

# INFLUÊNCIA DO SEXO, IDADE, PROFISSÃO E DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO NA QUALIDADE DE VIDA EM VOZ

## *Influence of sex, age, occupation and phonoaudiological diagnosis in the voice quality of life*

Gabriele Rodrigues Bastilha <sup>(1)</sup>, Joziane Padilha de Moraes Lima <sup>(1)</sup>, Carla Aparecida Cielo <sup>(1)</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** investigar e correlacionar as respostas aos questionários de Qualidade de Vida em Voz e Índice de Desvantagem Vocal, conforme idade, sexo, uso profissional ou não da voz e diagnóstico fonoaudiológico. **Métodos:** análise das respostas aos questionários Qualidade de Vida em Voz e Índice de Desvantagem Vocal dos registros de 48 sujeitos, sendo 41 mulheres e sete homens; com idades entre 18 e 63 anos; seis profissionais da voz e 42 não profissionais; 39 sujeitos com disfonia funcional, seis com disfonia orgânica e três com disfonia organofuncional. Teste Qui-quadrado e coeficiente de correlação de *Spearman* ( $p=0,05$ ). **Resultados:** quanto ao questionário de Qualidade de Vida em Voz, houve associação significativa entre sexo e escore emocional; faixa etária e escore emocional; profissão e escore total, emocional e físico. Quanto ao Índice de Desvantagem Vocal, houve associação significativa entre sexo e escore emocional; faixa etária e escore físico e emocional; diagnóstico fonoaudiológico e escore emocional; profissão e escore funcional. Houve correlação positiva entre os aspectos de cada protocolo separadamente e correlação negativa entre as pontuações dos questionários. **Conclusão:** no grupo estudado, verificou-se maior qualidade de vida no sexo feminino; decréscimo da qualidade de vida e aumento da desvantagem vocal com o aumento da idade; a presença de disfonia organofuncional gerou maior desvantagem vocal; os profissionais da voz apresentaram pior qualidade de vida e maior desvantagem vocal. Os protocolos utilizados mostraram resultados complementares e úteis para mensurar o impacto de uma disfonia na qualidade de vida dos sujeitos.

**DESCRITORES:** Fonoaudiologia; Voz; Qualidade de Vida; Distúrbios da Voz; Disfonia

### ■ INTRODUÇÃO

A voz se faz presente nos processos de socialização humana como um dos componentes da linguagem oral e da relação interpessoal, de modo que alterações vocais podem produzir impactos na qualidade de vida das pessoas em geral e como também em profissionais da voz que dependem da produção vocal e/ou de qualidade vocal específica para sua sobrevivência profissional<sup>1,2</sup>.

Uma restrição na comunicação pode se caracterizar pela perda ou redução da habilidade de interagir vocalmente e a limitação de qualidade de vida, nos aspectos relacionados à voz, pode ser definida como um decréscimo autopercebido do estado físico, emocional, social ou econômico do sujeito devido à disfunção vocal<sup>3</sup>. Tais definições ressaltam o fato de que um problema de voz afeta os indivíduos de modo diverso.

Para a avaliação do impacto de um distúrbio vocal, os achados laringoscópicos, a descrição dos desvios vocais e a caracterização acústica não são suficientes, pois faltam informações importantes sobre como essa alteração interfere nas atividades

<sup>(1)</sup> Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

Fonte de auxílio: CNPq e CAPES

Conflito de interesses: inexistente

diárias no contexto pessoal, social e profissional do sujeito<sup>4</sup>.

A *World Health Organization*, após consenso entre especialistas, definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo a respeito da sua condição de vida no contexto cultural e de sistemas de valores e a respeito da relação com as expectativas, objetivos e padrão de preocupações<sup>5</sup>. Assim, considera-se qualidade de vida como a integridade de fatores multidimensionais baseados em parâmetros físicos, mentais e sociais<sup>2</sup>.

A avaliação da relação entre voz e qualidade de vida é feita basicamente por meio de questionários. O questionário americano *Voice Related Quality of Life* (V-RQOL)<sup>6</sup> foi traduzido e adaptado para a realidade brasileira como Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV)<sup>7</sup>, sendo utilizado para mensurar a influência da disfonia na qualidade de vida. O questionário *Vocal Handicap Index* (VHI)<sup>8</sup> foi traduzido e validado no Brasil como Índice de Desvantagem Vocal (IDV)<sup>9</sup> e visa detectar as consequências psicossociais geradas pelo distúrbio da qualidade vocal<sup>8</sup>.

