

Ana Celiane Ugulino¹
Gisele Oliveira¹
Mara Behlau¹

Descritores

Percepção da fala
Qualidade de vida
Voz
Disfonia
Auto-avaliação
Distúrbios da voz

Keywords

Speech perception
Quality of life
Voice
Dysphonia
Self-assessment
Voice disorders

Endereço para correspondência:

Ana Celiane da Nóbrega e Ugulino
R. Sete de Setembro, 120/25, Rudge
Ramos, São Bernardo do Campo (SP),
Brasil, CEP: 09625-060.
E-mail: fonoac@hotmail.com

Recebido em: 11/5/2011

Aceito em: 5/3/2012

Disfonia na percepção do clínico e do paciente

Perceived dysphonia by the clinician's and patient's viewpoint

RESUMO

Objetivo: Verificar a relação entre a avaliação do fonoaudiólogo e a autoavaliação vocal e o impacto da disfonia na qualidade de vida do paciente. **Métodos:** Participaram 96 indivíduos, 48 com queixa e alteração vocal (GQ), média de idade de 51 anos, com diagnóstico e indicação de fonoterapia, e 48 sem queixa vocal e voz saudável (GSQ), média de idade de 46 anos. Todos responderam ao protocolo Qualidade de Vida em Voz (QVV), realizaram autoavaliação e foram submetidos à avaliação perceptivo-auditiva da voz. **Resultados:** Os escores médios do QVV dos grupos foram diferentes para todos os domínios. A autoavaliação mostrou valores bem distintos para os grupos, diferentemente dos obtidos na perceptivo-auditiva da vogal sustentada e da fala encadeada, mostrando que a percepção do paciente foi pior que a do clínico. Observou-se correlação entre os domínios do protocolo QVV (Sócio-emocional e Físico: 76,8%; Sócio-emocional e Total: 90,8%; Físico e Total: 95,8%), assim como entre os domínios Sócio-emocional (-52,9%), físico (-43,1%) e total (-52,2%) com a autoavaliação. Entretanto, não se observou correlação entre a análise perceptivo-auditiva e as medidas de autoavaliação, com exceção de uma baixa correlação entre autoavaliação vocal e a análise perceptivo-auditiva da vogal sustentada (33,3%). **Conclusão:** A percepção do clínico corresponde à percepção que o indivíduo tem da sua qualidade vocal e do impacto da alteração de voz na sua qualidade de vida, contudo não de forma direta. A percepção do indivíduo sobre a própria voz e sobre o impacto da disfonia na sua qualidade de vida complementa a percepção do clínico quanto ao grau geral desta alteração.

ABSTRACT

Purpose: To verify the relationship between the clinician's vocal evaluation and vocal self-assessment and voice-related quality of life. **Methods:** Participants were 96 individuals: 48 with vocal complaints and voice deviation (VCG), mean age of 51 years, with diagnosis and indication of voice therapy; and 48 with no vocal complaints and healthy voices (NVCG), mean age of 46 years. All participants answered the Voice-Related Quality of Life (V-RQOL) questionnaire, performed a vocal self-assessment and were submitted to auditory-perceptual analysis of voice. **Results:** Mean V-RQOL scores were different between groups for all domains. Self-assessment results also showed differences between groups, which was not the case in the auditory-perceptual analysis of sustained vowel and connected speech, showing that the patient's perception was worse than the clinician's. There was correlation between the V-RQOL domains (Socio-emotional and Physical: 76.8%; Socio-emotional and Total: 90.8%; Physical and Total: 95.8%), as well as between the Socio-emotional (-52.9%), Physical (-43.1%) and Total (-52.2%) domains and the self-assessment. However, no correlation was found between auditory-perceptual analysis and self-assessment measures, except for a weak correlation between vocal self-assessment and auditory-perceptual analysis of the sustained vowel (33.3%). **Conclusion:** The clinician's perception does correspond to the individual's self-perception of his/her vocal quality and the impact of a voice deviation on his/her quality of life, but not directly. The individual's perception about his/her vocal quality and voice-related quality of life complements the clinician's perception regarding the overall degree of the voice deviation.

