



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

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NA DISFONIA EM
DIFERENTES MODALIDADES TERAPEUTICAS**

Larissa Nadjara Alves Almeida

João Pessoa-PB
2016

LARISSA NADJARA ALVES ALMEIDA

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NA DISFONIA EM
DIFERENTES MODALIDADES TERAPEUTICAS**

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
2016**

A447e Almeida, Larissa Nadjara Alves.
Estratégias de enfrentamento na disфония em diferentes
modalidades terapêuticas / Larissa Nadjara Alves Almeida. -
João Pessoa, 2016.
96f.
Orientadores: Anna Alice Figueirêdo de Almeida, Ulisses
Umbelino dos Anjos
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN
1. Saúde - modelos de decisão. 2. Voz - distúrbios. 3.
Disфония. 4. Terapia de grupo. 5. Fonoterapia. 6. Processos
grupais.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

LARISSA NADJARA ALVES ALMEIDA

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NA DISFONIA EM
DIFERENTES MODALIDADES TERAPEUTICAS**

João Pessoa, 02 de fevereiro de 2016

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

Profa. Dra. Maria Fabiana Bonfim Lima Silva
Membro Externo - UFPB

Profa. Dra. Lourdes Bernadete Rocha de Souza
Membro Externo- UFRN

*A Deus, aos meus pais Nadja e Romero, ao
meu irmão Israel e ao meu noivo Zades.
Pelo amor, apoio e incentivo.
Por me fazerem crer que era possível.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me amar, cuidar, sustentar e capacitar em todos os momentos. Por ter me abençoado e guiado sempre.

Aos **meus pais**, pelos valores e princípios que me passaram. Por tornarem possível minha formação acadêmica e profissional. Por acreditarem em mim. Pela paciência, compreensão e amor incondicional. Por serem meu porto seguro.

Ao **meu irmão Israel**, pelo amor, apoio, torcida e vibração em todos os momentos.

Ao **meu noivo Zades**, meu amor. Pelo carinho, companheirismo, apoio e paciência. Por não me deixar desistir e estimular minha busca pelo crescimento diário. Obrigada!

Aos **meus queridos orientadores Anna Alice e Ulisses**, meu muito obrigada! Pela paciência, compreensão, incentivo e contribuição. Por serem verdadeiros mestres, com quem aprendi e em quem me espelho. Há muito de vocês no que sou hoje!

Ao **eterno G2**, presente que recebi da Fonoaudiologia. Sou grata pela amizade, carinho e incentivo. Por acreditarem em mim, me escutarem e estarem sempre presentes. Por serem tão especiais.

A **Rafael e Denise**, que desde a graduação estão comigo. Pela amizade, parceria, colaboração, compartilhamento e união de sempre. Por me ouvir, entender e aconselhar. Muito obrigada!

À **Família LIEV**, em especial às amigas Flávia, Sauana, Vanessa e Bianca. Pelos ensinamentos, auxílio e disponibilidade. Pela amizade e atenção. Vocês fazem parte do meu crescimento pessoal e como pesquisadora.

Aos **meus colegas da turma de mestrado 2014.1**, pelo companheirismo, apoio e amizade.

Aos **extensionistas do EDUCVOX, alunos de Iniciação Científica e estagiários do curso de Fonoaudiologia - UFPB**, pelo auxílio no gerenciamento dos grupos terapêuticos e durante a coleta de dados.

Aos **voluntários desta pesquisa**, pacientes da Clínica Escola de Fonoaudiologia, por nos confiar sua voz e compartilhar conosco suas emoções e expectativas durante o tratamento vocal.

À **Francisco Santos e ao professor João Agnaldo**, pela disponibilidade e atenção de sempre. Meu muito obrigada!

Ao **Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde - UFPB**, por proporcionar o apoio e conhecimentos essenciais para concretização deste estudo.

*“Não existem fórmulas prontas para tudo,
nem receitas ou protocolos que antecipem a
integralidade do futuro. Por isso assimilar e
compreender princípios é a melhor forma de
enfrentar o cotidiano.”
(William Douglas)*

RESUMO

Quando diagnosticada uma disfonia, são necessários ajustes cognitivos e comportamentais estratégicos, a fim de controlar as consequências da alteração e o estresse causado pela condição, chamados de estratégias de enfrentamento. Essas estratégias são elencadas pelo indivíduo disfônico para reduzir os impactos da alteração vocal, e os auxiliam na busca por tratamento. Sabe-se que a fonoterapia é um tratamento com evidências científicas para a reabilitação das disfonias, através de diferentes abordagens terapêuticas, direta, indireta e eclética, e diferentes modalidades, terapia individual e de grupo. Esta última atualmente é descrita como efetiva no tratamento da disfonia, além de favorecer o compartilhamento entre os participantes e a criação de soluções para enfrentar o problema de saúde. Este trabalho teve como objetivo verificar a efetividade da terapia de grupo e individual frente ao aumento de estratégias de enfrentamento na disfonia. Para isto, realizou-se um estudo de intervenção, de campo, analítico e quantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do CCS/UFPB. Participaram do estudo 70 sujeitos, divididos em dois grupos, terapia de grupo (TG) e terapia individual (TI), que procuram o atendimento fonoaudiológico na Clínica Escola de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Utilizou-se o Protocolo de Triagem Vocal (PTV) para coletar dados pessoais dos participantes e o Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia (PEED), com seus escores Total (T), Foco no Problema (FP) e Foco na Emoção (FE) para obter informações sobre como os participantes enfrentavam a disfonia. Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial, a partir do Teste T de Student e associação qui-quadrado, através do software R. Os resultados mostraram que no geral TG e TI eram homogêneos, pois maioria dos participantes eram do sexo feminino $n=27$ (73%) e $n=24$ (72,7%), não profissionais da voz $n=24$ (64,9%) e $n=49$ (75,8%), que apresentavam fenda glótica ou lesão na porção membranosa de prega vocal $n=24$ (64,8%) e $n=16$ (48,5%). Os participantes de TG e TI apresentaram inicialmente uma média de 54,32 ($\pm 16,78$) e 55,45 ($\pm 19,60$) estratégias de enfrentamento à disfonia, respectivamente. O tratamento em grupo se destacou em relação ao aumento dos escores do PEED, apresentando ganho total de 7,59 ($\pm 19,00$), 4,21 ($\pm 7,99$) de melhora no foco no problema e ganho de 3,64 ($\pm 13,38$) no foco na emoção. Quando comparadas as médias dos escores dos domínios do PEED pré e pós terapia, percebeu-se melhora significativa no TG, nos escores T ($p=0,03$) e FP ($p=0,02$) demonstrando sua efetividade em relação ao enfrentamento. A TI não apresentou melhora significativa. Além disso, as mulheres apresentaram maior ganho em relação ao enfrentamento que os homens, principalmente no TG. Indivíduos com disfonia comportamental obtiveram mais ganho pós terapia do que os com disfonia orgânica, sendo que pacientes com lesão na porção membranosa de pregas vocais focaram melhoraram apenas em relação ao foco no problema. Na TG, a variável sexo influencia o escore total ($p=0,014$) e o diagnóstico laríngeo no escore foco na emoção ($p=0,038$). Assim, conclui-se que a terapia de grupo mostrou-se efetiva para auxiliar o paciente a aumentar as estratégias de enfrentamento na disfonia. O sexo e o diagnóstico laríngeo influenciam no ganho em estratégias de enfrentamento pós terapia de grupo para voz. Mulheres com disfonia comportamental foram as mais beneficiadas pela terapia de grupo.

Palavras - chave: Voz, Distúrbios da voz, Disfonia, Terapia de Grupo, Fonoterapia, Processos Grupais

ABSTRACT

When diagnosed with dysphonia there are needed strategic cognitive and behavioral adjustments, in order to control the consequences of the change and the stress caused by the condition, called coping strategies. These are listed by the dysphonic individual to reduce the impact of vocal disorders, and assist them in seeking treatment. It is known that speech therapy is a treatment with scientific evidence for rehabilitation of dysphonia, through different therapies, direct, indirect and eclectic approaches, and different modalities, individual and group therapy. The latter is currently described as effective in the treatment of dysphonia, in addition to promoting the sharing among participants and creating solutions to cope the health problem. This study aimed to verify the effectiveness of group therapy and individual, due to increased coping strategies in dysphonia. For this, an applied research was carried out, field, analytical and quantitative, approved by the Research Ethics Committee with Humans, of the CCS / UFPB. The study included 70 subjects divided into two groups, group therapy (TG) and individual treatment (IT), seeking speech therapy at the Clinical School of Speech Therapy of the Federal University of Paraíba (UFPB). We used the Vocal Screening Protocol (PTV) to collect personal data of the participants and the Coping Strategies Protocol in dysphonia (PEED), with their scores: Total (T), Focus on Problem (FP) and Focus on Emotion (FE) for information on how they face dysphonia. Student's t test and Chi-square association - descriptive and inferential statistical analysis was performed through the software R. The results showed that overall TG and TI were homogenous, since most of patients were women (73%; n=27 and 72,7%, n=24), non-voice professionals (64,9%, n=24 and 75,8%; n=49), who had slit glottal or lesion in the membranous portion of the vocal fold (64,8%; n=24) and (48,5%; n=16). Participants of TG and TI initially used an average of 54,32 ($\pm 16,78$) and 55,45 ($\pm 19,60$) coping strategies to dysphonia, respectively. Group treatment in the PEED scores improved, achieved total gain of 7,59 ($\pm 19,00$), 4,21 ($\pm 7,99$) improvement in the focus on the problem and gain of 3,64 ($\pm 13,38$) in focus on emotion. When compared the average scores of PEED domains pre and post-therapy, it was observed significant improvement in TG in T scores ($p=0,03$) and FP ($p=0,02$) demonstrated its effectiveness in relation to coping dysphonia. TI did not show significant improvement. In addition, women (74,1%; n=20) had a higher gain in relation to coping than men (30,0%; n=3) in the TG. Individuals with behavioral dysphonia group had higher post-therapy gain, glottis (75,0%; n=9) and lesion in the membranous vocal folds (58,3%; n=7), and these post-therapy recent improved only in relation to the focus on the issue. In TG, the gender variable influences the total score ($p=0,014$) and laryngeal diagnosis in the score focus on emotion ($p=0,038$). Thus, it is concluded that group therapy is effective in helping patients to increase the coping strategies in dysphonia. Sex and laryngeal diagnosis influence the gain for voice group post-therapy coping strategies. Women with behavioral dysphonia are the people most benefited by group therapy.

Keywords: Voice; Voice Disorders; Dysphonia; Group Therapy; Speech Therapy; Group Processes.