Recentemente, os protocolos de autoavaliação de resultados de tratamento utilizados em populações disfônicas foram revisados para compreender se os procedimentos utilizados contemplavam os padrões de desenvolvimento de conteúdo e de avaliação psicométrica, concluindo-se que nenhum dos protocolos de qualidade de vida utilizados atualmente na área de voz contempla os critérios metodológicos essenciais para a sua elaboração<sup>10</sup>.

No entanto, apesar das restrições apresentadas pelos questionários<sup>10</sup>, acredita-se que o uso de tais instrumentos permite observar a progressão de uma disfonia, a efetividade da terapia fonoaudiológica, além de permitir a tomada de decisões terapêuticas embasadas na autopercepção do sujeito em relação à sua voz e limitações na qualidade de vida autorreferidas.

Nesse âmbito, verificam-se trabalhos científicos na literatura abordando os efeitos do distúrbio vocal na qualidade de vida em diferentes populações<sup>4,6,9-14</sup>. Entretanto, há carência de estudos que correlacionem as variáveis abordadas no presente trabalho (idade, sexo e uso profissional ou não profissional da voz) com os resultados dos questionários QVV e IDV<sup>15</sup>, sendo que até o momento nenhum correlacionou o diagnóstico fonoaudiológico com os mesmos questionários.

Assim, esta pesquisa teve por objetivo investigar e correlacionar as respostas aos questionários de Qualidade de Vida em Voz (QVV) e Índice de Desvantagem Vocal (IDV) de um grupo de sujeitos,

conforme idade, sexo, uso profissional ou não profissional da voz e diagnóstico fonoaudiológico.

## ■ MÉTODOS

Estudo transversal observacional analítico, retrospectivo e quantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem (23081.016945/2010-76).

A população-alvo consistiu de registros de pacientes contidos no banco de dados do setor de voz de uma clínica-escola de Fonoaudiologia no período de outubro de 2009, ano em que os questionários de qualidade de vida começaram a ser aplicados neste setor, a julho de 2012.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos registros do banco de dados foram: apresentar registro de diagnóstico fonoaudiológico, do sexo, da idade, da profissão e de respostas completas aos questionários QVV e IDV. O critério de exclusão foi o de registros incompletos.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra ficou constituída de 48 registros de pacientes com idades entre 18 e 63 anos (média de 24:01).

Desta amostra, foram pesquisados e analisados o diagnóstico fonoaudiológico, classificando-o em Disfonia Funcional (DF) - decorrentes do próprio uso da voz, sem a presença de lesão estrutural nas pregas vocais, Disfonia Orgânica (DO) - independem do uso da voz, ou Disfonia Organofuncional (DOF) - presença de lesão decorrente do uso da voz<sup>1</sup>; sexo (feminino ou masculino); classificação dos sujeitos, de acordo com a faixa etária, em adolescente (13 a 18 anos), adulto (19 a 44 anos) ou meia-idade (45 a 64 anos) (DeCS, 2013); uso profissional ou não profissional da voz (o profissional da voz depende de produção e/ou qualidade vocal específica para a sua sobrevivência profissional, enquadrando-se neste grupo os cantores, professores, advogados, religiosos, atores, vendedores, teleoperadores, operadores de bolsa de valores, entre outros<sup>1</sup>), além das respostas aos questionários QVV e IDV.

Quanto às variáveis analisadas, a amostra caracterizou-se por: 41 sujeitos do sexo feminino e sete do sexo masculino; oito adolescentes, 36 adultos e quatro na meia-idade; seis profissionais da voz e 42 não profissionais da voz; 39 sujeitos com diagnóstico fonoaudiológico de DF (ausência de afecção laríngea ou presença de alterações posturais de pregas vocais), seis sujeitos com DO (associação com doenças inflamatórias e infecciosas) e três com DOF (presença de edemas ou nódulos).

