



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**TERAPIA DE GRUPO COMO FACILITADORA DA ADEÇÃO
DO PACIENTE COM DISFONIA COMPORTAMENTAL**

Ana Karina Cascudo Alves Fahning

João Pessoa-PB

2015

ANA KARINA CASCUDO ALVES FAHNING

**TERAPIA DE GRUPO COMO FACILITADORA DA ADEÇÃO
DO PACIENTE COM DISFONIA COMPORTAMENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Profa. Dra. Anna Alice Figueirêdo de Almeida
Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos

João Pessoa-PB

2015

F157t Fahning, Ana Karina Cascudo Alves.
Terapia de grupo como facilitadora da adesão do paciente
com disfonia comportamental / Ana Karina Cascudo Alves
Fahning.- João Pessoa, 2015.
81f.
Orientadores: Anna Alice Figueirêdo de Almeida, Ulisses
Umbelino dos Anjos
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN
1. Voz - distúrbios. 2. Distúrbios da voz. 3. Terapia
fonoaudiológica. 4. Adesão do paciente.

UFPB/BC

CDU: 612.78(043)

ANA KARINA CASCUDO ALVES FAHNING

**TERAPIA DE GRUPO COMO FACILITADORA DA ADEÇÃO
DO PACIENTE COM DISFONIA COMPORTAMENTAL**

João Pessoa, 27 de fevereiro de 2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Anna Alice Figueirêdo de Almeida
Orientadora – UFPB

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Orientador – UFPB

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Membro Interno – UFPB

Prof. Dr. Leonardo Wanderley Lopes
Membro Externo – UFPB

Prof. Dr. Hilton Justino da Silva
Membro Externo - UFPE

*Aos meus pais Manoel e Nena.
Ao meu esposo Wupiham
Aos meus filhos João Vitor, Luís Felipe, Gabriel José e Paulo André
Por me fazerem acreditar que era possível!!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, o tudo de minha alma. Por sempre me erguer nos momentos mais difíceis e por me guiar pelo caminho traçado por Ele!

À minha família, por tanto apoio, por tanta compreensão, por tanto amor. Por serem a certeza do bem em minha vida!

Aos meus filhos amados, por terem um amor tão puro que supera toda ausência para a concretização deste sonho. Amo incondicionalmente!!

Ao meu esposo Wupiham, pelo apoio incondicional e pelo amor constante. Por não permitir que eu desista nunca dos meus sonhos. Amo muito!!

Aos estimados orientadores Anna Alice e Ulisses Umbelino, o meu muitíssimo obrigada! Por compreenderem as limitações da minha caminhada, e contribuírem tanto na construção desse novo saber. Sou imensamente grata a vocês!!

A Larissa Nadjara por me ajudar a entender tantas coisas na construção do trabalho. A minha eterna gratidão pela paciência e ensinamentos!!

A todos que fazem o curso de Fonoaudiologia do UNIPÊ, em especial aos meus amigos Ruth Lopes e Victor Medeiros, por todo apoio e incentivo, suprimindo minha ausência no trabalho em tantos momentos.

Aos companheiros e colegas da turma de mestrado da turma 2013, e de forma muito especial a **Tamires Carneiro**, pela parceria e ajuda na superação das dificuldades!! Muito bom conhecer vocês!

Ao professor João Agnaldo pelo apoio constante, por ser um “pai” para todos que o buscam! Deus te pague com muitas graças.

Ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde - UFPB, por oportunizar a aquisição de conhecimentos novos.

“Nada poderá se comparar ao que Deus fez em mim,
Ao que eu me tornei,
Quando disse sim a Deus...”

(Maria do Rosário Sousa - CDMD)

RESUMO

A adesão e a continuidade no tratamento de voz ainda é um campo a ser bastante discutido, pois o frequente abandono e a resistência à mudança de comportamento são impeditivos para que ocorra o sucesso na terapia fonoaudiológica. Tem-se como premissa que a terapia de grupo oportuniza ao indivíduo troca de experiências e o compartilhamento das suas angústias e frustrações. Diante disto, propõe-se verificar o estágio de prontidão ao tratamento fonoaudiológico pré e pós terapia de grupo em pacientes com disfonia comportamental. Para isto, realizou-se uma pesquisa de intervenção, de campo, de natureza descritiva. A população foi composta de 60 sujeitos, divididos em dois grupos, terapia de grupo (TG, n=35) e terapia individual (TI, n=25), que procuram o atendimento fonoaudiológico na Clínica Escola de Fonoaudiologia da UFPB, na cidade de João Pessoa – PB. Foi utilizado o protocolo URICA–Voz para avaliar o estágio de prontidão do paciente pré e pós terapia fonoaudiológica. Para análise dos dados, utilizou-se análise estatística descritiva, bem como inferencial, como o Teste T de *Student*, além de testes para verificar a associação entre a variável adesão com a idade, sexo, escolaridade e laudo otorrinolaringológico. Como caracterização da pesquisa, a maioria, 71,7% (n=43) era do sexo feminino; com relação a escolaridade, na TG 31,4% estavam no ensino fundamental incompleto, enquanto que na TI 40% no ensino médio completo; o laudo otorrinolaringológico ambos os grupos apresentaram maior percentual na categoria de lesão na porção membranosa das pregas vocais, com 42,9% na TG e 68% TI; relativo ao estágio de prontidão, os dois grupos apresentaram maior percentual no estágio de contemplação, com 80% e 71,4% na TG; e 84% e 72% na TI, nos momentos PRÉ e PÓS respectivamente. Os resultados obtidos não revelaram diferença estatística entre os grupos analisados. Apenas na associação entre o ganho pós-terapia com a escolaridade no grupo terapia individual apresentou significância ($p=0,035$), em todas as outras variáveis analisadas não apresentaram significância.

Descritores: Distúrbios da voz, Terapia de grupo, Voz, Adesão do paciente.

ABSTRACT

Engagement and continuity in voice treatment is still a field to be widely discussed because the frequent abandonment and resistance to change behavior are impediments to occur success in voice therapy. It has been the assumption that group therapy provides an opportunity to individual exchange of experiences and the sharing of their anguish and frustrations. Given this, it is proposed to check the stage of readiness voice therapy to pre and post group therapy in patients with behavioral dysphonia. For this, it was performed an intervention research, field, descriptive in nature. The population consisted of 60 subjects, divided into two groups, group therapy (GT, n = 35) and individual therapy (IT, n = 25), seeking speech therapy in Clinical School Voice Therapy at UFPB in the city of João Pessoa - PB. We used the URICA-Voice protocol to assess the patient's pre and post stage of readiness voice therapy. For data analysis, we used statistical analysis descriptive and inferential such as the Student's T test, and tests to verify the association between the variable compromise with age, sex, education and laryngeal report. How characterization of the research, most, 71.7% (n = 43) were female; with respect to education, in GT 31.4% were in elementary school incomplete, while in IT 40% completed high school; laryngeal report both groups showed a higher percentage in the injury category in the membranous portion the vocal folds, with 42.9% and 68% in GT IT; on the stage of readiness, the two groups had a higher percentage in the contemplation stage, with 80% and 71.4% in GT; and 84% and 72% in IT, in pre and post moments respectively. The results revealed no statistical difference among the groups. Only in the association between post-therapy gain with education in individual therapy group showed significant ($P = 0.035$) in all other variables showed no significance.

Descriptors: Voice disorder, Group therapy, Voice, Patient compliance.

LISTA DE ABREVIATURAS

A – Ação

AEM – Alteração Estrutural Mínima

C – Contemplação

EAV – Escala Analógico Visual

M – Manutenção

MLG – Modelos Lineares Generalizados

MTT – Modelo Transteórico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL – Otorrinolaringologia/ otorrinolaringológico

PC – Pré contemplação

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TG – Terapia de grupo

TI – Terapia individual

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

URICA - University of Rhode Island Change Assessment

LISTA DE QUADROS E FIGURA

Quadro 1 -	Relação dos estudos sobre grupo terapêutico e tipos de tratamento de voz.....	32
Quadro 2 -	Descrição das atividades realizadas na TI e TG de acordo com a sessão.....	48
Figura 1 -	Fluxograma do procedimento metodológico da pesquisa.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela - 1	Distribuição de frequência das variáveis sexo, idade, escolaridade e laudo otorrinolaringológico estratificada por grupo terapia individual e terapia de grupo.....	56
Tabela – 2	Distribuição de frequência do estágio de prontidão pré e pós-terapia estratificada por grupo terapia individual e terapia de grupo.....	57
Tabela – 3	Comparação dos escores da escala URICA-Voz na terapia individual PRÉ e PÓS tratamento.....	58
Tabela – 4	Comparação dos escores da escala URICA-Voz na terapia de grupo PRÉ e PÓS tratamento.....	59
Tabela – 5	Comparação dos escores da escala URICA-Voz na terapia de individual e de grupo pré e pós tratamento.....	60

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	HIPÓTESES.....	18
1.1.1	Substantiva.....	18
1.1.2	Estatística.....	18
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	GERAL.....	19
2.2	ESPECÍFICOS.....	19
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
3.1	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA EM VOZ.....	20
3.2	TERAPIA DE GRUPO NA ÁREA DE VOZ.....	24
3.3	ADESÃO AO TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO.....	37
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	42
4.1	ÁREA DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA.....	42
4.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	42
4.3	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	43
4.4	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	44
4.4.1	Laringológicos.....	44
4.4.2	Vocais.....	44
4.5	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	46
4.6	MÉTODOS DE COLETA DE DADOS.....	46
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	50
4.7.1	Distribuição normal de probabilidade e a escolha do teste.....	50
4.7.2	Teste t de Student.....	52
4.7.3	Teste de Wilcoxon.....	52
4.7.4	Teste do Qui-quadrado.....	53
4.7.5	Teste de Fisher.....	53
4.7.6	Teste de Mann Whitney.....	54
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	54
5	RESULTADOS.....	56
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA.....	56

5.1.1	Frequências das variáveis discretas.....	56
5.2	ANÁLISE INFERENCIAL.....	58
6	DISCUSSÃO.....	62
7	CONCLUSÃO.....	69
	REFERÊNCIAS.....	70
	Anexo A - Escala URICA-Voz.....	78
	Anexo B - Parecer Consubstanciado do CEP.....	79

1 INTRODUÇÃO

A formação acadêmica em Fonoaudiologia ainda é, em muitas instituições, norteada por uma concepção tradicional de Clínica, na qual as manifestações dos aspectos fonoaudiológicos são marcadas pela fixação a quadros patológicos e cujas práticas são direcionadas para a cura ou minimização da doença, apesar de tantas outras estarem no recente percurso histórico de (re) construção de sua identidade e caracterização da práxis em Saúde Coletiva/Pública.

A terapia individual baseia-se na forma de atendimento da Medicina, que acredita nas doenças como forma de desvios e entende a clínica como espaço para a 'cura'. Portanto, muitas vezes, essa forma de intervenção deixa de lado a percepção que o paciente tem sobre sua alteração e a interferência dela em seu cotidiano e na inserção social do paciente (RIBEIRO et al., 2012).

Nas ciências humanas e na saúde, o trabalho em grupo surgiu na época das grandes crises mundiais em função da escassez dos agentes de saúde e vem se fortalecendo como prática de saúde (SOUZA et al., 2011).

A clínica fonoaudiológica, na área de voz, prioriza o atendimento a pacientes de forma individual. Nos últimos anos, porém, com o objetivo de atender a uma grande demanda, principalmente em serviços públicos de saúde, tem-se proposto, como possibilidade de intervenção, o atendimento em grupo. Dessa forma, o foco de uma prática centrada nas questões individuais muda-se para uma que parece estar mais voltada para o social, através das trocas de experiências e mudanças de atitudes marcadas pela reflexão (ALMEIDA; FERREIRA, 2007; FREITAS et al., 1999; LEITE, PANHOCA, ZANOLLI, 2008).

Nos últimos anos, os fonoaudiólogos começaram a desenvolver trabalhos sob a perspectiva do atendimento coletivo. A terapia em grupo tem sido frequentemente adotada como um modelo de serviço para pessoas que apresentam distúrbios parecidos e que têm a intenção de alcançar um conjunto de objetivos comuns. Com relação ao aspecto clínico, esta modalidade terapêutica oferece oportunidades para facilitar a prática de exercícios e sua modelagem (LEER; HAPNER; CONNOR, 2008).

Muitos estudos sobre esse tipo de intervenção referenciam suas vantagens (Chun et al., 2007; Leite, Panhoca, Zanolli, 2008; Penteado et al., 2005; Penteado et

al., 2007; Vilela, Ferreira, 2006). Segundo Bechelli e Santos (2005), reunir-se em grupos é uma característica essencial de todos os indivíduos, que ao longo da vida estão inseridos nos mais diversos grupos sociais, em que desenvolvem habilidades interpessoais. É através da comunicação que os participantes de um grupo podem dividir suas angústias, vivências negativas/positivas e avançar, a partir das conclusões tomadas e experiências vividas durante a terapia, podendo, assim, favorecer a um maior envolvimento no processo de reabilitação.

Como a terapia vocal inclui a abordagem comportamental e depende do envolvimento ativo do paciente, é possível que o fracasso na adesão ao tratamento, identificado na prática clínica e nos raros estudos encontrados na literatura, seja explicado pelas dificuldades relacionadas à mudança de comportamentos já instalados (BARROS, ROCHA, HELENA, 2008; GAMA et al., 2012; KRAMER et al., 2006; PORTONE, JOHNS, HAPNER, 2008; ROLIM, CASTRO, 2007; TEIXEIRA et al, 2013).

O principal foco da prática clínica em grupo deve ser o de promover uma “mudança de posição” do sujeito no (seu) mundo, através da valorização de suas capacidades e potencialidades, ao mesmo tempo em que lhe são oferecidas possibilidade de re-significação não só de sua voz, mas, de si próprio através dela (LEITE, 2007). Assim, sabe-se que o grupo favorece um ambiente de trocas, vivências culturais e partilha de conhecimentos, se configurando em uma forma potente de intervenção para os distúrbios vocais (VILELA; FERREIRA, 2006).

Para isto, é necessário um cuidado por parte do profissional durante a atividade coletiva, quanto às heterogeneidades e singularidades de cada participante e do grupo como um todo, no qual deve ser sempre respeitadas suas necessidades, limites e potencialidades, para que cada um possa avançar nas propostas realizadas sem prejuízo individual nem coletivo (CHUN et al., 2007), a fim de melhorar a percepção sobre sua voz, levando-o a aderir melhor ao processo terapêutico.

Na área da saúde, a adesão refere-se ao grau de seguimento dos pacientes à orientação do clínico sobre sua saúde (Fletcher et al., 1989), que pode relacionar-se ao modo como vivencia e enfrenta o adoecimento, neste caso, o problema vocal (LEER; CONNOR, 2010). Além disso, é possível que a terapia em grupo estimule a busca por esse cuidado, além de outros fatores, através do compartilhamento com o outro, influenciando na adesão (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Atualmente, muito se discute sobre a adesão em tratamentos de saúde em decorrência da sua importância no sucesso de terapias que envolvem mudanças comportamentais, especialmente nas doenças crônicas. A literatura refere estudos sobre a adesão em vários tipos de tratamentos: fisioterapêutico, medicamentoso, nutricionais e clínicos (LEER; HAPNER; CONNOR, 2008). Porém, na Fonoaudiologia, em especial, na área de voz, há uma carência e uma alta demanda por esse tipo de estudo, pois a terapia vocal está diretamente relacionada com a mudança de comportamentos, sejam eles sociais e vocais, com a participação ativa do paciente na realização dos exercícios e mudança e/ou eliminação dos comportamentos vocais abusivos ou nocivos para a voz (GAMA et al., 2012).

Diversos modelos são utilizados para explicar a adesão de pacientes ao tratamento de saúde, destacando-se o Modelo Transteórico (MTT), o qual tem por objetivo analisar os processos de mudança de comportamento do paciente, ou seja, a prontidão do mesmo para a mudança, contribuindo para o entendimento da mudança do comportamento vocal e adesão à terapia instituída pelo fonoaudiólogo (LEER; HAPNER; CONNOR, 2008).

Baseado nesse modelo, alguns instrumentos têm sido utilizados para mensurar o estágio motivacional do paciente para o tratamento, a exemplo da escala *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA), que foi adaptada para o uso na área de voz, denominada URICA-Voz (MCCONNAUGHY; PROCHASKA; VELICER, 1983; TEIXEIRA et al., 2013).

Dentro das temáticas abordadas anteriormente, levantam-se alguns questionamentos: será que a terapia de grupo favorece a adesão do paciente à terapia fonoaudiológica? Será que há associação da idade, da escolaridade, do laudo otorrinolaringológico e do sexo na adesão do paciente à terapia fonoaudiológica em grupo?

Esta pesquisa pretende responder a estes questionamentos, a fim de favorecer uma melhor reabilitação, a partir dos estágios de adesão encontrados, e, assim, melhor direcionar a terapia, além de buscar a alta fonoaudiológica mais breve e, com isso a redução de custos com o processo terapêutico.

1.1 HIPÓTESES

1.1.1 Substantiva

O presente estudo apresenta como premissa que a terapia de grupo favorece a um melhor estágio de prontidão por parte do paciente com disfonia comportamental.

1.1.2 Estatística

Considerando como critério de rejeição, o nível de significância de $p \leq 0,05$, as hipóteses estatísticas são enunciadas da seguinte forma:

H_0 : As médias do escore total da escala URICA-Voz nos momentos pré e pós da terapia individual e de grupo são iguais.