Trabalho realizado no Centro de Estudos da Voz – CEV – São Paulo (SP), Brasil.

(1) Centro de Estudos da Voz – CEV – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesses: Não

INTRODUÇÃO

A avaliação vocal é tradicionalmente centrada na percepção do clínico, fazendo com que a análise perceptivo-auditiva seja soberana na prática fonoaudiológica⁽¹⁻³⁾. Esta análise, quando complementada pelas demais modalidades de avaliação vocal, é indispensável na clínica, pois direciona o diagnóstico e a conduta do caso, a fim de garantir um adequado plano de tratamento. Por ser baseada na percepção do clínico, a avaliação perceptivo-auditiva é considerada uma análise subjetiva de confiabilidade variável, pois pode ser influenciada por treinamento prévio, pela experiência do avaliador e suas habilidades de percepção e preferências pessoais, pela tarefa de fala, entre outros^(1,2,4-6).

É importante ressaltar que a subjetividade da análise perceptiva não é razão suficiente para se rejeitar sua utilização, pois, sendo a voz um fenômeno fundamentalmente perceptivo⁽²⁾ em resposta a um estímulo acústico⁽⁷⁾, torna-se lógico que a análise perceptivo-auditiva seja a melhor candidata para a avaliação desse fenômeno⁽²⁾. Outros fatores que colaboram para a popularidade da utilização dessa análise na clínica vocal são: baixo custo, tempo reduzido para execução, conforto para o paciente e poucos pré-requisitos de conhecimento técnico e habilidades. Além de sua ampla utilização clínica, a análise perceptivo-auditiva é bastante utilizada nas pesquisas da área de voz^(1,2).

Devido ao fato de a análise perceptivo-auditiva ser criticada por sua subjetividade, medidas objetivas foram veiculadas como sendo uma melhor alternativa. Contudo, apesar de décadas de pesquisas que exploram tais medidas, nenhuma avaliação objetiva ideal foi estabelecida. Assim, apesar do advento de outros tipos de análise de voz, a avaliação perceptivo-auditiva sempre terá valor. Quando os métodos da acústica falham, pode-se confiar na análise perceptivo-auditiva⁽²⁾.

A subjetividade na área da saúde não se restringe apenas a avaliações focadas na percepção do clínico, mas também na percepção do paciente sobre o seu estado de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou os conceitos de saúde incluindo os aspectos de qualidade de vida na definição de bem-estar físico, mental e social⁽⁸⁾. Assim, na prática clínica, os dados obtidos por meio da análise perceptivo-auditiva e acústica não são suficientes para mensurar a real dimensão de um distúrbio vocal, pois não fornecem informações sobre a percepção do paciente quanto às limitações impostas nas suas atividades de vida⁽⁹⁻¹¹⁾. Essa autopercepção deve ser valorizada^(3,10) e considerada como elemento fundamental para composição e conclusão de dados na avaliação da voz^(12,13).

Na prática fonoaudiológica, especificamente na área de voz, alguns protocolos de autoavaliação investigam o impacto do distúrbio vocal na qualidade de vida do indivíduo^(9,11,14-16). Vale salientar que a percepção deste impacto depende de características pessoais, sociais, culturais e profissionais de cada um, e por isso nem sempre se relaciona com a intensidade ou prognóstico do desvio vocal^(1,17,18).

Uma pesquisa⁽¹⁷⁾ comparou o desvio na qualidade vocal de acordo com a percepção do clínico e do paciente. Os autores concluíram que tanto o clínico como o paciente, na maior parte das vezes, avaliam e vivenciam a disфония de forma diversa. A percepção do paciente reflete os efeitos sociais e emocionais

do problema vocal^(2,17,19), e os clínicos realizam avaliação específica, de acordo com suas experiências e padrões de referência interna, considerando apenas o desvio vocal. Concluiu-se, ainda, que a utilização de protocolos de avaliação centrados tanto no avaliador quanto no paciente é fundamental na prática clínica^(2,17).

