

RELAÇÃO ENTRE AUTOAVALIAÇÃO VOCAL E DADOS DA AVALIAÇÃO CLÍNICA EM INDIVÍDUOS DISFÔNICOS

Relation between voice self-assessment and clinic evaluation data in dysphonic individuals

Ana Paula Dassie Leite⁽¹⁾, Luciana Branco Carnevale⁽¹⁾,
Heloíza Lima da Rocha⁽¹⁾, Caroline Amália Pereira⁽¹⁾, Luiz de Lacerda Filho⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: associar os índices de autoavaliação vocal aos dados da avaliação clínica de indivíduos disfônicos. **Métodos:** estudo observacional, analítico, retrospectivo. Foram analisados os prontuários de pacientes disfônicos atendidos em uma Clínica-Escola de Fonoaudiologia no período de 2007 a 2011. Foram levantados os dados referentes à autoavaliação vocal (índices de qualidade de vida em voz, desvantagem vocal e atribuição de nota referente ao impacto vocal), à anamnese (sexo, idade, profissão, tipo de queixa, tempo de queixa, tratamentos anteriores para a disfonia), à avaliação perceptivo-auditiva (qualidade vocal, grau de alteração, *pitch*, *loudness*, ressonância, articulação e coordenação pneumofonoarticulatória) e aos dados objetivos (tempos máximos fonatórios e relação s/z). Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente. **Resultados:** não houve diferença na comparação dos escores do protocolo de qualidade de vida em voz e índice de desvantagem vocal com as variáveis referentes a sexo, qualidade vocal, grau de alteração, *pitch*, ressonância, articulação, velocidade de fala e tipo de disfonia. Indivíduos que utilizam a voz profissionalmente e que já fizeram tratamentos anteriores para a disfonia apresentaram piores índices na autoavaliação vocal. Quanto à avaliação clínica, a incoordenação pneumofonoarticulatória foi o único parâmetro que interferiu negativamente na autoavaliação. Não houve correlações entre os índices de autoavaliação vocal e as demais variáveis contínuas (idade, tempo de queixa, tempos máximos fonatórios e relação s/z). **Conclusão:** a autoavaliação vocal é uma impressão bastante subjetiva, e independe da maior parte dos dados coletados na avaliação clínica. Ser profissional da voz, já ter buscado outros tratamentos para a disfonia e apresentar incoordenação pneumofonoarticulatória parece influenciar negativamente na autoavaliação do indivíduo acerca do impacto do distúrbio vocal em sua vida diária.

DESCRIPTORIOS: Voz; Distúrbios da Voz; Disfonia; Qualidade de Vida

■ INTRODUÇÃO

Atualmente, os dados de autoavaliação do paciente disfônico a respeito do distúrbio vocal têm sido muito valorizados na clínica fonoaudiológica e na literatura da área¹⁻⁴. Isso porque parece claro que a demanda e a aderência ao tratamento estão particularmente relacionados ao impacto do problema de voz na vida diária do indivíduo.

Assim, dois indivíduos que apresentam alterações vocais semelhantes e com um mesmo tipo de lesão laríngea podem enfrentar o impacto dessas alterações de maneiras bastante divergentes, a depender de características sociais, profissionais e/ou emocionais.

A autoavaliação do sujeito é única e pode, inclusive, não ter relação direta com a avaliação do clínico⁵. Por este motivo, tem se tornado cada vez mais indispensável para a elaboração do raciocínio clínico e, conseqüentemente, a conduta sobre os casos de distúrbios vocais.

Os protocolos de autoavaliação vocal, também chamados de protocolos de qualidade de vida relacionados à voz, já existiam em outros países,

⁽¹⁾ Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO, Irati/PR, Brasil.

⁽²⁾ Universidade Federal do Paraná – UFPR, Curitiba/PR, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

mas começaram a ser validados no Brasil a partir do ano de 2005. Atualmente, há vários protocolos traduzidos e validados para a língua portuguesa, que possuem sensibilidade e confiabilidade garantidas, com ampla utilização na clínica⁶⁻¹⁰.