O protocolo QVV engloba dez questões envolvendo aspectos dos usos da voz e seu impacto

na qualidade de vida. As respostas devem ser assinaladas numa escala de um a cinco, levando-se em conta a gravidade do problema e a sua frequência de aparecimento. As questões do QVV são distribuídas em três domínios: socioemocional, físico e global (engloba os dois primeiros). O valor máximo é de 100 (indicando melhores resultados, com menor impacto negativo da voz na qualidade de vida) e o mínimo é zero<sup>6</sup>.

O protocolo IDV produz quatro escores, um de desvantagem total e três das subescalas “E” (emocional), “F” (funcional) e “O” (orgânica). A pontuação máxima em cada subescala é de 40 pontos e o cálculo do escore total é feito por somatória simples, sendo a desvantagem máxima de 120 pontos. Quanto maior a pontuação neste protocolo, maior é a desvantagem percebida pelo indivíduo<sup>8</sup>.

Para a análise estatística, foram utilizados os testes Qui-quadrado (para analisar a correlação dos protocolos QVV e IDV com as variáveis sexo, idade, profissão e diagnóstico fonoaudiológico) e coeficiente de correlação de *Spearman* (para analisar a correlação entre os protocolos QVV e IDV), ambos com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

## ■ RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a correlação dos escores emocional, físico e total do QVV e emocional, funcional, físico e total do IDV com o sexo masculino e feminino. Observou-se associação estatisticamente significativa entre o sexo feminino e escore emocional do QVV ( $p=0,0165$ ) e entre sexo masculino e escore emocional do IDV ( $p=0,0406$ ).

**Tabela 1 – Correlação dos escores dos questionários Qualidade de Vida em Voz e Índice de Desvantagem Vocal com o sexo**

	Feminino (n=41)	Masculino (n=7)	p-valor
<b>QVV Escore total</b>	81,62195	68,07143	0,2089
<b>QVV emocional</b>	89,70732	72,32143	0,0165*
<b>QVV físico</b>	82,51780	62,49714	0,2800
<b>IDV escore total</b>	20,26829	35,14286	0,1162
<b>IDV funcional</b>	7,63415	11,14286	0,0710
<b>IDV físico</b>	7,39024	15,42857	0,0516
<b>IDV emocional</b>	5,24390	8,57143	0,0406*

Teste Qui-quadrado

\*valores estatisticamente significantes:  $p < 0,05$

A Tabela 2 apresenta a correlação dos escores do QVV e do IDV com a faixa etária adolescente, adulto e meia-idade. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a faixa etária e escore emocional do QVV ( $p=0,0028$ ), onde a

meia-idade apresentou menores escores, e entre a faixa etária e escore emocional ( $p=0,0145$ ) e físico ( $p=0,0347$ ) do IDV, onde a meia-idade apresentou maiores escores.

**Tabela 2 – Correlação dos escores dos questionários Qualidade de Vida em Voz e Índice de Desvantagem Vocal com a faixa etária**

	Adolescente (n=8)	Adulto (n=36)	Meia-idade (n=4)	p-valor
<b>QVV Escore total</b>	83,62500	82,19444	48,75000	0,9991
<b>QVV emocional</b>	90,21875	82,86778	40,62500	0,0028*
<b>QVV físico</b>	77,60125	83,80686	54,16500	0,1479
<b>IDV escore total</b>	20,25000	19,97222	49,00000	0,2152
<b>IDV funcional</b>	6,50000	8,02778	12,50000	0,1850
<b>IDV físico</b>	9,00000	7,58333	16,50000	0,0347*
<b>IDV emocional</b>	4,75000	4,36111	20,00000	0,0145*

Teste Qui-quadrado

\*valores estatisticamente significantes:  $p < 0,05$

A Tabela 3 mostra a correlação dos escores do QVV e do IDV com o diagnóstico fonoaudiológico de DF, DO e DOF. Observou-se associação estatisticamente significativa entre diagnóstico fonoaudiológico e escore emocional do IDV ( $p=0,0008$ ), com o diagnóstico de DOF apresentando maiores escores.

A Tabela 4 apresenta a correlação dos escores do QVV e do IDV com o uso profissional e não profissional da voz. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre não profissionais da voz e escore total ( $p=0,0055$ ), emocional ( $p=0,0400$ ) e físico ( $p=0,0395$ ) do QVV, e entre profissionais da voz e escore funcional ( $p=0,0088$ ) do IDV.