A terapia de grupo não favorece a um melhor estágio de prontidão por parte do paciente com disfonia comportamental.

H_1 : As médias do escore total da escala URICA-Voz nos momentos pré e pós da terapia individual e de grupo são diferentes.

A terapia de grupo favorece a um melhor estágio de prontidão por parte do paciente com disfonia comportamental.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Verificar o estágio de prontidão pré e pós terapia em grupo com pacientes com disfonia comportamental.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar a amostra dos sujeitos participantes;
- b) Comparar o estágio de prontidão de pacientes com disfonia comportamental atendidos em terapia individual e de grupo;
- c) Verificar a associação da idade, sexo, escolaridade e laudo otorrinolaringológico no estágio de prontidão pós terapia individual e de grupo em pacientes com disfonia comportamental.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA EM VOZ

A produção da voz inicia-se a partir de uma série de processos cerebrais centrais e periféricos que produzem e transmitem impulsos nervosos à musculatura da laringe, às estruturas do sistema estomatognático e estruturas respiratórias do organismo. De forma geral, há uma interação entre as pregas vocais e a corrente de ar expirada dos pulmões, produzindo-se um som de baixa frequência que será amplificada nas cavidades do trato vocal, resultando na voz que se percebe auditivamente (PINHO; PONTES, 2008).

Uma produção vocal saudável exige uma complexa e interdependente atividade de todos os músculos envolvidos em sua produção, além da integridade dos tecidos do aparelho fonador. Quando há uma desarmonia no funcionamento desse sistema temos como resultado uma produção vocal alterada e o surgimento de alguns sintomas. Caso esses desvios vocais não possam ser aceitos como marcadores sociais, culturais ou emocionais caracteriza-se a presença de uma disfonia (BEHLAU, 2001).

Os fatores que se relacionam ao aparecimento de uma disfonia podem ser de caráter funcional e/ou orgânico. Behlau e Pontes (1995) atualizaram um modelo de classificação das disfonias, bastante utilizado ainda, que agrupa as disfonias em função do envolvimento do comportamento vocal.

De maneira resumida, os autores acima definem as disfonias funcionais primárias como transtorno do comportamento vocal que podem ter como mecanismo causal o uso incorreto da voz, as inaptações vocais e as alterações psicogênicas. As disfonias funcionais secundárias, por sua vez, caracterizam-se por distúrbios vocais causados por inaptações anatômicas, denominadas Alterações Estruturais Mínimas – AEMs, ou funcionais (respiratória, fônica, ressonantal ou de integração de dois ou mais sistemas). Já as disfonias organofuncionais representam um quadro funcional diagnosticado tardiamente, quando já se observa o desenvolvimento de uma lesão laríngea secundária, causada pelo atraso na busca por uma solução para o quadro inicial ou pelo não-reconhecimento da possibilidade de agravamento do caso. Por fim, as disfonias orgânicas são aquelas que independem do uso da voz ou

do comportamento vocal abusivo, podem ser causadas por uma série variada de processos não relacionados à produção vocal.

Como foi exposto, sabe-se que disfonia tem três tipos de classificação, cada uma com características diferentes tanto em relação ao surgimento do sintoma, quanto ao processo terapêutico. As disfonias do tipo funcional e organofuncional são comportamentais, pois sua gênese está vinculada ao comportamento vocal abusivo. Já na do tipo orgânica, há instalação de patologia, não está relacionada ao uso da voz, mas sim a sistemas externos à comunicação, como por exemplo, nos casos de neoplasias, mal formações congênitas, lesões traumáticas, doenças sistêmicas e disfunções do sistema nervoso central e periférico, por isto a terapia enfatiza mais questões relacionadas à doença propriamente.

Dentro desse enfoque, a disfonia é classificada como comportamental quando há ausência de uma doença laríngea estrutural, a exemplo dos nódulos vocais, ou neurológica, disparada pelo uso incorreto da voz. As causas da disfonia comportamental são multifatoriais e podem envolver problemas de técnica vocal, uso intenso ou mau uso da voz (VIEIRA, 2012).

Nas disfonias comportamentais, a terapia de voz é o tratamento escolhido como principal aliado para a melhoria da produção vocal e para a qualidade de vida nos aspectos relacionados à voz. Na prática clínica fonoaudiológica, deve-se aprimorar a terapia definindo foco/objetivo, tipo de abordagens e tempo de tratamento, favorecendo o estabelecimento de critérios de intervenção para a disfonia (BEHLAU et al., 2013).

O tratamento das disfonias evidencia três abordagens principais: a higiene vocal, a abordagem sintomática e a abordagem fisiológica (BEHLAU; MURRY, 2011). A higiene vocal compreende orientações que ajudam na preservação da saúde vocal e na prevenção do aparecimento de uma disfonia (Behlau, Pontes, 1993; Behlau, Pontes, 1995; Boone, McFarlane, 1999; Chan, 1994), mas que não apresenta bons resultados terapêuticos quando utilizada isoladamente. Porém, quando associadas como parte de um programa vocal, apresenta resultados satisfatórios (PASA; OATES; DACAKIS, 2007; RODRÍGUEZ-PARRA et al., 2011).

A terapia sintomática refere-se à modificação direta e positiva das características vocais alteradas, descritas nas décadas de 1970 e 1980, porém com poucas evidências científicas (BEHLAU, MURRY, 2011; THOMAS, STEMPLE, 2007).

A terapia fisiológica com foco holístico consiste em agrupar os diferentes subsistemas do aparelho fonador, melhorando o equilíbrio entre o suporte respiratório, a força muscular, o controle e a resistência laríngea e a modificação da ressonância e associá-los às dimensões biológica, psicológica e emocional do indivíduo e integrá-lo em suas relações com o mundo (BEHLAU et al., 2005; BEHLAU, MURRY, 2011).

A modalidade terapêutica sintomática para o tratamento de voz é a forma mais comumente utilizada no Brasil, e provavelmente no Mundo, porém a elaboração dos tratamentos tem uma formatação programática. Embora os programas de saúde vocal sejam conhecidos (Choi-Cardin et al., 2010; Goulart; Rocha; Chiari, 2012; Kasama; Martinez; Navarro, 2011; Moreira et al., 2010; Oliveira; Behlau; Gouveia, 2009; Simões-Zenari, Latorre, 2008), não havia um programa clínico descrito para o tratamento da disfonia comportamental crônica. Portanto, Behlau et al. (2013) propõem uma ampliação e reorganização do modelo de atendimento com abordagem múltipla, com foco no tratamento para as disfonias comportamentais, denominado Programa Integral de Reabilitação Vocal (PIRV), associando cinco aspectos: corpo-voz, fonte glótica, ressonância, coordenação pneumofônica e atitude comunicativa (BEHLAU et al., 2005).

Vieira (2012) propõe uma melhor descrição e aplicação do PIRV, sendo este um programa eclético para o tratamento das disfonias, ampliando a qualidade na prática clínica e científica, permitindo maior controle da efetividade e eficácia das intervenções, favorecendo a um tratamento das disfonias comportamentais baseado em evidências.

As intervenções destinadas a prevenir e tratar as disfonias podem ser divididas em intervenções diretas e indiretas, conforme menciona Anhaia et. al (2013), que realizou estudo objetivando verificar a eficácia dessas modalidades terapêuticas de forma isolada e combinada em professores. O estudo teve como resultado que a intervenção combinada (direta e indireta) apresentou melhora significativa em parâmetros da qualidade vocal e na autoavaliação da voz, mesmo em curto período de tempo.

A terapia direta envolve técnicas de fala com foco na respiração, fonação, ressonância e articulação. Enquanto na terapia indireta não há trabalho específico com o intuito de corrigir a produção vocal inadequada, mas enfatiza no que contribui ou mantém o problema vocal, a exemplo da desidratação, reatividade ao estresse,

refluxo laringofaríngeo, entre outros aspectos que geram indiretamente impacto na voz (GARTNER-SCHMIDT et al., 2013; RUOTSALAINEN et al., 2008).

Muitos autores da área de voz reconhecem que um tratamento vocal deve incluir, geralmente, orientação sobre saúde vocal, discussão de aspectos emocionais relacionados à comunicação e treinamento vocal, definidas como terapia direta e terapia indireta (GOULART, ROCHA, CHIARI, 2012; LAW et al., 2012; OLIVEIRA, 2013; RIBEIRO et al., 2013; RIBEIRO et al., 2013a; SANTOS et al., 2014; SILVERIO et al., 2008; SIMBERG et al., 2006), porém, o grau de enfoque de tais abordagens em dado tratamento varia de acordo com a formação acadêmica do terapeuta, orientação filosófica profissional e natureza da disfonia em questão (BEHLAU, 2009).

A terapia indireta tem o foco em questões de sensibilização em relação à voz, conscientização e conhecimento do próprio corpo, relaxamento, função respiratória e abordagens específicas à voz e às relações que são estabelecidas a partir dela (ANHAIA et al., 2013; GOULART, ROCHA, CHIARI, 2012; LAW et al., 2012; LEITE, PANHOCA, ZANOLLI, 2008; RIBEIRO et al., 2013; RIBEIRO et al., 2013a.; VILELA, FERREIRA, 2006). Em paralelo, utiliza-se uma abordagem mais direta, visando a melhoria da qualidade vocal, através de exercícios de ressonância, frequência, altura, intensidade, ritmo, velocidade, mobilidade, coordenação pneumofônica, entre outros. (ANHAIA et al., 2013; GOULART, ROCHA, CHIARI, 2012; LAW et al., 2012; RIBEIRO ET AL., 2013; RIBEIRO et al., 2013a; VILELA, FERREIRA, 2006).

A abordagem direta proporciona a mudança do funcionamento vocal, oferecendo instruções de técnicas para a voz, a fim de incentivar a produção mais eficaz e, assim, proteger o indivíduo quanto ao desenvolvimento de problemas de voz. Por outro lado, a abordagem indireta auxilia o indivíduo a compreender o uso vocal, os fatores psicológicos e ambientais que podem levar a alteração de voz e a desenvolver estratégias que minimizem tais fatores de risco (PASA; OATES; DACAKIS, 2007).

Após diagnosticada qualquer alteração vocal, o indivíduo é encaminhado para fonoterapia, em que o fonoaudiólogo faz uma avaliação prévia da voz, que deve ser multidimensional e holística (DEJONCKERE et al., 2001), a fim de conhecer o contexto profissional, social, bem como os fatores de risco aos quais o paciente está exposto. É importante que o terapeuta da voz compreenda de que forma as pessoas

se posicionam sobre sua saúde e se adaptam às alterações que nela ocorrem (SOUSA et al., 2011).

A terapia fonoaudiológica das disfonias tem como foco principal a reabilitação vocal, que é realizada através de mudança comportamental e, por essa razão, depende da participação ativa do sujeito durante o processo. Assim, é crucial que o paciente se aproprie do plano terapêutico, esperando dele adesão quantos às orientações com relação à realização diária de exercícios de voz, uma produção vocal mais equilibrada, como também eliminação de comportamentos vocais abusivos e até a utilização de estratégias de enfrentamento eficazes, facilitando a reabilitação para disfonia (GAMA et al., 2012; SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Um dos enfoques que deve ser dado no processo terapêutico na área de voz é a orientação cognitiva, que envolve instruções dirigidas, com explicações dos efeitos nocivos para o padrão de comunicação eficiente, que aborde aspectos fisiológicos da produção vocal, entre outras informações importantes à melhor compreensão do padrão ideal de comunicação (BEHLAU et al., 2005).

Uma pesquisa realizada por Oliveira (2013) objetivou avaliar de forma multidimensional a efetividade de um programa de terapia vocal (pré e pós) com base cognitivo comportamental, em adultos com disfonia comportamental, que comparou dois grupos, um submetido a terapia com base cognitiva e outro com terapia tradicional, obtendo como resultados que as duas modalidades mostraram-se efetivas.

Existem abordagens diretas e indiretas para o tratamento de voz, em atendimentos individuais ou em grupo, referentes à técnicas específicas, como também programas organizados ou abordagens ecléticas que usam uma combinação de estratégias, objetivando reduzir a limitação vocal e propiciar uma melhor qualidade de vida relacionada à voz (VIEIRA, 2012).

Além das modalidades terapêuticas tradicionais, vem sendo utilizado uma variedade de modalidades de tratamento para as disfonias, a exemplo da terapia de grupo, que será explicitada na seção a seguir.

3.2 TERAPIA DE GRUPO NA ÁREA DE VOZ

A perspectiva do trabalho em grupo surgiu há muitos anos, com as mais diversas habilidades interpessoais ao longo do ciclo vital, e atualmente já está bem

estabelecida a importância dos grupos na determinação do comportamento individual (BECHELLI; SANTOS, 2005).

Na prática clínica terapêutica, os grupos têm sido cada vez mais utilizados, em especial nos setores públicos de saúde, com objetivos que devem ir além de suprir a demanda das grandes filas, mas sim de tornar-se uma forma potente de intervenção (LEITE; PANHOCA; ZANOLLI, 2008).

Para entender como essa prática vem sendo desenvolvida, Zimerman (2000) destaca as principais vertentes teóricas que fizeram surgir a terapia de grupo, favorecendo a uma melhor compreensão dessa modalidade de intervenção, assim como na especificidade da Fonoaudiologia (Santana et al., 2007), evitando uma atuação profissional baseada exclusivamente nas próprias experiências (DAVID, 2000).

Na tentativa de se trabalhar as diversas formas de grupo, Zimermam (2000) e Osório (1989) referenciam as principais vertentes que embasaram o atendimento grupal, advindas das teorias psicanalísticas e das Ciências Sociais, nos ramos da Sociologia, Antropologia Social e Psicologia Social, que são: empírica, psicodramática, sociológica, filosófica-existencial, grupo operativo, institucional, grupo comunitário, comunicacional-interacional, gestáltica, teoria sistêmica, cognitivo-comportamental e teoria psicanalítica.

Segundo os autores acima, a vertente empírica tem como idealizador principal J. Pratt, que criou o método das classes coletivas, em 1905, e tinha por objetivo ministrar uma aula prévia aos pacientes tuberculosos, sendo esta a primeira experiência grupal registrada. A vertente psicodramática surgiu na década de 1910, por Jacob Levy Moreno, médico com interesses no teatro, e os seus trabalhos com grupo ocorriam através de discussões e dramatizações. Já a sociológica, criada por Kurt Lewin, em 1936, integra as experiências do campo das ciências sociais á dos grupos, definindo que cada indivíduo influencia o seu grupo social e é por ele influenciado e modelado.

Ainda de acordo com Zimermam, (2000) e Osório (1989), a vertente filosófica-existencial, tem como representante J.P. Satre, e procurou estudar a totalidade grupal. Pichon-Rivière sistematizou os estudos na vertente dos grupos operativos, que tem por objetivo operar em uma tarefa objetiva e entende grupo como um cruzamento da grupalidade com a individualidade. A vertente institucional, representada por Elliot Jacques, enfatiza as identificações introjetivas e projetivas

entre os membros das instituições. O grupo comunitário, representado por Maxwell Jones, tem o foco em todo potencial terapêutico presente nos grupos de uma instituição assistencial.

Os autores complementam referindo que a vertente comunicacional-interacional, representado por D. Liberman, caracteriza-se pelos diferentes estilos linguísticos que permeiam as interações humanas. A vertente gestáltica, fundada por Frederix Perls, trabalha com a possibilidade percepção e de comunicação interacional. A teoria sistêmica estuda a família como um sistema, onde os membros influenciam uns sobre os outros. A vertente psicanalítica enfatiza sempre os vínculos familiares, e maneira como o sujeito lida com a intersubjetividade e a posição que cada um ocupa no grupo.

Cabe, portanto, destaque a vertente cognitivo-comportamental, que trabalha a consciência do indivíduo sobre sua conduta em relação ao seu grupo social, e o trabalho é realizado através de aplicação de técnicas de reeducação (ZIMERMAN, 2000). Uma das formas de se obter êxito na terapia vocal em pacientes com disfonia comportamental é através de atendimento em grupo com a participação ativa do sujeito, possibilitando transformação de suas atitudes, conhecimento e habilidades em lidar com os problemas de saúde (DIAS et al, 2009).

Com as reflexões sobre maneiras inovadoras de entender a prática clínica, surge a terapia grupal na Fonoaudiologia, que teve início no final da década de 80, com a inserção do fonoaudiólogo na saúde pública (ARAÚJO; FREIRE, 2011). É vista como educativa e terapêutica, potencialmente eficiente pelo fato de proporcionar a construção conjunta de conhecimentos entre os sujeitos. Além disso, este tipo de prática permite trocas de experiências e anseios, que de individuais, passam a ser compartilhados por todos os integrantes do grupo, permitindo a eles a (re) significação dos seus processos patológicos, e, conseqüentemente, a melhora na percepção sobre sua saúde e qualidade de vida (LEITE, PANHOCA, ZANOLLI, 2008).

Os estudos sobre terapia em grupo em Fonoaudiologia são recentes, principalmente na área de voz, mas esta prática já é considerada uma experiência positiva para tratamento dos distúrbios da comunicação (ARAÚJO, FREIRE, 2011; GOULART, ROCHA, CHIARI, 2012; LAW et al., 2012; LEITE, PANHOCA, ZANOLLI, 2008; SOUZA et al., 2011; RIBEIRO et al, 2012; RIBEIRO et al, 2013; RIBEIRO et al., 2013a; SANTOS et al., 2014; SIMBERG, 2006; VILELA, FERREIRA, 2006).