No Brasil, a maior parte das pesquisas realizadas com os protocolos supracitados tem foco nos resultados de autoavaliação de grupos específicos, sejam eles de categorias de profissionais da voz ou de portadores de diferentes patologias¹¹⁻¹⁵. Em alguns dos casos, a coleta de dados vai ao encontro dos sujeitos, que não necessariamente apresentam um problema vocal e/ou procuraram por auxílio fonoaudiológico por conta disso^{11,12}.

Embora já existam pesquisas que busquem relacionar os índices de autoavaliação vocal aos dados da avaliação clínica do sujeito disfônicos¹⁶⁻²⁰, tais relações ainda merecem ser mais bem esclarecidas e melhor aprofundadas. Isso porque, na prática clínica muitas vezes os resultados ocorrem de forma diferente do esperado ou do que a literatura aponta como provável para aquele determinado tipo de caso.

A Clínica Escola de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO-PR atende mensalmente pacientes com queixas vocais que procuram por auxílio fonoaudiológico. Há padronização dos procedimentos de avaliação e os dados coletados são incluídos em prontuário individual do paciente. Considera-se que compreender melhor a relação entre o impacto de uma disфонia na vida de um indivíduo e sua avaliação clínica é fundamental para que se possa oferecer um serviço voltado às reais necessidades do paciente, considerando suas particularidades e características individuais.

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi associar os índices de autoavaliação vocal aos dados da avaliação clínica de indivíduos disfônicos.

■ MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, analítico e retrospectivo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Centro-Oeste, sob o número 216/2009. A coleta de dados aconteceu na Clínica-Escola de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO-PR.

Foram analisados 116 prontuários de pacientes que buscaram a clínica na área de Voz, no período de 2007 a 2011. A partir disso, buscou-se selecionar os prontuários que continham informações referentes à autoavaliação vocal e qualidade de vida em voz. Do total, apenas 51 continham as informações

referentes aos índices do instrumento Qualidade de Vida em Voz (QVV)⁶, 34 ao instrumento Índice de Desvantagem Vocal (IDV)⁷, 37 ao “Valor de Impacto da Disфонia” e apenas 18 ao instrumento Perfil de Participação em Atividades Vocais (PPAV)⁸. Por essa perda significativa, optou-se por não incluir os dados referentes ao PPAV no presente estudo, uma vez que a análise estatística foi inviabilizada.

Os dados dos prontuários foram coletados da forma como foram informados no momento da avaliação, momento em que o procedimento segue protocolo específico desenvolvido pelos docentes do curso. Foram excluídos somente dados com aferição incorreta comprovada. Da anamnese vocal foram coletados os dados referentes a sexo, idade, profissão, tempo de duração da queixa e tratamentos anteriores realizados para o problema de voz. Da avaliação perceptivo-auditiva, foram coletados os dados referentes a qualidade vocal, grau de alteração, *pitch*, *loudness*, articulação, ressonância, velocidade de fala, coordenação pneumofonoarticulatória (CPFA) e tipo respiratório. Quanto às medidas objetivas, foram incluídos apenas os dados referentes aos Tempos Máximos de Fonação (TMF) e Relação s/z. Os dados da hipótese diagnóstica fonoaudiológica referente ao tipo de disфонia (funcional, organofuncional ou orgânica) também foram coletados.

Foram tabulados, ainda, os resultados referentes às variáveis de autoavaliação vocal (qualidade de vida em voz). Foram considerados somente os escores médios totais (domínio total) dos protocolos QVV e IDV. Além disso, considerou-se o “Valor do Impacto da disфонia”:

- No que se refere ao QVV⁶, protocolo de Qualidade de Vida, quanto mais próxima de 100 (valor máximo), melhor é a autoavaliação do indivíduo. O cálculo é feito por meio de fórmula específica.
- Quanto ao IDV⁷, a pontuação total é de 120 pontos. Como se trata de um protocolo de Desvantagem Vocal, quanto maior o valor obtido, maior o impacto na disфонia na vida do indivíduo.
- O “Valor do impacto da disфонia” é atribuído pelo paciente, por meio de uma única pergunta simples feita pelo avaliador. O paciente é orientado a atribuir uma nota de 0 a 10 para o impacto do problema vocal em sua vida diária, sendo que 0 indicaria nenhum impacto e 10 indicaria impacto máximo.