**Tabela 3 – Correlação dos escores dos questionários Qualidade de Vida em Voz e Índice de Desvantagem Vocal com o diagnóstico fonoaudiológico**

	DF (n=39)	DO (n=6)	DOF (n=3)	p-valor
<b>QVV Escore total</b>	82,60	68,16	64,16	0,4663
<b>QVV emocional</b>	90,30	77,08	47,91	0,2316
<b>QVV físico</b>	83,97	59,71	62,50	0,5718
<b>IDV escore total</b>	18,56	32,33	55,00	0,0739
<b>IDV funcional</b>	7,07	10,66	16,66	0,0918
<b>IDV físico</b>	7,07	14,16	16,66	0,0599
<b>IDV emocional</b>	4,23	15,00	21,66	0,0008*

Teste Qui-quadrado

\*valores estatisticamente significantes:  $p < 0,05$

**Tabela 4 – Correlação dos escores dos questionários Qualidade de Vida em Voz e Índice de Desvantagem Vocal com o uso profissional e não profissional da voz**

	Profissional da voz (n=6)	Não profissional da voz (n=42)	p-valor
<b>QVV Escore total</b>	59,58	80,45	0,0055*
<b>QVV emocional</b>	67,70	94,56	0,0400*
<b>QVV físico</b>	73,60	82,03	0,0395*
<b>IDV escore total</b>	39,83	74,40	0,0890
<b>IDV funcional</b>	11,69	6,73	0,0088*
<b>IDV físico</b>	15,33	7,59	0,0695
<b>IDV emocional</b>	9,66	5,16	0,1793

Teste Qui-quadrado

\*valores estatisticamente significantes:  $p < 0,05$

**Tabela 5 - Correlação entre os escores dos questionários Qualidade de Vida em Voz e Índice de Desvantagem Vocal**

	QVV escore total		QVV emocional		QVV físico		IDV escore total		IDV funcional		IDV físico		IDV emocional	
	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor
<b>QVV Escore total</b>	-	-	0,7821	0,0000	0,9330	0,0000	-0,7758	0,0000	-0,5337	0,0000	-0,8448	0,0000	-0,6423	0,0000
<b>QVV emocional</b>	0,7821	0,0000	-	-	0,7441	0,0000	-0,8201	0,0000	-0,5850	0,0000	-0,8141	0,0000	-0,7533	0,0000
<b>QVV físico</b>	0,9330	0,0000	0,7441	0,0000	-	-	-0,7439	0,0000	-0,5100	0,0000	-0,8127	0,0000	-0,6152	0,0000
<b>IDV escore total</b>	-0,7758	0,0000	-0,8201	0,0000	-0,7439	0,0000	-	-	0,8284	0,0000	0,8634	0,0000	0,8893	0,0000
<b>IDV funcional</b>	-0,5337	0,0000	-0,5850	0,0000	-0,5100	0,0002	0,8284	0,0000	-	-	0,5461	0,0000	0,7419	0,0000
<b>IDV físico</b>	-0,8448	0,0000	-0,8141	0,0000	-0,8127	0,0000	0,8634	0,0000	0,5461	0,0000	-	-	0,6539	0,0000
<b>IDV emocional</b>	-0,6423	0,0000	0,7533	0,0000	-0,6152	0,0000	0,8893	0,0000	0,7419	0,0000	0,6539	0,0000	-	-

Teste de Correlação de *Spearman*

Valores estatisticamente significantes:  $p < 0,05$

Na Tabela 5 está exposta a correlação negativa significativa entre os escores emocional, físico e total do QVV e os escores emocional, funcional, físico e total do IDV.

## ■ DISCUSSÃO

Os protocolos QVV e IDV vêm sendo utilizados em investigações que se pautam pela autoavaliação vocal e pelas percepções dos sujeitos sobre a própria voz e seu distúrbio vocal. Tais instrumentos têm o intuito de explorar o impacto dos distúrbios vocais na qualidade de vida de pacientes na clínica de voz e também de profissionais da voz e outras categorias sociais. Trata-se de protocolos funcionalmente simples, de fácil aplicação, que possuem perguntas claras, constituindo-se em ferramentas clínicas para a avaliação de resultados dos tratamentos. Ainda, proporcionam compreensão mais refinada das dimensões dos efeitos de um problema de voz na vida de um paciente e suas consequências psicossociais, por meio da autopercepção em relação a sua disfonia, apesar das críticas a sua elaboração<sup>1,4,9,11-19</sup>.