Apesar de existirem instrumentos que auxiliam e complementam a clínica vocal, ainda há poucas pesquisas^(14,20) que relacionem a percepção do clínico e do paciente no que se refere ao grau de desvio vocal. Desta forma, o objetivo da presente pesquisa foi verificar a relação entre a avaliação do fonoaudiólogo e a autoavaliação vocal e o impacto da disфония na qualidade de vida do paciente.

MÉTODOS

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Estudos da Voz (CEV), sob o número 0216/08. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram 96 indivíduos adultos, com idades entre 25 e 81 anos, sendo 76 do gênero feminino e 20 do gênero masculino, e que foram distribuídos em dois grupos: grupo com queixa e alteração vocal (GQ); e grupo sem queixa e com vozes saudáveis (GSQ). O GQ foi composto por 48 indivíduos (38 mulheres e 10 homens) com idades entre 31 e 76 anos (média de 51 anos), que procuraram por atendimento em um ambulatório de Otorrinolaringologia e que tinham diagnóstico otorrinolaringológico de disфония e indicação de fonoterapia. Deve-se esclarecer que o diagnóstico médico não era fator de inclusão na pesquisa, ou seja, os indivíduos foram incluídos no GQ devido à queixa vocal relatada e a alteração de voz observada pela fonoaudióloga no momento da avaliação. A coleta deste grupo (GQ) aconteceu após o encaminhamento do médico otorrinolaringologista para fonoterapia, no momento da avaliação vocal do paciente. Portanto, nenhum dos indivíduos havia passado por terapia vocal anterior. Além disso, nenhum deles apresentava qualquer outro distúrbio da comunicação (critério de inclusão).

O GSQ reuniu 48 indivíduos (38 mulheres e dez homens) com idades entre 25 e 81 anos (média de 46 anos), recrutados e avaliados na mesma instituição, no ambulatório de Oftalmologia, e que buscaram por atendimento devido à redução da acuidade visual. Também participaram acompanhantes dos pacientes e contatos pessoais da pesquisadora. Foram incluídos neste grupo indivíduos que não relataram queixa vocal e que não apresentaram desvio na qualidade vocal (observado pela pesquisadora) durante a coleta dos dados.

Os procedimentos realizados foram: autoavaliação da qualidade vocal, aplicação do protocolo Qualidade de Vida em Voz – QVV, e análise perceptivo-auditiva do grau geral da alteração vocal (realizada por fonoaudióloga especialista em voz). Para a autoavaliação vocal, os indivíduos foram orientados a avaliar o que eles achavam da própria voz, por meio de uma escala de cinco pontos, selecionando uma das seguintes alternativas: 1. excelente, 2. muito boa, 3. boa, 4. razoável e 5. ruim.

Para a autoavaliação do impacto da disфония na qualidade de

vida, os indivíduos responderam o protocolo de Qualidade de Vida em Voz – QVV (*Voice Related Quality of Life – VRQOL*)⁽⁷⁾ validado para o Português por Gasparini e Behlau⁽¹¹⁾. Este protocolo possui dez itens, sendo seis de domínio físico e quatro de domínio sócio-emocional. As afirmativas são diretas e o tempo de preenchimento é curto. O protocolo oferece três escores: físico, sócio-emocional e escore total. Os resultados variam de zero a 100, no qual o escore próximo de zero indica pior qualidade de vida e próximo de 100 sugere melhor qualidade de vida^(7,9,17).