Souza et al. (2011) afirma que o trabalho em grupo é uma forma eficaz de se trabalhar em diversas áreas dentre elas a Fonoaudiologia, bem como a Saúde Coletiva, ajudando na prevenção de doenças ou promoção em saúde. Refere ainda que, além de reduzir as grandes filas de espera, auxilia na potencialização dos indivíduos atendidos através do compartilhamento presente nos grupos.

As autoras mencionam que, com o passar do tempo, estudos demonstraram que muito mais do que uma opção para atender a demanda, o grupo terapêutico pode ser um importante “lugar” de trocas, vivências culturais e partilha de conhecimentos, tornando essa modalidade de intervenção importante em todas as áreas de Fonoaudiologia.

Um estudo realizado em 2006 com fonoaudiólogos que atendiam pacientes disfônicos em grupo teve como objetivo analisar os procedimentos e resultados da terapia vocal grupal. Foram averiguados os pontos positivos e negativos desse tipo de intervenção, que a apontaram como uma forma potente de intervenção no tratamento das disfonias. Além disso, caracterizaram o grupo como um espaço de diversidades que possibilita uma dinâmica interativa em que o sujeito é ativo e corresponsável pela sua evolução e alta clínica (VILELA; FERREIRA, 2006).

Os mesmos autores referem ainda que o atendimento em grupo é uma estratégia potente no tratamento das disfonias, apesar dos estudos não referirem registros efetivo das informações e dados relativos a avaliação pré e pós intervenção, e quando esses são realizados, os mesmos não são utilizados como forma de reavaliação contínua das ações desenvolvidas durante o processo terapêutico fonoaudiológico.

O registro de dados e divulgação são necessários para a prática baseada em evidências, que vem ganhando credibilidade ao longo do tempo. Visto que poucos estudos trazem resultados pós terapia vocal em grupo, é imprescindível a coleta e análises dos dados pré e pós intervenção. Esses dados devem ser utilizados na reavaliação contínua, para que o terapeuta tenha noções sobre o impacto das atividades propostas, através do *feedback* dos pacientes e dos efeitos na dinâmica vocal dos mesmos, e devem ser publicados de forma que possam embasar outras intervenções nesse tipo de modalidade terapêutica (VILELA, FERREIRA, 2006).

Um ensaio clínico publicado também em 2006 (Simberg et al, 2006), realizado na Finlândia, com alunos de licenciatura, avaliou as mudanças pré e pós terapia em grupo para diferentes distúrbios vocais de forma planejada e estruturada.

Demonstrando maior preocupação metodológica na realização da terapia, por parte dos pesquisadores deste país, em relação aos estudos brasileiros, da mesma época.

Os sujeitos passaram por avaliação fonoaudiológica, através de análise perceptivo auditiva e relato de sintomas vocais, e médica, exame laringológico. Posteriormente, foram encaminhados para terapia em grupo. A avaliação pós terapia ocorreu em dois momentos, três meses e um ano após o início do tratamento. Percebeu-se que no primeiro momento não houve diferença significativa em relação a redução de sintomas e qualidade vocal, esta foi observada apenas no segundo momento, demonstrando que houve mudança de comportamento vocal dos sujeitos submetidos à terapia. O estudo concluiu que a terapia de voz em grupos pequenos, seguindo esta metodologia, pode ser um método eficaz para tratar problemas de voz em estágio inicial.

Pesquisa realizada por Goulart, Rocha e Chiari (2012) objetivou verificar os benefícios de um programa de aperfeiçoamento vocal em grupo para cantores populares, que apresentavam qualidade vocal adaptada. Eles foram divididos em dois grupos, um de controle e outro de intervenção. Este último participou de sete encontros e recebeu orientação fonoaudiológica e realização de exercícios para o aperfeiçoamento vocal. Após análise de dados, constatou-se que, para cantores, o trabalho de aperfeiçoamento vocal mostrou-se positivo, os quais referiram melhora de suas vozes. Além disso, que os cantores não colocaram as orientações de cuidados com a voz em prática, o que sugere que um maior número de encontros poderia repercutir em melhores resultados, como também os resultados do estudo reforçam que programas de higiene vocal isolados não produzem modificações quanto à qualidade vocal ou a modificação de hábitos.

Luchesi, Mourão e Kitamura (2010) realizaram intervenção preventivo-terapêutica, em um grupo de professores, com e sem queixas vocais, de uma escola da rede pública de um município brasileiro, que foram avaliados inicialmente por meio de um protocolo validado referente à aspectos vocais e ocupacionais, além de entrevista semi-estruturada. A terapia manteve foco terapêutico indireto por meio de exposições sobre produção vocal. Foi relatado alto índice de abandono do tratamento, principalmente por falta de tempo de ir às sessões, como justificaram os docentes. Houve diferença referente ao número de sintomas pré e pós terapia, e aqueles que terminaram o tratamento e os que abandonaram. O estudo deixou claro

que a intervenção foi válida, mas que precisa ser complementada a partir da mudança de fatores ambientais e ocupacionais dessa classe profissional.

No mesmo ano, Almeida et al (2012), realizaram fonoterapia também com um grupo de professores da rede pública de um município localizado no Brasil, com enfoque para questões de saúde pública, como promoção e prevenção, por meio encontros quinzenais, através de oficinas com exercícios vocais e palestras. A avaliação vocal em nenhum momento foi realizada, eram consideradas apenas as opiniões dos docentes, inclusive na estruturação das sessões. A partir dessa experiência, concluiu-se que este tipo de prática é eficaz para manutenção da saúde do professor e prevenção de problemas vocais.

Com o objetivo de investigar o clima de grupo na terapia de voz em grupo, pesquisadores submeteram professores, com distúrbios vocais, a oito sessões de fonoterapia vocal direta e indireta, através de orientações e exercícios vocais, respectivamente. Foi realizada avaliação vocal pré e pós-terapia por avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica, através de análise perceptivo-auditiva da voz e de protocolos validados, dentre os quais, o Questionário Reduzido de Clima de Grupo, para medir a percepção dos participantes em relação ao ambiente do tratamento em grupo e sua coesão interna (LAW et al, 2012).

Segundo o autor supracitado, os resultados demonstraram que a terapia de grupo é efetiva em reduzir distúrbios vocais. Ocorreu redução do número de sintomas vocais e auto percepção de melhoria na qualidade de vida, em especial pela combinação das abordagens direta e indireta, apesar da ausência de diferença na avaliação perceptivo-auditiva pré e pós-tratamento.

Nos Estados Unidos, em 2011, uma pesquisa de terapia de grupo com idosos Parkinsonianos, objetivou demonstrar a viabilidade do tratamento direto, priorizando a execução tarefas focadas na ampliação da intensidade e a eficácia do grupo terapêutico, para isto, foram realizadas avaliações de voz pré e pós oito sessões de 90 minutos, através do protocolo do Índice de Desvantagem Vocal e gravação da voz. Ao final do período, percebeu-se que 89% dos sujeitos apresentaram maior intensidade, bem como houve redução na percepção de desvantagem vocal, ratificando assim, que a terapia em grupo foi eficaz neste caso (SEARL et al., 2011).

Concomitante a esse estudo, no mesmo país, em outra pesquisa, Shih et al. (2011) estudou o comportamento de sujeitos com doença de Parkinson, durante doze semanas de intervenção em grupo, observando se a terapia de canto melhora

a intensidade vocal dos indivíduos e se após este tipo de intervenção há aumento da qualidade de vida e diminuição do índice de desvantagem vocal. Foi realizada avaliação pré e pós terapia, que não indicou mudanças significativas nos aspectos pesquisados. Conclusivo que apenas terapia de canto não é eficaz para melhorar os aspectos vocais de parkinsonianos.

Em 2013, foi publicado estudo de caso com crianças disfônicas, com o objetivo de caracterizar sua dinâmica vocal por meio de avaliação perceptivo-auditiva e acústica da voz, pré e pós-terapia fonoaudiológica em grupo. Foi realizada avaliação vocal inicialmente, e após as doze sessões, uma por semana, que compunham o programa de reabilitação vocal, que era estruturado, no qual foram feitas orientações aos pais e crianças, para continuidade do trabalho no dia a dia, bem como executados exercícios vocais. Ao final do tratamento, concluiu-se que terapia fonoaudiológica em grupo promove modificações na dinâmica vocal de crianças disfônicas, no que se refere aos parâmetros perceptivo-auditivos e acústicos da voz (RIBEIRO et al, 2013).

Leite, Panhoca e Zanolli (2008), em estudo realizado com crianças, referem que o grupo é um espaço rico e promissor, importante para o conhecimento de conceitos sobre aspectos da voz e hábitos vocais saudáveis, além de promover modificações na qualidade vocal da criança. Refere também que é importante que se tente criar novas alternativas de atuação, pensando em processos contextualizados, que possam ir ao encontro das reais necessidades das crianças. Nesse contexto, o grupo terapêutico fonoaudiológico pode ser agente facilitador, por meio de trocas de experiências entre sujeitos com características, necessidades e anseios (de si próprios e de familiares) semelhantes, possibilitando a (re) construção das representações e conteúdos individuais.

O estudo mais recente encontrado foi realizado no Brasil (Santos et al., 2014), e teve o objetivo de verificar a eficácia do uso da técnica “Tubos de Ressonância – Método Finlandês” em um grupo de indivíduos idosos institucionalizados, com queixas de alterações vocais e respiratórias. A amostra foi dividida em dois grupos: um de intervenção, que participou de seis sessões com a técnica “tubos de ressonância”, e outro controle, que participou de seis oficinas de saúde vocal, pré e pós terapia, e concluiu-se que a técnica finlandesa apresentou eficácia na terapia com indivíduos idosos com sintomas de presbifonia, auxiliando na melhora da qualidade vocal e da capacidade vital. Resultado que corrobora com os achados em

estudo supracitado, numa amostra de parkinsonianos. Verificou-se que esse tipo de atendimento abrange várias populações, desde crianças até idosos, sendo os professores os mais recorrentes quando se fala de terapia fonoaudiológica em grupo.

Nesse contexto, o grupo terapêutico fonoaudiológico pode ser agente facilitador, por meio de trocas de experiências entre sujeitos com características, necessidades e anseios semelhantes (Goulart, Rocha, Chiari, 2011; Law et al., 2012; Leite, Panhoca, Zanolli, 2008; Ribeiro et al., 2013; Souza et al., 2011; Vilela e Ferreira, 2006;), permitindo que o sujeito em questão possa perceber os diversos aspectos relacionados à voz (Vilela e Ferreira, 2006), como também revelar a voz em potencial dentro de si (LOURO, MAIA, 2001).

Como visto, a fonoterapia inclui a abordagem comportamental e depende intrinsecamente da participação ativa do paciente. Na próxima seção será abordado sobre a adesão ao tratamento fonoaudiológico identificado na prática clínica.

Quadro 1 - Relação dos estudos sobre grupo terapêutico e tipos de tratamento de voz

Referência	Sujeitos	Grupo Terapêutico	Tempo de tratamento	Tipo de tratamento	Avaliações	Conclusão dos autores
Simberg et al., 2006	40 estudantes de licenciatura	G1 – grupo pesquisa (20 sujeitos) G2- grupo controle	7 sessões	Terapia direta (G1) Terapia indireta (G2)	Questionário sobre sintomas vocais Avaliação perceptivo-auditiva	Os resultados sugerem que a terapia de voz em grupo parece ser um método eficaz nos casos de distúrbios vocais em estudantes de licenciatura.
Leite, Panhoca e Zanolli, 2008	6 crianças	Grupo único	20 sessões semanais	Terapia indireta	Avaliação fonoaudiológica Avaliação otorrinolaringológica	O grupo possibilita a realização de atividades coletivas relativas aos aspectos da produção da voz e a importância dela para comunicação e relações sociais.
Silverio et al., 2008	42 professoras	Grupo único	12 sessões semanais 60 minutos	Terapia Indireta Terapia direta (aquecimento e desaquecimento)	Entrevista Avaliação perceptivo-auditiva, antes e após terapia grupal semanal Avaliação laringológica, antes da terapia	Ações educativas processuais, a exemplo dos grupos de vivência de voz, tornam-se importantes espaços de reflexão e de mudança das relações entre trabalho e saúde do professor.
Almeida; Telles, 2009	22 sujeitos com disfonia organo-funcional	Grupo único	8 sessões semanais 90 minutos	Terapia indireta	Protocolos de avaliação inicial e final	Propiciar o desenvolvimento da auto-percepção do indivíduo mostrou-se eficaz, capacitando o mesmo no dimensionamento do seu problema, implementando práticas que ajudem na superação de dificuldades na

						comunicação.
Luchesi, Mourão, Kitamura, 2010	13 professoras	Grupo 1 e Grupo 2 – grupos de intervenção	12 sessões 90 minutos	Terapia indireta	avaliação laringológica aplicação de questionário intervenção preventivo-terapêutica	Como conclusão a esta proposta, seria interessante a investigação de ações, como programas de aprimoramento vocal, que visam fornecer subsídios para uma produção vocal mais adequada ao uso vocal intenso, exigido pela profissão
Sear et al., 2011	15 Idosos com doença de Parkinson	Grupo único	8 sessões 90 minutos	Terapia direta	Avaliação de voz pré e pós terapia Protocolo IDV Gravação de voz	Concluiu-se que 80% dos sujeitos apresentaram maior intensidade, redução na percepção de desvantagem vocal. A terapia de grupo foi eficaz.
Shih et al., 2011	Sujeitos com doença de Parkinson	Grupo único	12 sessões	Terapia canto (terapia indireta)	Avaliação vocal pré e pós	Não apresentou mudanças significativas quanto a qualidade de vida e redução do índice de desvantagem vocal. A terapia de canto exclusiva não é eficiente para melhorar os aspectos vocais nos parkinsonianos.
Almeida et al., 2012	12 Professores	Grupo único	Encontros quinzenais 45 minutos	Terapia direta Terapia indireta	Sem avaliação vocal, apenas relato de sintomas dos docentes	A terapia de grupo é eficiente para manutenção da saúde do professor e prevenção dos problemas vocais

Goulart, Rocha, Chiari, 2012	37 cantores	G1 – grupo de intervenção G2 – grupo controle	7 sessões	Terapia indireta Terapia direta	Questionário sobre hábitos e demandas relacionadas à voz Avaliação perceptivo-auditiva	A intervenção fonoaudiológica em grupo a cantores populares mostra-se positiva quanto à percepção do indivíduo sobre a produção vocal.
Law et al., 2012	12 sujeitos	Grupo único	8 sessões semanais 90 minutos	Terapia indireta Terapia direta	Questionário de sintomas vocais Avaliação perceptivo-auditiva Avaliação otorrinolaringológica PPAV Questionário de clima de grupo reduzido	Os resultados mostram que a terapia de grupo é efetiva em reduzir os distúrbios de voz, comprovado pelas medidas de qualidade de vida e escore dos sintomas vocais. O resultado positivo deve-se a combinação das abordagens direta e indireta.
Oliveira, 2013	10 sujeitos	G1 – grupo estudo (terapia com base cognitiva) G2 – grupo controle (terapia tradicional)	--	Terapia indireta Terapia direta	Pesquisa dos sintomas de voz e auto-avaliação do comportamento vocal Avaliação perceptivo-auditiva Mensuração de qualidade de vida relacionada à voz Análise acústica da voz	A terapia fonoaudiológica mostrou-se eficaz em ambos os grupos, porém a terapia de base cognitiva apresentou-se um pouco mais efetiva quanto à melhora dos harmônicos, com relação à presença e regularidade.

					Avaliação otorrinolaringológica	
Ribeiro et al., 2013	6 crianças com diagnóstico de disfonia funcional ou organofuncional	Grupo único	12 sessões semanais 40 minutos	Terapia indireta Terapia direta	Anamnese Avaliação perceptivo-auditiva e acústica da voz, antes e após terapia grupal semanal	A terapia fonoaudiológica em grupo proporciona mudanças na dinâmica vocal, com relação aos parâmetros perceptivo-auditivos e acústicos.
Crisóstomo; Almeida, 2014	37 pacientes	Grupo único	8 sessões	Terapia direta Terapia indireta	Aplicação do protocolo QVV (Qualidade de Vida em Voz) pré e pós terapia de grupo	Não houve diferença do momento pré e pós terapia de grupo mensurado pelo protocolo de qualidade de vida em voz. A melhora da qualidade de vida em voz pós terapia vocal de grupo esteve associada a fatores como número de faltas, sexo, diagnóstico e uso profissional da voz.
Macedo; Almeida, 2014	32 pacientes com queixas de voz	Grupo único	8 sessões	Terapia direta Terapia indireta	Aplicação do protocolo PEED (Protocolo de estratégias de enfrentamento da disfonia) pré e pós terapia de grupo	A terapia de grupo promoveu um aumento significativo das estratégias de enfrentamento dos pacientes com disfonia no momento pós-terapia de grupo.
Santos et al., 2014	42 idosos	G1 – grupo pesquisa G2 – grupo controle	6 sessões semanais	Terapia indireta (G2) Terapia direta (G1)	Inventário sócio-demográfico Espirometria Gravação das vozes, antes e após	A técnica finlandesa de tubos de ressonância mostrou-se eficaz na terapia com indivíduos idosos (presbifonia), melhorando a qualidade vocal e capacidade vital.

					intervenção	
Silva; Almeida, 2014	47 pacientes	Grupo único	8 sessões	Terapia direta Terapia indireta	Protocolo de Triagem de Voz (PTV)	Os fatores de riscos vocais pessoais puderam ser reduzidos com a terapia vocal de grupo, onde houve associação dos fatores de riscos total pós e diagnóstico laríngeo e fatores de riscos organizacionais pós com a idade.