No presente trabalho, o grupo estudado caracterizou-se por apresentar predomínio do sexo feminino, de adultos, de não profissionais da voz e de sujeitos com DF, concordando com outras pesquisas atuais encontradas na literatura<sup>13,14</sup>.

O sexo apresentou associação significativa com os escores emocional do QVV e do IDV, com a média dos escores emocional do QVV maior nas mulheres e menor no IDV, quando comparado com os homens. Com isso, verifica-se que o impacto emocional foi maior no sexo masculino, de maneira que nos dois protocolos os resultados concordaram. Este achado vai de encontro com dois estudos que compararam o sexo com o protocolo IDV e não verificaram diferenças significantes<sup>19,20</sup>.

Ainda, em pesquisa que verificou o impacto autorrelatado de uma alteração vocal na qualidade

de vida de indivíduos com queixas de voz, utilizando o protocolo IDV, concluiu-se que esse impacto foi percebido de maneira semelhante por homens e mulheres<sup>6</sup>. Esse fato converge com outros estudos<sup>21,22</sup>, embora seja reconhecido na literatura que mulheres busquem mais o tratamento fonoaudiológico na clínica de voz do que os homens<sup>15</sup>, o que também foi observado neste trabalho em que a maioria dos registros da clínica-escola era de mulheres.

O maior impacto emocional nos homens sugere maior preocupação com a qualidade da voz em relação à impressão causada nos ouvintes, de modo que a alteração pode propiciar um desconforto e/ou constrangimento durante as relações interpessoais. Provavelmente, as alterações vocais em mulheres são mais aceitas pelos ouvintes do que as dos homens, fazendo com que as mulheres não se incomodem tanto com a percepção causada por sua voz.

No presente estudo, a faixa etária influenciou o valor do escore emocional do QVV, além do físico e emocional do IDV, sendo que os indivíduos mais velhos apresentaram o escore emocional do QVV mais baixo, bem como valores mais altos nos escores físico e emocional do IDV.

De acordo com a literatura, a variável idade merece atenção, pois à medida que a idade avança, a eficiência vocal diminui, com maior ou menor impacto vocal<sup>13</sup>, sendo que foi encontrada correlação positiva entre pontuação total do IDV e idade dos indivíduos<sup>19</sup>. Outros estudos também verificaram que idosos mostram menores escores do QVV quando comparados com sujeitos mais jovens, percebendo maior impacto da disfonia em sua qualidade de vida<sup>23,24</sup>.

Tais resultados podem ser justificados pelo fato de que, com o envelhecimento, ocorrem alterações nas estruturas laringeas e consequentes modificações vocais, que influenciam o processo de construção da identidade pessoal e podem ser

um fator de conflito, interferindo na qualidade de vida<sup>1,25,26</sup>, visto que a voz apresenta características específicas na adolescência, fase adulta e senescência. Entretanto, há estudos realizados com idosos nos quais não houve diferença em relação à idade nos escores do protocolo QVV<sup>16,24,27</sup>.

Houve, ainda, correlação entre o diagnóstico fonoaudiológico e os valores do escore emocional do IDV, mostrando que os sujeitos com DOF apresentaram valores mais altos, ou seja, maior impacto negativo quando comparados com os diagnósticos de disfonias funcional e orgânica. Estudos apontam que afecções laríngeas provocam impacto negativo na qualidade de vida dos sujeitos<sup>2,12,25,28</sup>, pois comprometem a comunicação e, consequentemente, a relação social do indivíduo. No entanto, em pesquisa que relacionou qualidade de vida e voz com o grau de disфония não foi encontrada diferença significativa<sup>2</sup> e, em outra, com sujeitos que realizaram cordectomia, apresentando DO, verificou-se que não apresentaram redução dos escores do QVV<sup>11</sup>.

