Vícios

Obtivemos também informações a respeito do consumo de bebidas alcoólicas e do hábito de fumar (Fig. 5 e 6, respectivamente). Esses dados também foram detalhados em separado conforme a presença de queixa de alteração vocal (Tab.3).

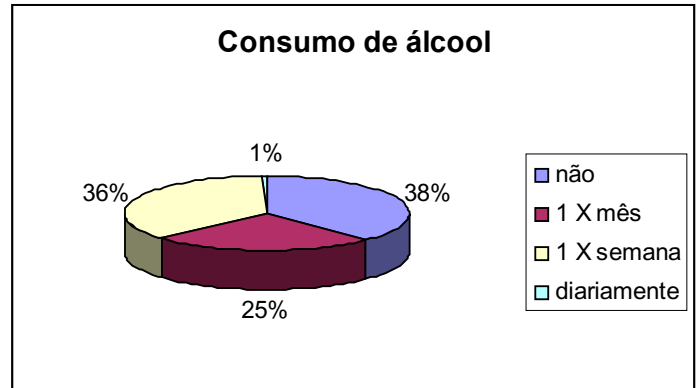


Figura 5. Frequência de consumo de bebidas alcoólicas pelos sujeitos.

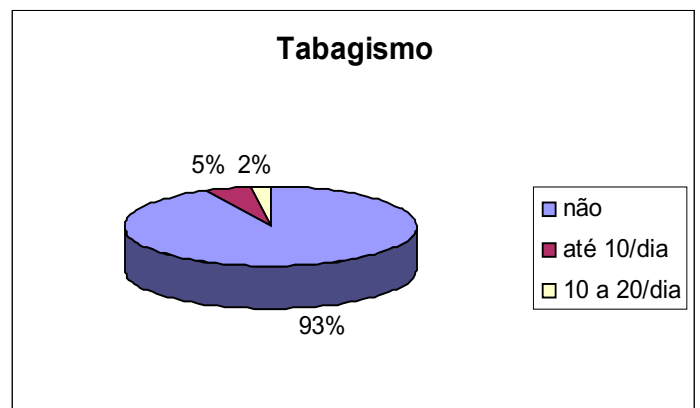


Figura 6. Frequência e quantificação do hábito de fumar dos sujeitos.

Tabela 3. Frequência do consumo de bebidas alcoólicas e de cigarros nos grupos “sem queixa vocal” (n = 134) e “com queixa vocal” (n = 48).

Vícios		sem queixa		com queixa	
cigarro	não	124	92,50%	45	93,70%
	até 10/dia	7	5,20%	2	4,10%
	10 a 20/dia	3	2,20%	1	2,00%
	20 ou + / dia	0	0,00%	0	0,00%
	álcool	nunca	56	41,70%	13
1 X semana		40	29,80%	26	54,10%
1 X mês		37	27,60%	9	18,70%
diariamente		1	0,70%	0	0%

Jejum e número de refeições diárias

O questionário indagou sobre o número de refeições diárias que os estudantes faziam em média e o máximo período (em horas) que os mesmos permaneciam em jejum durante o dia (Tab. 4).

Tabela 4. Número de refeições ao dia e tempo máximo de permanência em jejum nos grupos "sem queixa" (n = 134) e "com queixa vocal" (n = 48).

rotina alimentar	sem queixa		com queixa		
nº de refeições / dia	até 2	15	11,10%	7	14,50%
	3	65	48,50%	22	45,80%
	4	40	29,80%	14	29,10%
	5 ou mais	14	10,40%	15	31,20%
período em jejum	até 2 horas	5	3,70%	2	4,10%
	2 a 4 horas	53	39,50%	22	45,80%
	4 a 6 horas	57	42,50%	21	43,70%
	6 ou + horas	19	14,10%	3	6,20%

Horas de sono

Os estudantes estabeleceram estimativas em relação à média de horas de sono por noite (Tab 5).

Tabela 5. Número médio de horas de sono por sujeito entre os grupos "sem queixa" (n = 134) e "com queixa vocal" (n = 48).

Sono	sem queixa		com queixa		
horas	até 4 h	3	2,20%	2	4,10%
	4 a 6 h	40	29,80%	18	37,50%
	6 a 8 h	79	58,90%	28	58,30%
	8 ou +	12	8,90%	0	0%

Sintomas relacionados à suspeita de refluxo gastro-esofágico

Os sujeitos foram inquiridos sobre a presença de sintomas comumente relacionados com a presença de refluxo gastro-esofágico (presença de pigarro, tosse seca, rouquidão, sensação de corpo estranho faríngeo, engasgos, queimação retroesternal e regurgitação) cujos dados também foram expostos separadamente entre os grupos "sem queixa" e "com queixa de alteração vocal" (Tab. 6).