3.3 ADESÃO AO TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO

Adesão, do latim *adhaesione*, configura-se um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito à frequência, à constância e à perseverança na relação com a busca pela saúde, enfatizando a importância do terapeuta no processo. Portanto, é um processo dinâmico, influenciado por uma série de fatores que predispõem ou não à continuidade do tratamento, incitando a estratégia de monitoramento contínuo (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Na terapia vocal é imprescindível que haja mudanças comportamentais e, conseqüentemente, adesão às orientações e procedimentos indicados pelo fonoaudiólogo, independente do fator etiológico. Portanto, o sucesso da terapia fonoaudiológica depende do envolvimento e adesão do paciente no processo terapêutico, no qual o mesmo não ocorre de maneira automática (LEER, HAPNER, CONNOR, 2008; HAPNER, PORTONE, JOHNS, 2007).

Em vários estudos que investigaram a adesão às orientações e à prescrição de medicamentos em enfermidades crônicas, foi constatado que 53% dos pacientes com hipertensão não aderiram às mudanças relativas ao estilo de vida (Rolim, Castro, 2007), assim como apenas 45% dos pacientes com infarto agudo do miocárdio seguiram às orientações prescritas pelo médico após um mês de alta hospitalar (KRAMER et al., 2006). Já em estudo com pacientes com diabete melittus, 71% não aderiu ao tratamento corretamente (BARROS; ROCHA; HELENA, 2008).

A adesão é um aspecto fundamental em abordagens clínico-terapêuticas que envolvam a modificação de condutas e atitudes do paciente. Diversas pesquisas sobre adesão estudaram e validaram protocolos com o intuito de avaliar a adesão em tratamentos de saúde, a exemplo da Fisioterapia (Guimarães et al., 2006), na Nutrição (Nalin et al., 2010) e na Clínica Médica (Kramer et al., 2006; Lunelli et al., 2009; Rolim; Castro, 2007), porém, poucos estudos abordam essa temática na reabilitação vocal (GAMA et al., 2012; HAPNER, PORTONE, JOHNS, 2007; LEER, CONNOR, 2010).

O médico, ou qualquer outro profissional envolvido no processo, pode influenciar, mas não controlar o processo de mudança. A participação ativa e a colaboração são exigidas por ambas as partes. Torna-se imprescindível realizar a investigação sobre as estratégias que facilitam a mudança de comportamento, tanto

na adesão quanto na eficácia do mesmo, sendo necessário para demarcar a fronteira entre o terapeuta e a responsabilidade do paciente na busca da qualidade vocal (LEER, CONNOR, 2010).

A adesão é multifatorial, envolvendo aspectos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, como idade, sexo, duração da terapia e necessidade de mudanças no estilo de vida do paciente diante do tratamento e orientações recebidas (BERHMAN et al., 2008; SILVEIRA, RIBEIRO, 2005).

A taxa de abandono varia de 10 a 65%, conforme os estudos de Law et al. (2012). A fraca adesão aos tratamentos de longa duração é um fenômeno relacionado aos casos de doenças crônicas (BARROS, ROCHA; HELENA, 2008; KRAMER et al., 2006; ROLIM; CASTRO, 2007; WHO, 2003). Diversos fatores estão relacionados ao processo de adesão, dentre eles as características do profissional, o tipo e a gravidade dos sintomas, à complexidade do tratamento, aos aspectos psicológicos, culturais e socioeconômicos dos pacientes (LEER, CONNOR, 2010; PORTONE, JOHNS, HAPNER, 2008).

Em um dos poucos estudos na área da adesão ao tratamento vocal, Portone, Johns, Hapner (2008) analisaram a adesão dos pacientes à indicação do médico para a terapia de voz, avaliando também os fatores associados no processo terapêutico, tendo como variáveis de interesse: sexo, idade, raça, diagnóstico otorrinolaringológico e grau da disfonia. O estudo demonstrou que dos 147 prontuários de pacientes que buscaram otorrinolaringologista por queixas vocais e foram encaminhados para terapia fonoaudiológica, 35,4% iniciaram o tratamento e 64,6% não procuraram atendimento.

Outro estudo avaliou a adesão de 135 professoras com disfonia ao tratamento fonoaudiológico, demonstrando que 65,93% permaneceu no tratamento até a alta fonoaudiológica, enquanto 34,07% abandonou o tratamento. O estudo contou com as seguintes variáveis: idade, número de sessões programadas, número de faltas, número de filhos, tipo de disfonia, grau da disfonia, renda mensal familiar e escolaridade. Calculou-se a distância, em quilômetros, da residência ao local do tratamento e do local de trabalho ao local do tratamento fonoaudiológico. Dentre as variáveis analisadas apenas o número de faltas e o tipo de disfonia foram significantes com a adesão ao tratamento fonoaudiológico (SANTOS et al., 2013).

Apesar da presença de sintomas vocais e de suas consequências negativas sobre a qualidade de vida, a adesão à fonoterapia não é imediata, ocorrendo com frequência o abandono do tratamento (GAMA et al., 2012).

Uma pesquisa realizada por Leer e Connor (2010), relacionada à percepção do paciente sobre a adesão à terapia vocal, com 15 pacientes, demonstrou que a motivação, o comprometimento, a auto-percepção, aprendizado e um bom relacionamento com o terapeuta são fatores importantes para a adesão à terapia vocal.

Alguns modelos teóricos são utilizados, para analisar o estágio de prontidão dos pacientes para o tratamento de saúde, a exemplo da teoria da ação racional (*Theory of Reasoned Action*), modelo de crenças em saúde (*Health Belief Model*), teoria social cognitiva (*Health applications of Social Cognitive Theory*), assim como o Modelo Transteórico (MTT), desenvolvido por Prochaska e DiClemente, em 1982. Conforme os autores mencionados, o MTT é bastante utilizado para tratamentos longitudinais que exijam mudança de comportamento em saúde e ocorram sob a forma de estágios, ou seja, de forma processual, e não de maneira abrupta, a exemplo de programas de saúde, tais como o exercício físico, tabagismo e dieta (LEER; HAPNER; CONNOR, 2008). As experiências vividas e estratégias de autorregulação vão auxiliar na mudança de estágios (DICLEMENTE; SCHLUNDT; GEMMELL, 2004).

O referido modelo contempla cinco estágios de mudança, a saber: pré-contemplação, contemplação, ação, preparação e manutenção. O tempo que o paciente ficará em cada estágio pode variar em função da disposição ao processo de mudança de cada indivíduo. Os três primeiros estágios são relativos a intenção de mudar, enquanto que os dois últimos, o indivíduo já tem a convicção da mudança (DICLEMENTE, SCHLUNDT, GEMMELL, 2004; LEER, HAPNER e CONNOR, 2008).

O MTT define suas fases de acordo com a prontidão do sujeito para a mudança diante de seu problema vocal, referindo que na fase de pré-contemplação, o sujeito ainda não tem consciência do seu problema para poder enfrentá-lo; na contemplação, o sujeito já considera ativamente a possibilidade de enfrentar o problema, e conseqüentemente mudar o comportamento, fazendo uma análise positiva e negativa dos prós e contras da mudança; a preparação estão envolvidos o empenho, planejamento e compromisso com a mudança; na ação as tentativas para

a mudança são evidentes e há o empenho para a mudança de comportamento; e na manutenção ocorre a integração do comportamento recém adquirido, na qual o sujeito, diante da terapia de voz, consegue manter o uso da voz saudável de forma independente, ou seja, já modificou o seu comportamento. É importante destacar que o indivíduo não necessariamente necessita passar de forma progressiva por todas as fases, podendo progredir ou regredir entre os estágios de forma dinâmica, de acordo com as mudanças realizadas (LEER, HAPNER E CONNOR, 2008).

Baseando-se no MTT, MCcconnaughy, Prochaska e Velicer (1983) desenvolveram a escala *Universit of Rhode Island Change Assessment* (URICA), com o objetivo de medir as dimensões de prontidão para mudança em indivíduos que se submetem a tratamentos de saúde. Apesar do modelo ter sido desenvolvido inicialmente para área da Psicologia, o mesmo é utilizado para avaliar comportamentos de saúde que incluem exercício físico, nutrição e dieta, HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), entre outros.

A escala URICA, bastante utilizada para avaliar a adesão e motivação do paciente a tratamentos de saúde (Szupszynski; Oliveira, 2008), foi adaptada para o uso na área de voz, por cinco fonoaudiólogas, em um estudo transversal com 66 pacientes que possuíam disfonia. O estudo teve por objetivo adaptar a escala URICA à avaliação dos estágios de mudança para a adesão de pacientes em tratamentos de voz, denominada URICA-Voz, relacionando com a idade do paciente, o tipo de disfonia, a escolaridade, a profissão e o número de sessões de fonoterapia, revelando que 57,6% encontra-se no estágio de contemplação ao tratamento fonoaudiológico (TEIXEIRA et al., 2013).

A escala URICA-VOZ segue os moldes da escala original com 32 questões, dividida em quatro estágios, contendo oito questões em cada estágio e para cada item são propostas possibilidades de resposta do tipo *likert* de cinco pontos. Apenas o estágio de decisão foi suprimido da escala original. Os cálculos da escala são baseados em valores proposto pela *Healthy and Addictive Behaviors Investigating Transtheoretical Solutions* (HABITS), já utilizada em estudos anteriores.

Estudo realizado por Gama et al (2012), sobre a adesão por parte do paciente a tratamentos longitudinais, refere que a maioria dos sujeitos avaliados aderem a terapia como também às orientações fonoaudiológicas, contrariando o que refere os estudos de Portone, Johns e Hapner (2008); Silveira e Ribeiro (2004); WHO (2003)

os quais demonstram que as taxas de abandono no processo terapêutico são elevadas.

Diante dos aspectos relacionados ao abandono à terapia fonoaudiológica, Gama et al., (2012) afirmam que torna-se imprescindível identificar e compreender os fatores que concorrem para a adesão ao tratamento fonoaudiológico das disfonias e que a adesão, e consequente mudanças de comportamento, podem ser resultantes de uma maior conscientização da produção vocal.

Em estudo realizado com 151 pacientes com queixa vocal e diagnóstico de distúrbio de voz, teve por objetivo analisar a associação entre a autoavaliação e o estágio motivacional do paciente disfônico para terapia vocal. Concluiu-se que há relação entre a autoavaliação vocal e a motivação para a terapia vocal, e os pacientes com pior qualidade de vida em voz, maior desvantagem vocal e maior frequência de sintomas vocais encontram-se em estágio motivacionais mais avançados para a terapia vocal (SILVA; LOPES, 2014).

Com o objetivo de verificar se existe associação entre o diagnóstico laríngeo, a intensidade do desvio vocal, os sintomas vocais e a adesão do paciente à terapia vocal, Gama et al.(2014) realizaram estudo com 283 pacientes com queixa vocal e avaliação laringológica prévia, e obteve-se como conclusão que não houve associação entre o diagnóstico laríngeo, a intensidade do desvio vocal e a motivação do paciente. O estudo revelou que existe associação entre a autoavaliação dos sintomas vocais e o estágio motivacional, ou seja, pacientes com maior número de sintomas vocais apresentaram maior motivação para a da terapia vocal.

A identificação do estágio de prontidão e motivacional em que o paciente se encontra, permite ao terapeuta a compreensão mais ampla do indivíduo, assim como as dificuldades e facilidades para aderir à terapia vocal. Essas informações auxiliarão no direcionamento da intervenção, fornecendo dados para que o fonoaudiólogo desenvolva estratégias que favoreçam a adesão e motivação do paciente ao tratamento vocal (GAMA et al., 2014).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 ÁREA DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

A pesquisa foi realizada no Laboratório Integrado de Estudos da Voz (LIEV), do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba, Campus I, município de João Pessoa-PB, Brasil. A coleta foi realizada no período de setembro de 2013 a dezembro de 2014.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Os participantes desta pesquisa foram os pacientes, de ambos os sexos, com queixa de voz que procuraram voluntariamente a intervenção fonoaudiológica na Clínica Escola de Fonoaudiologia/UFPB.

Os voluntários foram enquadrados nos critérios de elegibilidade determinados para este estudo, conforme descritos abaixo:

- Ter queixa de voz;
- Ter disfonia comportamental;
- Ter idade acima de 18 anos, pois se entende que o limite inferior garante o processo final de muda vocal (BEHLAU *et al.*, 2008);
- Não ter diagnóstico médico de doença neurológica, genética ou qualquer outra comorbidade que afete a cognição, comunicação e voz, os quais vão interferir no processo terapêutico e no preenchimento dos protocolos;
- Não ter histórico prévio de tratamento fonoaudiológico para distúrbio de voz;
- Não apresentar número maior que duas faltas durante os atendimentos.

A população foi composta por 60 sujeitos, disposto em dois grupos: terapia de grupo (TG), n=35, constituído por pacientes do projeto de extensão de Educação em Saúde Vocal (EducVox) e terapia individual (TI), n=25, formado por pacientes que procuraram atendimento fonoaudiológico na Clínica-Escola de Fonoaudiologia da UFPB. Dentro desse contexto, a TG foi a intervenção testada, enquanto a TI foi o grupo controle “positivo”, por ser cientificamente comprovada como a forma

tradicional/padrão de sucesso no tratamento para os distúrbios da voz (MACKENZIE et al., 2001; SPEYER, 2008; VIEIRA; ATALLAH, 2009).

O projeto de extensão de Educação em Saúde Vocal (EducVox) foi responsável em constituir grupos de pessoas com queixas de voz, profissionais ou não profissionais da voz, pessoas que estão dentro e fora dos grupos de risco em desenvolver distúrbios vocais, que tenham como objetivo comum, promoção da saúde vocal, prevenção e reabilitação de distúrbios vocais.

Ambas as terapias (TG e TI) tiveram uma abordagem eclética (Behlau et al., 2013; Vieira, 2012), e foram trabalhados aspectos da terapia direta e indireta com o objetivo maior da melhora da qualidade vocal.

No processo terapêutico, independente do tipo de terapia, foram abordados temas referentes a noções gerais da anatomia e fisiologia da produção vocal, saúde vocal, psicodinâmica vocal, voz e emoção, comunicação não verbal, bem como a realização de exercícios vocais com foco na respiração, relaxamento, coordenação pneumofonoarticulatória, órgãos fonoarticulatórios, mobilidade de mucosa e ressonância.

O grupo TG participou de vivências/dinâmicas, bem como técnicas fonoaudiológicas voltadas ao benefício da voz para facilitar o seu autoconhecimento, autocuidado e autopercepção. As técnicas eram somadas a cada dia para os pacientes realizarem em casa. No final do programa terapêutico, ou seja, após as sessões, os mesmos recebiam uma cartilha com todas as técnicas trabalhadas no ambiente terapêutico (ANEXO 1).

4.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa caracterizou-se por ser de campo e quantitativa. É um estudo de intervenção uma vez que teve por objetivo investigar o estágio de prontidão pré e pós tratamento de voz em pacientes com disfonia comportamental, tendo a terapia em grupo como facilitadora do processo, além de comparar a sua resposta com a terapia tradicional, assim como verificar a associação da variável ganho pós-terapia com sexo, idade, escolaridade e laudo otorrinolaringológico.

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Durante o presente estudo foram utilizadas mensurações laringológicas e vocais, conforme descritas a seguir.

4.4.1 Laringológicos

O diagnóstico laringológico foi realizado a partir de uma telelaringoscopia, realizada pelo otorrinolaringologista, com o objetivo de observar a integridade das pregas vocais e possíveis ajustes do trato vocal durante a produção da voz.

Para a análise, os pacientes foram divididos em cinco grupos diagnósticos levando em consideração os principais distúrbios de voz atendidos no LIEV: ausência de lesão laríngea, fenda glótica sem causa orgânica ou neurológica, lesão na porção membranosa das pregas vocais (nódulos, pólipos e cisto), distúrbio da voz de origem neurológica e distúrbio da voz secundário a refluxo gastroesofágico (COHEN et al., 2012). Esses dois últimos grupos foram eliminados desta pesquisa, pois as características da voz têm um componente orgânico que independe do comportamento vocal. Na classificação da variável laudo otorrinolaringológico, além das três primeiras classificações, foi incluída mais uma, intitulada outros, que caracterizou-se por sujeitos com laudos indefinidos.

4.4.2 Vocais

Durante o processo avaliativo da voz foi considerado o princípio básico de que a voz é multidimensional, ou seja, sofre interferências de aspectos anatomofisiológicos, emocionais, comportamentais, orgânicos e ambientais. A avaliação precisa mapear a maioria dos aspectos e correlacioná-los, possibilitando uma visão global, a identificação dos fatores etiológicos, a definição da intensidade do desvio vocal, o monitoramento do tratamento oferecido e o impacto da disfonia na vida do indivíduo (DEJONCKERE et al., 2001; MA; YU, 2006).