Nesta investigação, a presença de DOF ocasionou maior desvantagem vocal, principalmente no aspecto emocional, mostrando que a ocorrência de lesões nas pregas vocais decorrentes de disфония funcional diagnosticada tardiamente, e, portanto, relacionadas ao uso da voz, interferiu nas atividades de vida diária, causando limitações na vida social ou pessoal<sup>1,29</sup>.

Ainda, em outro estudo realizado, sujeitos com disфония espasmódica apresentaram maiores valores nos escores do IDV, apresentando redução destes escores após a cirurgia de Neurectomia do ramo tireoaritenoideo do laríngeo inferior, evidenciando que a presença de qualquer lesão, independentemente de sua causa, afeta a qualidade de vida<sup>30</sup>.

Neste estudo, a profissão influenciou os valores de todos os escores do QVV e do escore funcional do IDV, sendo que os não profissionais da voz apresentaram os escores físico e emocional do QVV mais altos, enquanto os profissionais da voz apresentaram valores maiores no escore IDV funcional, mostrando maior desvantagem vocal.

Os profissionais da voz sentem mais o impacto de uma disфония, pois dependem de uma produção e qualidade vocal específicas para sua sobrevivência profissional, e apresentam grande demanda vocal, justificando o aumento do escore funcional do IDV bem como a melhor qualidade de vida dos não profissionais da voz encontrados<sup>29</sup>.

Corroborando tais resultados, estudo que verificou o impacto da disфония em professores disfônicos evidenciou pior qualidade de vida no QVV em relação à população geral de disfônicos<sup>28</sup>.

Os domínios físico do QVV e orgânico do IDV mostraram resultados semelhantes, contudo, o sócioemocional do QVV mostrou maior impacto da alteração vocal em professores disfônicos do que o IDV.

Outro estudo que verificou o impacto autorrelatado de alterações vocais na qualidade de vida de sujeitos com queixas vocais, também utilizou o protocolo QVV e verificou que os profissionais da voz do nível I (atores e cantores) apresentaram os maiores índices no total e no físico<sup>15</sup>.

No entanto, pesquisa que fez uso protocolo QVV e objetivou relacionar a qualidade de vida e voz com o grau de disфония e o uso profissional da voz verificou que não houve diferença significativa entre profissionais e não profissionais em relação ao grau de disфония, sugerindo que a disфония compromete a qualidade de vida de maneira semelhante nos dois grupos<sup>2</sup>.

Estes achados podem ser justificados pelo fato dos profissionais da voz possivelmente recorrerem à ajuda especializada precocemente, de maneira que o problema não chega a prejudicar a carreira ou a vida social.

Ainda, nesta investigação, houve correlação negativa significativa entre todos os escores do QVV e entre todos os escores do IDV, evidenciando que os protocolos se complementam, mostrando que, quando os escores do QVV aumentam, os escores do IDV diminuem e vice-versa, avaliando o impacto da voz na qualidade de vida dos sujeitos. Em outra pesquisa<sup>28</sup>, verificou-se que os protocolos QVV e IDV são complementares, mas não totalmente intercambiáveis, pois não apresentaram correlação negativa, divergindo do presente trabalho.

No entanto, artigo de revisão de literatura afirma que nenhum dos instrumentos de qualidade de vida utilizados atualmente na área de voz contempla todos os critérios essenciais para o seu desenvolvimento, também apontando deficiências existentes em ambos os protocolos utilizados neste trabalho<sup>10</sup>.

Estudo recente correlacionou a qualidade vocal com as respostas ao QVV em um grupo de 73 professoras e não encontrou associação entre as alterações de qualidade vocal e respostas ao QVV. No entanto, observou que os domínios do QVV mostraram correlações significantes entre si<sup>13</sup>.

Outro estudo verificou que o escore físico do QVV corresponde ao orgânico do IDV e que os sujeitos com afecções laríngeas apresentaram escore físico do QVV diminuído e escore orgânico do IDV aumentado<sup>28</sup>.

Com base nos resultados desta pesquisa, pode-se inferir que a autoavaliação da qualidade de vida e da desvantagem relacionada à voz é um importante auxílio para a compreensão da

percepção das pessoas em relação a sua saúde vocal e as suas reações perante as alterações de voz<sup>12,15</sup>.

