

Desvantagem vocal no canto: análise do protocolo IDCM

Palavras-chave: Voz, Qualidade de Vida, Música

INTRODUÇÃO

Qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, em seu contexto cultural e de valores, com relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁽¹⁻⁴⁾. Na avaliação da qualidade de vida, é imprescindível que a percepção do sujeito seja o foco do instrumento de análise. Desta forma, as principais ferramentas para a verificação de conseqüências variadas de um problema de saúde são questionários para quantificar a avaliação do indivíduo sobre o impacto de uma alteração em suas relações sociais, profissionais e financeiras⁽¹⁾.

O canto é uma grande área da voz profissional e o canto coral é uma parcela específica desta área. Um coro é um grupo de cantores classificados conforme a tessitura de suas vozes, comumente chamada de naipe. Geralmente, os coros são compostos por quatro naves: baixo, tenor, contralto e soprano, e, algumas vezes, suas variantes intermediárias barítono e mezzo-soprano⁽⁵⁾. No estilo *a cappella*, um grupo canta sem acompanhamento de instrumentos⁽⁶⁾.

Na área de voz, o *VHI (Voice Handicap Index)*⁽⁷⁾ é um dos mais conhecidos e utilizados protocolos de avaliação da qualidade de vida, desenvolvido nos Estados Unidos⁽⁸⁾ e validado em quase 20 países, inclusive no Brasil, chamado de Índice de Desvantagem Vocal – IDV⁽⁹⁾. Usualmente é aplicado em indivíduos adultos com queixas vocais⁽¹⁰⁾ e avalia três diferentes aspectos: incapacidade, desvantagem e defeito vocal. Apesar de sua indiscutível validade, sua sensibilidade para avaliar cantores é pobre, uma vez que os fatores associados à percepção do indivíduo sobre sua desvantagem na voz cantada não são abordados neste protocolo⁽¹¹⁾, que não contempla a conseqüência de uma disfonia na vida dos cantores⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Para atender a essa população, foram desenvolvidas adaptações do IDV para a voz cantada^(14,15). O fonoatras italiano Franco Fussi propôs duas versões, após análise de mais de 400 cantores: o *Modern Singing Handicap Index – MSHI* (Índice de Desvantagem para o Canto Moderno – IDCM) e o *Classical Singing Handicap Index – CSHI*, para o canto clássico – IDCC⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

OBJETIVOS

Verificar a sensibilidade do protocolo italiano *Modern Singing Handicap Index – MSHI*, renomeado em português como Índice de Desvantagem do Canto Moderno – IDCM, comparando os escores de coralistas amadores de canto moderno, com e sem queixas de voz, com os de indivíduos não-cantores, de acordo com sexo, classificação vocal e atividades de canto.

MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da instituição (CEP-CEV 1215/07) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Participaram 226 voluntários entre 16 e 66 anos de idade, distribuídos em três grupos: 58 cantores com queixas vocais – CCQ, 112 cantores sem queixas vocais – CSQ e 56 indivíduos não cantores e sem queixas vocais, o grupo controle – GC. Os cantores eram homens (32 tenores e 48 baixos) e mulheres (49 sopranos e 41 contraltos), pertencentes a 5 coros universitários de música popular brasileira a *capella*, regidos pelo mesmo maestro e deveriam, obrigatoriamente, pertencer ao coro há pelo menos seis meses, com média de 5 horas de ensaio por semana, em dois dias alternados. Todos realizam aquecimento vocal. Os indivíduos do GC foram recrutados das mesmas instituições dos cantores, com características demográficas semelhantes.

O protocolo MSHI foi traduzido e culturalmente adaptado para o Português brasileiro como Índice de Desvantagem para o Canto Moderno – IDCM e aplicado individualmente. O IDCM é composto por 30 itens, distribuídos em três subescalas: incapacidade, desvantagem e defeito, que correspondem respectivamente aos domínios funcional (exemplo: “Por causa do meu problema de voz sou forçado a limitar meu tempo de estudo/ensaio”), emocional (exemplo: “Fico preocupado quando me pedem para repetir um vocalize ou uma frase musical”) e orgânico (exemplo: “Tenho problemas com o controle da respiração para o canto”). As respostas foram assinaladas em uma escala de *Likert* de 5 pontos de acordo com a frequência de ocorrência das situações em questão: 0- nunca, 1- quase nunca, 2- às vezes, 3- quase sempre e 4- sempre. O IDCM apresenta quatro escores: incapacidade (funcional), desvantagem (emocional) e defeito (orgânico), cada um com valor máximo de 40 pontos e o total, composto pela somatória dos anteriores, com um desvio máximo de 120 pontos. Quanto maior a pontuação, maior a percepção de desvantagem vocal do indivíduo.