LISTA DE ABREVIATURAS

CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CAPE-V: *Consensus Auditory–Perceptual Evaluation of Voice*;
CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DeCS: Descritores em Ciências da Saúde
EAV: Escala Analógico Visual
EDUCVOX: Educação em Saúde Vocal
FE: Foco na Emoção
FP: Foco no Problema
IDV: Índice de Desvantagem Vocal
LIEV: Laboratório Integrado de Estudos da Voz
LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LMRVT: *Lessac-Madsen Resonant Voice Therapy*
LSVT: *Lee Silverman Voice Treatment*
Medline: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
PEED: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia
PPAV: Perfil de Participação e Atividades Vocais.
PTV: Protocolo de Triagem Vocal
QVV: Questionário de Qualidade de Vida em Voz;
QVV-P: Questionário de Qualidade de Vida em Voz Pediátrico;
SciELO: *Scientific Eletronic Library Online*
T: Total
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
TI: Terapia Individual
TG: Terapia de Grupo
TMF: Tempo Máximo de Fonação
UFPB: Universidade Federal da Paraíba
VDCQ: *Voice Disability Questionnaire*
VHI: *Voice Handicap Index*
VoISS: *Voice Symptom Scale*
V-RQQL: *Voice-Related Quality of Life*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da amostra quanto à variáveis demográficas de pacientes submetidos a Terapia de Grupo e Individual.....	44
Tabela 2 -	Média e desvio padrão dos domínios do PEED e do ganho nos momentos PRÉ e PÓS terapia de grupo.....	45
Tabela 3 -	Média e desvio padrão dos domínios e do ganho do PEED nos momentos Pré e Pós terapia individual.....	46
Tabela 4 -	Frequência do Foco do Enfrentamento pré e pós terapia de grupo e individual.....	46
Tabela 5 -	Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação ao tipo de terapia.....	47
Tabela 6 -	Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação ao sexo de pacientes submetidos a terapia de grupo ou individual.....	47
Tabela 7 -	Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação à profissão de pacientes submetidos a terapia de grupo ou individual.....	48
Tabela 8 -	Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação ao diagnóstico de pacientes submetidos a terapia de grupo.....	49
Tabela 9 -	Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação ao diagnóstico de pacientes submetidos a terapia individual.....	50
Tabela 10 -	Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação a faixa etária de pacientes submetidos a terapia de grupo.....	51
Tabela 11 -	Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação a faixa etária de pacientes submetidos a terapia de individual.....	51
Tabela 12 -	Normalidade das médias dos domínios do PEED pré e pós terapia de grupo e individual.....	52
Tabela 13 -	Comparação das médias nos domínios do PEED no momento PRÉ terapia individual e de grupo.....	53
Tabela 14 -	Comparação das médias dos domínios do PEED nos momentos PRÉ e PÓS terapia de grupo em indivíduos com disfonia.....	54
Tabela 15 -	Comparação das médias nos domínios do PEED nos momentos PRÉ e PÓS terapia individual em indivíduos com disfonia.....	54

Tabela 16 - Associação entre ganho dos domínios do PEED e variáveis demográficas de pacientes submetidos a terapia de grupo.....	55
Tabela 17 - Associação entre ganho e variáveis demográficas de pacientes submetidos a terapia individual.....	56
Tabela 18 - Características gerais sobre os estudos selecionados para a revisão sistemática sobre terapia de grupo para pacientes com disfonia.....	81
Tabela 19 - Características sobre as intervenções em grupo realizadas nos estudos revisados.....	81

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 -	Descrição das atividades realizadas em TI e TG, de acordo com a sessão...	37
Quadro 2 -	Comparação das estratégias de enfrentamento pré terapia entre os grupos de intervenção.....	42
Quadro 3 -	Comparação das estratégias de enfrentamento pré e pós terapia vocal, em cada um dos grupos de intervenção.....	42
Figura 1 -	Fluxograma do procedimento metodológico da pesquisa.....	36
Figura 2 -	Modelo de Tomada de Decisão para o direcionamento da conduta terapêutica para disfonia a ser adotada pelo fonoaudiólogo, em relação ao enfrentamento à disfonia.....	61
Figura 3 -	Modelo de Tomada de Decisão para o direcionamento da conduta terapêutica para disfonia a ser adotada pelo fonoaudiólogo, em relação ao enfrentamento e sexo do voluntário.....	63
Figura 4 -	Modelo de Tomada de Decisão para o direcionamento da conduta terapêutica para disfonia a ser adotada pelo fonoaudiólogo, em relação ao enfrentamento, sexo e o diagnóstico laríngeo do voluntário.....	66
Figura 5 -	Fluxograma da estratégia de busca realizada na revisão sistemática envolvendo os descritores "Terapia de Grupo AND Voz", "Terapia de Grupo AND Disfonia", "Processos grupais AND Voz" e "Processos grupais AND <i>Dysphonia</i> ".....	86

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	19
2.1	GERAL.....	19
2.2	ESPECÍFICOS.....	19
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1	AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DAS DISFONIAS.....	19
3.1.1	Terapia Vocal em Grupo	24
3.2	DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO.....	25
3.2.1	Estratégias de Enfrentamento nas Disfonias	29
4	METODOLOGIA	33
4.1	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	33
4.2	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	33
4.3	ÁREA DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA.....	33
4.4	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	34
4.5	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	34
4.6	MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	35
4.7	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	38
4.7.1	Dependentes	38
4.7.2	Independentes	38
4.8	MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS.....	39
4.8.1	Teste de Hipótese	39
4.8.2	Teste de Normalidade	40
4.8.3	Teste t de Student	40
4.8.4	Teste do Qui-quadrado	42
5	RESULTADOS	44
5.1	ESTATÍSTICA DESCRITIVA.....	44
5.2	ESTATÍSTICA INFERENCIAL.....	52
6	DISCUSSÃO	56
7	CONCLUSÃO	65

REFERÊNCIAS	66
Apêndice A - Artigo de Revisão Sistemática Aprovado para publicação na Revista CEFAC.....	73
Apêndice B - Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE).....	89
Anexo 1 - E-mail de aceite da Revista CEFAC.....	90
Anexo 2 - Protocolo de Triagem Vocal (PTV).....	91
Anexo 3 - Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia (PEED).....	94
Anexo 4 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	95

1 INTRODUÇÃO

A voz é uma ferramenta fundamental para comunicação humana. Podem surgir problemas que impedem sua produção natural de tal forma que ela não consegue cumprir o papel de transmissão da mensagem verbal e emocional, caracterizando a instalação de uma disfonia (BEHLAU, 2008). A disfonia causa impacto no desempenho comunicativo do indivíduo, e conseqüentemente em seu bem estar e qualidade de vida, que pode resultar em prejuízos sociais, profissionais e emocionais (PARK E BEHLAU, 2009; BRETAS, 2011).

As disfonias podem ser classificadas internacionalmente de acordo com sua etiologia como comportamentais e orgânicas. A comportamental está relacionada ao mau uso da voz e pode apresentar ou não lesão nas pregas vocais, decorrentes de fonotraumas frequentes. A orgânica é caracterizada pela presença de alterações teciduais nas pregas vocais ou nos órgãos fonoarticulatórios com etiologia genética ou mecânica (RUOTSALAINEN et al, 2008; SIMBERG et al, 2009).

A avaliação vocal deve ser multidimensional, considerando que a voz é um fenômeno multifatorial capaz de revelar características individuais, fisiológicas e emocionais dos seres humanos (PARK; BEHLAU, 2009; CIELO et al, 2009; BRASOLOTTO E REHDER, 2010). Assim, deve abranger a avaliação otorrinolaringológica, perceptivo-auditiva da qualidade vocal, análise acústica, obtenção das medidas aerodinâmicas e autoavaliação do indivíduo com disfonia. Este último aspecto pode estar relacionado à qualidade de vida em voz, sinais e sintomas, desvantagem vocal e enfrentamento na disfonia, por exemplo, dentro da perspectiva do paciente (MORETI et al, 2011; FREITAS, 2012; OLIVEIRA, 2013; RIBEIRO et al, 2013; COSTA et al, 2013; BEHLAU et al, 2015).

Com o surgimento de uma disfonia, são necessários ajustes emocionais estratégicos, a fim de controlar as conseqüências da alteração e o estresse causado pela condição (OLIVEIRA et al, 2012). A maneira como o paciente lida com o seu problema vocal pode estar relacionado à autoavaliação e aos sintomas apresentados, bem como com as suas características pessoais, sociais e de personalidade, que através de esforços cognitivos e comportamentais são determinantes na gestão das emoções durante um período estressante específico, caracterizando o enfrentamento da situação (COHEN; LAZARUS, 1973; HUGH-MUNIER et al, 1997; PEDROLO; ZAGO, 2000; LIPP, 2003).

O enfrentamento tem como tradução do inglês *coping* que compreende um conjunto de estratégias para lidar com algo que é percebido pelo indivíduo como uma ameaça iminente ou como uma sobrecarga às suas capacidades cognitivas e comportamentais do

momento(VIVAN; ARGIMON, 2009). Inclui estratégias adotadas pelo indivíduo para adaptar-se a uma situação estressora que visam administrar a crise, reduzir ou tolerar as demandas criadas pela situação (KOHLSDORF; COSTA JUNIOR, 2008; COSTA; MOTA, 2012; TRINDADE; VIEIRA, 2013).

Assim, diante do diagnóstico da disfonia, o indivíduo deve elencar estratégias de enfrentamento para reduzir os impactos da alteração vocal, como descansar a voz e buscar compreender o problema por meio de perguntas a profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2009), estas estratégias devem direcioná-lo até a busca por tratamento.

Já na avaliação vocal o fonoaudiólogo deve valorizar e identificar as estratégias utilizadas pelo paciente no enfrentamento da disfonia, pois espera-se que este aspecto proporcione a adaptação do indivíduo à doença e ao tratamento (TUNCAY et al, 2008). O terapeuta deve direcionar os pacientes na percepção e elaboração dessas estratégias, incentivando-os a utilizar as mais adequadas para sanar o problema, de forma que melhore o prognóstico vocal. O enfrentamento além de fornecer informação sobre a resposta do paciente ao estresse causado pela disfonia, é também uma ferramenta terapêutica (OLIVEIRA, 2009; ZAMBON et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2012; BEHLAU et al, 2015).

Atualmente, sabe-se que a fonoterapia é um tratamento com evidências científicas para reabilitação das disfonias, principalmente as comportamentais (MACKENZIE et al, 2000; FINGER; CIELO, 2007; VIEIRA; ATALLAH, 2009; BEHLAU et al, 2013). Existem diferentes abordagens terapêuticas, dentre elas a intervenção direta, indireta e eclética. A direta foca na realização de exercícios vocais; a indireta destaca orientações sobre fisiologia e higiene vocal e exercícios indiretos para a voz; e a eclética é direcionada a partir de orientações e técnicas vocais, ou seja, atua de forma combinada com abordagens direta e indireta (CARDING, 2000; RUOTSALAINEN et al, 2008; BEHLAU et al, 2013; VAN STAN et al, 2015). Todas tem o objetivo de reduzir as alterações vocais e os impactos profissionais, sociais e emocionais resultantes da disfonia.