Tabela 6. Frequência de ocorrência de sintomas relacionados a refluxo gastro-esofágico nos grupos "sem queixa" (n = 134) e "com queixa vocal" (n = 48).

Sintomas	sem queixa		com queixa		
Pigarro	nunca	82	61,10%	14	29,10%
	às vezes	42	31,30%	24	49,90%
	frequentemente	9	6,70%	8	16,60%
	permanentemente	1	0,70%	2	4,10%
Tosse seca	nunca	82	61,10%	22	45,70%
	às vezes	45	33,50%	25	52%
	frequentemente	7	5,20%	1	2%
	permanentemente	0	0%	0	0%
Rouquidão	nunca	111	82,80%	11	22,80%
	às vezes	23	17,10%	26	54%
	frequentemente	0	0%	10	20,80%
	permanentemente	0	0%	3	6,20%
"corpo estranho"	nunca	90	67,10%	26	54%
	às vezes	35	26,10%	15	31,20%
	frequentemente	9	6,70%	5	10,40%
	permanentemente	0	0%	2	4,10%
engasgos	nunca	102	76,10%	36	74,80%
	às vezes	29	21,60%	11	22,80%
	frequentemente	3	2,20%	1	2%
	permanentemente	0	0%	0	0%
queimação	nunca	93	69,40%	36	74,80%
	às vezes	32	23,80%	8	16,60%
	frequentemente	8	5,90%	4	8,30%
	permanentemente	3	2,20%	0	0%
regurgitação	nunca	112	83,50%	41	85,20%
	às vezes	20	14,90%	5	10,40%
	frequentemente	1	0,70%	1	2%
	permanentemente	1	0,70%	1	2%

DISCUSSÃO

A saúde do homem moderno está atrelada a vários fatores relacionados aos seus hábitos e ao meio ambiente. Dentre os parâmetros de qualidade de vida estão as horas dedicadas ao trabalho e ao lazer, as horas de sono, a qualidade da alimentação, a rotina alimentar e a presença de vícios 1.

A população jovem, tradicionalmente é muito vulnerável aos efeitos da sobrecarga de estudo e trabalho, à falta de equilíbrio entre o descanso, o lazer e os deveres, a uma dieta desequilibrada e repleta de elementos nocivos e a aquisição de vícios, como o consumo de álcool, drogas e o tabagismo 2,7.

Todos esses elementos podem interferir na chamada "saúde vocal" e determinar uma produção vocal de qualidade inferior 8,9.

O fato do sucesso do homem na sociedade moderna estar fortemente relacionado com sua capacidade de comunicação faz com que a saúde vocal adquira uma fundamental importância 10,11,12,13.

Nesse estudo procuramos encontrar a prevalência da queixa vocal em estudantes universitários, potencialmente expostos às condições descritas anteriormente e descrever seus hábitos de vida diária, a fim de caracterizar a condição de saúde geral dessa população.

Em nosso estudo a prevalência da queixa de alteração vocal foi de 26% (48 estudantes). Encontramos apenas um trabalho com referência a esse dado epidemiológico de forma específica para essa população (jovens universitários) na consulta assistemática aos bancos de dados eletrônicos. Materola et al 5 (1998) encontraram apenas 10% dos estudantes de um curso de medicina chileno (n = 96) com sintomas de alteração vocal. Não existem fatores de comparação que possam explicar o motivo da diferença nos valores de prevalência encontrados, exceto o uso de medicamentos antiácidos, embora a presença de sintomas possivelmente relacionados ao refluxo gastro-esofágico em nossa amostra tenha sido muito baixa.

A presença e o impacto da queixa vocal também puderam ser observados pela maior frequência de sintomas associados, como irritação faríngea, cansaço ao falar e esforço vocal.

A irritação faríngea pode estar relacionada a algum processo inflamatório, ou mesmo infeccioso, da mucosa do trato vocal e ter um papel misto entre causa e efeito na presença da alteração da voz.

O esforço na produção da fala e o cansaço ao falar são dados cuja presença também confirmou a queixa da alteração vocal. É interessante notar que tanto no grupo queixoso como no sem queixa vocal, o cansaço foi o parâmetro mais assinalado. Como esses são um dados extremamente subjetivos, o elemento de auto-percepção pode ser determinante para esse resultado. Imaginávamos que o esforço vocal pudesse ocorrer num estágio anterior ao cansaço ao falar.