Para a análise perceptivo-auditiva (APA), os indivíduos tiveram suas vozes registradas em um computador portátil (HP Pavilion dv6000), por meio do programa SoundForge 4.5. Os registros foram feitos com microfone de cabeça (Bright®), posicionado a uma distância fixa de cinco centímetros da boca, em ambiente silencioso. Foram coletadas as seguintes amostras: vogal “é” sustentada e contagem de números de um a 20, em frequência e intensidade habitual, autosseleccionadas pelo participante. A análise perceptivo-auditiva foi realizada por uma fonoaudióloga especialista em voz e sua confiabilidade (vogal sustentada: $p=0,655$; contagem de números: $p=0,317$) foi avaliada pelo teste de Wilcoxon (5% de significância). Vale lembrar que a juíza/avaliadora não tinha conhecimento prévio sobre a população estudada e foi orientada a julgar as vozes de acordo com o grau geral de desvio vocal (impacto geral), também por meio de uma escala de intervalos iguais de cinco

pontos e com a seleção de uma das seguintes alternativas: 1. excelente, 2. muito boa, 3. boa, 4. razoável e 5. ruim.

Foram realizadas duas análises: uma para a vogal sustentada e outra para a contagem de números. As vozes foram apresentadas por meio de alto falantes, em sala silenciosa.

Em seguida, os dados foram estatisticamente tratados por meio do teste Mann-Whitney para a comparação dos dois grupos pesquisados (GQ e GSQ). A correlação de Spearman foi utilizada para medir o grau de correlação entre todas as variáveis, ou seja, entre os domínios do QVV, entre autoavaliação e os domínios do QVV; entre a APA (vogal “é” e números) e os domínios do QVV e a autoavaliação vocal.

RESULTADOS

Na comparação dos dois grupos (GQ e GSQ), observa-se que ambas as análises realizadas com os instrumentos focados no paciente apresentam diferença ($p<0,001$ para todos os itens). Por outro lado, quando se compara os dois grupos em relação à análise focada no clínico, observa-se diferença somente para os resultados da tarefa de vogal sustentada ($p=0,006$). A média dos escores obtidos no protocolo QVV foi menor para o GQ do que para o GSQ (Tabela 1).

Por meio da análise realizada, observa-se que algumas variáveis estudadas apresentam correlação (Tabela 2). Quando se compara os dados do protocolo QVV entre si, observa-se uma

Tabela 1. Escores obtidos no QVV, autoavaliação vocal e análise perceptivo-auditiva de acordo com os grupos com e sem queixa de voz

Variáveis	Grupo com queixa		Grupo sem queixa		Valor de p
	Média	DP	Média	DP	
QVV					
Escore sócio-emocional	70,7	28,9	98,8	3,8	<0,001*
Escore físico	65,2	21,9	98,0	4,9	<0,001*
Escore total	67,6	23,3	98,3	3,4	<0,001*
Autoavaliação	4,23	0,81	2,92	0,87	<0,001*
APA (vogal “é”)	1,83	1,02	1,31	0,66	0,006*
APA (números)	1,31	0,97	0,98	0,64	0,111

Confiabilidade intra-avaliador: vogal sustentada $p=0,655$; fala encadeada $p=0,317$

* Valores significativos ($p\leq 0,05$) – Teste Mann-Whitney

Legenda: APA = análise perceptivo-auditiva; DP = desvio-padrão

Tabela 2. Correlações entre as variáveis estudadas para o grupo de indivíduos com queixa vocal (GQ)

Variáveis	Domínio sócio-emocional	Domínio físico	Domínio total	Autoavaliação
Domínio físico	76,8% <0,001*	-	-	-
Domínio total	90,8% <0,001*	95,8% <0,001*	-	-
Autoavaliação	-52,9% <0,001*	-43,1% 0,002*	-51,2% <0,001*	-
*APA (vogal /ε/)	-9,6%	-13,7%	-13,2%	33,3% 0,021
*APA (números)	-25,9%	-28,3%	-26,4%	25,9%