A terapia vocal pode ainda ser realizada em diferentes modalidades, de forma individual ou de grupo (RIBEIRO et al, 2012). A primeira modalidade é mais tradicional, visto que no auge do surgimento da Fonoaudiologia, o modelo clínico-assistencialista dominava as práticas de saúde, restringindo-se a atendimentos individuais. Essa modalidade é mais estudada e comprovada cientificamente como efetiva no tratamento para os distúrbios da voz (MACKENZIE et al, 2000; VIEIRA; ATALLAH, 2009; SOUZA et al, 2011).

Para atender a alta demanda existente, resultante do crescimento da ciência Fonoaudiologia e sua inserção na atenção básica, surgiu a necessidade de criar estratégias que

possibilitassem a adequação dos serviços à demanda e com este propósito inicial foi criada a terapia de grupo (PENTEADO; SERVILHA, 2004; SOUZA et al, 2011; RIBEIRO et al, 2012).

Atualmente, sabe-se que a terapia de grupo é uma experiência positiva em Fonoaudiologia (SOUZA et al, 2011; RIBEIRO et al, 2012), além de efetiva no tratamento das disfonias (SIMBERG et al, 2006; SEARL et al, 2011; LAW et al, 2012; SANTOS et al, 2014). Sabe-se ainda que o ambiente do grupo terapêutico favorece o compartilhamento de ideias, ajuda o paciente a melhorar sua autoconfiança e independência, a fim de criar soluções próprias para sanar as dificuldades encontradas, enfrentando a doença, bem como possibilita a redução do nível de ansiedade gerada pela situação estressora em torno de si (ALMEIDA et al, 2012; RIBEIRO et al, 2012; TRAJANO, 2015).

Tendo em vista o exposto, é possível que essa modalidade terapêutica auxilie os pacientes na identificação e elaboração de estratégias para superar o fator estressante, a disfonia, direcionados pelo terapeuta, a partir da observação do desempenho comunicativo, interações sociais dos participantes e relatos sobre o impacto da disfonia, permitida por este modelo.

Conhecer sobre a efetividade das terapias de grupo e individual para voz em relação ao enfrentamento na disfonia, possibilita o embasamento científico e a prática clínica sobre as modalidades e os fatores sociais que influenciam este aspecto em pacientes com alterações vocais, de modo que auxilie o fonoaudiólogo na tomada de decisão frente à disfonia sobre a conduta a ser adotada.

Assim, foram levantadas algumas questões norteadoras para este estudo: As terapias de grupo e individual auxiliam os pacientes a elencar mais estratégias para enfrentar a disfonia? Há diferenças entre as estratégias de enfrentamento na disfonia pré e pós terapia em pacientes submetidos a diferentes modalidades terapêuticas para voz? Ocorre mudança na forma como o paciente enfrenta a disfonia durante os tratamentos?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Verificar a efetividade da terapia de grupo e individual frente ao aumento de estratégias de enfrentamento na disфонia.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Comparar as estratégias de enfrentamento na disфонia pré e pós-tratamento de pacientes submetidos a terapia de grupo e individual;
- b) Associar o ganho nas estratégias de enfrentamento nas disфонias às variáveis sexo, faixa etária, uso profissional da voz e diagnóstico laríngeo;
- c) Propor um modelo de decisão baseado em evidências que auxilie o fonoaudiólogo em relação a escolha da conduta terapêutica individual ou de grupo.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CLASSIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DAS DISFONIAS

Dificuldades na produção vocal que impeçam a expressão das emoções, o desempenho profissional e social do indivíduo podem ser consideradas um transtorno da comunicação denominado disfonia (BEHLAU, 2008). Esta pode se manifestar através de alterações como: prejuízos na qualidade vocal, esforço ao falar, fadiga vocal, diminuição da projeção vocal, variações de frequência, baixa resistência vocal, entre outros (CASSOL et al, 2010)

Simberg et al (2009) investigaram os efeitos genéticos e comportamentais no desenvolvimento das disfonias. Verificou-se a relação entre características genéticas e ambientais com a disfonia em milhares de gêmeos mono e dizigóticos. O estudo concluiu que tanto fatores genéticos quanto ambientais têm um impacto sobre a etiologia dos problemas vocais. Fatores ambientais, de forma independentes ou associados aos genéticos, desempenham papel fundamental na gênese da disfonia, especialmente se o indivíduo é um profissional da voz.

Assim, Simberg et al (2009) classificaram a disfonia em comportamentais, caracterizadas por alterações vocais que têm sua gênese ou manutenção relacionada ao comportamento vocal do sujeito, a partir do uso inadequado da voz ou da exposição a fatores de risco vocais; e orgânicas, que ocorrem independentemente do comportamento vocal do indivíduo e se caracterizam, em geral, por apresentar alterações estruturais em pregas vocais ou nos órgãos fonoarticulatórios que impedem a produção vocal natural.

Devido a complexidade da causa das disfonias não há uma classificação universalmente aceita, no entanto a de Simberg et al (2009) é mais difundida internacionalmente, segundo Ruotsalainen et al (2008).

A avaliação vocal tem objetivo principal de determinar os fatores etiológicos das alterações causadas na voz dos pacientes (PEREIRA; PENTEADO; 2007). Portanto esta avaliação deve ser interdisciplinar, multidimensional e holística (SOLOMON, 2012), uma vez que a produção da voz é um fenômeno complexo, que envolve questões biopsicossociais. Assim, a voz não pode ser medida com uma única escala (RUOTSALAINEN et al, 2008), mas a avaliação vocal deve abordar aspectos visuais laríngeos, análises perceptivas, acústicas e aerodinâmicas, exame corporal básico, exposição a fatores de risco e autoavaliação vocal por parte do paciente (DEJONCKERE et al., 2001; BEHLAU et al., 2009; OLIVEIRA, 2013;

FREITAS, 2012), além de conhecer o contexto social, profissional e emocional do indivíduo. É importante que o terapeuta compreenda de que forma as pessoas se posicionam sobre sua saúde e se adaptam às alterações que nela ocorrem (SOUZA et al, 2011),

O fonoaudiólogo, especialista em voz, atua na promoção, prevenção e reabilitação de distúrbios vocais, ou seja, é o profissional capacitado para estabelecer critérios de intervenção para a disfonia, como definir o objetivo do tratamento, tipo de abordagem e o tempo de tratamento, por exemplo (CIELO et al, 2009; OLIVEIRA, 2013; BEHLAU et al, 2013). A fonoterapia é descrita na literatura como tratamento com evidências científicas para a melhorias vocais, sobretudo nas disfônias comportamentais (RUOTSALAINEN et al, 2008; BEHLAU et al, 2013).

Oliveira (2013) observou a efetividade de um programa de terapia vocal com base cognitivo comportamental aplicado em adultos diagnosticados com disfonia comportamental. Concluiu-se que é necessário destacar no processo terapêutico da voz a orientação cognitiva, a qual envolve instruções dirigidas, com explicações dos efeitos nocivos para produção vocal eficiente, que aborde aspectos fisiológicos, entre outras informações importantes à melhor compreensão do padrão ideal de comunicação. Nessa pesquisa observou-se que a terapia com base cognitiva-comportamental pode ter ajudado os sujeitos a melhorarem aspectos vocais, após comparação da análise acústica da voz pré e pós terapia.

A escolha das abordagens terapêuticas utilizadas no tratamento da voz varia de acordo com a formação acadêmica do terapeuta, correntes filosóficas seguidas pelo profissional e natureza da disfonia instalada (OLIVEIRA, 2013).

Há três tipos de abordagens terapêuticas que podem ser utilizadas durante a reabilitação vocal: terapia direta, que enfatiza técnicas vocais; a indireta, focada em aconselhamentos e orientações sobre os cuidados com a higiene vocal (CARDING et al, 1999) e a eclética, que combina estratégias diretas e indiretas (BEHLAU et al, 2013).

A abordagem direta proporciona mudança do funcionamento vocal, oferecendo instruções de técnicas para a voz, a fim de incentivar a produção mais eficaz e, assim, atenuar os problemas de voz. Por outro lado, a abordagem indireta auxilia o indivíduo a compreender a produção vocal, os fatores psicológicos e ambientais que influenciam no surgimento e manutenção da disfonia e a desenvolver estratégias que minimizem tais fatores de risco (PASA; OATES; DACAKIS, 2007). Frequentemente, fonoaudiólogos utilizam técnicas de abordagens mistas e criam uma abordagem que pode ser descrita como um programa de tratamento customizado ou uma terapia vocal eclética (GARTNER-SCHMIDT et al, 2013).

Carding et al (1999) descreveram os tipos de abordagens em seu estudo. Eles comentaram que a abordagem indireta se baseia no pressuposto de que o comportamento inadequado de fonação é o fator que mantém os problemas de voz. Assim, através do conhecimento da produção vocal, o paciente deverá ser capaz de identificar os fatores de risco psicológicos e sociais que influenciam na sua voz. Por isto, uma intervenção indireta visa permitir que o indivíduo modifique esses fatores, a fim de diminuir ou eliminar os seus efeitos sobre a voz e, conseqüentemente propicie melhoria da qualidade vocal. A abordagem indireta não trabalha com técnicas vocais para modificara produção inadequada da voz.

O mesmo estudo complementa que a abordagem direta visa modificar aspectos de produção da voz, a fim de torná-la mais adequada. Esta abordagem se baseia no pressuposto de que sujeitos com disfonia de origem não orgânica adotam ajustes vocais inadequados, sendo estes prejudiciais à voz. Assim, as técnicas vocais diretas permitem que o paciente incorpore um padrão correto de fonação. Para estes autores, as abordagens direta e indireta no tratamento da disfonia não são excludentes e devem ser associados durante as sessões de terapia, sugerindo assim uma abordagem eclética.

Ruotsalainen et al (2008) categorizaram intervenções para tratar disfonias comportamentais em: técnicas de tratamento diretas e indiretas. As técnicas diretas se concentram nos componentes da produção vocal, como respiração e configuração laríngea. Assim, a intervenção é focada diretamente no aparelho fonador. Já as técnicas indiretas se concentram na eliminação de fatores mantenedores da alteração vocal. Acredita-se que uma abordagem educacional ajuda os indivíduos a identificar esses fatores, modificando seu comportamento vocal. Neste tipo de tratamento, a intervenção é focada na modificação de funções mentais ou corporais que influenciam na produção da voz. O estudo menciona a possibilidade de combinação das duas abordagens, por meio de educação em voz somada à técnicas focadas na qualidade vocal.

Van Stan et al (2015), corroboraram complementando que métodos diretos incluem modificção do comportamento vocal por meio de execução motora, monitoramento somato-sensorial e *feedback* auditivo. Os indiretos modificam aspectos cognitivos, comportamentais, psicológicos e ambientais na produção vocal.