Todos os cantores, com e sem queixas vocais, preencheram um questionário de auto-avaliação contendo dados de identificação e informações referentes às suas atividades de canto.

Os dados foram tabulados e analisados da seguinte forma: comparação das médias dos escores do IDCM entre os sexos dos 3 grupos; comparação das médias dos escores do IDCM entre os naipes dos grupos de cantores com e sem queixas vocais; comparação das médias dos escores das três subescalas do IDCM dos 3 grupos e levantamento dos dados do questionário de auto-avaliação. Foram utilizados os testes não-paramétricos de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Friedman e Wilcoxon (significância de 5%). Na complementação da análise descritiva, utilizou-se a técnica de Intervalo de Confiança para Média.

RESULTADOS

Os resultados do IDCM indicaram que as médias dos escores das subescalas e total foram semelhantes entre os sexos e entre os quatro naipes.

A tabela 1 apresenta as médias dos escores dos três grupos em todas as subescalas e para o total, com diferenças estatisticamente significantes para todas as comparações. O grupo CCQ teve sempre os maiores resultados e o grupo GC os de menor expressão. Comparando as 3 subescalas do protocolo (incapacidade, desvantagem e defeito), observou-se que a subescala defeito foi a mais desviada, seguida por incapacidade e desvantagem, respectivamente, para os 3 grupos (CCQ,CSQ e GC).

Tabela 1: Comparação dos três grupos nos diferentes escores do protocolo IDCM

Escore e Grupos		Média	N	p-valor
Incapacidade	CCQ	7,88	58	<0,001*
	CSQ	4,66	112	
	GC	2,23	56	
Desvantagem	CCQ	5,05	58	<0,001*
	CSQ	3,16	112	
	GC	1,55	56	
Defeito	CCQ	13,98	58	<0,001*
	CSQ	8,79	112	
	GC	3,96	56	
Total	CCQ	26,91	58	<0,001*
	CSQ	16,61	112	
	GC	7,79	56	

Para determinar com precisão onde as diferenças ocorreram, as subescalas foram comparadas aos pares. Verificou-se que a diferença está entre todas as subescalas, como mostra a tabela 2.

Tabela 2: Comparação duas a duas das subescalas do protocolo IDCM (p-valor)

Subescalas	Incapacidade	Desvantagem
Grupo CCQ	Desvantagem	0,001*
	Defeito	<0,001*
Grupo CSQ	Desvantagem	<0,001*
	Defeito	<0,001*
Grupo GC	Desvantagem	0,019*
	Defeito	<0,001*

Ao comparar todos os grupos aos pares, averiguou-se que todos os grupos são diferentes, como demonstra a tabela 3.

Tabela 3: Comparação dos grupos dois a dois (p-valor)

Escore e Grupos		CCQ	GC
Incapacidade	GC	<0,001*	
	CSQ	<0,001*	<0,001*
Desvantagem	GC	<0,001*	
	CSQ	0,012*	0,011*
Defeito	GC	<0,001*	
	CSQ	<0,001*	<0,001*
Total	GC	<0,001*	
	CSQ	<0,001*	<0,001*

Para finalizar, compararam-se as médias dos escores dos grupos CCQ e CSQ nos itens do questionário de auto-avaliação e verificou-se que não existem diferenças estatísticas em nenhuma das respostas do questionário.

DISCUSSÃO

Os coralistas amadores homens e mulheres, de diferentes naipes, apresentam dificuldades semelhantes, o que confirma a não interferência desses aspectos do canto, por fatores que podem envolver cuidado na classificação vocal pelo regente, distribuição homogênea nos diversos naipes e semelhanças na exigência vocal^(12,19).

Os valores do IDCM foram claramente maiores para os cantores (Tabela 1), mostrando a relevância de se ter um protocolo sensível à população aplicada⁽²⁰⁾. Na comparação entre as três subescalas, a subescala defeito, que corresponde ao domínio orgânico, apresentou os maiores escores, seguida pelas subescalas incapacidade e desvantagem, que representam respectivamente os domínios funcional e emocional. Fatores como falta de domínio técnico, demanda vocal elevada na fala e limitada experiência no canto podem explicar esses resultados⁽¹⁹⁾ e, conseqüentemente, colocar esses indivíduos em uma situação de risco vocal potencial⁽¹⁴⁾. Os valores reduzidos do domínio emocional podem indicar que os coralistas amadores não dependem das atividades de canto para sobreviver e, assim, um pequeno desvio na qualidade vocal pode ser aceito sem produzir conseqüências psicológicas, o que não ocorre com o cantor profissional, que pelo fato de depender financeiramente de sua voz, qualquer alteração mínima na qualidade vocal gera grande impacto em sua qualidade de vida⁽¹²⁾, principalmente na esfera psicológica⁽²⁰⁾.