Para avaliar o estágio de prontidão do paciente, nos momentos pré e pós terapia fonoaudiológica, foi utilizada a escala URICA-Voz (Anexo 1), um protocolo de auto-avaliação, que teve por finalidade avaliar em que estágio do ciclo de mudanças um paciente com disfonia se encontrava. Adveio da Escala URICA, amplamente

utilizada clinicamente e em pesquisas para avaliar a autopercepção do estágio de prontidão em tratamentos de saúde. A mesma foi adaptada por cinco especialistas em voz para um modelo de autopercepção do estágio de prontidão do paciente na área de voz, considerando-se aspectos do comportamento e do uso vocal (TEIXEIRA et al., 2013).

A escala URICA original apresenta versão de 12, 24 e 32 itens. Porém, a versão utilizada para a adaptação e validação na área da voz foi a de 32 itens, eleita por ser a mais completa e única adaptada para a área de voz (TEIXEIRA et al., 2013).

Na versão em questão, os itens foram divididos em quatro grupos de oito afirmações, correspondentes aos quatro estágios de mudança: pré-contemplação (PC); contemplação (C); ação (A); e manutenção (M). As perguntas referentes a cada um desses estágios são: pré-contemplação: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 e 31; contemplação: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 e 24; ação: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 e 30; e manutenção: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 e 32. Em cada item foram apresentadas alternativas de respostas em escala do tipo *likert* de cinco pontos, na qual o sujeito pode escolher uma das seguintes respostas: “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Não sei”, “Concordo” e “Concordo totalmente”.

Os escores de prontidão obtidos na aplicação da escala, no início de um tratamento, identifica em qual fase o indivíduo está do ciclo de mudança para ser submetido à intervenção proposta. Dessa forma, cada estágio fica representado pela média de sete questões.

Para se obter o escore da prontidão para a mudança, aplicou-se a seguinte fórmula: (Média de C + Média de A + Média de M) - Média de PC. As pontuações referentes a cada estágio são:

- 8 ou inferior (PC) – fase de pré-contemplação, onde o sujeito ainda não tem consciência de que há um problema a ser enfrentado;
- 8 - 11 (C) – fase de contemplação, onde o sujeito considera seriamente a possibilidade de enfrentar o problema, mas não apresenta nenhum esforço efetivo para alcançar este objetivo;
- >11-14 (A) – fase de ação, onde os sujeitos estão preparados para uma atitude de ação diante do problema;
- Acima de 14 (M) – fase de manutenção, onde o paciente é capaz de manter a voz saudável, há integração do novo comportamento adotado.

4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

- **Dependentes:**

Ganho pós-terapia, obtido com a relação de diferença entre o escore total PÓS e o escore total PRÉ da escala URICA-Voz em terapia individual e de grupo.

- **Independentes:**

- sexo: masculino e feminino
- Idade: 18-30; 31-40; 41-50; > 51
- Escolaridade: ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo.
- Laudo Otorrinolaringológico: sem lesão laríngea, fenda glótica sem causa orgânica ou neurológica, lesão na porção membranosa das pregas vocais e laudo indefinido.

4.6 MÉTODOS DE COLETA DE DADOS

Os participantes da pesquisa inicialmente fizeram a leitura e, de acordo com seu interesse, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE), permitindo e assegurando a sua participação no estudo. Após aceita a participação no estudo, foram transmitidas todas as orientações necessárias para a resposta do protocolo a ser utilizado, que já se caracterizam, como de fácil compreensão e preenchimento.

Em seguida, aplicou-se o protocolo de autoavaliação URICA-Voz. O voluntário foi alocado aleatoriamente nos grupos, a saber: terapia em grupo (TG) ou terapia individual (TI).

Independente do tipo de intervenção, cada paciente foi submetido a 8 encontros de terapia, sendo o primeiro e o último (1º e 8º) encontros destinados à aplicação do instrumento de autoavaliação. Tanto na TG quanto na TI envolveram intervenções com a terapia direta e indireta com foco na melhora da qualidade vocal, sendo as mesmas gerenciadas por uma fonoaudióloga, com o auxílio de alunos da graduação de Fonoaudiologia.

No atendimento em grupo, cada grupo foi formado por, até, 10 (dez) participantes, constituído por 8 encontros, cada qual com a duração média de 90 minutos, de periodicidade semanal, o que dura aproximadamente 2 (dois) meses de terapia de grupo. No primeiro encontro, além da aplicação do protocolo, observou-se as expectativas, impressão sobre a comunicação e voz, prejuízos pessoais e profissionais decorrentes da comunicação, hábitos e fatores de risco para voz de cada indivíduo. No último encontro, os mesmos tiveram a oportunidade de responder sobre sua satisfação para as ações desenvolvidas, percepção de mudança de hábitos e comportamentos vocais, bem como sugestões e advertências sobre o trabalho em grupo.

A terapia individual foi customizada, constituída também por oito encontros semanais, em uma sala de atendimento individual, com a duração média de 30 minutos. Tal intervenção foi gerenciada pelo fonoaudiólogo e contou com o auxílio de aluno da graduação de Fonoaudiologia.

Nos dois grupos, as técnicas vocais realizadas no ambiente terapêutico eram somadas a cada dia para que os pacientes as executassem em casa.

Ambas as terapias tiveram abordagens ecléticas, e seguiram temas planejados e descritos no quadro 2.

Quadro 2 - Descrição das atividades realizadas na TI e TG de acordo com a sessão

Sessão	Terapia individual/tradicional	Terapia de grupo
1º	Aplicação do instrumento de voz – URICA-Voz	Aplicação de instrumento de voz – URICA-Voz
2º	Temática: Fundamentos da anatomia e fisiologia da produção vocal Exercícios: Respiração diafragmática: Inspirar em 4s, segurar 2s e soltar em 6s (colocar as duas mãos abaixo das costelas, para sentir a barriga encher e secar). Tempo Máximo de Fonação: Emitir o som de /s/ por 10 repetições, logo após o de /z/. Repetir por mais duas vezes, utilizando a respiração diafragmática.	Temática: Fundamentos da anatomia e fisiologia da produção vocal Exercícios: Respiração diafragmática: Inspirar em 4s, segurar 2s e soltar em 6s (colocar as duas mãos abaixo das costelas, para sentir a barriga encher e secar). Tempo Máximo de Fonação: Emitir o som de /s/ por 10 repetições, logo após o de /z/. Repetir por mais duas vezes, utilizando a respiração diafragmática.
3º	Temática: Saúde vocal Exercícios: Alongamento e relaxamento: Posição de cabeça para trás (30s), para frente (30s), para um lado (30s) e para o outro (30s); técnica de rotação de ombros para frente (30s) e para trás (30s); Técnica de sopro sonorizado por três minutos	Temática: Saúde vocal Exercícios: Alongamento e relaxamento: Posição de cabeça para trás (30s), para frente (30s), para um lado (30s) e para o outro (30s); técnica de rotação de ombros para frente (30s) e para trás (30s); Técnica de sopro sonorizado por três minutos.
4º	Temática: Psicodinâmica vocal Exercícios: Trato vocal semiocluído com tubo de alta resistência com repetições em 3 minutos	Temática: Psicodinâmica vocal Exercícios: Trato vocal semiocluído com tubo de alta resistência com repetições em 3 minutos
5º	Temática: Voz x emoção Exercícios: <i>Lábios:</i> bico e sorriso; <i>Língua:</i> Levar a língua para cima, para baixo, para os lados; Movimento circular de língua <i>Mandíbula:</i> Abrir e fechar a boca lentamente, depois fazer protrusão/retrusão/lateralização. Logo após com firmeza e rapidez, repetir várias vezes: ba - ba - ba - ba - ba - ba - ba.	Temática: Voz x emoção Exercícios: <i>Lábios:</i> bico e sorriso; <i>Língua:</i> Levar a língua para cima, para baixo, para os lados; Movimento circular de língua <i>Mandíbula:</i> Abrir e fechar a boca lentamente, depois fazer protrusão/retrusão/lateralização. Logo após com firmeza e rapidez, repetir várias vezes: ba - ba - ba - ba - ba - ba - ba.
6º	Temática: Informação sobre patologias laríngeas (de acordo com o diagnóstico do paciente). Exercícios: Ressonância: rotação de língua associado com som nasal	Temática: Informação sobre patologias laríngeas (de acordo com o diagnóstico dos pacientes do grupo). Exercícios: Ressonância: rotação de língua associado com som nasal
7º	Temática: Comunicação não verbal/ Expressividade Exercícios: Sobrearticulação: tampa de tubo de ensaio	Temática: Comunicação não verbal/ Expressividade Exercícios: Sobrearticulação: tampa de tubo de ensaio
8º	Aplicação do instrumento de voz – URICA-Voz Recapitular todas os exercícios e orientações de saúde vocal	Aplicação do instrumento de voz – URICA-Voz Recapitular todas os exercícios e orientações de saúde vocal

Legenda: OFA's = órgãos fonoarticulatórios/ CPFA = coordenação pneumofonoarticulatória

É importante mencionar que os pacientes que não alcançaram os objetivos planejados de acordo com sua queixa e qualidade vocal, foram encaminhados da terapia de grupo para o atendimento individualizado e tradicional, sob a responsabilidade do LIEV do Departamento de Fonoaudiologia/UFPB, até alcançar alta fonoaudiológica.

A seguir será explicitado um fluxograma (FIGURA 1) que norteou o processo de coleta de dados.

Figura 1 - Fluxograma do procedimento metodológico da pesquisa



4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística dos dados foi executada pelo *Software SPSS Statistics*, versão 20. A seguir serão descritos os testes realizados na inferência estatística.

4.7.1 Distribuição normal de probabilidade e a escolha do teste

As distribuições de frequências são distribuições de probabilidade, pois para determinado evento tem-se uma chance de ocorrência associada. Assim, a partir de uma distribuição completamente especificada, pode-se calcular a probabilidade de uma variável aleatória assumir um intervalo de valores (TORMAN et al., 2012).

A distribuição dos dados ao redor de um ponto central no qual coincide média aritmética, moda e mediana, forma uma curva, chamada curva normal, ou ainda de Gauss ou Gaussiana, que é simétrica, unimodal e tem forma de sino (DORIA FILHO, 1999).

É importante termos métodos para conhecer a distribuição dos dados estudados, e, portanto verificar se ajustam-se a uma distribuição normal. Há metodologias descritivas, como a análise visual de gráficos, e também testes não paramétricos de aderência, que testam objetivamente a hipótese de normalidade (TORMAN et al., 2012).

Segundo o autor acima, a análise de gráficos tem a desvantagem de ser um método subjetivo, pois depende da interpretação visual. Por isso, para um resultado mais objetivo, deve-se usar testes não paramétricos de aderência à distribuição Normal. Um deles, utilizado no presente estudo, é o teste *Kolmogorov-Smirnov*. A estatística do teste é dada por:

$$D = \text{Max}|F_0(X_i) - S_N(X_i)| \quad i = 1, 2, \dots, N.$$

Onde,

F_0 =distribuição teórica de frequências relativas acumuladas,

X_i = Variável aleatória,

S_N =distribuição de frequências relativas acumuladas observadas de uma amostra (SIEGEL, CASTELLEN JR, 2006, p. 72).

Os variados testes para verificação da normalidade dos dados têm estatísticas de teste e critérios de decisão diferentes, mas têm em comum as hipóteses testadas: a hipótese de nulidade é de que a variável aleatória possui distribuição Normal, enquanto que a hipótese alternativa é de que a variável aleatória não possui distribuição Normal. A maneira mais fácil de tomar a decisão é observar o p-valor dos testes e comparar com o nível de significância adotado. Se o p-valor do teste for menor que o nível de significância escolhido, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, a hipótese de normalidade (TORMAN et al., 2012).

Quando da distribuição normal, deve-se escolher os testes paramétricos, caso contrário, os testes não paramétricos devem ser utilizados, pois independem das distribuições populacionais e dos parâmetros associados (DORIA FILHO, 1999). Esta exigência ocorre devido aos testes paramétricos basearem sua decisão na comparação de parâmetros (média, desvio padrão), que só fazem sentido se esses forem representativos das distribuições a que estão sendo comparadas (CALLGARI-JACQUES, 2003).

Antes da análise dos dados por meio de técnicas de inferência estatística é necessário conhecer a distribuição de normalidade das variáveis investigadas, e testar se as variáveis seguem a distribuição normal de probabilidade, para assim saber que testes seriam utilizados, se paramétricos ou não paramétricos.

4.7.2 Teste t de Student

O teste t é um teste de hipótese paramétrico, utilizado para efetuar comparações entre duas ou mais populações, sendo utilizado para amostras independentes ou dependentes (pareadas), e tem como principal elemento para a decisão os parâmetros amostrais (ARANGO, 2005). Utilizado para dados contínuos, o teste t usa a diferença entre as médias dos dois grupos e o erro padrão das diferenças das mesmas (DORIA FILHO, 1999). A seguinte fórmula é utilizada no cálculo:

$$t = \frac{x_a - x_b}{EP}$$

Onde, EP é o erro padrão e combina os desvios-padrão dos grupos e o número de dados em cada grupo (DORIA FILHO, 1999).

O teste t é o método mais utilizado para avaliar as diferenças de médias entre dois grupos, utilizando como principal elemento para a decisão os parâmetros amostrais (ARANGO, 2005).

Neste estudo, o teste t foi utilizado para as amostras pareadas, o objetivo foi verificar se existem diferenças entre a performance/comportamento de um mesmo grupo de sujeitos, testados em dois momentos distintos (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

O teste t foi utilizado para comparação dos escores da escala URICA-Voz na terapia individual PRÉ e PÓS tratamento.

4.7.3 Teste de Wilcoxon

O teste de Wilcoxon destina-se a comparar dois grupos emparelhados, utilizado na mesma situação que o teste t, mas quando a exigência de normalidade

não é satisfeita, ou seja, é um teste não paramétrico (DORIA FILHO,1999).A estatística do teste é dada por:

$$W_S = \sum_{i=1,n} S_i .$$

Onde,

S_i = postos médios dos tratamentos

O referido teste foi utilizado para comparação dos escores da escala URICA-Voz na terapia de grupo PRÉ e PÓS tratamento.

4.7.4 Teste do Qui-quadrado

Para os dados nominais, ou seja, categorias sem nenhuma ordem, um teste comumente utilizado é o Qui-quadrado, que constitui uma medida da discrepância entre as frequências observadas e esperadas. Abaixo segue a estatística do teste Qui quadrado (DORIA FILHO, 1999):

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{observado} - \text{esperado})^2}{\text{esperado}}$$

Os valores esperados devem ser superiores a 5 e os valores totais maiores que 20 (DORIA FILHO, 1999; GUIMARÃES, 2014), portanto para os casos em que as frequências esperadas foram menores que 5, utiliza-se o teste de Fisher.

O teste do Qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação entre o ganho pós-terapia (variável dependente) e a variável laudo otorrinolaringológico na terapia individual e terapia de grupo, por ser uma variável nominal.

4.7.5 Teste de Fisher

O Teste de Fisher é a alternativa ao caso de duas amostras independentes, quando o tamanho da amostra é pequeno, pois nesse caso o teste Qui quadrado não se aplica (GUIMARÃES, 2014).

Portanto, é utilizado para amostras pequenas, e possui a vantagem de produzir menos erro tipo I e II em comparação ao teste do Qui-quadrado. Nesse

teste, é calculada a probabilidade de que a tabela de contingência utilizada tenha sido obtida ao acaso (DORIA FILHO, 1999).

O teste de Fisher foi utilizado para verificar a associação entre o ganho pós-terapia (variável dependente) e a variável sexo na terapia individual e terapia de grupo, por ser uma variável nominal e por apresentar menos que cinco sujeitos relacionados à variável dependente analisada.

4.7.6 Teste de Mann Whitney

Para os dados ordinais, como faixa etária e escolaridade, foi utilizado o teste Mann-Whitney, que se aplica na comparação de dois grupos independentes, para verificar se pertencem ou não à mesma população (DORIA FILHO, 1999). A estatística deste teste não paramétrico é dada por:

$$W_S = \sum_{i=1,n} S_i,$$

$$W_{xy} = W_S - \frac{1}{2}n(n+1).$$

Onde,

W_S : teste de Wilcoxon

S_i : postos médios dos tratamentos

n : número de indivíduos na amostra

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparação dos escores da escala URICA-Voz na terapia de individual e de grupo pré e pós tratamento, para amostras independentes, como também para verificar a associação entre o ganho pós-terapia (variável dependente) e as variáveis idade e escolaridade na terapia individual e terapia de grupo, por serem variáveis ordinais.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme a regulamentação 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), não existe para este tipo de procedimento nenhum tipo de risco, ônus para o participante, e nenhum tipo de bonificação direta, podendo este aceitar ou não a

participação de forma livre, ou ainda desligar-se a qualquer momento da pesquisa, apenas comunicando aos pesquisadores, sem sofrer nenhum tipo de prejuízo.

Neste termo, o participante foi orientado em relação a todos os procedimentos realizados e solicitado a fornecer sua autorização para utilização dos seus dados em pesquisas científicas sem que seja revelada a sua identidade. Além disso, o participante foi informado da possibilidade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que fosse interrompido o atendimento fornecido no setor.

Ressalta-se também que este estudo foi avaliado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, por meio do protocolo nº 383.061/2013.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Os resultados estão expressos em forma de tabelas e divididos em análise estatística descritiva, por meio de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas, bem como análise inferencial, para verificar a diferença de médias dos escores da escala URICA-Voz nos dois grupos: TI e TG, através dos testes não paramétrico de Wilcoxon, e o teste t de Student, para amostras pareadas e independentes, respectivamente. Para associação entre as variáveis dependente e as independentes, foi utilizado o teste do Qui-quadrado (laudo otorrinolaringológico), teste de Fisher (sexo) e Mann-Whitney (idade e escolaridade).