A partir da tabulação, os dados foram analisados estatisticamente. Os testes não paramétricos de Mann-Whitney (dois grupos) e ANOVA de Kruskal-Wallis (mais de dois grupos) foram empregados nas associações entre os índices de autoavaliação vocal/qualidade de vida em voz e as demais

variáveis categóricas. O teste de Correlação de Pearson foi utilizado para correlacionar os dados de autoavaliação vocal às demais variáveis contínuas. Para todas as análises, adotou-se nível de significância de 0,05.

Foram consideradas como associações reais aquelas ocorridas em pelo menos dois dos três índices de autoavaliação vocal (QVV, IDV, Impacto). Assim, dois ou mais valores em determinado cruzamento deveriam ser estatisticamente significantes ou com tendência à diferença para indicarem uma possível associação real entre a autoavaliação e a outra variável pesquisada. Optou-se por considerar as tendências à diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$ e $< 0,15$), considerando que devido ao tamanho amostral reduzido poderia existir um erro do Tipo II²¹.

■ RESULTADOS

A Tabela 1 contém os dados da associação entre os índices de QVV, IDV e “Valor do Impacto da Disfonia” e as variáveis categóricas referentes à anamnese (sexo, profissão e tratamentos anteriores realizados para a disfonia). Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação de homens e mulheres. No entanto, indivíduos que referiram já ter buscado por outros tratamentos para a disfonia tiveram piores índices de autoavaliação vocal no QVV e IDV. Os profissionais da voz atribuíram valores superiores no que se refere à mensuração do impacto da disfonia (de 0 a 10) em sua vida diária e apresentaram piores índices no QVV e IDV.

Tabela 1 - Associação entre os índices de autoavaliação vocal e s variáveis sexo, profissão e tratamentos anteriores para a disfonia

	Sexo	Média	Mediana	DP	n**	IC	valor de p
IDV	Fem	31,5	19,5	28,6	24	11,4	0,949
	Masc	32,1	29	20,5	10	12,7	
QVV	Fem	71,4	81,3	24,8	35	8,2	0,831
	Masc	73	76,3	24	16	11,8	
Impacto	Fem	5,8	6	2,8	24	1,1	0,152
	Masc	4,4	5	2,8	13	1,5	
Profissional da voz		Média	Mediana	DP	n	IC	valor de p
IDV**	Não	24,9	19,5	20,4	18	9,4	0,072
	Sim	41,4	34	30	15	15,2	
QVV**	Não	77,1	85	22,7	28	8,4	0,059
	Sim	64,1	66,3	24,8	22	10,4	
Impacto	Não	4,4	4	2,7	23	1,1	0,016*
	Sim	6,7	6	2,6	14	1,4	
Tratamentos anteriores		Média	Mediana	DP	n	IC	valor de p
IDV**	Não	27,8	20	25,6	21	11	0,11
	Sim	47,5	55,5	28,5	6	22,8	
QVV	Não	76,4	81,3	22,9	33	7,8	0,005*
	Sim	47	51,2	18,6	6	14,9	
Impacto*	Não	4,5	4,5	2,6	24	1	0,19
	Sim	6,2	6	2,8	6	2,2	

* $p < 0,05$; Mann-Whitney. - ** os valores de n correspondem ao número de prontuários que continham as informações referentes às duas variáveis analisadas. ** Possibilidade de erro do tipo 2, por valores de p limítrofes.

Legenda - IDV: Índice de Desvantagem Vocal; QVV: Qualidade de Vida em Voz; Impacto: Impacto da disfonia na vida diária; n: número de sujeitos; DP: desvio-padrão; IC: intervalo de confiança.