A comparação dos escores do IDCM dos grupos CCQ, CSQ e GC (Tabela 2) e também dos grupos entre si (Tabela 3) mostrou-se estatisticamente significativa em todas as análises, sendo que a presença de queixa vocal foi determinante na manifestação do desvio.

Considerando que o protocolo IDCM quantifica a desvantagem vocal nas atividades de canto causada por um problema de voz de qualquer natureza, quanto maior a presença de queixas vocais no canto, maior a probabilidade dos escores do IDCM estarem aumentados, o que mostra a sensibilidade do protocolo para a população de cantores com queixas^(12,16-18).

Por fim, as comparações dos grupos CCQ e CSQ em relação ao questionário de auto-avaliação das atividades de canto mostraram que queixas vocais presentes no grupo CCQ não podem ser explicadas por diferenças na rotina de uso da voz cantada.

CONCLUSÕES

Coralistas com queixa vocal apresentaram maior desvantagem auto-relatada em relação à coralistas sem problema de voz e não cantores. No relato de cantores com problemas, aspectos identificados como sendo de natureza orgânica destacaram-se com maiores desvios, refletindo o tipo de dificuldade desses indivíduos. O protocolo mostrou-se sensível para essa população, podendo ser utilizado para auxiliar fonoaudiólogos, preparadores vocais e regentes no mapeamento de problemas vocais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Measuring Quality of Life. The World Health Organization Quality of Life Instruments. WHO/MSA/MNH/PSF, 1997, p.1-15.
2. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993; 118:622-629.
3. Gill TM, Feinstein SR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA.* 1994; 272:619-626.
4. Barbotte E, Guillemin F, Lorhandicap Group. Prevalence of impairments, disabilities, hadicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization.* 2001, 79 (11).
5. Wikipédia: a Enciclopédia Livre [Internet]. 2009 [citado em 3 de abril de 2009]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Grupo_coral
6. Wikipédia: a Enciclopédia Livre [Internet]. 2009 [citado em 3 de abril de 2009]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Canto_coral
7. Gräbel E, Hoppe U, Rosanowski F. Grading of the Voice Handicap Index. *HNO In press* 2007.
8. Jacobson BH, Johnson A, Grywalski C, Silbergleit A, Jacobson G, Benninger MS, Newman CW. The Voice Handicap Index (VHI): Development and Validation. *Am J of Speech-Lang Pathol* 1997; 6:66-70.
9. Santos LMA, Gasparini G, Behlau M. Validação do protocolo do Índice de Desvantagem Vocal (IDV) no Brasil [monografia]. São Paulo: Centro de Estudos da Voz; 2007.
10. Zur KB, Cotton S, Kelchner L, Baker S, Weinrich B, Lee L. Pediatric Voice Handicap Index (pVHI): a new tool for evaluating pediatric dysphonia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71(1):77-82.
11. Cohen SM, Noordzij JP, Garrett CG, Ossoff Robert. Factors associated with perception of singing voice handicap. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery.* 2008, 138, 430-434.
12. Rosen CA, Murry T. Voice Handicap Index in Singers. *J Voice* 2000; 14(3):370-377.
13. Behrman A, Sulica L, He T. Factors predicting patient perception of dysphonia caused by benign vocal fold lesions. *Laryngoscope* 2004; 114:1693-700.
14. Cohen SM, Jacobson BH, Garrett CG, Noordzij JP, Stewart MG, Attia A, Ossoff R, Cleveland TF. Creation and validation of the Singing Voice Handicap Index. *Ann Oto Rhino Laryngol* 2007; 116(6):402-406.
15. Morsomme D, Gaspar M, Jamart J, Remacle M, Verduyck I. Adaptation du Voice Handicap Index à la voix chantée. *Rev Laryngol Otol Rhinol.* 2007; 128(5):305-314.

16. Fussi F, Fuschini T. Foniatria artistica: la presa in carico foniiatrico-logopedica del cantante classico e moderno. *Audiologia & Foniatria* 2008; 13(1-2):4-28.
17. Fussi F. La Valutazione del Canto. In: Fussi F. *La Voce del Cantante*. Torino: Omega Edizioni; 2005, v.3, p.33-68.
18. Cossu D., Avanzini F.: Verso un Singing Handicap Index? Comunicazione al XXXIX Congresso SIFEL, Tivoli, 13-16 aprile 2005.
19. Jotz GP, Bramati O, Schimidt VB, Dornelles S, Gigante LP. Aplicação do "Voice Handicap Index" em Coralistas. *Arq Otorrinolaringol* 2002; 6(4) p.260-64.
20. Murry T, Zschommler A, Prokop J. Voice Handicap in Singers. *J Voice* 2009; 23(3):376-379.