5.1.1 Frequências das variáveis discretas

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sexo, idade, escolaridade e laudo otorrinolaringológico estratificada por grupo terapia individual e terapia de grupo

Variável	Categoria	TERAPIA					
		INDIVIDUAL		GRUPO		TOTAL	
		n	%	N	%	n	%
Sexo	Masculino	8	32,0	9	25,7	17	28,3
	Feminino	17	68,0	26	74,3	43	71,7
Idade	18-30	3	12,0	9	25,7	12	19,9
	31-40	7	28,0	9	25,7	16	26,7
	41-50	6	24,0	10	28,6	16	26,7
	Acima de 51	9	36,0	7	20,0	16	26,7
Escolaridade	Fundamental Incompleto	0	0,0	11	31,4	11	18,3
	Fundamental Completo	1	4,0	2	5,7	3	5,0
	Médio Incompleto	1	4,0	3	8,6	4	6,7
	Médio Completo	10	40,0	4	11,4	14	23,3
	Superior Incompleto	5	20,0	5	14,3	10	16,7
	Superior Completo	8	32,0	10	28,6	18	30,0
Laudo ORL	Lesão na porção membranosa das pregas vocais	17	68,0	15	42,9	32	53,3
	Sem lesão laríngea	5	20,0	10	28,6	15	25,0
	Laudo inconclusivo	3	12,0	4	11,4	7	11,7
	Fenda Glótica	0	0,0	6	17,1	6	10,0

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa-PB, 2015.

Os valores absolutos e percentuais das variáveis sexo, idade e escolaridade dos indivíduos de cada grupo estão dispostos na tabela 1.

Com relação ao sexo feminino, 68% (n=17) pertenciam ao grupo da TI, enquanto que 74,3% (n=26) ao grupo TG. O sexo masculino apresentou-se com 32% (n=8) na TI e 25,7% (n=9) na TG.

No tocante à idade, na TI os participantes apresentaram média de idade de 39,68 (DP=12,39), e na TG a média foi de 46,80 (DP=16,19). Observou-se que grande parte da amostra da TI está acima dos 51 anos (36%), enquanto que na TG a maior parte da amostra está entre 41-50 anos (28,6%).

No que diz respeito à escolaridade, no grupo de TI o maior percentual foi no ensino médio completo com 40,0% (n=10), seguido do superior completo com 32,0% (n=8). No grupo de TG, o maior percentual encontra-se no ensino fundamental incompleto com 31,4 (n=11), seguido do nível máximo superior completo 28,6 (n=10).

Com relação ao laudo otorrinolaringológico, nos dois grupos estudados, TI e TG, o maior percentual encontra-se com lesão na porção membranosa das pregas vocais, com 68% (n=17) e 42,9% (n=15), respectivamente.

Tabela 2 - Distribuição de frequência do estágio de prontidão pré e pós-terapia estratificada por grupo terapia individual e terapia de grupo

Estágio	TERAPIA							
	INDIVIDUAL				GRUPO			
	PRÉ		PÓS		PRÉ		PÓS	
	n	%	N	%	N	%	n	%
PC	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,6
C	21	84,0	18	72,0	28	80,0	25	71,4
A	4	16,0	7	28,0	7	20,0	7	20,0
M	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	25	100,0	25	100,0	35	100,0	35	100,0

Legenda: PC=Pré contemplação; C=Contemplação; A=Ação; M=Manutenção.
Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa-PB, 2015.

Os valores absolutos e percentuais da adesão pré e pós-terapia por estágio para a terapia individual e terapia de grupo, apresentados na tabela 2.

Em ambos os grupos, e nos momentos PRÉ e PÓS, o maior percentual encontrado quanto ao estágio de prontidão do paciente foi o de Contemplação. Na TI apresentou 84,0% (n=21) no momento PRÉ e 72% (n=18) no momento PÓS, enquanto que na TG o percentual foi de 80,0% (n=28) e 71,4% (n=25), nos momentos PRÉ e PÓS, respectivamente.

No grupo TI houve um aumento de indivíduos no estágio de Ação, de 16% (n=4) para 28% (n=7). Não houve nenhum sujeito nas fases de Pré-contemplação e Manutenção. No grupo TG, 8,6% (n=3) regrediram quanto à adesão, apresentando-se no estágio de PC. Manteve-se o mesmo percentual de 20% (n=7) no estágio de A, e não houve nenhum sujeito no estágio de manutenção.

5.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Antes de analisar os dados por meio de técnicas de inferência estatística é necessário conhecer a distribuição de normalidade das variáveis investigadas. Para tanto, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para testar se as variáveis seguem a distribuição normal de probabilidade. A hipótese nula do teste é de que a variável segue a distribuição normal. Caso o p-valor encontrado seja superior ao nível de significância adotado ($p \geq 0,05$), não se rejeita a hipótese nula, ou seja, a variável apresenta uma distribuição normal.

Tabela 3 - Comparação dos escores da escala URICA-Voz na terapia individual e terapia de grupo PRÉ e PÓS tratamento

Variável	TERAPIA INDIVIDUAL*	TERAPIA DE GRUPO**
	Significância	Significância
Escore Total Pré e Pós	0,203	0,394

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa-PB, 2015.

*Teste estatístico: Teste t de *Student* para amostras dependentes

** Teste estatístico: Teste de *Wilcoxon*

Após a realização do teste de normalidade para o grupo terapia individual, constatou-se que a média da escala URICA-Voz no momento PRÉ quanto no momento PÓS seguem a distribuição normal, sendo escolhido um teste paramétrico, o teste t de *Student* para amostras dependentes.

Para o teste na terapia de grupo, como uma das médias do escore total da escala URICA-Voz, nos momentos PRÉ e PÓS não segue a distribuição normal, o teste escolhido foi o de Wilcoxon, pois é um teste de comparação não paramétrico para amostras dependentes.

A tabela 3 apresenta a comparação das médias pré e pós terapia individual e terapia de grupo. Após a realização do teste, percebeu o p-valor de 0,203, onde se constatou que as médias do escore total da escala URICA-Voz, na terapia individual, não são estatisticamente diferentes no momento pré e pós-tratamento, assim como na terapia de grupo, com valor do teste de 0,394.

O resultado do teste revelou que a intervenção realizada pela terapia individual e terapia de grupo não teve efeito sobre a média do escore total da escala, já que a hipótese de igualdade das médias nos momentos pré e pós-tratamento não foi rejeitada.

Tabela 4 - Comparação dos escores da escala URICA-Voz na terapia de individual e terapia de grupo pré e pós tratamento

Variável	TERAPIA INDIVIDUAL		TERAPIA DE GRUPO		Significância
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Escore Total PRÉ	10,19	1,44	9,93	1,18	0,443
Escore Total PÓS	10,65	1,44	9,70	1,55	0,303

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa-PB, 2015.

Teste estatístico: Teste Mann-Whitney para amostras independentes.

Como as médias PRÉ e PÓS dos dois grupos analisados não seguem distribuição normal, foi aplicado o teste não paramétrico para amostras independentes: Mann-Whitney.

A tabela 4 mostrou o resultado do teste para comparar as médias PRÉ dos grupos terapia individual e de grupo, e as médias PÓS dos mesmos grupos. O p-valor do teste para as médias PRÉ terapia foi de 0,444, e o resultado no momento PÓS foi 0,303, não rejeitando-se a hipótese nula, ou seja, constatou-se, ao nível de

5% de significância, que não há diferença estatística entre os grupos nos momentos PRÉ e PÓS terapia.

A média do escore total da escala URICA-Voz no momento PRÉ foi 10,19 para terapia individual e 9,93 para terapia de grupo. No momento PÓS, os valores foram 10,65 para TI e 9,70 para TG.

O objetivo do estudo foi verificar o estágio de adesão pré e pós terapia de grupo em pacientes com disfonia comportamental, comparando com a terapia individual. Os testes realizados não constataram diferenças entre as modalidades terapêuticas, ao se considerar um nível de significância de 5%, uma vez que os escores totais PRÉ e PÓS-tratamento são estatisticamente iguais antes e após a intervenção nas duas terapias.

Tabela 5 - Associação entre o ganho pós-terapia e as variáveis sexo, idade, escolaridade e laudo otorrinolaringológico na terapia individual e terapia de grupo

Variável dependente	Variáveis independentes	TERAPIA INDIVIDUAL	TERAPIA DE GRUPO
		Significância	Significância
Ganho pós-terapia	Sexo	0,452	0,381
	Idade	0,137	0,677
	Escolaridade	0,035*	0,065
	Laudo ORL	0,168	0,489

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa-PB, 2015.

Testes estatísticos: Mann-Whitney (idade e escolaridade), Teste de Fisher (sexo); Qui-quadrado (laudo ORL).

Utilizou-se os testes estatísticos de Mann-Whitney, de Fisher e Qui-quadrado foram utilizados para verificar a associação entre a variável dependente ganho pós terapia (Escore total Pós-Escore Total Pré) com as variáveis sexo, idade, escolaridade e laudo otorrinolaringológico da terapia de grupo.

A variável ganho (dependente) foi dicotomizada em 0, quando a média do momento PÓS foi menor que o PRÉ; e 1, quando a média do momento PÓS foi maior que o momento PRÉ, ou seja, quando a diferença das médias pós e pré eram negativas, categorizava-se com 0; quando a diferença era positiva, rotulou-se 1.

Utilizou-se o teste Qui-quadrado para avaliar a associação da variável nominal laudo otorrinolaringológico com o ganho pós-terapia. Para as variáveis ordinais, idade e escolaridade, aplicou-se o teste de Mann-Whitney. A associação entre a variável sexo e ganho pós-terapia foi avaliada com o teste de Fisher, indicado para duas amostras independentes, quando o tamanho delas é menor que 5. Em todos os testes as hipóteses testadas foram: H_0 : Não há diferença estatisticamente significativa entre a variável independente e o ganho na média pós-tratamento; H_1 : Há diferença estatisticamente significativa entre a variável independente e o ganho na média pós-terapia. Para todas as análises considerou a significância ao nível de 5%.

Na tabela 6, constatou-se associação apenas do ganho pós-terapia com a escolaridade ($p=0,035$). Não houve associação entre o ganho pós-terapia com sexo ($p=0,546$), assim como nas outras variáveis analisadas idade ($p=0,137$) e laudo otorrinolaringológico ($p=0,168$). Isto é, significa que apenas a escolaridade apresenta associação com a variável ganho pós-terapia. As outras, sexo, laudo otorrinolaringológico e idade não estão relacionadas ao ganho pós-terapia.

Na terapia de grupo, os testes para verificar possíveis associações entre as variáveis, seguiram os mesmos critérios dos testes realizados na terapia individual.

Na tabela acima, constatou-se que não há associação entre sexo e ganho pós-terapia ($p=0,381$), assim como nas outras variáveis analisadas idade ($p=0,677$), escolaridade ($p=0,065$) e laudo otorrinolaringológico ($p=0,489$) também não revelou associação com a variável ganho. Isto é, significa que o sexo, o laudo otorrinolaringológico, a escolaridade e idade não estão relacionadas ao ganho pós-terapia.

6 DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, a terapia de grupo na área de voz é recente e os estudos revelam que esta forma de intervenção pode ser efetiva na melhora de aspectos vocais (ALMEIDA et al, 2012; LAW et al., 2012; RIBEIRO et al, 2012; RIBEIRO et al., 2013; SEARL et al., 2011; SIMBERG et al., 2006).

Apesar dessa evidência, poucos estudos avaliaram a adesão do paciente ao tratamento fonoaudiológico na área voz (LEER, HAPNER; CONNOR, 2008; LEER, CONNOR, 2010; TEIXEIRA et al., 2013), uma vez que a terapia de voz é um processo longitudinal e que exige mudanças de comportamentos vocais abusivos ou nocivos para a voz por parte do paciente, com sua participação ativa.

Assim, neste estudo buscou-se verificar se a terapia de grupo favorece ou não a adesão do paciente à terapia fonoaudiológica, em pacientes com disfonia comportamental, sendo, portanto, um estudo pioneiro ao associar as vertentes: terapia de grupo, adesão ao tratamento e disfonia comportamental.

A adesão é, portanto, um processo multifatorial que pode estar relacionados a vários aspectos externos e internos do indivíduo, a exemplo da idade, escolaridade, diagnóstico, sexo e, em especial às mudanças no estilo de vida do indivíduo (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Com relação à caracterização da amostra desta pesquisa, o maior percentual encontrado com relação ao sexo, nos grupos estudados, foi o feminino. Em estudo realizado por Marçal e Peres (2011), constatou-se que as professoras referiram mais problemas vocais do que os professores, justificado pelas diferenças biológicas da laringe entre os sexos. Os homens apresentam mais ácido hialurônico, proteína que atrai água para a lâmina própria das pregas vocais, levando à diminuição do trauma durante a emissão; a proporção glótica da laringe feminina é menor, dificultando nas adaptações fônicas para o uso intenso da voz, além de aspectos sociais e culturais, expressos pelas possíveis especificidades e sobrecargas do papel social da mulher, podendo também contribuir para o desenvolvimento de alteração vocal entre as mulheres.

No tocante à escolaridade, os grupos apresentaram o maior percentual em níveis diferentes de escolaridade, na TG a maioria apresenta-se no ensino fundamental incompleto, seguido do superior completo, enquanto que na TI, o maior percentual apresenta-se no ensino médio completo. Vários estudos mencionam a

escolaridade como fator importante na adesão ao tratamento, partindo da premissa que quem tem mais escolaridade compreende e adere às orientações e exercícios passados (MARAGNO, 2009; COLOMBRINI, DELA; LOPES, 2008; BAGATOLLI et al., 2000).

Nos dois grupos o laudo otorrinolaringológico apresentou-se com maior percentual de lesão na porção membranosa das pregas vocais, caracterizando as disfonias funcionais e organofuncionais. A literatura aponta que a mudança de comportamento esperada nesse tipo de disfonia, pode interferir na eficácia da terapia de voz (TEIXEIRA et al., 2013).

A distribuição dos pacientes nos estágios de prontidão, encontrada nesta pesquisa, em ambos os grupos, TI e TG, tanto no momento pré quanto no pós terapia, apresentaram-se no estágio de contemplação, estando de acordo com achados de outras pesquisas (Teixeira et al., 2013; Silva e Lopes, 2014). Essas pesquisas revelaram que a maioria dos pacientes com disfonia encontravam-se na fase de contemplação, com 38% e 76,2% dos pacientes, os quais consideram a possibilidade mudança, fazendo uma análise dos pontos positivos e negativos na realização da modificação do comportamento vocal.

Leer, Hapner e Connor (2008) referem ainda que existem dois tipos de comportamentos diferentes dos pacientes que se submetem a tratamento de voz: não demonstrar a possibilidade de mudança de comportamento e os benefícios que ela traz; e ter consciência, mas optar por não mudar de comportamento. Assim como esta pesquisa que apresentou apenas 20% dos sujeitos submetidos à terapia de grupo no estágio de ação, o estudo de Teixeira et al., (2013) apenas 12,1% dos sujeitos se perceberam no referido estágio, fase em que o sujeito já se dispõe a mudanças. Já na pesquisa realizada por Silva e Lopes (2014), 9,3% encontravam-se no estágio de ação. No presente estudo, nenhum sujeito se reconheceu no estágio de manutenção, por ser um estágio que exige consolidação de novos padrões adquiridos, impedindo o retorno dos padrões anteriores, consolidando os ganhos, coincidindo com os estudos de Szupszynski e Oliveira (2008).

Em relação à análise inferencial para comparar as médias do escore total pré e pós do protocolo URICA-Voz, observou-se que não houve diferença estatística em relação aos grupos TI e TG, ou seja, tanto a terapia individual quanto a terapia de grupo mostraram-se não significantes quanto à adesão do paciente ao comparar o momento pré com o pós, contrariando a hipótese levantada no presente estudo.

Tal resultado pode ser justificado por alguns fatores, a exemplo da duração do tratamento proposto (Behlau et al, 2013); motivação do paciente; comprometimento, aprendizado, auto-percepção vocal, relacionamento com o terapeuta (Leer; Connor, 2010) personalidade do terapeuta (Vilela; Ferreira, 2006); facilidade de execução dos exercícios; entre outros.

Neste estudo foram propostas oito sessões, sendo duas, a inicial e a final, destinadas a avaliação e aplicação do protocolo, e as outras seis sessões utilizadas para realização da proposta terapêutica, baseando-se no estudo de Behlau et al (2013). Após a análise final, um dos fatores que possam justificar a não relevância estatística da adesão ao tratamento, é esta quantidade de sessões, pois ela pode ser poucas para permitir que o indivíduo realize mudanças de comportamentos abusivos ou nocivos para a voz, em especial nos casos de distúrbios crônicos.

Algumas pesquisas realizadas mostraram que a quantidade de 6 a 8 sessões seriam efetivas para promover melhora de aspectos vocais trabalhados, como melhora da qualidade de vida, além de alguns parâmetros vocais: rugosidade, tensão e instabilidade vocal, além da melhora da capacidade vital (Santos et al., 2014) e melhora da qualidade de vida e redução dos sintomas vocais (Law et al., 2012). No estudo de Searl et al. (2011) 80% dos sujeitos apresentaram maior intensidade, redução na percepção de desvantagem vocal.