*Valores significativos ($p\leq 0,05$) – Correlação de Spearman

Legenda: APA = análise perceptivo-auditiva

correlação positiva entre o domínio físico e o sócio-emocional (76,8%, $p<0,001$), entre o domínio total e o domínio sócio-emocional (90,8%, $p<0,001$), e entre o domínio total e o domínio físico (95,8%, $p<0,001$). Além disso, houve uma correlação negativa entre a autoavaliação do paciente e todos os escores do QVV (-52,9%, $p<0,001$; -43,1%, $p=0,002$; -51,2%, $p<0,001$). Não houve relação entre as análises perceptivo-auditiva (vogal sustentada e números) com os domínios do QVV, assim como entre a análise perceptivo-auditiva da contagem de números e a autoavaliação. Vale ressaltar que a correlação entre a análise perceptivo-auditiva da vogal sustentada e a autoavaliação do paciente foi muito baixa.

DISCUSSÃO

A avaliação perceptivo-auditiva é comumente utilizada na rotina clínica fonoaudiológica, especificamente na área de voz e apesar de todos os avanços em outras análises, como a acústica, não há sinais de que ela será abandonada⁽²⁾. A análise auditiva é frequentemente considerada padrão-ouro na classificação dos distúrbios vocais, sendo utilizada inclusive por clínicos experientes que a associam a outros tipos de análises complementares^(1,2). Esta análise faz parte do conjunto de testes utilizados na avaliação global da voz que deve conter tanto dados subjetivos quanto objetivos e também incluir a perspectiva do indivíduo sobre o impacto do problema de voz em sua vida. Para a avaliação do impacto de um problema de voz sob a percepção do indivíduo que o apresenta são utilizados protocolos específicos e de fácil aplicação, como por exemplo, o protocolo de Qualidade de Vida em Voz (QVV)^(9,11). Tal instrumento foi selecionado para o presente estudo por ser curto e de fácil compreensão⁽²¹⁾.

A participação do paciente durante a avaliação vocal é de primordial importância, pois só ele pode fornecer dados que serão cruciais para o diagnóstico e conduta do caso⁽²²⁾, como todas as percepções do que é viver com um problema de voz. A somatória das informações obtidas pelo clínico⁽²³⁾ e da percepção do paciente pode contribuir para uma análise mais abrangente da dimensão do problema e, possivelmente, direcionar a conduta com mais segurança.

Dessa forma, este estudo procurou investigar a possível relação entre a percepção do indivíduo sobre a própria voz e o impacto da disfonia na sua qualidade de vida, com a avaliação perceptivo-auditiva do grau geral dessa alteração vocal realizada pelo clínico. A hipótese desta pesquisa era de que possivelmente haveria correlação entre as diferentes análises, contudo a avaliação clínica não seria capaz de dimensionar completamente o grau de desvio funcional, social e emocional produzido pela alteração vocal. O que pudemos verificar é que realmente há uma correlação entre as percepções do clínico e do paciente (Tabela 2), porém ela não é forte e nem direta. O indivíduo disfônico avalia o impacto de forma global, focando seu julgamento não somente no som da voz, mas também nas restrições físicas, sociais e profissionais, enquanto o clínico realiza a análise de maneira específica, focando seu julgamento no som da voz. Portanto, faz-se necessária, na rotina clínica fonoaudiológica, uma investigação abrangente, feita por meio

de avaliações objetivas e subjetivas, incluindo a perspectiva do paciente⁽²²⁾. Algumas contribuições na área reforçam essa afirmação^(2,17) apontando a importância do uso de escalas centradas tanto no clínico quanto no paciente. As escalas centradas no clínico caracterizam a intensidade da disfonia, enquanto as escalas que investigam a percepção do paciente refletem o efeito da disfonia nos diversos domínios da sua vida.

