

***IMAGEM LARÍNGEA X PRODUÇÃO VOCAL:
REFLETINDO SOBRE SUA COMPATIBILIDADE***

Carmen Silvia Carrer da Cunha *

Fernando Leite de Carvalho e Silva **

Flavia Vineyard Steuer ***

Viviane Gilg da Silva *

A descoberta

Durante discussões de casos de pacientes com alterações vocais, em situações de supervisão, encontramos quadros clínicos bastante interessantes e de ocorrência não tão rara.

Observamos que nem sempre havia compatibilidade entre os resultados laringoscópicos, derivados de exames médicos, e as respectivas avaliações perceptuais – auditivas da voz. Assim, a partir da observação da imagem laríngea,

* Fonoaudiólogas, participantes do Grupo de Estudos Teórico-Práticos de Clínica Fonoaudiológica nas Alterações Vocais da Deric.

** Médico otorrinolaringologista da Deric, professor da PUC-SP.

*** Fonoaudióloga, supervisora do Grupo de Estudos Teórico-Práticos de Clínica Fonoaudiológica nas Alterações Vocais da Deric.

esperávamos encontrar um determinado padrão vocal, descrito na literatura clássica disponível sobre o assunto. Entretanto, a voz gerada nessas estruturas fugia desse padrão vocal, o que nos levou a indagar o que acontecia com a voz desses pacientes.

Os casos estudados

Vamos exemplificar os casos que nortearam nosso raciocínio.

Caso 1. L., mulher, 23 anos, estudante, com diagnóstico de paralisia de prega vocal desde os 8 anos de idade, devido à secção do nervo recorrente laríngeo esquerdo, ocorrida em uma traqueotomia. L. procurou atendimento no Setor de Voz sem queixa formalizada de sua parte. No entanto, achou necessário buscar orientação vocal porque as pessoas com quem convivia referiam que quase não ouviam sua voz, que era difícil entendê-la, enfim, que havia algo “errado” com sua voz. Essas opiniões incomodavam L.

Na avaliação perceptual-auditiva encontramos uma incoordenação pneumo-fonoarticulatória, *pitch* grave, *loudness* fraco e uma qualidade vocal bastante soprosa. Pelo exame laringoscópico, observamos uma boa vibração de prega vocal direita contrapondo-se a uma vibração mais restrita de prega vocal esquerda, com fechamento glótico completo. Levando em conta *apenas* o resultado desse exame, o fechamento glótico contrapunha-se à qualidade vocal soprosa, fato esse que será discutido mais adiante.

Em terapia, L. apresentava reações contraditórias em relação à sua voz. Ao mesmo tempo que dizia considerar sua voz agradável, demonstrava extrema importância à opinião que as outras pessoas tinham sobre ela. Quando vivenciava situações estressantes, nas quais havia necessidade de um uso mais “formal” da voz (explicação de trabalhos de faculdade, discussões em seu ambiente profissional, desentendimentos familiares, etc.), L. referia que sua voz piorava. Já quando se encontrava em situações mais descontraídas (lazer, conversas com os amigos, etc.), sua opinião era de que sua qualidade vocal melhorava. Ao longo do processo terapêutico pudemos perceber que L. considerava sua qualidade vocal como uma “cicatriz”, uma “marca” em sua vida. Muitas vezes L. mostrava-se

disposta, aberta ao processo terapêutico, como se aquele momento fosse um “passe de mágica” que pudesse modificar sua qualidade vocal. Em outros momentos, após tanta euforia, ao perceber que sua qualidade vocal não sofreria mudanças radicais e instantâneas, sua postura mudava para um desânimo geral e nem ao menos conseguia ouvir sua própria voz ao gravador.

Para L., ao mesmo tempo em que sua voz era boa, implicitamente não necessitando de terapia, tinha receio de se desligar do processo terapêutico.

Caso 2. E., mulher, 37 anos, professora, com diagnóstico de paralisia de prega vocal esquerda devido a uma tireoidectomia com esvaziamento cervical, em virtude de carcinoma de tireóide, na qual houve secção do nervo laríngeo recorrente esquerdo.

E. procurou tratamento vocal encaminhada por seu médico, no período pós-cirúrgico, vindo com queixa de sopro. Na avaliação perceptual-auditiva pudemos observar uma incoordenação pneumofonoarticulatória, *pitch* agudo, *loudness* fraco e uma qualidade vocal soprosa. Em seu exame laringoscópico, observa-se paralisia da prega vocal esquerda, estando a prega vocal direita com mobilidade normal, configurando fenda glótica em toda a extensão, o que justificava a sopro.