Como a terapia para a população em estudo exige uma abordagem comportamental, e depende intrinsecamente da participação ativa do paciente, é possível que os resultados encontrados na pesquisa quanto à adesão nos momentos pré e pós terapia, em ambos os grupos, seja explicado pelos comportamentos vocais já instalados (Gama et al., 2012) e que, na maioria das vezes, demandam um tempo para a modificação.

Apesar do resultado da comparação das médias pré e pós terapia em grupo e individual, ou seja, o ganho da adesão, não ter revelado significância com a utilização do protocolo URICA-Voz, um estudo recente com os mesmos pacientes e abordagem terapêutica em grupo, mostrou diferença significativa nos momentos pré e pós-terapia ao utilizar o protocolo de Estratégias de Enfrentamento nas Disfonias (PEED), fato que revelou o aumento significativo das estratégias de enfrentamento (MACEDO; ALMEIDA, 2014), diminuição de fatores de risco (SILVA; ALMEIDA, 2015) e sintomas vocais (VITAL; ALMEIDA, 2014) dos pacientes com disfonia comportamental no momento pós-terapia de grupo. Assim, demonstrou que a terapia

de grupo foi efetiva para que os pacientes foquem na sua disfonia e obtenham melhora do seu problema. Porém, talvez a adesão necessite de uma resposta diferente, que se exige um efetivo processo de modificação de comportamento.

Na análise inferencial, realizada para verificar a associação das variáveis laudo otorrinolaringológico, sexo idade e escolaridade, com o ganho do escore total do URICA-Voz, nos momentos pré e pós, revelou que na terapia de grupo não houve associação com nenhuma das variáveis estudadas. Na terapia individual houve associação apenas com a variável escolaridade.

Estudos mostram que a associação da idade com a adesão é bastante controversa. Teixeira et al. (2013) apresentaram em seu estudo com a escala URICA-Voz, que não houve significância estatística na associação entre a adesão e a idade. O estudo de Hapner, Portone-Maira e Johns (2009) também não revelou relação entre idade e adesão ao tratamento vocal. Porém, em estudo sobre a adesão de pacientes a terapia medicamentosa, revelou-se que a adesão é maior em indivíduos idosos (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009). Outra pesquisa com idosos mostrou que a adesão dos mesmos ao tratamento de saúde não teve relação estatística com a idade (ALMEIDA et al., 2007). Já na pesquisa de Colombrini, DelaColeta e Lopes (2008), os sujeitos mais novos foram os que mais aderiram ao tratamento.

Apesar da significância estatística apenas no grupo terapia individual, pesquisas referem que os indivíduos que apresentaram menor escolaridade apresentaram mais dificuldade para aderir ao tratamento proposto (BAGATTOLI et al., 2000; MARAGNO, 2009; COLOMBRINI, DELA COLETA, LOPES, 2008). Em um estudo realizado associando o letramento em saúde com a adesão a tratamentos em saúde, verificou-se que o baixo letramento em saúde está relacionado à adesão a tratamento medicamentoso (MARAGNO, 2009). Em outra pesquisa realizada com tratamento antirretroviral, mostrou que sujeitos mais escolarizados foram mais aderentes ao tratamento do que os com menor escolaridade (COLOMBRINI; DELA COLETA; LOPES, 2008). Na saúde, outros estudos foram realizados associando a adesão ao tratamento, e os achados revelaram que quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior a possibilidade da não adesão ao tratamento (BAGATTOLI et al., 2000).

Estudos que relacionaram escolaridade com a adesão ao tratamento na área de voz, mostraram não significância entre os achados (SANTOS et al, 2012;

TEIXEIRA et al., 2013), corroborando com os achados desta pesquisa em relação à terapia de grupo, mas na terapia individual foi significativo. A escolaridade pode ter associação com a adesão ao tratamento, na medida que a baixa instrução pode influenciar na compreensão do que se propõe durante o processo terapêutico, tanto na terapia indireta quanto na terapia direta, desde explicações sobre assuntos relacionados à voz quanto à realização dos exercícios propostos, inclusive em casa (na ausência do terapeuta), fato esse que pode desmotivar o indivíduo para a realização do tratamento. Ainda deve ser considerado que a significância na associação da escolaridade, na terapia individual, deve-se ao maior percentual encontrado no nível de escolaridade superior completo, enquanto que na terapia de grupo, o maior percentual concentrou-se no fundamental incompleto.

O laudo otorrinolaringológico não apresentou relação com a adesão, resultado corroborado na pesquisa realizada por Gama et al (2014), que também, não revelou associação do diagnóstico laríngeo com a adesão do paciente. Este estudo apresentou o maior percentual de sujeitos submetidos à terapia de grupo com lesão na porção membranosa das pregas vocais, considerada disfonia comportamental, cuja principal etiologia inicia pela falta de conhecimento sobre produção vocal, comportamentos vocais abusivos e alterações estruturais mínimas (SIMBERG et al., 2009).

Estudos referem que a mudança de comportamento, fundamental para os casos de disfonia comportamental, pode influenciar no tratamento de voz, pois o seu sucesso depende, em grande parte, da participação ativa do paciente, do quanto e de como ele adere às orientações e realização dos exercícios propostos, além da autoavaliação (ARAÚJO et al., 2008; PORTONE, JOHNS, HAPNER, 2008; SANTOS et al., 2013; SILVA, LOPES, 2014).

Teixeira et al. (2013) referem que a mudança e instalação de novos padrões de comportamento adquiridos na terapia são mais importantes do que o tipo de disfonia apresentado. Na pesquisa realizada com professoras, o tipo de disfonia mostrou-se significativo com o abandono da terapia, onde pacientes com disfonia organofuncional apresentaram 2,34 mais chances de abandonar o tratamento, em relação à dificuldade de percepção do problema vocal e ao comportamento de resistência em admitir a disfonia ou em procurar por ajuda especializada (SANTOS et al., 2013).

A pesquisa realizada por de Silva; Lopes (2014), com 151 pacientes com queixa vocal e diagnóstico de distúrbio de voz, revelou associação entre a autoavaliação vocal e o estágio de prontidão do paciente para a terapia vocal, demonstrando que quanto pior qualidade de vida em voz, maior a desvantagem vocal e maior presença de sintomas, os pacientes encontravam-se em estágios de prontidão mais avançados para o processo terapêutico.

Após a análise inferencial, apesar da terapia de grupo mostrar a mesma resposta da terapia individual quanto à prontidão, é importante destacar que esta modalidade terapêutica, além de contribuir para as demandas econômicas do sistema de saúde pública, auxilia na redução das filas de espera e agilidade nos atendimentos, além de favorecer aos sujeitos envolvidos o interesse para assuntos através dos compartilhamentos entre si, permite trocas que o atendimento individual não propicia, e reflexão sobre seu distúrbio vocal, favorecendo na determinação do comportamento individual, com as relações estabelecidas nas diversas situações de comunicação que o grupo possibilita.

Nenhuma pesquisa para avaliar a adesão ao tratamento em voz utilizou o URICA-Voz em estudo longitudinal, sendo esta pesquisa pioneira. O estudo proposto por Teixeira et al., (2013) objetivou avaliar a adesão de pacientes ao tratamento, porém de forma transversal, não sendo possível avaliar a mudança de estágio de prontidão do paciente em momentos diferentes do tratamento.

Após a realização desta pesquisa e diante dos dados observados, sugere-se a utilização do protocolo URICA-Voz em outros estudos de intervenção, a fim de verificar a especificidade do questionário, ou seja, se deve ser utilizado apenas em estudos transversais para se detectar apenas em que estágio de prontidão o sujeito se encontra e a partir daí traçar as estratégias do tratamento ou se realmente ele é sensível à mudança de comportamento pós terapia vocal.

Portanto, questionamentos surgem como forma de propiciar avanços na adesão do paciente à terapia de voz, pois na presente pesquisa tanto na terapia de grupo como na terapia individual, não se revelou ganho com relação à adesão do paciente.

Por fim, sugere-se que sejam realizados outros estudos clínicos controlados com o objetivo de verificar a sensibilidade da escala URICA-Voz, determinando outro programa terapêutico, a quantidade de sessões, pacientes com diferentes diagnósticos laríngeos ou ainda com a realização de avaliações processuais durante

o tratamento, a fim de perceber possíveis mudanças do estágio de prontidão ao longo do processo.

6 CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados, pode-se concluir que não houve diferença na adesão de pacientes com disfonia comportamental, quando comparado o pré e o pós terapia de grupo e terapia individual, e nem delas entre si.

Também não houve significância estatística entre a variável de interesse com as variáveis: sexo, idade, escolaridade e laudo otorrinolaringológico na terapia de grupo. Apenas na associação entre o ganho pós-terapia com a escolaridade no grupo terapia individual apresentou significância ($p=0,035$), em todas as outras variáveis analisadas não apresentaram significância.

REFERÊNCIAS

Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MR CG, Trindade LMV. Adesão a tratamentos entre idosos. *Comun ciência saúde*. 2007 Jan- Mar;18(1):57-67.

Almeida AAF, Ferreira LP. Cuidados com a voz: uma proposta de intervenção fonoaudiológica para adolescentes. *Rev Dist Comun*. 2007;19(1):81-92.

Almeida KA, Nuto LTS, Oliveira GC, Holanda FEBPN, Freitas BMR, Almeida MM. Prática da interdisciplinaridade do pet-saúde com professores da escola pública. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012;25(1): 80-85.

Anhaia TC, Gurgel LG, Vieira RH, Cassol M. Intervenções vocais diretas e indiretas em professores: revisão sistemática da literatura. *ACR* 2013;18(4):361-6.

Arango HG. *Bioestatística: Teórica e Computacional*. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Araújo TM, Reis EJFB, Carvalho FM, Porto LA, Reis IC, Andrade JM. Fatores associados a alterações vocais em professoras. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jun;24(6):1229-38.

Araújo MLB, Freire RMAC. Atendimento Fonoaudiológico em Grupo, *Rev. Cefac*, 2011 Mar-Abr; 13(2): 362-368.

Bagattoli RM, Vaisman M, Lima JS, Ward LS. Estudo de adesão ao tratamento do hipotireoidismo. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2000 Dez;44(6):483-7.

Barros ACM, Rocha MB, Helena ETS. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau. *Arq Catarin Med*. 2008;37(1):54-62.

Bassi IB, Assunção AA, Medeiros AM, Menezes LN, Teixeira LC, Gama ACC. Quality of life, self-perceived dysphonia and diagnosed dysphonia through clinical tests in teachers. *J Voice*. 2011 Mar;25(2):192-201.

Bechelli LPC, Santos MA. O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Rev Latino-am Enferm*. 2005; 13(2):249-54.

Behlau M, Madazio G, Feijo D, Azevedo R, Gielow I, Rehder MI. Aperfeiçoamento vocal e tratamento fonoaudiológico das disfonias. In: Behlau M. *Voz: o livro do especialista Vol. II*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005; p.410-565.

Behlau M. *Voz – O livro do especialista*. Volume I. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2008.

Behlau M. Técnicas Vocais. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas ALPG. *Tratado de Fonoaudiologia*, São Paulo, Roca 2009 p. 734-745, 2ªed.

Behlau M, Zambon F, Guerrieri AC, Roy N. Epidemiology of Voice Disorders in Teachers and Non teachers in Brazil: Prevalence and Adverse Effects. *J Voice*. 2012 Apr 17.

Behlau M, Murry T. International and Intercultural Aspects of Voice and Voice disorders. In: Battle DE. *Communication Disorders in Multicultural and International Populations*. 4th ed. Missouri: Elsevier; 2011;p.174-207.

Behlau M. *Voz: o livro do especialista*. Volume 1. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

Behlau M, Pontes P. *Higiene Vocal: Informações Básicas*. São Paulo: Lovise; 1993. 88p.

Behlau M, Pontes P. *Avaliação e tratamento das disfonias*. São Paulo: Lovise, 1995.

Behlau M, Pontes P, Vieira VP, Yamasaki R, Madazio G. Apresentação do Programa Integral de Reabilitação Vocal para o tratamento das disfonias comportamentais. *CODAS* 2013;25(5):492-6.

Berhman A, Rutledge J, Hembree A, Sheridan S. Vocal hygiene education, voice production therapy, and the role of patient adherence: a treatment effectiveness study in women with phonotrauma. *J Speech Lang and Hear Res*. 2008 Apr;51(2):350-66.

Boone DR, McFarlane SC. *The Voice and Voice Therapy*, 6th ed. Boston: Allyn and Bacon; 1999. 308p.

Callegari-Jacques SM. *Biostatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Chan RWK. Does the voice improve with vocal hygiene education? A study of some instrumental voice measures in a group of kindergarten teachers. *J Voice*. 1994;8(3):279-91.

Choi-Cardin K, Behlau M, Zambon F. Sintomas vocais e perfil de professores em um programa de saúde vocal. *Rev. CEFAC*.2010;12(5):811-819.

Chun RYM, Servilha EMA, Santos LMA, Sanches MH. Promoção da Saúde: o conhecimento do aluno de jornalismo sobre sua voz. *Distúrbio da Comunicação*. 2007; 19(1):73-80.].

Cohen M, Michael MP, Pitman J, Noordzij P, Courey M. Management of Dysphonic Patients by Otolaryngologists. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* 2012; 147(2).

Colombrini MR, Coleta MF, Lopes MH. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(3):490-5.

David RHF. A fusão das cores: o sentido terapêutico na clínica fonoaudiológica em grupo [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica; 2000.

Dejonckere PH., et al. A basic protocol for functional assesment of voice pathology especially for investigating the efficacy of (phonosurgicals) treatments and evaluating new asesment techniques. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 258: 77-82, 2001.

Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev.APS*, 2009;12(2):221-7.

Diclemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *Am J Addict*. 2004;13:103-119.

Doria Filho U. Introdução à bioestatística para simples mortais. 14. ed.São Paulo: Elsevier, 1999.

Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner E. *Epidemiologia Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

Fortes PAC, Pereira PCA. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. *Revista da Associação Médica Brasileira [online]*, v.58, n.3, pp.335-340, 2012.

Freitas AP, Lacerda CBF, Panhoca I. O grupo terapêutico fonoaudiológico: ensaios preliminares. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 1999;3(5):57-64.

Gama ACC, Bicalho VS, Valentim AF, Bassi IB, Teixeira LC, Assunção AA. Adesão a orientações fonoaudiológicas após a alta do tratamento vocal em docentes: estudo prospectivo. *Rev CEFAC*. 2012;14(4):714-20.

Gama BS, Silva HF, Evangelista DS, Lima ILB, Lopes LW. Motivação para terapia vocal: influência do desvio vocal, do diagnóstico laríngeo e dos sintomas vocais. *Anais Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia*, 2014.

Gartner-Schmidt J, Roth DF, Zullo TG, Rosen CA. Quantifying Component Parts of Indirect and Direct Voice Therapy Related to Different Voice Disorders. *J Voice*. 2013, 27(2): 210-16.

Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009 Jan-Fev;17(1):46-51.

Goulart BNG, Rocha JG, Chiari BM. Intervenção fonoaudiológica em grupo a cantores populares: estudo prospectivo controlado. *J. Soc. Bras Fonoaudiol*. 2012; 24 (1); 7-18.

Guimarães CQ, Teixeira-Salmela LF, Rocha IC, Bicalho LI, Sabino GS. Fatores associados à adesão ao uso de palmilhas biomecânicas. *Rev Bras Fisioter*. 2006 Jul-Set;10(3):271-77.

Guimarães PRB. Estatística não-paramétrica: Testes para duas amostras independentes. Disponível em: <http://people.ufpr.br/~prbg/public_html/ce050/apostcap4a.PDF> Acesso em: 08/02/2015.

Hapner E, Portone-Maira C, Johns MM. A Study of Voice Therapy Dropout. *Journal of Voice*. 2007; 23(3): 337-40.

Kasama ST, Martinez EZ, Navarro VL. Proposta de um programa de bem estar vocal para professores: estudo de caso. *Distúrb. Comun.* 2011;23(1): 35-43, 2011.

Kramer JM, Hammill B, Anstrom KJ, Fetterolf D, Snyder R, Charde JP, Hoffman BS, Lapointe NA, Peterson E. National evaluation of adherence to B-blocker therapy for 1 year after acute myocardial infarction in patients with commercial health insurance. *Am Heart J* [on line]. 2006;152(3):454.

Law T, Lee KYS, Ho NY, Vlantis; Van Hasselt AC, Tong MCF. The Effectiveness of Group Voice Therapy: A Group Climate Perspective. *Journal of Voice*, Vol. 26, No. 2, 2012.

Leite APD, Panhoca I. A constituição de sujeitos no grupo terapêutico fonoaudiológico: identidade e subjetividade no universo da clínica fonoaudiológica, *Revista Distúrbios da Comunicação*. 2003; 15(2):289-308.

Leite APD. O grupo terapêutico fonoaudiológico como possibilidade de intervenção junto a crianças disfônicas: análise de um processo. [Dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Leite APD, Panhoca I, Zanolli ML. Distúrbios de Voz em crianças: o grupo como possibilidade de intervenção. *Distúrb. Comum, São Paulo*, 20(3): 339-47, dezembro, 2008.

Leer EV, Hapner ER, Connor NP. Transtheoretical Model of Health Behavior Change Applied to Voice Therapy. *Journal of Voice*, 2008. 22(6): 688-98.