Os resultados dos escores do protocolo QVV mostram que indivíduos sem queixa apresentam valores mais elevados, o que é indicativo de melhor qualidade de vida nos aspectos relacionados à voz. Já no grupo com queixa, como era esperado, acontece o contrário: os escores apresentam-se rebaixados sugerindo que o impacto na qualidade de vida é maior por causa da disfonia^(9,10,11,21).

Um padrão de resposta similar foi observado nos resultados da autoavaliação vocal, em que os indivíduos com queixa se autoavaliaram de forma pior quando comparados aos indivíduos com vozes saudáveis. Desta forma, tanto o protocolo QVV quanto a autoavaliação indicaram o mesmo tipo de percepção. Neste estudo, observamos que os indivíduos com queixa de voz avaliaram suas vozes como sendo razoáveis (média=4,23) e os que não apresentavam queixa consideraram suas vozes boas (média=2,92). Pesquisas que também estudaram autoavaliação vocal e qualidade de vida relataram que indivíduos com qualidade vocal desviada percebem o efeito negativo da disfonia em suas vidas, apresentando escores do QVV reduzidos^(9,10,17), ou seja, quanto pior a autoavaliação vocal, pior também será a qualidade de vida. No presente estudo, essa correlação também foi positiva, pois os indivíduos com queixa de voz que autoavaliaram suas vozes como sendo razoáveis apresentaram os escores do QVV rebaixados, ao contrário do grupo sem queixa.

Observando a média da análise perceptivo-auditiva para vogal sustentada (“é”) verificou-se que não houve diferença entre os grupos. Isso provavelmente aconteceu porque a amostra não contou com a inclusão de indivíduos com alteração vocal intensa. Assim, a média do grau geral de desvio vocal foi muito próxima aos valores de uma qualidade vocal sem alterações, ou seja, permaneceu dentro da variabilidade normal da qualidade vocal⁽²⁴⁾. Esse resultado não é surpreendente, mesmo em se tratando de uma população de indivíduos com relato de queixa de voz e vozes desviadas, uma vez que o desvio da qualidade vocal é avaliado dentro de uma extensão contínua que pode variar desde uma voz sem alteração até uma voz com uma alteração intensa. Não existem categorias definidas de desvio, e, portanto, os limites entre algumas vozes podem não ser evidentes. Por exemplo, uma voz com um grau de desvio dentro da variabilidade normal e uma voz com um desvio leve podem ser muito semelhantes auditivamente.

Quando se analisa a relação entre as variáveis pesquisadas, observa-se correlação entre todos os dados, ou seja, os escores dos domínios do QVV se correlacionam positivamente. A autoavaliação vocal também se correlaciona com os escores do QVV, sugerindo que os indivíduos com desvio de voz apresentam alteração na sua vida em qualquer aspecto, seja de origem sócio-emocional, física ou ambos⁽²⁰⁾. Portanto, quanto pior um domínio do QVV, pior também é qualquer outro domínio desse

protocolo, indicando que quando um indivíduo apresenta um impacto maior nos aspectos relacionados ao uso funcional da voz, também apresentará, de certa forma, um impacto negativo nos aspectos emocionais⁽¹⁰⁾. O mesmo acontece com a autoavaliação vocal, indicando que quanto pior o indivíduo percebe a qualidade da própria voz, pior será a influência desse distúrbio na sua qualidade de vida em todas as dimensões, como já citado acima^(10,15,17,19). Algumas pesquisas corroboram essa afirmação^(13,17), relatando que indivíduos disfônicos não apresentam impacto negativo de forma isolada na sua qualidade de vida mas sim de uma forma global⁽²²⁾.