Na Tabela 2, são apresentados os valores referentes à relação entre os escores de QVV, IDV e “Valor do Impacto” e as variáveis categóricas referentes aos principais dados da avaliação perceptivo-auditiva da voz. Não houve diferença na comparação entre os índices de autoavaliação e as variáveis referentes à qualidade vocal, grau de alteração, *pitch* e *loudness*. Outras variáveis

não apresentadas na tabela, como ressonância, articulação, velocidade de fala e tipo respiratório também não tiveram associação estatisticamente significativa quando comparadas aos índices de autoavaliação vocal. Indivíduos que apresentaram incoordenação pneumofonoarticulatória (IPFA) apresentaram piores índices de avaliação nos protocolos IDV e QVV.

Tabela 2 - Associação entre os índices de autoavaliação vocal e as variáveis categóricas referentes à avaliação perceptivo-auditiva da voz

		Média	Mediana	DP	n**	IC	valor de p	
Qualidade vocal*	IDV	Adaptada	32,9	21,5	28,1	14	14,7	0,938
		Rugosa	33,8	27	27	11	16	
		Rugosa / Soprosa	25,7	22,5	19,2	6	15,4	
		Soprosa	29,7	10	38,5	3	43,5	
	QVV	Adaptada	71,2	75	23,3	17	11,1	0,921
		Rugosa	75,7	85	27,9	18	12,9	
		Rugosa / Soprosa	73,4	80	21,5	11	12,7	
		Soprosa	67,1	67,5	14,4	3	16,3	
	Impacto	Adaptada	5,2	5	2,9	13	1,6	0,7
		Rugosa	4,5	4	2,7	13	1,5	
		Rugosa / Soprosa	6	6	2,9	9	1,9	
		Soprosa	5	5		1		
Grau de alteração**	IDV	Discreto	39,1	31	25,4	11	15	0,039***
		Moderado	17	13	13,1	8	9,1	
	QVV	Discreto	73,5	77,5	25,8	17	12,3	0,873
		Moderado	74,9	81,9	20,6	14	10,8	
	Impacto	Discreto	5	5	2,5	15	1,3	0,781
		Moderado	5,3	5	3,2	9	2,1	
Pitch*	IDV	Agudo	26,8	21	24	6	19,2	0,866
		Grave	33,3	24	24,4	17	11,6	
		Médio	33,6	19,5	32,7	10	20,3	
	QVV	Agudo	65,9	72,5	26	11	15,4	0,405
		Grave	76,6	82,5	20,4	25	8	
		Médio	69,5	75	27,1	13	14,7	
	Impacto	Agudo	6	5	2	4	2	0,8
		Grave	5,4	5	3,1	19	1,4	
Médio		4,9	4	2,9	13	1,6		
Loudness*	IDV	Forte	19,7	16	12,9	3	14,6	0,283
		Fraca	40,9	25	33,9	13	18,5	
		Normal	27,8	20	19,9	17	9,4	
	QVV	Forte	88,3	85	10,4	3	11,8	0,002*
		Fraca	59,4	67,5	26,3	21	11,3	
		Normal	81,2	87,5	16,2	25	6,4	
Impacto	Forte	3	3	1,4	2	2	0,336	
	Fraca	6,1	6	2,8	11	1,7		
	Normal	5,1	5	2,9	23	1,2		
CPFA**	IDV	Não	44,8	55	31,3	13	17	0,034*
		Sim	24	20	16,4	15	8,3	
	QVV****	Não	64,5	71,3	27,8	24	11,1	0,098
		Sim	76,7	80	19,1	21	8,2	
	Impacto	Não	5,9	6,5	2,6	16	1,3	0,185
		Sim	4,6	4,5	3,1	16	1,5	

*p<0,05; *ANOVA de Kruskal-Wallis e *Mann-Whitney. - ** os valores de n correspondem ao número de prontuários que continham as informações referentes às duas variáveis analisadas - ***valor provavelmente atribuído ao acaso; ****possibilidade de erro do tipo 2. Legenda - IDV: Índice de Desvantagem Vocal; QVV: Qualidade de Vida em Voz; Impacto: Impacto da disфонia na vida diária; n: número de sujeitos; DP: desvio-padrão; IC: intervalo de confiança.