Leer EV, Connor NP. Patient perceptions of voice therapy adherence. *J Voice*. 2010 Jul;24(4):458-69.

Louro CR, Maia SM. Considerações sobre a terapia vocal na clínica fonoaudiológica em uma mulher adulta. *Pró Fono* 2001; 13(2): 147-51.

Luchesi KF, Mourão LF, Kitamura S. Saúde vocal: questão de saúde coletiva. *Rev. CEFAC*. 2010 Nov-Dez; 12(6):945-953.

Lunelli RP, Portal VL, Esmério FG, Moraes MA, Souza EN. Patients' with coronary disease' adherence to pharmacological and non-pharmacological therapy. *ACTA Paul Enferm.* 2009;22(4):367-73.

Ma EPM, Yu EML. Multiparametric evaluation of dysphonic severity. *J Voice*. 2006; 20(3):380-90.

Macedo AE, Almeida AAF. Estratégias de enfrentamento nas disfonias pré e pós terapia de grupo para pacientes com queixa de voz *coping* nas disfonias pré e pós terapia de grupo. [NO PRELO].

Mackenzie K, Millar A, Wilson JA, Sellars C, Deary IJ. Is voice therapy an effective treatment for dysphonia? A randomised controlled trial. *BMJ* 2001;323:1–6.

Maragno CAD. Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso [dissertação]. Rio Grande do Sul: Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

Mcconnaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1983;20(3):368-375.

Moreira TC, Cassol M, Fávero SR, Oliveira LB, Longaray CS, Soares MO. Intervenção fonoaudiológica para consultores em um serviço de teleatendimento: bem-estar vocal. *Rev. CEFAC*. 2010;12(6): 936-944.

Nalin T, Perry IDS, Refosco LF, Oliveira Netto CB, Souza CFM, Vieira TA. Fenilcetonúria no Sistema Único de Saúde: avaliação de adesão ao tratamento em um centro de atendimento no Rio Grande do Sul. *Rev HCPA*. 2010;30(3):225-32.

Oliveira AGA, Behlau M, Gouveia N. Vocal symptoms in telemarketers: A random and controlled field trial. *Folia Phoniatr Logop*. 2009; 61(2):76-82.

Oliveira IB. A pessoa com disfonia: análise comparativa pré e pós terapia vocal. *Distúrbio da Comunicação*, São Paulo, 25(1): 103-118, abril, 2013.

Osório LC. Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

Pasa G, Oates J, Dacakis G. The relative effectiveness of vocal hygiene training and vocal function exercises in preventing voice disorders in primary school teachers. *Logoped Phoniatr Vocol*. 2007;32(3):128-40.

Penteado RZ, Panhoca I, Siqueira D, Romano FF, Lopes P. Grupalidade e família na clínica fonoaudiológica: deixando emergir a subjetividade. *Dist Comum*, 2005; 17(2):161-71.

Penteado RZ, Camargo AMD, Rodrigues CF, Silva CR, Rossi D, Silva JTC. Vivências de voz com crianças: análise do processo educativo em saúde vocal. *Rev Dist Comum*. 2007; 19(2):237-46.

Pinho SMR, Pontes P. Músculos intrínsecos da laringe e dinâmica vocal. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

Portone C, Johns MM, Hapner ER. A review of patient adherence to the recommendation for voice therapy. *J Voice*. 2008;22(2):192-6.

Ribeiro VV, Leite APD, Alencar BLF, Bali DI, Bagarollo MF. Avaliação vocal de crianças disfônicas pré e pós intervenção fonoaudiológica em grupo: estudo de caso. Rev. CEFAC. 2013 Mar-Abr;15(2): 485-494.

Ribeiro VV, Leite APD, Lacerda Filho L, Bagarollo MF. Percepção dos pais sobre a qualidade de vida em voz e evolução clínica de crianças disfônicas pré e pós terapia fonoaudiológica em grupo. Rev Dist Comum. 2013; 25(1):81-90.

Ribeiro VV, Panhoca I, Leite APD, Bagarollo MF. Grupo Terapêutico em Fonoaudiologia: Revisão de Literatura. Rev. Cefac, 2012; Mai-Jun; 14(3): 544-52.

Rodríguez-Parra MJ, Adrian JA, Casado JC. Comparing voice-therapy and vocal-hygiene treatments in dysphonia using a limited multidimensional evaluation protocol. J Commun Disord. 2011;44(6):615-630.

Rolim MO, Castro ME. Adesão às orientações fornecidas no Programa de Controle da Hipertensão: uma aproximação aos Resultados Padronizados de Enfermagem. Online braz. j. nurs. [Online]; 2007;6(1).

Ruotsalainen JH, Sellman J, Lehto L, Jauhiainen N, Verbeek JH. Interventions for preventing voice disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2007, oct 17; (4):CD006372.

Santana AP, Berberian AP, Guerinello AC, Massi G. (ogs.). Abordagens Grupais em Fonoaudiologia: contextos e aplicações, São Paulo, Plexus Editora, 2007.

Santos SB, Rodrigues SR, Gadenz CD, Anhaia TC, Cassol M. Verificação da eficácia do uso de tubos de ressonância na terapia vocal com indivíduos idosos. Audiol Commun Res. 2014;19(1):81-7.

Santos RL, Almeida A, Teixeira LC, Bassi I, Assunção AA, Gama ACC. Adesão das professoras disfônicas ao tratamento fonoterápico. CoDAS 2013;25(2):134-9.

Searl J, Wilson K, Haring K, Dietsch A, Lyons K, Pahwa R. Feasibility of group voice therapy for individuals with Parkinson's disease. Journal of Communication Disorders.2011;44:719–32.

Shih LC, Piel J, Warren A, Kraics L, Silver A, Vanderhorst V, Simon DK, Tarsy D. Singing in groups for Parkinson's disease (SING-PD): A pilot study of group singing herapy for PD-related voice/speech disorders. Parkinsonism and Related Disorders. 2011;18:548-52.

Siegel S, Castellan JR NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Silva POC. Relação entre distúrbio vocal, fatores ocupacionais e aspectos biopsicossociais em professores. [dissertação de mestrado]. João Pessoa (PB). Universidade Federal da Paraíba, 2013.

Silva EG, Lopes LW. Autoavaliação e motivação para a terapia vocal. Anais Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, 2014.

Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de ensinagem para profissionais de saúde e pacientes. Interface – Comunic., Saúde, Educ.2005;9(16):91-104.

Silverio KCA, Gonçalves CGO, Penteado RZ, Vieira TPG, Libardi A, Rossi D. Ações em saúde vocal: proposta de melhoria do perfil vocal de professores. Pró-Fono. R. Atual. Cient. vol 20 nº3 Barueri Jul/Sept. 2008.

Simberg S, Sala E, Tuomainen J, Sellman J, Ro'Nnema AM. The Effectiveness of Group Therapy for Students With Mild Voice Disorders: A Controlled Clinical Trial. J Voice. 2006; 20(1): 97-109.

Simberg S, Santilla P, Soveri A, Varjonen M, Sala E, Sandnabba NK. Exploring genetic and Environmental effects in Dysphonia: a twin study. Jornal of Speech Language and Hearing research. 2009; 52(153-163).

Simões-Zenari M, Latorre MRDO. Mudanças em comportamentos relacionados com o uso da voz após intervenção fonoaudiológica junto a educadoras de creche. Pro Fono. 2008; 20(1): 61-66.

Souza APR, Crestani AH, Vieira CR, Machado FCM, Pereira LL. O grupo na Fonoaudiologia: Origens clínicas e na Saúde Coletiva. Rev. CEFAC vol.13 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2011.

Speyer R. Effects of Voice Therapy: A Systematic Review. Journal of Voice 2008; 22(5):565-80.

Szupszynski KPDR, Oliveira MS. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. PsicolTeorPrat. 2008 Jun;10(1):162-73.

Teixeira LC, Rodrigues ALV, Silva AFG, Azevedo R, Gama ACC, Behlau M. Escala URICA-VOZ para identificação de estágios de adesão ao tratamento de voz. CoDAS 2013; 25(1):8-15.

Thomas LB, Stemple J. Voice Therapy: does science support the art? Communicative Disorders Review. 2007; 1(1)49-77.

Torman VBL, Coster R, Riboldi J. Normalidade de variáveis: métodos de verificação e comparação de alguns testes não-paramétricos por simulação. Revista HCPA. v. 32, n. 2, p. 227-234, 2012.

Vieira VP, Atallah AN. Tratamento dos distúrbios da voz baseado em evidências. Diagn Tratamento. 2009; 14(1):19-21.

Vieira VP. A efetividade do Programa Integral de Reabilitação Vocal comparado com o método Exercícios de Função Vocal em profissionais da voz: ensaio clínico randomizado cego.[Dissertação de mestrado], 2012.

Vilela FCA, Ferreira LP. Voz na Clínica Fonoaudiológica: grupo terapêutico como possibilidade. *Distúrbio da Comunicação*, São Paulo, 18(2): 235-43, agosto, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adherence to long-term therapies evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2003.

Zimmerman D. Fundamentos básicos das grupoterapias. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Anexo A – Escala URICA Voz

Queremos conhecer sua opinião sobre como você lida com sua voz. Abaixo estão escritas 32 frases que as pessoas usam sobre isso. Por favor, leia com atenção e marque o quanto você discorda ou concorda com as afirmações. Não existem respostas certas ou erradas; as afirmações abaixo apenas refletem modos diferentes de agir.

Use: DT=Discordo Totalmente; D=Discordo; NS=Não sei; C=Concordo; CT=Concordo totalmente

1	Acredito que não tenho que mudar a minha voz.	DT	D	NS	C	CT
2	Eu acho que estou pronto para melhorar minha voz.	DT	D	NS	C	CT
3	O meu problema de voz me incomoda e eu estou tentando resolvê-lo	DT	D	NS	C	CT
4	Acho que vale a pena cuidar da minha voz.	DT	D	NS	C	CT
5	Eu não tenho um problema na voz. Não faz sentido para mim muda-la	DT	D	NS	C	CT
6	Fico preocupado em ter um novo problema de voz, por isto estou procurando ajuda.	DT	D	NS	C	CT
7	Finalmente estou tratando o meu problema de voz.	DT	D	NS	C	CT
8	Eu acho que quero mudar a minha voz.	DT	D	NS	C	CT
9	Tenho tido sucesso no meu tratamento de voz, mas não tenho certeza se consigo mantê-la boa sem ajuda.	DT	D	NS	C	CT
10	Às vezes é difícil tratar a minha voz, mas estou me dedicando para isto.	DT	D	NS	C	CT
11	O tratamento de voz é um desperdício de tempo pra mim, pois minha voz não me incomoda.	DT	D	NS	C	CT
12	Eu espero compreender melhor o meu problema de voz.	DT	D	NS	C	CT
13	Eu sei que tenho um problema de voz, mas não preciso fazer nada pra melhorar.	DT	D	NS	C	CT
14	Estou me dedicando bastante para melhorar o meu problema de voz.	DT	D	NS	C	CT
15	Eu tenho um problema de voz e estou certo de que vou resolvê-lo.	DT	D	NS	C	CT
16	Não estou conseguindo manter minha voz “boa” e quero evitar um novo problema.	DT	D	NS	C	CT
17	Ainda que minha voz não esteja boa o tempo todo, estou me dedicando para melhorá-la.	DT	D	NS	C	CT
18	Achei que depois de tratar a voz eu me livraria deste problema, mas algumas vezes ele ainda me incomoda.	DT	D	NS	C	CT
19	Eu gostaria de saber mais como melhorar minha voz.	DT	D	NS	C	CT
20	Eu comecei a tratar a minha voz, mas preciso de mais ajuda.	DT	D	NS	C	CT
21	Talvez um fonoaudiólogo ou algum tratamento possa ajudar a resolver meu problema de voz.	DT	D	NS	C	CT
22	Eu preciso de um incentivo para manter o que consegui mudar na minha voz.	DT	D	NS	C	CT
23	Talvez eu seja responsável por parte do meu problema de voz, mas não sou o único responsável.	DT	D	NS	C	CT
24	Eu tenho esperança de que alguém me ajude a melhorar a minha voz.	DT	D	NS	C	CT
25	Eu já estou fazendo a minha parte para melhorar a minha voz.	DT	D	NS	C	CT
26	Toda essa conversa sobre voz é uma chatice. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer o problema e conviver com a voz que têm?	DT	D	NS	C	CT
27	Estou me esforçando muito para não ter uma recaída no meu problema de voz.	DT	D	NS	C	CT
28	É frustrante, mas eu sinto que minha voz está piorando de novo.	DT	D	NS	C	CT
29	Eu me preocupo com a minha voz como todo mundo. Por que perder tempo pensando nisso?	DT	D	NS	C	CT
30	Eu estou trabalhando ativamente para resolver meu problema de voz.	DT	D	NS	C	CT
31	Eu prefiro lidar com meu problema de voz do que fazer um tratamento.	DT	D	NS	C	CT
32	Depois de tudo o que fiz para melhorar a minha voz, ela às vezes ainda me preocupa.	DT	D	NS	C	CT

Anexo B - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TERAPIA EM GRUPO X TERAPIA INDIVIDUAL: ensaio clínico randomizado para pacientes com distúrbios de voz

Pesquisador: Anna Alice Figueiredo de Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17950413.0.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 383.061

Data da Relatoria: 20/08/2013

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora a terapia de voz é uma das modalidades de tratamento para distúrbios vocais com efetividade comprovada cientificamente. Além do tradicional, tem-se utilizado uma variedade de modalidades de tratamento para os distúrbios vocais, tais como terapia em grupo, aconselhamento e programas de orientação, porém sua efetividade foi pouco estudada. Pretende-se com esse projeto avaliar a efetividade da terapia fonoaudiológica em grupo na área de voz.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a efetividade da terapia fonoaudiológica em grupo na área de voz.

Objetivo Secundário:

- Analisar as características perceptivo-auditivas e acústicas da voz do paciente pré e pós terapia de voz em grupo;- Avaliar a severidade do distúrbio de voz do paciente pré e pós terapia de voz em grupo;- Averiguar as características laríngeas do paciente pré e pós terapia de voz em grupo;- Investigar o estágio de prontidão do paciente pré e pós terapia de voz em grupo;- Observar a qualidade de vida em voz do paciente pré e pós terapia de voz em grupo;- Verificar os sintomas vocais do paciente pré e pós terapia de voz em grupo;- Investigar as estratégias de enfrentamento da disfonia do paciente pré e pós terapia

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 383.061

de voz em grupo;- Examinar a influência do clima de grupo na mudança do comportamento vocal do paciente submetido à terapia de voz em grupo;- Avaliar a influência da personalidade na mudança do comportamento vocal do paciente submetido à terapia de voz em grupo;- Verificar a influência da ansiedade e depressão na mudança

do comportamento vocal do paciente submetido à terapia de voz em grupo;- Comparar o impacto da terapia em grupo e da terapia individual na mudança do comportamento vocal do paciente;- Confrontar o impacto da terapia indireta e direta no comportamento vocal do paciente participante de terapia individual e terapia em grupo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo a pesquisadora o paciente não correrá risco direto. Todos eles serão submetidos a terapia fonoaudiológica em voz, seja individual ou em grupo.

Benefícios:

Todos os pacientes receberão terapia fonoaudiológica para minimizar seu distúrbio de voz. Caso o paciente não alcance os objetivos planejados de acordo com sua queixa e qualidade vocal, o mesmo será encaminhado para o atendimento individualizado e tradicional

sobre a responsabilidade do Núcleo de Voz e Deglutição do Departamento de Fonoaudiologia/UFPB, até alcançar alta fonoaudiológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os participantes da pesquisa serão adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico de disfonia que procurarão voluntariamente a intervenção fonoaudiológica na Clínica Escola de Fonoaudiologia/UFPB. Esses serão alocados aleatoriamente em dois grupos:

terapia em grupo e terapia individual. Ambas intervenções trabalharão aspectos envolvendo a terapia direta e indireta com foco na melhora da qualidade vocal. Independente do grupo, cada paciente será submetido a 8 encontros semanais. O primeiro e o último serão destinados à aplicação de questionários e gravação da voz. No primeiro, serão aplicados os instrumentos psicológicos: Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE),

Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Bateria Fatorial de Personalidade (BFP); bem como de voz: protocolo de Qualidade de Vida em Voz (QVV), Escala de Sintomas Vocais (ESV), protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia (PEED) e escala URICA-Voz. No último encontro, serão reaplicados apenas os instrumentos referentes à voz e o Questionário Reduzido de Clima de Grupo (QRCG). Espera-se entender o quanto a terapia em grupo pode favorecer as características perceptivo-auditivas e acústicas da voz, bem como o estágio de prontidão, sintomas vocais,

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 383.061

estratégias de enfrentamento na disfonia e qualidade de vida dos pacientes; além de conhecer a influência do clima de grupo, da personalidade, do grau de ansiedade e de depressão na mudança do comportamento vocal.

Amostra: 300 sujeitos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto; Certidão de Aprovação do Departamento; Cronograma; Orçamento; Carta de Anuência da Clínica Escola; TCLE Completo e Anexos dos Protocolos que serão usados no decorrer da pesquisa.

Recomendações:

O projeto está bem estruturado e contém todos os documentos obrigatórios para uma pesquisa que envolve a participação de seres humanos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto reúne condições de aprovação para ser executado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JOAO PESSOA, 04 de Setembro de 2013

Assinador por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com