Quando estudamos a relação entre as avaliações do paciente e do clínico, não houve correlação tão direta e forte quanto entre a autoavaliação e os escores do QVV. Provavelmente, essa falta de correlação foi encontrada porque o impacto trazido pela disfonia na vida do indivíduo não pode ser medido apenas pelo som da sua voz⁽¹²⁾. A baixa correlação existente entre a análise perceptivo-auditiva e a autoavaliação mostra que o fonoaudiólogo, mesmo com sua experiência técnica, pode não conseguir estimar corretamente o impacto que o desvio vocal traz ao paciente^(10,17,22). Devemos lembrar que, ao avaliar a própria voz, o indivíduo utiliza a percepção de várias dimensões: o som da voz, o esforço utilizado para falar, a fadiga associada à produção vocal, limitação pessoal, profissional, social imposta pelo problema de voz⁽²⁵⁾, alteração do bem-estar, mudança vocal de acordo com a faixa etária⁽²⁶⁾, entre outros. Portanto, seu julgamento vai ser baseado em referências auditivas, sensoriais, psicológicas, físicas, etc. Já o clínico, baseia-se apenas no estímulo sonoro na avaliação perceptivo-auditiva, não tendo acesso às demais dimensões⁽²⁾.

Dados semelhantes também foram encontrados em um estudo americano⁽¹⁷⁾ que avaliou a confiabilidade de métodos baseados na percepção do clínico, comparando-os com métodos baseados na percepção do paciente sobre a própria qualidade vocal. Foram utilizadas 103 avaliações auditivas de pacientes. Quando os autores correlacionaram os dados da percepção do paciente, entre QVV e IVPI (Índice de Voz de Paciente de Iowa), verificaram que a baixa relação pode ser explicada pelo fato de que a percepção do paciente varia amplamente de acordo com suas expectativas. Os resultados ainda mostraram baixa correlação ao comparar os dados das avaliações clínicas e da percepção do paciente (no escore total do QVV), justificando que a avaliação clínica considera as alterações vocais de forma específica e, na percepção do paciente, há consideração dos efeitos sociais e emocionais causados pelo desvio de voz. Assim, os autores concluíram que é necessário utilizar, na rotina clínica, escalas de avaliação centradas tanto no clínico quanto no paciente⁽¹⁷⁾.

Não há estratégias perfeitas de avaliação perceptivo-auditiva⁽²⁾, pois sempre existirão fatores de erro e confusão nas análises, devendo-se considerar sempre as possíveis interferências. Contudo, apesar disso, não há sinais de que este tipo de análise perderá seu valor no futuro. Recomenda-se ainda o uso de protocolos específicos que contenham características perceptivas usadas com mais frequência na prática clínica fonoaudiológica com a finalidade de reduzir potencialmente as diferenças interavaliadores. Contudo, o estudo também

menciona que a autoavaliação do paciente deve ser valorizada na rotina clínica.

Sendo assim, é importante para a prática clínica somar as informações coletadas durante a avaliação nas duas perspectivas (clínica e do paciente), utilizando protocolos específicos a fim de garantir, de maneira acurada e confiável, a intensidade do problema e contribuir para o direcionamento da intervenção e planejamento terapêutico.

CONCLUSÃO

A percepção do clínico corresponde à percepção que o indivíduo tem da sua qualidade vocal e do impacto da alteração de voz na sua qualidade de vida, contudo não de forma direta. A percepção do indivíduo sobre a própria voz e sobre o impacto da disfonia em sua qualidade de vida complementa a percepção do clínico quanto ao grau geral desta alteração.