A hipótese diagnóstica fonoaudiológica não teve associação estatisticamente significativa quando comparada aos índices de autoavaliação. Indivíduos com disfonia funcional, organofuncional

e orgânica responderam de forma semelhante ao QVV, IDV e questão sobre o impacto da disfonia em sua vida (nota de 0 a 10) – Tabela 3.

Tabela 3 - Associação entre os índices de autoavaliação vocal e a hipótese diagnóstica fonoaudiológica

	Tipo de disfonia	Média	Mediana	DP	n**	IC	valor de p
IDV	Funcional	28,4	21,5	25,3	18	11,7	0,433
	Orgânica	44,1	40	33,8	7	25,1	
	Organofuncional	29,3	31	19,6	3	22,1	
QVV	Funcional	76,8	81,9	21,8	26	8,4	0,172
	Orgânica	61,3	62,5	25,2	13	13,7	
	Organofuncional	73,8	80	30,9	5	27	
Impacto	Funcional	5,2	5	2,7	21	1,2	0,139
	Orgânica	6,7	7	3,3	7	2,4	
	Organofuncional	3,3	3,5	1	4	0,9	

*p<0,05; ANOVA de Kruskal-Wallis. - ** os valores de n correspondem ao número de prontuários que continham as informações referentes às duas variáveis analisadas.

Legenda - IDV: Índice de Desvantagem Vocal; QVV: Qualidade de Vida em Voz; Impacto: Impacto da disfonia na vida diária; n: número de sujeitos; DP: desvio-padrão; IC: intervalo de confiança.

A Tabela 4 mostra a correlação entre os índices de QVV, IDV e “Valor do impacto” às demais variáveis contínuas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores de autoavaliação e as variáveis Tempo de queixa, Tempo Máximo de Fonação (TMF), Relação s/z. Na correlação com

a variável idade, houve diferença apenas quando esta foi comparada ao “Valor do impacto”, porém com coeficiente que indicou correlação ruim (<0,4). Assim, nenhuma correlação foi considerada significativa.

Tabela 4 - Correlação entre os índices de autoavaliação vocal e as demais variáveis quantitativas

		Idade	Tempo Queixa	TMF	Relação s/z
IDV	Correlação	6,50%	-17,20%	24,10%	-4,20%
	valor de p	0,716	0,541	0,17	0,817
QVV	Correlação	-18,10%	1,70%	1,10%	6,20%
	valor de p	0,203	0,933	0,936	0,671
Impacto	Correlação	34,70%	-21,30%	-1,90%	2,34%
	valor de p	0,035*	0,447	0,912	0,495

*p<0,05; Correlação de Pearson.

Legenda - TMF: tempo máximo de fonação; IDV: Índice de Desvantagem Vocal; QVV: Qualidade de Vida em Voz; Impacto: Impacto da disfonia na vida diária.

■ DISCUSSÃO

Os dados obtidos no presente trabalho permitem a inferência de que ainda há um longo caminho a ser percorrido para se compreender os fatores, as características e as situações que fazem com que o indivíduo disfônico se sinta mais ou menos afetado pelo problema de voz em seu dia a dia. Parece claro que a autoavaliação é muito subjetiva e se sobrepõe

a maior parte das tentativas de relações com as características vocais e o histórico do paciente.

Quando os índices de autoavaliação são relacionados aos dados de identificação e história, foram obtidos dados interessantes. Na comparação entre homens e mulheres não houve diferença nos escores médios de QVV, IDV e Valor do Impacto. Tal achado corrobora pesquisa anterior, que comparou os índices de homens e mulheres com queixas

vocais e obteve semelhança entre eles¹⁶. Esse dado nos chama atenção por indicar que, embora seja historicamente relatado que mulheres apresentam mais problemas vocais e procurem mais por atendimento do que homens²², é provável que, independentemente do sexo, a partir do momento que o indivíduo procura por auxílio especializado é porque ele já percebeu o impacto da disfonia em seu cotidiano.