Em pesquisa sobre intervenção fonoaudiológica vocal, as autoras Vilela e Ferreira (2006) entrevistaram fonoaudiólogos e observaram que maioria tem como foco terapêutico fornecer orientações, através de temas como sensibilização em relação à voz, conscientização e conhecimento do próprio corpo, funções respiratória e fonatória, higiene vocal, entre outros, que caracterizam abordagens indiretas para tratamento da voz.

Mais recentemente, Gartner-Schmidt et al (2013) realizaram estudo com objetivo de avaliar as estratégias comportamentais de tratamento utilizadas por fonoaudiólogos para as disfonias. Seu principal achado foi que esses profissionais utilizaram mais de $\frac{3}{4}$ do tempo de tratamento para realização de técnicas vocais, ou seja, em terapia direta. Além disso, indivíduos submetidos à abordagem direta apresentaram medidas de qualidade de vida relacionada à voz melhores do que aqueles que submetidos apenas à abordagem indireta no pós terapia.

Com o objetivo de aplicar e avaliar programas de terapia, pré e pós intervenção, com diferentes abordagens, para indivíduos com disfonia comportamental, Carding et al (1999) formaram três grupos de pacientes: grupo 1 que apenas passou por avaliação, grupo 2 que passou por avaliação e intervenção indireta e grupo 3 que recebeu tratamento direto e indireto associados. Foi realizada avaliação pré e pós intervenção. Percebeu-se que houve diferença entre os grupos estudados em relação à mudança da qualidade vocal e medidas acústicas da voz. Os pacientes alocados no grupo 1 não apresentaram melhoria na voz, enquanto alguns pacientes do grupo dois e maioria dos participantes do grupo três tiveram melhora significativa na qualidade vocal. Assim, observou-se que as abordagens direta e indireta são melhores para a voz quando associadas durante o tratamento.

Anhaia et al (2013) realizou um estudo com professores a fim de verificar a eficácia de abordagens terapêuticas direta e indireta 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.

Ruotsalainen et al (2008) avaliaram a efetividade de intervenções para prevenir distúrbios da voz em adultos em estudos existentes na literatura. Eles dividiram os estudos encontrados de acordo com a abordagem terapêutica descrita em sua metodologia, em: treinamento de voz direto; treinamento de voz indireto e treinamento de voz combinado direto e indireto. Os autores concluíram que não há evidência de que os treinamentos vocais diretos, indiretos ou combinados fossem efetivos para prevenir ou melhorar alterações vocais autorelatadas. Eles sugeriram ainda que são necessários estudos com maior número de sujeitos e melhor planejados metodologicamente, no que diz respeito às intervenções.

Behlau et al (2013) apresentaram Programa Integral de Reabilitação Vocal (PIRV), por meio da abordagem eclética ao associar técnicas vocais a conhecimentos de higiene vocal e atitude comunicativa. Este programa foi criado com intenção de oferecer uma prática terapêutica racional e estruturada, com a possibilidade de ser reproduzida em diferentes

cenários terapêuticos. O PIRV é indicado para reabilitação de indivíduos com disfonia comportamental, disfonia por tensão muscular e para profissionais da voz.

Em sua dissertação de mestrado, Vieira (2012) propôs uma melhor descrição e aplicação do PIRV, visto que este é um programa terapêutico baseado em evidências, além de propor abordagem eclética para o tratamento das disfonias.

Há também diferentes tipos de modalidades terapêuticas, como a terapia individual e a terapia de grupo.

3.1.1 Terapia vocal em grupo

A Fonoaudiologia se firmou como ciência por volta da década de 1980, apoiada em práticas médicas da época, com base no modelo clínico-assistencialista e visava apenas à patologia instalada, sem considerar a percepção do paciente sobre a doença e a interferência dela em seu cotidiano. Neste período era predominante a modalidade de atendimento individual para reabilitação de problemas de comunicação. Essa forma terapêutica é a mais tradicional na área de saúde, sendo considerada padrão ouro em Fonoaudiologia por ser mais estudada e ter evidências científicas de que é efetiva na reabilitação de problemas vocais. Com o crescimento da ciência fonoaudiológica e sua inserção na atenção básica, surgiu a necessidade de criar estratégias que possibilitassem adequação dos serviços para atender a alta demanda existente. Assim, foi proposta a terapia de grupo (SOUZA et al, 2011; RIBEIRO et al, 2012)

A terapia de grupo é efetiva para auxiliar na redução de filas de espera e agilizar a demanda dos atendimentos, de forma econômica, se constituindo como um instrumento dinâmico na prevenção e promoção da saúde. Por ser composto por pessoas que partilham de um mesmo interesse e tem um objetivo em comum, entre as quais há interação e vínculos emocionais. O atendimento em grupo pode motivar a participação dos sujeitos nas terapias, ajudar o indivíduo a enfrentar a doença e diminuir níveis de ansiedade (SOUZA, 2011; RIBEIRO et al, 2012, RIBEIRO et al, 2013). Esta modalidade terapêutica é relatada na literatura como efetiva para o tratamento das disfonias (LEITE et al, 2008; RIBEIRO et al, 2012; LAW et al, 2012; RIBEIRO et al, 2013).

Ao longo do tempo, ocorreram mudanças significativas no conceitos e práticas em saúde, com a defasagem do modelo curativo, clínico-assistencialista, ascensão da atuação em promoção e prevenção da saúde, trazendo um novo conceito de saúde e valorizando ações

coletivas. Entre essas está o grupo terapêutico, que é visto como educativo pelo fato de proporcionar a construção conjunta de conhecimentos entre os sujeitos e de ser um importante lugar de partilha. Além disso, a observação de que existem outras pessoas vivendo situações semelhantes, permite a modificação da visão dos processos patológicos, além da consequente melhora na percepção sobre sua saúde e qualidade de vida (FERREIRA et al, 2010; SOUZA et al, 2011; RIBEIRO et al, 2012; RIBEIRO et al, 2013).

Sabe-se que a terapia de grupo é uma experiência positiva em Fonoaudiologia e na área de voz (ARAÚJO; FREIRE, 2011; SOUZA et al, 2011; DRAGONE, 2010; LAW et al, 2012; RIBEIRO et al, 2013), já que atua nos aspectos de promoção da saúde, a partir do desenvolvimento de conceitos e noções de autocuidado e educação em saúde, bem como oferece possibilidades de intervenção terapêutica, uma vez que o indivíduo é assistido com abrangência biopsicossocial (RIBEIRO et al, 2013).

Assim, com a finalidade de aprofundar o conhecimento sobre os efeitos da atuação em grupo nas alterações vocais, realizou-se uma revisão sistemática intitulada: “Fonoterapia em grupo e sua eficácia para tratamento da disfonia” (Apêndice A), que foi aceita para publicação (Anexo 1) na Revista CEFAC.

O objetivo deste estudo foi realizar revisão sistemática da literatura sobre terapia vocal de grupo e seus efeitos em pacientes com disfonia. Para isto, utilizou-se os descritores: Terapia de Grupo/*Group Therapy*; Processos Grupais/*Group Processes*; Voz/*Voice* e Disfonia/*Dysphonia*. A busca foi realizada a partir da associação entre eles. Desta forma, utilizaram-se as seguintes combinações entre os descritores “*Group Therapy and Voice*”, “*Group Therapy and Dysphonia*”, “*Group Processes and Voice*” e “*Group Processes and Dysphonia*”.

A busca foi realizada nas bases de dados SciELO, LILACS, PubMed e “*The Cochrane Library*”, foram encontrados um total de 177 artigos, dos quais 11 atenderam aos critérios de elegibilidade.

A partir da revisão, pôde-se observar que a modalidade de terapia de grupo mostrou-se efetiva na reabilitação das disfonias em diferentes populações-alvo, bem como em ações de promoção à saúde vocal e prevenção de distúrbios de voz.

3.2 DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Qualquer mudança na vida de um indivíduo gera estresse e requer adaptações. Bretas (2010) definiu *coping* ou estratégias de enfrentamento como habilidades desenvolvidas para o domínio das situações de estresse e adaptação a elas.

O enfrentamento é o processo no qual o sujeito administra a relação pessoa/ambiente em situações que são percebidas como estressantes. Neste contexto, é feita uma avaliação da realidade para o organismo se preparar adequadamente e responder ao estressor, com o objetivo de amenizá-lo ou solucioná-lo (SANTANA et al, 2008).

Segundo Savoia (1999), estratégias de *coping* são habilidades desenvolvidas para o domínio e adaptação às situações de estresse. Assim, expressão “estar em *coping*” significa que o indivíduo está tentando superar o que lhe causa estresse (LORENCETTI, SIMONETTI, 2005).

Desde os anos de 1970, teorias psicológicas sobre estresse têm agrupado outras variáveis em seus modelos, como a avaliação cognitiva às respostas de enfrentamento (SEIDL et al, 2001)

Em 1984, Lazarus e Folkman publicaram a “Teoria Cognitiva de Estresse e Enfrentamento”, que define esses dois fatores a partir da interação entre o organismo e seu ambiente. Estresse foi entendido como resultado entre o indivíduo e o ambiente, e enfrentamento como o conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos para lidar com o estresse. Desde então, esta teoria tem tido destaque na área da psicologia da saúde, e é talvez a definição mais difundida e aceita de enfrentamento (DAMIÃO et al, 2009), pois permite expandir os conceitos de enfrentamento e destacar o papel da avaliação cognitiva na compreensão da resposta ao estresse (OLIVEIRA, 2009; VIVAN; ARGIMON, 2009; FERRACCIU, 2013).

Lazarus e Folkman (1984) definiram enfrentamento como: esforços cognitivos e comportamentais, constantemente alteráveis, para controlar demandas internas ou externas específica, geradas por um agente estressor, proveniente da interação com o meio. Eles ressaltaram que qualquer tentativa de lidar com o evento estressor, obtendo sucesso ou não, é considerada como enfrentamento e que não se classificam as estratégias como boas ou ruins. De acordo com esses pesquisadores, a classificação de enfrentamento tem como base o foco da estratégia, se é no problema e/ou na emoção.

Assim, há duas funções de *coping*, uma centrada no problema e outra na emoção, que foram classificadas desta forma em estudos posteriores, sobre o tema (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; LORENCETTI E SIMONETTI, 2005; OLIVEIRA, 2009; VIVIAN; ARGIMON, 2009; FERRACCIU, 2013; SAVOIA, 1999; SAVOIA; MEJIAS, 1996; SEIDL et al, 2001).