Para esclarecer melhor o papel de tais protocolos são necessários mais estudos. Entretanto, com base nos resultados obtidos e na literatura existente sobre o assunto, é possível afirmar que tais protocolos parecem complementares entre si, mostram relações viáveis com variáveis como idade, sexo, profissão e tipos de disфония, e são úteis na clínica fonoaudiológica para evidenciar os aspectos subjetivos da percepção do próprio paciente sobre sua evolução com o tratamento.

Os achados deste estudo auxiliam a conhecer o possível impacto da idade, profissão, sexo e diagnóstico fonoaudiológico na qualidade de vida e nas desvantagens autoreferidas em relação à voz e

servem também para afirmar a importância do uso de protocolos de autoavaliação, como o QVV e IDV, na prática clínica fonoaudiológica.

## ■ CONCLUSÃO

A qualidade de vida em voz foi maior no sexo feminino, principalmente no aspecto emocional; com o avançar da idade, ocorreu decréscimo da qualidade de vida e aumento da desvantagem vocal; a presença de disфония organofuncional gerou maior desvantagem vocal e os profissionais da voz apresentaram pior qualidade de vida. Os protocolos QVV e IDV mostraram resultados complementares e úteis para mensurar o impacto da voz na qualidade de vida dos sujeitos.

## ABSTRACT

**Purpose:** to investigate and to correlate the responses to Voice-Related Quality Of Life questionnaire and Voice Handicap Index, in a group of subjects according to age, sex, professional use of voice and speech-language diagnosis. **Methods:** analysis of responses to Voice-Related Quality Of Life questionnaire and Voice Handicap Index and records of 48 subjects, 41 women and seven men; with ages between 18 and 63 years old; six people who use their voices professionally and 42 who do not use their voices professionally; 39 subjects with functional dysphonия, six with organic dysphonия and three with organofuncional dysphonия. Qui-quadrado test and Spearman correlation coefficient ( $p=0,05$ ). **Results:** a significant association between sex and emotional score Voice-Related Quality Of Life and Voice Handicap Index; ages with scores Voice-Related Quality Of Life emotional, and physical and emotional Voice Handicap Index; speech-language diagnosis. with the emotional speech of Voice Handicap Index; profession with total score, emotional and physical Voice-Related Quality Of Life, and functional Voice Handicap Index; positive correlation between aspects of each protocol separately and negative correlation between the values of questionnaires. **Conclusion:** in the study group, there was a higher quality of life in females, decreased quality of life and voice handicap increased with increasing age, the presence of dysphonия organofuncional generated greater voice handicap, voice professionals had a poorer quality of life and greater voice handicap. The protocols showed additional results and useful to measure the impact of voice on quality of life of individuals.