Outro dado interessante foi a constatação de que indivíduos que já procuraram por outros tipos de atendimento para a disfonia apresentam piores índices de autoavaliação vocal e qualidade de vida em voz. É possível inferir que esses pacientes já possuíam demandas, sintomatologia e queixas há mais tempo e isso poderia gerar alterações vocais permanentes, sem grandes fatores de melhora e piora, com conseqüente maior impacto na qualidade de vida diária. É possível inferir também que indivíduos que se submetem a fonoterapia para disfonia desenvolvem um nível mais alto de autopercepção vocal.

No que se refere aos dados ocupacionais, profissionais da voz se autoavaliaram de forma mais crítica quando comparados aos não profissionais. Isso pode ter ocorrido, pois esse grupo, em geral, desenvolve uma maior percepção vocal ao longo do tempo. Além disso, um problema que pode ser pequeno para um paciente com uma demanda vocal reduzida (não profissional da voz) pode ter grande impacto àquele que necessita da voz como principal instrumento de trabalho. Um trabalho que buscou relacionar os índices de qualidade de vida em voz com variáveis sociodemográficas em indivíduos sem queixas, observou que os profissionais da voz tendem a se autoavaliar com mais rigor e, conseqüentemente, apresentar piores índices nos protocolos²³.

Em um estudo anterior, realizado com professores, os autores concluíram que o PPAV é um instrumento bastante sensível para avaliar o impacto da disfonia na vida do profissional da voz²⁴. Isso reforça a ideia de que mesmo mais extenso e de marcação um pouco mais complexa por parte do paciente, vale a pena incluir tal protocolo na rotina da clínica vocal. Lembrando que os dados do PPAV não foram considerados na análise estatística, pois apenas 18 prontuários continham informações referentes a ele.

Quando os dados de autoavaliação foram comparados aos dados da avaliação perceptivo-auditiva, poucas associações puderam ser observadas. Indivíduos com incoordenação pneumo-fonoarticulatória (IPFA) apresentaram piores índices de qualidade de vida em voz. A variável *loudness* não foi considerada, pois só apresentou

associação com um dos instrumentos, o que pode indicar associação decorrente do acaso. Não foram encontrados estudos que relacionem os índices de autoavaliação com cada um dos parâmetros da análise perceptivo-auditiva separadamente. Portanto, para elucidar e confirmar essas possíveis relações, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos, com um número maior de pacientes analisados. Embora já esteja claro na literatura que a IPFA também pode prejudicar a fluência da comunicação²⁵, a relação entre esses “prejuízos” e a qualidade de vida merece ser mais aprofundada. Acredita-se que o grande desconforto gerado pela IPFA durante o processo comunicativo possa justificar sua associação com piores índices de qualidade de vida em voz.

Alguns estudos anteriores apontam que indivíduos com disfonias orgânicas apresentam piores escores nos protocolos de autoavaliação vocal⁶⁻⁸. Na presente pesquisa, a autoavaliação foi semelhante entre os pacientes, independentemente da hipótese terapêutica fonoaudiológica atribuída. Esse aspecto também merece uma discussão ampla sobre a classificação das disfonias. Alguns tipos de disfonias funcionais, por exemplo, podem gerar uma qualidade de vida bastante prejudicada, como é o caso das disfonias por muda vocal incompleta. Por outro lado, alguns tipos de disfonias orgânicas, como as relacionadas ao refluxo gastroesofágico ou à presbifonia, por exemplo, podem gerar menor impacto no que se refere à autoavaliação. Os pacientes incluídos na amostra são bastante heterogêneos quanto à provável etiologia do problema de voz. É possível que se houvesse neste trabalho uma maior demanda de disfonias orgânicas mais comprometedoras, como nos casos dos distúrbios neurológicos, por câncer de cabeça e pescoço, os resultados obtidos teriam sido diferentes, com uma pior autoavaliação desses indivíduos quando comparados aos demais.