As estratégias com foco na emoção tem o objetivo de modificar o estado emocional do indivíduo, ou seja, adequar a resposta emocional ao problema que ele enfrenta (SAVOIA, 1999; SEILD et al, 2001; EPSTEIN, 2009; VIVAN e ARGIMON, 2009). Atuam como uma tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do estressor, derivando principalmente de processos defensivos, o que pode fazer com que as pessoas evitem confrontar conscientemente com a realidade, através atitudes de afastamento ou paliativas, como negação ou esquiva, em relação à fonte de estresse (SEILD et al, 2001; LORENCETTI E SIMONETTI, 2005). As formas de enfrentamento focadas na emoção tendem a ocorrer quando há baixa probabilidade de modificação das condições de dano que acomete o sujeito (SAVOIA, 1999). Assim, existe uma tendência à utilização dessas estratégias por pacientes crônicos (FOLKMAN; LAZARUS, 1980; OLIVERA, 2009).

A função de enfrentamento focada no problema refere-se aos esforços para administrar ou alterar a dificuldade existente, ou ainda melhorar a relação entre as pessoas e o meio. São estratégias consideradas adaptativas mais voltadas para a realidade, na tentativa de remover ou abrandar a fonte estressora (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005). Atuam na criação de soluções alternativas, ponderando-as em relação aos custos e benefícios, e por fim, escolhendo as mais adequadas para sanar as dificuldades (BRETAS, 2011). Estratégias de *coping* focalizadas no problema são mais utilizadas quando as condições são passíveis de mudanças (SAVOIA, 1999).

Autores afirmam que essas estratégias não são necessariamente excludentes, ou seja, o enfrentamento com foco no problema e na emoção podem ser utilizadas simultaneamente para o manejo de uma determinada situação estressora (SEILD et al, 2001; OLIVEIRA, 2009), e que a tendência a escolher uma determinada estratégia de *coping* depende de questões individuais (SAVOIA, 1999).

Com base em sua teoria, Folkman e Lazarus criaram, em 1985, o Inventário de Estratégias de *Coping*. Um questionário composto por 66 itens que englobam pensamentos e ações utilizados por indivíduos para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Nesse, indica o quanto as estratégias foram utilizadas pelo sujeito, em uma escala de 0 a 3. Elas são alocadas em 8 diferentes fatores: confronto, afastamento,

autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva (FOLKMAN; LAZARUS, 1984; SAVOIA 1996; SEILD et al, 2001; BRETAS 2011).

Savoia et al (1996) realizaram avaliação de questionários de coping, a fim de escolher o mais adequado para adaptar à língua portuguesa, escolhendo o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985) por ter sido construído e validado de acordo com os critérios técnicos de boa aceitabilidade. Este fato possibilitou a elaboração de estudos posteriores sobre estratégias de enfrentamento em áreas e populações variadas (SAVOIA, 1996).

Após a criação da teoria de Folkman e Lazarus (1984), que trouxe o conceito inicial de enfrentamento, muitos autores se dedicaram a estudos sobre o tema e fizeram suas considerações sobre enfrentamento em saúde.

Folkman et al(1986) afirmaram que determinadas estratégias de enfrentamento podem sofrer maior influência de características de personalidade, enquanto outras parecem sofrer maior influência de aspectos situacionais ou do contexto.

Justice (1988) destacou que o *coping* é um importante conceito a ser explorado em pesquisas, até mais que o estresse. Isto porque se configura como um processo pelo qual os indivíduos tendem a modificar ou eliminar os problemas que surgem, definindo com maior grau de precisão o impacto e consequências de um evento estressor, pois pode estar correlacionado, com medidas de cognição, comportamentos, emoções, reações fisiológicas e situações sociais, enquanto o estresse tem mais relação com questões externas/ambientais.

Essa afirmação possibilita a utilização do *coping* em determinadas intervenções clínicas, as terapias cognitivas por exemplo, como uma informação adicional na reabilitação (FIERRO-HERNÁNDEZ; RODRÍGUEZ, 2002), visto que maioria das intervenções cognitivo-comportamentais visa levar o paciente a utilizar estratégias adequadas para a modificação psicológica do estresse (SILVA; SERRA, 2004).

Savoia (1999) afirma que a forma pela qual uma pessoa usa o *coping* está determinada, em parte, por seus recursos, os quais incluem saúde e energia, crenças existenciais, habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, suporte social e recursos materiais. Pedrolo e Zago(2000)afirmam que as estratégias dependerão de recursos pessoais como: metas de vida, autoestima, autocontrole; recursos sociais: família, amigos, grupo de apoio, e materiais. Assim, é importante que o profissional de saúde busque avaliar o indivíduo de forma multidimensional, entendendo como ele se coloca diante da doença e do

tratamento, a fim de propor intervenções que irão ao encontro das reais necessidades do sujeito.

Para Vivan e Argimon (2009), *coping* é um processo dinâmico, que pode estar em constante mudança, de acordo com as reavaliações feitas sobre o evento, e pode ter como consequência resultados melhores ou piores do que a situação inicial. Damião et al (2009) corroboram afirmando que nem todas as estratégias de enfrentamento resultam de forma positiva, tanto psicológica quanto clinicamente. Apesar disso, todas as estratégias utilizadas devem ser consideradas.

Atualmente, as estratégias utilizadas para o enfrentamento de doenças crônicas, como AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), câncer, diabetes e doenças cardiovasculares tem recebido maior destaque, bem como suas relações com outras características de comportamento, personalidade ou fatores ambientais (OLIVEIRA, 2009), visto que o enfrentamento eficaz contribui para a qualidade de vida de pacientes e familiares (TAVARES; TRAD, 2010).

3.2.1 Estratégias de enfrentamento nas disfonias

Indivíduos com diagnóstico de disfonia apresentam dificuldades para se comunicar e, muitas vezes, para cumprir seu papel social e profissional, o que pode resultar em redução de bem estar e qualidade de vida (OLIVEIRA et al, 2012). Assim, adaptações são necessárias, em maior ou menor grau, para que se possa lidar com as alterações vocais e controlar o estresse produzido por elas. As estratégias utilizadas pelos pacientes para enfrentar seu problema de saúde produzem efeitos que influenciam a evolução do quadro clínico e o resultado do tratamento para voz (EPSTEIN, 1998).

O estudo de McHugh-Munier et al (1997) é um dos pioneiros sobre o tema e buscou a relação entre variáveis de enfrentamento, personalidade e voz em mulheres com nódulos ou pólipos em pregas vocais. Foi observado predomínio de estratégias com foco emocional, ou seja, existe tendência ao envolvimento de processos afetivos para lidar com as alterações vocais, e correlação positiva entre enfrentamento, personalidade e voz. Com base nos resultados, os autores sugerem que a terapia vocal deve abordar, além dos aspectos comportamentais e laríngeos, os emocionais, sociais e o estilo de vida dos pacientes, antes de iniciar a terapia de voz.

Epstein (1998), em sua tese de doutorado, realizou estudo longitudinal, a fim de investigar questões como: nível de ansiedade, depressão, autoestima, qualidade vocal e

estratégias de enfrentamento, em dois grupos de indivíduos, um com disfonia espasmódica adutora, que recebeu injeções de toxina botulínica, e outro grupo com disfonia por tensão muscular. A autora concluiu que o enfrentamento adotado pelos sujeitos, influencia tanto na manutenção das alterações vocais, quanto no resultado do tratamento.

Uma pesquisa realizada em 2003 objetivou comparar medidas de autoavaliação vocal de pacientes com disfonia, com características de personalidade, *coping*, ansiedade e depressão. Foram aplicados questionários e feita gravação da voz, para posterior análises acústica e perceptivo auditiva. Neste estudo, observou-se que há correlação entre os problemas de voz autorrelatados com a personalidade e *coping*. Além disso, os indivíduos que referiram mais problemas de voz apresentaram maior neuroticismo, estresse psicológico, baixa qualidade de vida e uma tendência a usar mais estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. O estudo sugeriu que a autopercepção vocal está associada à produção vocal e fatores psicológicos intrínsecos ao paciente (DEARY et al, 2003).

Schuster et al. (2003), avaliaram enfrentamento em 25 homens laringectomizados totais, que se comunicavam através de uma prótese de fala, por meio de uma Escala de Enfrentamento para doenças. Em seus resultados, perceberam que a maneira como estes indivíduos enfrentam o câncer não é diferente da de pacientes com lesões malignas em outras regiões do corpo, e que restrições psicossociais relacionaram-se muito mais à dor e dificuldade de se alimentar do que a voz propriamente, que não foi considerada determinante no enfrentamento do câncer. Assim, as estratégias de enfrentamento elencadas pelos pacientes se associaram a outros fatores, que não a voz.

No mesmo ano, um estudo realizado por Jong et al (2003) observou fatores de manutenção e estratégias de enfrentamento em professores com disfonia persistente. Foram avaliadas questões físicas, funcionais, psicológicas e socioeconômicas. As estratégias de enfrentamento foram avaliadas por um psicólogo através de um questionário elaborado para pacientes com dor lombar. Os achados mostraram que a maioria dos professores com disfonia em fase inicial apresentaram enfrentamento por externalização e por falta de conscientização sobre o problema, não estando aptos à busca por mudanças. Os autores destacaram que fatores relacionados ao baixo enfrentamento fazem parte da cronicidade da doença, isto é, juntamente com outros fatores (psicológicos, pessoais, sociais), podem manter a disfonia.

Achados do trabalho supracitado de Epstein (1998), com indivíduos que apresentaram disfonia de tensão muscular e disfonia espasmódica adutora, impulsionaram a autora no desenvolvimento, elaboração e validação de um protocolo de avaliação das estratégias de enfrentamento utilizadas especificamente nas disfonias o *Voice Disability Copin*

Questionnaire – VDCQ, publicado no ano de 2009 (EPSTEIN et al., 2009). Este protocolo foi construído a partir da teoria de Lazarus e Folkman (1984) e de respostas de pacientes disfônicos a escalas de avaliação de estratégias de enfrentamento preexistentes na literatura, selecionadas por profissionais especialistas em voz.

Ainda em 2009, Oliveira (2009), se dedicou ao estudo das estratégias de enfrentamento nos distúrbios de voz, tema de sua tese de doutorado, na qual objetivou pesquisar estratégias de enfrentamento em indivíduos com e sem queixa vocal e verificar a relação dos tipos de estratégias com questões vocais e emocionais destes indivíduos. Em seus resultados, foi percebido que indivíduos com queixa vocal utilizam estratégias de enfrentamento variadas, mas principalmente centradas no problema. Além disso, percebeu-se que o enfrentamento de problemas vocais se correlaciona positivamente com a avaliação clínica da voz, e com aspectos emocionais, como depressão e ansiedade estado. No mesmo trabalho (OLIVEIRA, 2009), foi proposto um protocolo brasileiro sobre enfrentamento em voz, com 10 questões divididas em e quatro subescalas: busca de informação, suporte sócio-emocional, fuga-evitação e auto-controle.