Em terapia, E. tinha uma postura positiva em relação à sua voz. Sendo professora do ensino fundamental da rede pública estadual, tinha consciência de que precisava muito do uso adequado da voz para poder exercer sua profissão. Motivada pela idéia de voltar a trabalhar e retomar o curso normal de sua vida, sentíamos que E. tinha muito interesse e participação efetiva no processo terapêutico vocal. Para E. a terapia não era apenas um momento isolado (que talvez fosse esquecido mais tarde) mas algo que tinha um papel fundamental na melhoria de sua qualidade vocal.

Ao final do processo terapêutico, E. foi submetida a um novo exame laringoscópico, no qual ainda visualizávamos a fenda glótica. Entretanto, a qualidade vocal soprosa não mais se apresentava.

A discussão

Discutindo o caso 1, pudemos pensar que uma configuração de laringe na qual há um fechamento glótico completo, conforme o observado no exame de L., poderia ser capaz de produzir uma qualidade vocal melhor.

Conhecendo a história de L., foi possível compreendermos porque, mesmo após um longo processo terapêutico, sua qualidade vocal não obteve melhora. A postura de L. diante das diversas situações de vida, comumente fragilizada, predispunha-a a este tipo de uso vocal, ou seja, L. fazia uso de uma voz ruim e, para ela, isso lhe era útil e trazia benefícios. Diante de situações decisórias em sua vida, voltava a se posicionar como vítima, demonstrando que ainda não havia superado o trauma de seu acidente. Adotando tal postura era muito mais fácil para L. justificar a fuga diante de situações que lhe exigissem mais segurança e determinação. Diante disso, L. foi encaminhada por nós para um tratamento psicológico.

Já o caso 2 nos chamou a atenção porque visualizávamos uma laringe que, ao final do processo terapêutico, ainda apresentava fenda glótica, com configuração desfavorável mas com qualidade vocal sem sopro. Não havia compatibilidade entre a imagem laringoscópica e a avaliação perceptual auditiva da voz.

Por que E. apresentava uma voz tão boa, apesar da paralisia da prega vocal? Analisando seu histórico, verificamos que E. se sentia motivada a utilizar adequadamente sua voz e, assim, voltar a trabalhar, o que lhe era extremamente prazeroso. O trabalho tinha uma posição de destaque na vida de E. Isso permitiu que o processo terapêutico encontrasse campo fértil para seu andamento, fazendo com que E. desenvolvesse um uso adequado da supra glote e das cavidades de ressonância. Acreditamos, ainda, que E. conseguiu uma boa qualidade vocal não apenas devido ao uso dos mecanismos compensatórios, mas também por perceber que precisava disso para voltar a se realizar, tanto profissional quanto pessoalmente.

Conclusões

É na contradição entre a visualização do exame laríngeo e a qualidade de voz apresentada pelo paciente que procuramos uma linha de raciocínio, em busca da compreensão dessas dinâmicas vocais.

A existência desta incompatibilidade entre a voz e os achados laringoscópicos deve gerar no terapeuta fonoaudiólogo, do nosso ponto de vista, uma preocupação no sentido de um aprofundamento da compreensão dos fatores que estão presentes nos mecanismos de produção vocal quando temos à nossa frente uma pessoa com um quadro de alteração de voz.

A partir das situações relatadas, pensamos que existem outros mecanismos subjacentes nas alterações vocais e que são os responsáveis para que a voz mostre alterações não esperadas pelo verificado no exame laringoscópico.

Nestes breves exemplos podemos perceber que existem os mais diversos mecanismos interferindo na produção vocal, tais como os estados psíquico e físico, o modo como a pessoa usa/encara sua voz, para que esta lhe serve. E, a nosso ver, são exatamente estes aspectos que devem ser aprofundados durante o diagnóstico, pois o modo como a pessoa usa a voz vai se alterar nas diferentes situações por ela vivenciadas: na família, no trabalho, no lazer, na própria situação de exame, etc. Ousamos pensar que a voz não está somente a serviço do corpo mas também do psiquismo.

É de extrema relevância esta compreensão para que o terapeuta possa, então, ir atualizando a terapia fonoaudiológica e que acertos sejam realizados ou, então, novos encaminhamentos feitos, visando sempre aquilo que norteia nosso trabalho: "Não se ouve a laringe. Ouve-se o indivíduo, a pessoa humana" (Pedro Bloch, 1977).