REFERÊNCIAS

1. Behlau M, Madazio G, Feijó D, Pontes P. Avaliação de voz. In: Behlau M. Voz: o livro do especialista. Vol.1. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. Capítulo 3; p. 85-245.
2. Oates J. Auditory-perceptual evaluation of disordered voice quality: pros, cons and future directions. *Folia Phoniatr Logop.* 2009;61(1):49-56.
3. Colton RH, Casper JK, Leonard R. Compreendendo os problemas da voz: uma perspectiva fisiológica no diagnóstico e tratamento das disfonias. 3a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010. p.195-251.
4. Shrivastav R, Sapienza CM. Objective measures of breathy voice quality obtained using an auditory model. *J Acoust Soc Am.* 2003;114(4 Pt 1):2217-24.
5. Shrivastav R. Multidimensional scaling of breathy voice quality: individual differences in perception. *J Voice.* 2006;20(2):211-22.
6. Bele IV. Reliability in perceptual analysis of voice quality. *J Voice.* 2005;19(4):555-73.
7. Shrivastav R, Sapienza CM, Nandur V. Application of psychometric theory to the measurement of voice quality using rating scales. *J Speech Lang Hear Res.* 2005;48(2):323-35.
8. World Health Organization. Measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments (The WHOQOL-100 and the WHOQOL-Bref) [Internet]. 1997 [cited 2012 May 5]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf
9. Hogikyan ND, Sethuraman G. Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). *J Voice.* 1999;13(4):557-69.
10. Kasama ST, Brasolotto AG. Percepção vocal e qualidade de vida. *Pró-Fono.* 2007;19(1):19-28.
11. 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.
12. Woisard V, Bodin S, Yardeni E, Puech M. The voice handicap index: correlation between subjective patient response and quantitative assessment of voice. *J Voice.* 2007;21(5):623-31.
13. Krischke S, Weigelt S, Hoppe U, Köllner V, Klotz M, Eysholdt U, et al. Quality of life in dysphonic patients. *J Voice.* 2005;19(1):132-7.
14. Spina AL, Maunsell R, Sandalo K, Gusmão R, Crespo A. Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2009;75(2):275-9.
15. Ma EP, Yiu EM. Voice activity and participation profile: assessing the impact of voice disorders on daily activities. *J Speech Hear Res.* 2001;44(3):511-24.
16. Jacobson BH, Johnson A, Grywalski C, Silbergleit A, Jacobson G, Benninger MS, et al. The Voice Handicap Index (VHI): development and validation. *Am J Speech Lang Pathol.* 1997;6:66-70.

17. Karnell MP, Melton SD, Childes JM, Coleman TC, Dailey AS, Hoffman HT. Reliability of clinician-based (GRBAS and CAPE-V) and patient-based (V-RQOL and IPVI) documentation of voice disorders. *J Voice*. 2007;21(5):576-90.
18. Vannuci MG. Relação entre autoavaliação vocal, escores do protocolo QVV e desvios vocais em professores de educação física [monografia]. São Paulo: Centro de Estudos da Voz; 2003.
19. Deary IJ, Wilson JA, Carding PN, Mackenzie K. The dysphonic voice heard me, you and it: differential associations with personality and psychological distress. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 2003;28(4): 374-8.
20. Behrman A, Sulica L, He T. Factors predicting patient perception of dysphonia caused by benign vocal fold lesions. *Laryngoscope*. 2004;114(10):1693-700.
21. Behlau M, Oliveira G, dos Santos LM, Ricarte A. Validação no Brasil de protocolos de auto-avaliação do impacto de uma disfonia. *Pró-Fono*. 2009;21(4):326-32.
22. Jones SM, Carding PN, Drinnan MJ. Exploring the relationship between severity of dysphonia and voice-related quality of life. *Clin Otolaryngol*. 2006;31(5):411-7.
23. Deary IJ, Wilson JA, Carding PN, Mackenzie K. VoiSS: a patient-derived Voice Symptom Scale. *J Psychosom Res*. 2003;54(5):483-9.
24. Yamasaki R, Leão SH, Madazio G, Padovani M, Azevedo R, Behlau M. Correspondência entre escala analógico-visual e a escala numérica na avaliação perceptivo-auditiva de vozes. In: XVI Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2008 Set 24-27; Campos de Jordão – SP.
25. Wilson JA, Deary IJ, Millar A, Mackenzie K. The quality of life impact of dysphonia. *Clin Otolaryngol*. 2002;27(3):179-82.
26. Putnoki DS, Hara F, Oliveira G, Behlau M. Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com o gênero, idade e uso de voz profissional. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(4):485-90.