Outro aspecto que merece destaque é a não correlação estatisticamente significativa entre os índices de autoavaliação vocal e a idade dos indivíduos. Um estudo anterior indicou que pacientes disfônicos com idades entre 20 e 29 anos tiveram melhores índices de qualidade de vida em voz quando comparados a pacientes de faixas etárias superiores¹⁶. Em outra pesquisa, com indivíduos sem queixas, não foram observadas diferenças de autoavaliação vocal nas diferentes faixas etárias²³. Acredita-se, mais uma vez, que os resultados obtidos possam ter relação com a heterogeneidade da amostra do presente trabalho e com a subjetividade que existe na autoavaliação vocal. De forma semelhante à idade, o tempo de duração da queixa/sintomas também não influenciou na autoavaliação

do indivíduo, indicando que essa variável também não permite inferências sobre o perfil do indivíduo disfônico no que se refere à qualidade de vida em voz.

Pontua-se que um estudo retrospectivo pode implicar em perda importante de dados. Isso ficou claro no presente estudo, uma vez que dos 116 prontuários analisados, menos da metade deles continham informações sobre a autoavaliação vocal e o impacto da disфонia na vida do sujeito. É importante que o acadêmico do curso de Fonoaudiologia seja cada vez mais instigado a refletir sobre a importante relação que existe entre esses índices e a evolução clínica do paciente (prognóstico, aderência, etc.). Isso permitirá uma maior sensibilização frente às particularidades e especificidades dos pacientes que procuram por auxílio especializado devido a queixas vocais. Por outro lado, esse tipo de estudo permite que seja feito um diagnóstico real sobre o funcionamento de um serviço e esse aspecto é de suma importância para o delineamento das ações fonoaudiológicas.

É importante que os próximos estudos busquem relacionar os índices de autoavaliação com outras variáveis importantes, como o tipo de queixa vocal, os sintomas e hábitos vocais referidos pelos pacientes. Além disso, poder contar com uma amostra maior pode ser de fundamental importância para elucidar algumas das hipóteses levantadas na presente pesquisa.

■ CONCLUSÃO

A autoavaliação vocal é uma impressão bastante subjetiva e independe da maior parte dos dados coletados na avaliação da voz. Ser profissional da voz, já ter buscado outros tratamentos anteriores para a disфонia, e apresentar e incoordenação pneumofonoarticulatória são fatores que parecem influenciar negativamente na autoavaliação do indivíduo disfônico acerca da do impacto do distúrbio vocal em sua vida diária.

ABSTRACT

Purpose: to associate the rates of vocal self-assessment and clinic evaluation data from of dysphonic individuals. **Methods:** observational, descriptive and retrospective study. It were studied medical records of patients treated at a school-clinic of Speech Language Patology in the period from 2007 to 2011. Data were presented regarding the vocal self-assessment (voice related quality of life, vocal handicap index and assignment of note regarding the impact vocals), anamnesis (sex, age, occupation, type of abuse, duration of abuse, previous treatment for dysphonia), perceptual evaluation (vocal quality, degree of alteration, pitch, loudness, resonance, articulation and CPFA) and objective data (maximum fonation time and relation between consonants s / z). Data were statistically analyzed. **Results:** there was no difference in comparing the scores of voice related quality of life, vocal handicap index with variables related to gender, vocal quality, grade of dysphonia, pitch, resonance, articulation, rhythm of speech and type of dysphonia. Individuals with pneumophonoarticulatory incoordination, who use their voice professionally and who have made previous treatments for dysphonia were the worst rates in the vocal self-assessment. There were no correlations between rates of vocal self-assessment and other continuous variables (age, duration of abuse, maximum phonation time and relation s / z). **Conclusion:** the vocal self-assessment is a very subjective impression, and is independent of most of data collected in the clinical evaluation. Being professional voice, already have had other previous treatments for dysphonia, and incoordination pneumophonoarticulatory seem to influence negatively on the individual's self-assessment about the impact of dysphonia in his/her daily life.