Não encontramos variações entre os hábitos alimentares dos grupos com e sem queixa vocal.

No entanto, chama a atenção a prevalência do consumo

diário de alimentos gordurosos, cítricos e ácidos e da cafeína. Parece-nos que a conclusão dos estudos de Vereecken et al 14 (2005) também se aplicariam em nossa amostra – a necessidade de políticas de educação alimentar. Angel et al 15 (1999) também encontraram hábitos desfavoráveis em grande proporção dos estudantes estudados (35%).

Em relação ao tabagismo, não observamos diferença entre as populações com e sem queixa vocal. Nesse item, foi marcante a baixa prevalência do consumo de cigarros na amostra estudada (7%). De fato, Haggström et al 3 (1999) observaram a prevalência de 24,4% de tabagistas ou ex-tabagistas em sua amostra de estudantes universitários e Caiaffa et al 16 (2002), em Minas Gerais, encontrou taxas ainda maiores (43%). Esse achado positivo em nossa amostra pode ser reflexo da presença de campanhas anti-tabagismo e da preocupação observada na grade curricular da faculdade em fornecer informações sobre os malefícios do hábito de fumar. Gonçalves et al (1997) encontraram prevalência semelhante à deste estudo (10%) em alunos que cursavam medicina na universidade de Campinas (Unicamp).

Já no consumo de bebidas alcoólicas, a presença de consumo “uma vez por semana” foi maior no grupo com queixa vocal (54%). Gonçalves et al 17 (1997) e Caiaffa et al 16 (2002) também encontram altas taxas de consumo de álcool em suas amostras (40% e 30,2%, respectivamente).

Esse achado não nos pareceu relevante, uma vez que essa periodicidade não parece ser capaz de promover grandes alterações na saúde vocal. Por outro lado, o fato de não haver no questionário alternativas como duas, três ou quatro vezes por semana, pode ter feito com que o aluno com hábitos intermediários, tenha optado pela opção de menor impacto. Outro fator possivelmente relacionado, seria o fato de que aqueles indivíduos que consomem bebidas alcoólicas uma ou duas vezes por semana tenham outros hábitos prejudiciais à saúde vocal paralelos, como freqüentar ambientes com alta competição sonora, ter sono irregular alguns dias por semana e abuso vocal.

Tanto o tempo em jejum e o número de refeições diárias apresentaram distribuição extremamente equilibrada entre os grupos com e sem queixa vocal, o que nos leva a conclusão de que essas variáveis não participaram de forma determinante na gênese da queixa vocal na amostra estudada.

Notamos entretanto que tanto a presença de jejum maior de seis horas quanto a ocorrência de dietas com duas ou menos refeições diárias foram pouco freqüentes, o que mostra certa qualidade nos hábitos alimentares dessa população.

A distribuição da população em relação às horas de sono também foi homogênea nos dois grupos. Portanto, essa variável não pôde ser relacionada diretamente à queixa vocal.

Nota-se entretanto que a presença de indivíduos com médias de sono de até seis horas por noite foi alta (cerca de 35%), o que pode ser reflexo do grau de exigência dos cursos de nível superior da área da saúde. Já De Mantino, Inaba 18 (2003) encontraram níveis médios de sono maiores, com cerca de 7 horas de sono por noite em estudantes de um curso de enfermagem (em São Paulo).

Existe muita discussão sobre a exata relação dos sintomas pesquisados nesse trabalho e a presença de refluxo gastroesofágico propriamente dito. Por esse motivo optamos por descrever tais sintomas como “possivelmente relacionados ao refluxo...” (Ivano et al, 192000). O fato é que a presença de pigarro, tosse seca, sensação de corpo estranho (ou globus) faríngeo, engasgos, pirose e regurgitação estão relacionados ao conceito de má saúde vocal, seja pela topografia onde são gerados tais sintomas (trato vocal) ou pela relação com a alimentação e vícios, como o etilismo e o tabagismo 4,5,8.

Nesse estudo não observamos diferenças maiores nos dois grupos, exceto na presença de pigarro e tosse seca. Esses achados parecem ser reflexos de um possível processo inflamatório da mucosa do trato vocal, sendo uma consequência deste, bem como a queixa de disфонia. Dessa forma, acreditamos que a tosse e o pigarro são também sintomas e não hábitos.