Oliveira et al (2012) traduziram e adaptaram para o português brasileiro o protocolo *Voice Disability Copin Questionnaire – VDCQ* (EPSTEIN et a, 2009), a partir do estudo do enfrentamento em uma população brasileira, dando origem ao Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia – PEED, que tem como objetivo avaliar as estratégias que pessoas com queixa vocal utilizam para enfrentar a disfonia. Este protocolo contém 27 estratégias, em que o indivíduo assinala as frequências de utilização de cada uma, por meio de uma escala *likert* com seis opções de resposta. O enfrentamento é subdividido e dois escores, um focado no problema e outro focado na emoção, segundo propôs a teoria cognitiva de estresse e enfrentamento (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Atualmente, este é o único instrumento validado de avaliação do enfrentamento nas disfonias em língua portuguesa.

Pesquisa analisou o impacto de variáveis demográficas na qualidade de vida e estratégias de enfrentamento relacionadas à voz em pacientes com disfonia comportamental e em pacientes com disfonia orgânica, decorrente de câncer de laringe. Concluiu-se que variáveis como idade, gênero, consumo de cigarro e álcool, escolaridade, estado civil e trabalho influenciam na qualidade de vida e nas estratégias de enfrentamento em voz de ambos os grupos (BRETAS, 2011).

Em sua tese de doutorado, Ferracciu (2013) buscou analisar distúrbios de voz relacionados ao trabalho e estratégias de enfrentamento em professoras da rede pública de um estado brasileiro. Neste estudo, o enfrentamento foi analisado através do PEED. Em seus

achados, percebeu-se não houve correlação entre estresse no trabalho e os tipos de estratégias de enfrentamento, porém as professoras que tinham disfonia apresentaram tendência ao uso de estratégias focalizadas no problema, para enfrentar a doença.

Zambom et al (2014) investigaram as estratégias de enfrentamento em professores que foram alocados em grupos: professores com queixa de voz que buscaram tratamento fonoaudiológico; professores com queixa de voz que nunca buscaram tratamento fonoaudiológico; professores sem queixa vocal. A pesquisa teve a finalidade de observar correlações entre enfrentamento e análise perceptivo auditiva da voz, sinais e sintomas vocais, além de enfrentamento e restrições de participação ou limitações nas atividades de comunicação. Foi utilizado o PEED para coletar os dados referentes ao enfrentamento. O estudo concluiu que professores com queixas vocais que procuraram tratamento fonoaudiológico utilizaram maior número de estratégias de enfrentamento, tendendo a utilizar mais estratégias focadas no problema. Quanto aos sintomas vocais, apesar de influenciar na busca por tratamento, não foram associados com o enfrentamento. Percebeu-se ainda que quanto maior a percepção de limitação e restrição de participação em atividades comunicativas, maior o uso de estratégias de enfrentamento.

4 METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de um projeto maiorintitulado: “Terapia em grupo x terapia individual: ensaio clínico randomizado para pacientes com distúrbios de voz”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Este projeto está vinculado ao projeto de extensão “Educação em Saúde Vocal – EDUCVOX”, do Laboratório Integrado de Estudos da Voz (LIEV) do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que ocorre desde novembro de 2013, com a finalidade de realizar intervenções fonoaudiológicas junto a pacientes com queixas de voz, a partir de terapia fonoaudiológica de grupo.

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa é aplicada, de campo, analítica e quantitativa. Caracteriza-se como um estudo de intervenção, visto que se pretende observar as estratégias de enfrentamento pré e pós-terapia por duas diferentes modalidades terapêuticas em população com disfonia.

4.2 ÁREA DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

O estudo foi realizado no Laboratório Integrado de Estudos da Voz (LIEV), do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no âmbito da Clínica-Escola de Fonoaudiologia, no período de março de 2014 a novembro de 2015.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Participaram do estudo pacientes com queixa vocal que procuraram o Laboratório Integrado de Estudos da Voz (LIEV) e foram submetidos à terapia vocal de grupo ou individual.

Os voluntários atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade:

- Apresentar disfonia;
- Ter laudo otorrinolaringológico;
- Ter idade superior a 18 anos;
- Receber atendimento exclusivamente individual ou exclusivamente de grupo;

- Ter respondido aos instrumentos utilizados na avaliação e reavaliação;
- Não ter mais de duas faltas às sessões terapêuticas;
- Não ter histórico prévio de tratamento fonoaudiológico para disfonia;
- Não apresentar qualquer comorbidade que afete a cognição e comunicação que impeça de responder aos instrumentos utilizados.

Os pacientes foram alocados aleatoriamente em dois grupos: Terapia Individual (TI) e Terapia de Grupo (TG).

As intervenções foram baseadas em evidências científicas. Os tratamentos utilizaram abordagem eclética, sendo a TG proposta pelo EDUCVOX, programa fundamentado em práticas de terapia direta e indireta, de acordo com as demandas coletivas (CARDING et al, 1999; GARTNER-SCHMIDT et al, 2013), e a TI a modalidade terapêutica mais tradicional em fonoaudiologia, customizada de acordo com as demandas individuais do paciente. Ambas foram testadas quanto à melhora das estratégias de enfrentamento para a disfonia.

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois instrumentos para mensuração de dados relacionados à voz: o Protocolo de Triagem Vocal (PTV) (Anexo 2) e o Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia (PEED) (Anexo 3).

O PTV foi elaborado no Laboratório Integrado de Estudos da Voz (LIEV) (ALMEIDA et al, 2015). Este protocolo envolve quatro partes: 1) dados pessoais e profissionais do indivíduo; 2) queixas vocais, histórico da disfonia e diagnóstico laríngeo; 3) sintomas vocais auditivos e sensoriais; e 4) fatores de risco para a voz pessoais, organizacionais e ambientais. A partir deste instrumento, serão extraídos os dados pessoais e o diagnóstico laríngeo do paciente.

O diagnóstico laríngeo foi classificado de acordo com a configuração glótica em: ausência de lesão laríngea, fenda glótica sem causa orgânica ou neurológica, lesão na porção membranosa das pregas vocais (nódulos, pólipos e cistos), distúrbio da voz secundário a refluxo gastroesofágico (COHEN et al, 2012) e diagnóstico laríngeo indefinido.

O PEED foi utilizado para conhecer as estratégias que as pessoas utilizam quando se tem disfonia. Este instrumento foi desenvolvido nos Estados Unidos (EPSTEIN et al, 2009) e validado para o português brasileiro (OLIVEIRA et al, 2012). É composto por 27 afirmações mensuradas a partir de uma escala *Likert* com seis possibilidades de respostas, em que o 0

corresponde a “nunca” e 5 a “sempre”, representando a frequência que elas ocorrem no cotidiano do indivíduo. Há dois tipos de estratégias: foco no problema e foco nas emoções.

Assim, o cálculo do PEED corresponde: ao score total (T), por meio da soma simples das respostas de todos os itens do protocolo, que pode variar entre 0, onde não utiliza de estratégias de enfrentamento, e 135, utiliza o máximo de estratégias listadas no instrumento. O score foco no problema (FP) envolve a soma dos itens 2,4,7,8,9,11,13,14,24,25,26 e o score foco nas emoções (FE) calcula-se a partir da soma dos itens 1,3,5,6,10,12,15,16,17,18,19,20,21,22,23,27 do instrumento. Após a obtenção dos scores, dependendo do maior valor, observa-se se o paciente enfrenta a doença com estratégias focadas no problema ou nas emoções. A média do score total para disfônicos é 51,8 e para população em geral 23,1 (OLIVEIRA et al, 2012). Não existe ponto de corte para este instrumento.

4.5 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

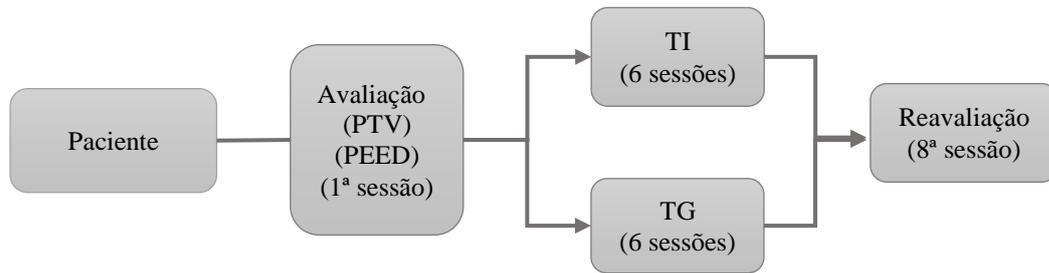
Inicialmente os voluntários foram informados sobre o estudo, no que diz respeito ao objetivo, procedimentos e suas etapas. Todas as dúvidas foram sanadas e em seguida foi assinado o TCLE, permitindo o início da pesquisa.

Todos os participantes passaram por avaliação antes do início dos atendimentos, independente da modalidade terapêutica a qual foram submetidos. Eles responderam ao PTV e, em seguida, ao PEED; na sequência, foram encaminhados para uma intervenção fonoaudiológica para a voz: Terapia individual (TI) ou Terapia de grupo (TG).

Ocorreram oito encontros, realizados uma vez por semana, sendo o primeiro para avaliação e o último para reavaliação, em que foram reaplicados os protocolos tanto na TI quanto na TG (Figura 01). Os demais encontros, um total de seis, foram destinados à fonoterapia direcionadas à voz por meio de orientações sobre fisiologia, higiene e técnicas vocais.

Na TG, os grupos foram formados por uma média de 6 participantes e cada sessão teve duração de 90 minutos, sendo aproximadamente 60 minutos para terapia indireta e 30 para direta. Assessorias de terapia individual duraram 30 minutos, tempo reduzido em relação ao grupo por atender a apenas um indivíduo.