KEYWORDS: Voice; Voice Disorders; Dysphonia; Quality Of Life

■ REFERÊNCIAS

1. Grillo MHMM, Penteadó RZ. Impacto da voz na qualidade de vida de professores de ensino fundamental. *Pró-Fono R Atual Cient.* 2005;17(3):321-30.
2. Kasama ST, Brasolotto AG. Percepção vocal e qualidade de vida. *Pró-fono.* 2007;19(1):19-28.
3. Queija DCS, Ferreira AS, Portas JG, Dedivitis RA, Pfuetszenreiter Junior, E, Barros, APB. Avaliação vocal e autopercepção da desvantagem vocal (VHI) após laringectomia frontolateral. *Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço.* 2007; 36(2):95-9.
4. Kruschke S, Weigelt S, Hoppe U, Kollner V, Klotz, M. Quality of life in Dysphonic Patients. *Journal do Voice.* Philadelphia. 2009;19(1):132-7.
5. Ugolino AC, Oliveira G, Behlau M. Disfonia na percepção do clínico e do paciente. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;24(2):113-8.
6. 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;23:76-81.
7. Behlau M, Santos LMA, Oliveira G. Cross-cultural adaptation and validation of the voice handicap index into Brazilian Portuguese. *J Voice.* 2009;25(3): 354-9.
8. Ricarte A, Oliveira G, Behlau M. Validação do protocolo Perfil de Participação e Atividades Vocais no Brasil. *CoDAS.* 2013;25(3):242-9.
9. Behlau M, OLIVEIRA G, Santos LMA, Ricarte A. Validação no Brasil de protocolos de autoavaliação do impacto de uma disfonia. *Pró-Fono R Atual Cient.* 2009;21(4):326-32.
10. Moreti FTG. Validação da versão brasileira da Voice Symptom Scale – VoiSS [dissertação] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2011.
11. Gampel D, Karsch UM, Picolloto L. Percepção de voz e qualidade de vida em idosos professores e não professores. *Cienc. Saude Coletiva.* 2010;15(6):2907-16.
12. 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.
13. 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.
14. Carmo RD, Camargo Z, Nemr NK. Relação entre qualidade de vida e autopercepção da qualidade vocal de pacientes laringectomizados totais: estudo piloto. *Rev CEFAC.* 2006;8(4):218-28.
15. Jardim R, Barreto SM, Assunção AA. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(10):2439-61.
16. Putnoki D, Hara F, Oliveira G, Behlau M. Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com sexo, idade e uso vocal profissional. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2010;15(4):485-90.
17. Morais 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.
18. Pernambuco L, Morais Costa EB, Souza Zimmermann T, Sousa Silva AC, Costa da Silva B. Autoavaliação vocal, avaliação perceptivo-auditiva da voz e qualidade de vida em pacientes com suspeita de câncer tireoidiano: existe correlação? *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.* 2013;42(1):8-12.
19. Padovani MMP. Medidas perceptivo-auditivas e acústicas de voz e fala e autoavaliação da comunicação das disartrias. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2011;16(3):375.
20. Gama ACC, Alves ACFT, Cerceau JSB, Teixeira LC. Correlação entre dados perceptivo-auditivos e qualidade de vida em voz de idosas. *Pró-Fono R Atual Cient.* 2010;21(2):125-30.
21. Hill AB. *Principles of Medical Statistics.* 9ª Ed. New York: Oxford University Press, 1971.
22. Gomes R, Nascimento E, Araujo F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(3):565-74.
23. Dassie-Leite AP, Delazeri S, Weber J, Baldissarelli B, Lacerda Filho L. Autoavaliação vocal: relação com o tipo de instrumento utilizado, gênero, faixa etária e profissão em indivíduos sem queixas de voz. *CoDAS [no prelo 2012].*
24. Tutya AS, Zambon F, Oliveira G, Behlau M. Comparação dos escores dos protocolos QVV, IDV e PPAV em professores *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2011;16(3):273-81.
25. Behlau M, Madazio G, Feijó D e Pontes P. Avaliação de voz. In: Behlau M (org.) *Voz: o livro do especialista.* Vol. I. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. P. 85-245.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620151214>

Recebido em: 21/01/2014

Aceito em: 03/05/2014

Endereço para correspondência:

Ana Paula Dassie-Leite

Departamento de Fonoaudiologia UNICENTRO

Rodovia PR 156, Km. 07 – Riozinho

Irati – PR – Brasil

CEP: 89400-000

E-mail: pauladassie@hotmail.com