A prevalência de pirose e regurgitação foi extremamente baixa (cerca 23 e 14%), principalmente ao compararmos com os dados de Manterola et al 5 (1998) que encontraram 38% e 55% (respectivamente).

Estudos de prevalência são rápidos, de fácil execução e de custo extremamente baixo. Esses estudos servem para localizar um problema e quantificá-lo, muitas vezes observando possíveis relações causais que determinarão a formulação de hipóteses a serem testadas posteriormente.

No entanto, não encontramos em nosso estudo fatores de relação causal clara com a queixa de disфонia. Fica, contudo, a intenção de estudar a presença outros hábitos vocais desfavoráveis como o abuso vocal e a permanência em ambiente de competição sonora, além de ampliar o estudo com a execução de exame físico e nasofibrolaringoscópico.

CONCLUSÕES

A prevalência da queixa de voz

A prevalência da queixa de alteração da voz em estudantes universitários da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo foi de 26%.

Não houve correlação aparente da queixa vocal com nenhum dos hábitos pesquisados nesse estudo: alimentação, tabagismo, etilismo e sono.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gochfeld M. Chronologic History of Occupational Medicine. *Journal Occup Environ Med.* 2005 Febr; 47(2):96-114.
2. West C, De Castro AB, Fitzgerald ST. The youth work force. *AAOHN Journal* 2005 July; 53(7):297-305.
3. Haggström FM, Barros ED, Horn AM, Scherer NO, Tonietto V. Prevalência de tabagismo entre estudantes da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *R. Méd. PUCRS* 1999 Out; 9(4):234-7.
4. Meining A, Classen M. The role of diet and lifestyle measures in the pathogenesis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *The American Journal of Gastroenterology* 2000;95(10):2692-6.
5. Materola DC, Pérez OL, Soto NJL, Leiva AS, Devaud JM. Estudio transversal de prevalência de sintomas de refluxo gastroesofágico em uma población universitária. *Rev. Chilena de Cirugía* 1998 Oct; 50(5):513-7.
6. Andrada e Silva MA. Saúde Vocal. IN: Pinho SMR editora. *Fundamentos em Fonoaudiologia – Tratando os distúrbios da voz.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. p.119-24.
7. Boone DR. Inimigos biológicos da voz profissional. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* 1992; 4(2):3-8.
8. Behlau M, Pontes P. *Higiene Vocal – Cuidando da voz.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter. 2001. 61p.
9. Rehder MI, Behlau M., *Higiene vocal para o canto coral.* Rio de Janeiro: Revinter. 1997. 42p.
10. Pinto AMM, Furck MAE. Projeto saúde vocal do professor. IN: Ferreira LP (org). *Trabalhando a voz: Vários enfoques em fonoaudiologia.* São Paulo: Summus. 1998.
11. Greene MCL. *Distúrbios da voz.* São Paulo: Manole. 1998. p.3-6.
12. Smith E, Gray SD, Dove H, Kirchner L, Heras H. Frequency and effects of teacher's voice problems. *Journal of voice* 1997 Mar; 11(1):81-7.
13. Jones K, Sigmon J, Hock L, Nelson E, Sullivan M, Ogren F. Prevalence and risk factors for voice problems among telemarketers. *Archives of Otolaryngology – Head & Neck Surgery* 2002 May; 128(5):571-7.
14. Vereecken CA, De Henauw S, Maes L. Adolescents' food habits: results of the health behaviour in school-aged children survey. *Br J Nutr* 2005 Apr;94:423-31.
15. Angel LA, Martínez LM, Vásquez R, Chavarro K. Hábitos y actitudes alimentarias en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia. *Acta Médica Colombiana* 1999 Sept; 24(5):202-7.
16. Caiaffa WT, Barreto SM, Campos JEGO. Consumo de álcool, cigarro e outras drogas: Prevalência e fatores correlatos em jovens universitários. *Psiquiatria Biológica* 2002; 10(2):95-104.
17. Gonçalves A, Conte M, Pires GL, Oliveira PR. A saúde da geração saúde: Pesquisa e ensino sobre capacidades físicas e referências a hábitos e morbidade dos calouros da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 1997; 2(4):41-58.
18. De Martino MMF, Inaba AS. Estudo do sono em estudantes universitários *Rev. Ciênc. Méd. Campinas* 2003 Jul; 12(3):247-53.
19. Ivano FH, Nassif Filho ACN, Gortz F, Miyake RT, Nakamoto RH. Diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico – endoscopia versus pH-metria de 24 horas. *Rev Bras Otorrinol Set* 2000;66(5): 468-73.