Figura 1 - Fluxograma do procedimento metodológico da pesquisa



Os procedimentos realizados e a sequência terapêutica abordada eram semelhantes nos dois programas e estão descritos, de acordo com o sistema classificação de terapia de voz proposto por Van Stan et al (2015), apresentado no quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Descrição das atividades realizadas em TI e TG, de acordo com a sessão

Sessão	Intervenção	Instrumento
1	Avaliação	Aplicação do PTV e PEED.
2	Indireta	Interação Terapêutica: Dinâmica de apresentação Aumento de Conhecimento: Anatomofisiologia da produção vocal, voz no ciclo vital
	Direta	Intervenção Respiratória: Adequação do tipo respiratório Suporte Respiratório e Função Vocal: Tempo Máximo de Fonação (TMF)
3	Indireta	Intervenção Pedagógica; Interação Terapêutica: Mitos e verdades sobre a Voz
	Direta	Intervenção Respiratória: Adequação do tipo respiratório Suporte Respiratório e Função Vocal: TMF Intervenção – Auditivo; Função vocal; Musculoesquelético; Somatossensorial; Respiratório: Alongamento/relaxamento da região cervical e cintura escapular; Técnica de fricativos com lateralização de cabeça
4	Indireta	Intervenção de Aconselhamento; Aumento de Conhecimento: Psicodinâmica vocal, Voz e emoção
	Direta	Intervenção Respiratória: Adequação do tipo respiratório Suporte Respiratório e Função Vocal: TMF Intervenção – Auditivo; Função vocal; Musculoesquelético; Somatossensorial; Respiratório: Alongamento/relaxamento da região cervical e cintura escapular; Técnica de fricativos com lateralização de cabeça; Técnica de trato vocal semiocluído com tubo de alta resistência
5	Indireta	Intervenção Pedagógica: Órgãos Fonoarticulatórios e Coordenação Pneufonoarticulatória
	Direta	Intervenção Respiratória: Adequação do tipo respiratório Suporte Respiratório e Função Vocal: TMF Intervenção – Auditivo; Função vocal; Musculoesquelético; Somatossensorial; Respiratório: Alongamento/relaxamento da região cervical e cintura escapular; Técnica de fricativos com lateralização de cabeça; Técnica de trato vocal semiocluído com tubo de alta resistência Musculoesquelético – Manipulação orofacial, Somassensorial: Exercícios miofuncionais para estruturas do sistema estomatognático
6	Indireta	Interação Terapêutica; Aumento do Conhecimento: Doenças Laríngeas
	Direta	Intervenção Respiratória: Adequação do tipo respiratório Suporte Respiratório e Função Vocal: TMF Intervenção – Auditivo; Função vocal; Musculoesquelético; Somatossensorial; Respiratório: Alongamento/relaxamento da região cervical e cintura escapular; Técnica de fricativos com lateralização de cabeça; Técnica de trato vocal semiocluído com tubo de alta resistência; Técnica de rotação de língua associado à som nasal Musculoesquelético – Manipulação orofacial, Somassensorial: Exercícios miofuncionais para estruturas do sistema estomatognático
7	Indireta	Intervenção de Aconselhamento; Pedagógica; Interação terapêutica: Comunicação não verbal e expressividade
	Direta	Intervenção Respiratória: Adequação do tipo respiratório Suporte Respiratório e Função Vocal: TMF Intervenção – Auditivo; Função vocal; Musculoesquelético; Somatossensorial; Respiratório: Alongamento/relaxamento da região cervical e cintura escapular; Técnica de fricativos com lateralização de cabeça; Técnica de trato vocal semiocluído com tubo de alta resistência; Técnica de rotação de língua associado à som nasal Musculoesquelético – Manipulação orofacial, Somassensorial: Exercícios miofuncionais para estruturas do sistema estomatognático Técnica de sobrearticulação
8	Reavaliação	Aplicação do PTV e PEED.

Legenda: PTV – Protocolo de Triagem Vocal; PEED – Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia; Tempo Máximo de Fonação (TMF).

Ao final da coleta, os dados foram categorizados, colocados em uma planilha digital e realizada a análise estatística.

4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

4.6.1 Dependentes

Ganho pós-terapia, obtido a partir da diferença entre os escores pós e pré-terapia de grupo ou individual, nos três domínios do PEED.

Ganho T: PEED T Pós – PEED T Pré
Ganho FP: PEED FP Pós – PEED FP Pré
Ganho FE: PEED FE Pós – PEED FE Pré

4.6.2 Independentes

- Tipo de Intervenção:
 - Terapia de Grupo (TG);
 - Terapia Individual (TI).
- Sexo:
 - Masculino;
 - Feminino.
- Faixa Etária:
 - De 18 a 30 anos;
 - De 31 a 40 anos
 - De 41 a 50 anos
 - De 51 a 60 anos
- Uso Profissional da Voz:
 - Não Profissional da Voz;
 - Profissional da Voz
- Laudo Otorrinolaringológico:
 - Ausência de lesão laríngea;
 - Fenda glótica sem causa orgânica ou neurológica;

- Lesão na porção membranosa das pregas vocais;
- Distúrbio da voz secundário a refluxo gastroesofágico;
- Diagnóstico laríngeo indefinido.

4.7 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

As variáveis foram analisadas através de análise descritiva e inferencial, por meio do *Software* estatístico R, versão 2.11.0. Foi adotado o nível de significância de 5%.

Na análise descritiva foram calculadas as seguintes estatísticas: média, desvio padrão, frequência e porcentagem.

Realizou-se Teste de Hipótese para análise estatística inferencial.

4.7.1 Teste de Hipótese

Em pesquisas científicas quantitativas, são inicialmente formuladas hipóteses acerca de uma dada amostra, a partir da formulação de um problema que será submetida a testes específicos. Os testes de hipótese tem como premissa comprovar se as proposições são verdadeiras ou não, ou seja, seu objetivo é decidir, com base nas informações da amostra, qual das hipóteses iniciais está correta (DANCEY & REIDY, 2006; DEVORE, 2006)

Sabe-se que uma hipótese se constitui como uma alegação sobre o valor de um ou vários parâmetros, ou ainda de uma distribuição de probabilidade (DEVORE, 2006). Caracteriza-se como hipótese nula (H_0) aquela que contém igualdades entre as variáveis, e como alternativa (H_1) a hipótese que contém as diferenças entre as variáveis estudadas (ARANGO, 2009). Para escolha da hipótese, o valor obtido após realização do teste estatístico, chamado de p-valor, é comparado com o nível de significância previamente escolhido, neste caso 5%. Quando o p-valor é o menor que o nível de significância implica na rejeição de H_0 (DANCEY & REIDY, 2006).

No presente estudo, utilizou-se o Teste de Hipótese como modelo de decisão, pois a partir de seus resultados, foi possível observar a diferença do número médio de estratégias de enfrentamento da disfonias selecionadas pelos pacientes alocados nos grupos terapêuticos, com abordagens diferentes, nos momentos pré e pós-terapia.

Desta forma, adotou-se como hipótese nula a igualdade entre os grupos e como hipótese alternativa a diferença entre eles:

H₀: Igualdade do enfrentamento na disfonia entre os grupos

H₁: Os grupos são diferentes quanto ao enfrentamento na disfonia

A partir dos resultados encontrados, rejeitou-se ($p < 0,05$) ou não rejeitou-se ($p > 0,05$) H₀ e assim foi possível tomar decisão sobre a efetividade dos tratamentos para o enfrentamento à disfonia.

4.7.2 Teste de Normalidade

Inicialmente, foi realizado o teste Shapiro-Wilks (S-W), a fim de verificar a normalidade da amostra. O nível de significância (α) adotado para este teste foi 0,05.

Observou-se que os valores foram superiores a 0,05 (Tabela 1) no teste Shapiro-Wilks indicando que os dados estavam distribuídos normalmente e assim puderam ser analisados de forma paramétrica.

4.7.3 Teste t de Student

Foi utilizado o teste t-Student para amostras independentes, a fim de comparar os valores médios nos grupos (ZAR, 1999) TG e TI no momento pré terapia, a fim de verificar se os indivíduos iniciavam o tratamento utilizando número médio de estratégias de enfrentamento equivalentes, através das hipóteses:

- H₀: As médias dos escores do PEED são inicialmente iguais
- H₁: As médias dos escores do PEED são inicialmente diferentes

Verificou-se, utilizando o teste f, que as variâncias não são significativamente diferentes em cada domínio do PEED pré terapia, assim, utilizou-se teste t para duas amostras independentes, mas com variâncias iguais.

A estatística do teste é calculada através da seguinte fórmula:

$$t = \frac{(x_1 - x_2) - u_0}{S_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

Onde \bar{x} é a média da amostra, u_0 é o valor fixo para a comparação da média da amostra, n o tamanho da amostra e S_p o desvio padrão amostral dado por:

$$S_p = \sqrt{\frac{(n_1 - 1) \times S_1^2 + (n_2 - 1) \times S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

Foram feitos os seguintes Testes:

Teste t-student para amostras independentes (não pareado)

Quadro 2 - Comparação das estratégias de enfrentamento pré terapia entre os grupos de intervenção

PEED (T) pré TI x PEED (T) pré TG	Observação da homogeneidade das amostras no momento pré terapia, ou seja, se antes do processo terapêutico todos os pacientes utilizam um número de estratégias equivalente, com pouca variação, nos domínios do PEED.
PEED (FP) pré TI x PEED (FP) pré TG	
PEED (FE) pré TI x PEED (FE) pré TG	

Utilizou-se o teste t-Student pareado para comparar os valores médios pré e pós terapia em cada grupo, com a finalidade de observar se o tratamento foi efetivo ou não em relação à estratégias de enfrentamento na disfonia (ZAR, 1999; DANIEL, 2009), a partir das hipóteses:

- H_0 : As médias dos escores do PEED pré e pós terapia são iguais
- H_1 : As médias dos escores do PEED pré e pós terapia são diferentes

Teste t pareado

Quadro 3 - Comparação das estratégias de enfrentamento pré e pós terapia vocal, em cada um dos grupos de intervenção

Terapia em Grupo	
PEED (T) pré TG x PEED (T) pós TG	Observação de mudanças significativas estatisticamente, no número de estratégias de enfrentamento utilizadas nos momentos pré e pós terapia de grupo
PEED (FE) pré TG x PEED (FE) pós TG	
PEED (FP) pré TG x PEED (FP) pós TG	
Terapia Individual	

PEED (T) pré TI x PEED (T) pós TI	Observação de mudanças significativas estatisticamente, no número de enfrentamento utilizadas nos momentos pré e pós terapia individual.
PEED (FE) pré TI x PEED (FE) pós TI	
PEED (FP) pré TI x PEED (FP) pós TI	

4.7.4 Teste do Qui-quadrado

O teste qui-quadrado é o teste estatístico mais frequentemente empregado para a análise de dados de contagem ou de frequência. Os dados utilizados no cálculo da estatística do teste são as frequências associadas com cada uma das categorias das variáveis em estudo (DANIEL, 2009).

É utilizado no tratamento de dados nominais, se constituindo como uma medida da discrepância entre as frequências observadas e esperadas (DORIA FILHO, 1999). As frequências observadas são o número de sujeitos ou objetos da amostra que se enquadram as várias categorias da variável de interesse. Já as frequências esperadas são o número de sujeitos ou objetos da amostra que seria de se esperar para observar se uma hipótese nula (igualdade) sobre a variável é verdadeira (DANIEL, 2009). Por exemplo, em uma amostra com 70 pacientes a frequência observada é de 50 mulheres e 20 homens. A esperada buscaria atender a hipótese nula de que as categorias de sexo são igualmente representadas na população, nesse caso seria de esperar que a amostra contivesse 35 mulheres e 35 homens.

Tendo em vista o exposto, segue a estatística do teste:

$$x^2 = \sum \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

Onde O_i representa a frequência observada e E_i a frequência esperada.

No presente estudo, utilizou-se o referido teste para associar as frequências de ganho em relação ao sexo, faixa etária, uso profissional da voz e categorias do laudo otorrinolaringológico.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, sob número 383.061/2013 (Anexo 4).