**KEYWORDS:** Speech, Language and Hearing Sciences; Voice; Quality of Life; Voice Disorders; Dysphonия

## ■ REFERÊNCIAS

1. Behlau M. O livro do especialista. Rio de Janeiro: Revinter; 2008.
2. Spina AL, Maunsell R, Sandal K, Gusmão R, Crespo A. Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009;75(2):275-9.
3. Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, Rosenfeld RM, Deutsch ES, Gillespie MB et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;141(2):1-31.
4. Berg EE, Hapner E, Klein A, Johns MM. Voice therapy improves quality of life in age-related dysphonia: a case-control study. *J Voice*. 2008;22(1):70-4.
5. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
6. Hogikyan ND, Sethuraman G. Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). *J Voice*. 1999;13(4):557-69.
7. Gasparini G, Behlau M. Quality of life: validation of the Brazilian Version of the Voice-related Quality of Life (V-RQOL) measure. *J Voice*. 2009;23(1):76-81.
8. Jacobson BH, Johnson A, Grywalsky C, Silbergleit A, Jacobson G, Benninger MS. The Voice Handicap Index (VHI): Development and validation. *Am J Speech Lang Pathol*. 1997;6(3):66-9.
9. Behlau M, Oliveira G, Santos LMA, Ricarte A. Validação no Brasil de protocolos de auto-avaliação do impacto de uma disfonia. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2009;21(4):326-32.
10. Branski RC, Cukier-Blaj S, Pusic A, Cano SJ, Klassen A, Mener D et al. Measuring quality of life in dysphonic patients: a systematic review of content development in patient-reported outcomes measures. *J Voice*. 2010;24(2):193-8.
11. Haddad L, Abrahão M, Cervantes O, Ceccon FP, Gielow I, Carvalho JR et al. Avaliação da voz em pacientes submetidos à cordectomia com laser de CO<sub>2</sub>. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2006;72(3):295-302.
12. Kasama ST, Brasolotto AG. Percepção vocal e qualidade de vida. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2007;19(1):19-28.
13. Moraes EPG, Azevedo RR, Chiari BM. Correlação entre voz, autoavaliação vocal e qualidade de vida em voz de professoras. *Rev CEFAC*. 2012;14(5):892-900.
14. Ribeiro V, Santos AB, Prestes T, Bonki E, Carnevale L, Leite APD. Autoavaliação vocal e qualidade de vida em voz de indivíduos hipertensos. *Rev CEFAC*. 2013;15(1):128-34.
15. 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.
16. Penteado RZ, Bicudo Pereira IMT. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):236-43.
17. Murry T, Zschommler A, Prokop J. Voice Handicap in Singers. *J Voice*. 2009;23(3):376-9.
18. Nawka T, Verdonck-de Leeuw IM, De Bodt M, Guimaraes I, Holmberg EB, Rosen CA, et al. Item Reduction of the Voice Handicap Index Based on the Original Version and on European Translations. *Folia Phoniatr Logop*. 2009; 61:37-48.
19. Madeira FB, Tomita S. Avaliação do Voice Handicap Index em pacientes com perda auditiva neurossensorial bilateral a partir de grau moderado. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(1):59-70.
20. Pribuisiene R, Uloza V, Saferis V. Multidimensional voice analysis of reflux laryngitis patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2005;262(1):35-40.
21. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*. 2001;322(7297):1297-300.
22. Kazi R, De Cordova J, Singh A, Venkitaraman R, Nutting CM, Clarke P et al. Voice-related Quality of Life in laryngectomees: assessment using the VHI and V-RQOL symptom scales. *J Voice*. 2007;21(6):728-34.
23. Silva CR, Silva PC. Ocorrência de alterações vocais em alunas da Universidade Aberta à Terceira Idade da UNIMEP [monografia]. Piracicaba (SP): Universidade Metodista de Piracicaba; 2006.
24. Roy N, Stemple J, Merrill RM, Thomas L. Epidemiology of Voice Disorders in the Elderly: Preliminary Findings. *Laryngoscope*. 2007;117(2):628-33.
25. Gama ACC, Alves CFT, Cerceau JSB, Teixeira LC. Correlação entre dados perceptivo-auditivos e qualidade de vida em voz de idosas. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2009;21(2):125-30.
26. Ferreira LP, Akutsu CM, Lucioano P, Viviano NAG. Condições de produção vocal de teleoperadores: correlação entre questões de saúde, hábitos e sintomas vocais. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008;13(4):307-15.
27. Gampel D, Karsch UM, Ferreira LP. Percepção de voz e qualidade de vida em idosos professores e não professores. *Cien Saúde Colet*. 2010;15(6):2907-16.
28. Tutya AS, Zambon F, Oliveira J, Behlau M. Comparação dos escores dos protocolos QVV, IDV e PPAV em professores. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011; (3):273-81.



29. Lima-Silva MFB, Ferreira LP, Oliveira IB, Silva MAA, Ghirardi ACAM. Distúrbio de voz em professores: autorreferência, avaliação perceptiva da voz e das pregas vocais. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012;17(4):391-7.

30. Tsuji DH, Chrispim FS, Imamura R, Sennes LU, Hachiya A. Impacto na qualidade vocal da miectomia parcial e neurectomia endoscópica do músculo tireoaritenóideo em paciente com disfonia espasmódica de adução. Rev Bras Otorrinolaringol. 2006;72(2):261-6.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201415913>

Recebido em: 29/08/2013

Aceito em: 25/11/2013

Endereço para correspondência:

Gabriele Bastilha

Rua Francisco Manoel, nº32. Apto 201 – Centro

Santa Maria – RS – Brasil

CEP: 97015- 260

E- mail: fonogabriele@gmail.com