Cada voluntário foi informado sobre o objetivo do estudo e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da participação na pesquisa (Apêndice B). O mesmo estava de acordo com o preconizado na resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

5 RESULTADOS

5.1 ESTATÍSTICA DESCRITIVA

A amostra foi composta por 70 sujeitos que atenderam aos critérios de elegibilidade. Eles foram divididos em dois grupos de acordo com o tipo de terapia a qual foram submetidos: Terapia de Grupo (TG) com n=37 (52,2%) e Terapia individual com (TI) n=33 (47,1%) dos participantes.

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto à variáveis demográficas de pacientes submetidos a Terapia de Grupo e Individual

Variável	Terapia de Grupo		Terapia Individual		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Mulheres	27	73,0	24	72,7	51	72,9
Homens	10	27,0	9	27,3	19	27,1
Faixa Etária						
De 18 e 30 anos	5	13,5	11	33,3	16	22,9
De 31 e 40 anos	10	27,0	8	24,2	18	25,7
De 41 e 50 anos	8	21,6	8	24,2	16	22,9
De 51 e 60 anos	14	37,8	6	18,2	20	28,5
Uso Profissional da voz						
Não	24	64,9	25	75,8	49	70,0
Sim	13	35,1	8	24,2	21	30,0
Laudo Otorrinolaringológico						
Lesão na porção membranosa da prega vocal	12	32,4	16	48,5	28	40,0
Fenda Glótica sem causa orgânica ou neurológica	12	32,4	3	9,1	15	21,4
Diagnóstico Laríngeo Indefinido	7	18,9	0	0,0	7	10,0
Ausência de Lesão Laríngea	4	10,8	12	36,4	16	22,9
Distúrbio da voz secundário a Refluxo Gastroesofágico	2	5,4	2	6,1	4	5,7

Fonte: João Pessoa, 2015

A tabela 1 demonstra a caracterização dos pacientes submetidos à terapia de grupo e individual de acordo com sexo, idade, uso profissional da voz e diagnóstico laríngeo.

Observou-se que tanto em TG quanto em TI os participantes eram em sua maioria mulheres TG: n=27 (73%) e TI: n=24 (72,7%), não profissionais da voz TG: n=24 (64,9%) e TI: n=49 (75,8%), que apresentavam fenda glótica ou lesão na porção membranosa

de prega vocal TG: n=24 (64,8%) e TI: n=16 (48,5%), respectivamente. Maioria dos pacientes do grupo tinham idades de 51 a 60 anos n=14 (37,8%) e os atendidos individualmente entre 18 e 30 anos n=11 (33,3%). Portanto, de modo geral, os grupos apresentavam características homogêneas.

As tabelas 2 e 3 apresentam as médias e desvios padrão pré e pós terapia de grupo e individual, respectivamente, bem como a média do ganho obtido em relação ao número de estratégias de enfrentamento na disфония. Os participantes de TG e TI utilizavam inicialmente uma média de 54,32 ($\pm 16,78$) e 55,45 ($\pm 19,60$) estratégias de enfrentamento à disфония, respectivamente. Observa-se que a média dos escores do PEED aumentou nos três domínios em ambos os tratamentos, indicando melhora do enfrentamento frente à disфония. Percebeu-se ainda que os pacientes utilizavam mais estratégias voltadas à emoção, tendo em vista que em TG e TI os escores do domínio foco na emoção são mais altos que o do foco no problema tanto no pré, quanto no pós terapia.

Tabela 2 - Média e desvio padrão dos domínios do PEED e do ganho nos momentos PRÉ e PÓS terapia de grupo

Variável	Terapia de Grupo					
	Pré terapia		Pós terapia		Ganho	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
PEED T	54,32	16,78	61,00	19,07	7,59	19,00
PEED FP	24,13	6,93	27,45	8,17	4,21	7,99
PEED FE	30,10	11,59	33,54	13,92	3,64	13,38

Legenda: PEED T: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disфония domínio Total; PEED FP: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disфония domínio Foco no Problema; PEED E: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disфония domínio Foco na Emoção. Fonte: João Pessoa, 2015

Tabela 3 - Média e desvio padrão dos domínios e do ganho do PEED nos momentos PRÉ e PÓS terapia individual

Variável	Terapia Individual					
	Pré terapia		Pós terapia		Ganho	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
PEED T	55,45	19,60	56,48	24,12	0,970	17,55
PEED FP	25,03	9,21	25,66	9,29	0,727	8,88
PEED FE	30,27	13,40	30,81	16,68	-1,273	12,61

Legenda: PEED T: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Total; PEED FP: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Foco no Problema; PEED FE: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Foco na Emoção. Fonte: João Pessoa, 2015

Destaca-se a terapia de grupo, que obteve ganho total de 7,59 ($\pm 19,00$), 4,21 ($\pm 7,99$) de melhora no foco no problema e ganho de 3,64 ($\pm 13,38$) no foco na emoção, enquanto a terapia individual favoreceu menos o enfrentamento total, 0,970 ($\pm 17,55$) e o foco no problema em 0,727 ($\pm 8,88$), não apresentando ganho em relação à emoção com decréscimo de cerca de -1,273 ($\pm 12,61$) na média do domínio.

Tabela 4 - Frequência do Foco do Enfrentamento pré e pós terapia de grupo e individual

Variável	Terapia de Grupo				Terapia Individual			
	Pré		Pós		Pré		Pós	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Foco do Enfrentamento								
FP	9	23,3	12	34,4	13	39,3	12	34,3
FE	28	75,7	25	67,6	20	60,6	21	63,6

Legenda: FP: Foco no Problema; FE: Foco na Emoção. Fonte: João Pessoa, 2015

A tabela 4 apresenta o foco do enfrentamento dos participantes pré e pós terapia. Observou-se que inicialmente todos os pacientes focavam na emoção, sendo que ocorreram mudanças nas frequências do foco no TG, em que mais pacientes passaram a focar no problema, n=9 (23%) no momento pré e n=12 (34,4) no pós. No TI, aumentou-se a frequência do foco na emoção, n=20 (60,6%) no momento pré e n=21 (63,6%) no pós.

Tabela 5 - Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação ao tipo de terapia

Variável	Terapia de Grupo		Terapia Individual	
	N	%	N	%
Ganho T				
Ganho (+)	23	62,2	16	48,5
Sem Ganho	14	37,8	17	51,5
Ganho FP				
Ganho (+)	25	67,6	18	54,5
Sem Ganho	12	32,4	15	45,5
Ganho FE				
Ganho (+)	20	54,1	12	36,4
Sem Ganho	17	45,9	21	63,6

Legenda: Ganho T: Ganho Total no Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FP: Ganho Foco no problema do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FE: Ganho Foco na Emoção do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento pós terapia. Fonte: João Pessoa, 2015

A tabela 5 contém dados de frequência do ganho em relação ao tipo de tratamento. Maioria dos pacientes submetidos a terapia de grupo apresentaram ganho nos domínios total n=23 (62,2%), foco no problema n=25 (67,6%) e na emoção n=20 (54,1%), utilizando assim mais estratégias para lidar com a disfonia. Maior parte dos pacientes que receberam atendimento individual obteve ganho apenas no domínio foco no problema n=18 (54,5%).

Tabela 6 - Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação ao sexo de pacientes submetidos a terapia de grupo ou individual

Variável	Terapia de Grupo				Terapia Individual			
	Mulheres		Homens		Mulheres		Homens	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ganho T								
Ganho (+)	20	74,1	3	30,0	13	54,2	3	33,3
Sem Ganho	7	25,9	7	70,0	11	45,8	6	66,7
Ganho FP								
Ganho (+)	20	74,1	5	50,0	14	58,3	4	44,4
Sem Ganho	7	25,9	5	50,0	10	41,7	5	55,6
Ganho FE								
Ganho (+)	17	63,0	3	30,0	11	45,8	1	11,1
Sem Ganho	10	37,0	7	70,0	13	54,2	8	88,9

Legenda: Ganho T: Ganho Total no Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FP: Ganho Foco no problema do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FE: Ganho Foco na Emoção do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento pós terapia. Fonte: João Pessoa, 2015

A tabela 6 demonstra a frequência de ganho em relação ao sexo dos pacientes submetidos a um dos dois tipos de tratamentos. Verificou-se que as mulheres obtiveram maior ganho pós terapia nos domínios do enfrentamento na disfonia tanto no TG quanto no TI,

sendo mais alta a frequência do ganho no TG. Grande parte dos homens não apresenta melhora em relação às estratégias de enfrentamento, independente do grupo terapêutico que participavam.

Tabela 7 - Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação à profissão de pacientes submetidos a terapia de grupo ou individual

Variável	Terapia de Grupo				Terapia Individual			
	Profissionais da voz		Não Profissionais da voz		Profissionais da voz		Não Profissionais da voz	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ganho T								
Ganho (+)	8	61,5	15	62,5	4	50,0	13	52,0
Sem Ganho	5	38,5	9	35,5	4	50,0	12	48,0
Ganho FP								
Ganho (+)	8	61,5	17	70,8	5	62,5	13	52,0
Sem Ganho	5	38,5	7	29,2	3	37,5	12	48,0
Ganho FE								
Ganho (+)	5	38,5	15	62,5	4	50,0	8	32,0
Sem Ganho	8	61,5	9	37,5	4	50,0	17	68,0

Legenda: Ganho T: Ganho Total no Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FP: Ganho Foco no problema do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FE: Ganho Foco na Emoção do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento pós terapia. Fonte: João Pessoa, 2015

A tabela 7 expõe o ganho nos domínios do enfrentamento em profissionais e não profissionais da voz. Percebeu-se que houve melhora no escore total e foco no problema pós terapia e que os percentuais são semelhantes nos dois tipos de profissionais, em TG e em TI. Quanto ao enfrentamento foco na emoção, a maioria dos indivíduos não apresentou melhora em nenhum dos tipos de tratamento.

Tabela 8 - Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação ao diagnóstico de pacientes submetidos a terapia de grupo

Variável	Terapia de Grupo									
	Diagnóstico Indefinido		Ausência de lesão laríngea		Fenda glótica		Lesão em pregas vocais		RGE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ganho T										
Ganho (+)	5	71,4	2	50,0	9	75,0	7	58,3	0	0,0
Sem Ganho	2	28,6	2	50,0	3	25,0	5	41,7	2	100
Ganho FP										
Ganho (+)	6	85,7	2	50,0	9	75,0	7	58,3	0	0,0
Sem Ganho	1	14,3	2	50,0	3	25,0	5	41,7	2	100
Ganho FE										
Ganho (+)	5	71,4	2	50,0	9	75,0	4	33,3	0	0,0
Sem Ganho	2	28,6	2	50,0	3	25,0	8	66,7	2	100

Legenda: Ganho T: Ganho Total no Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FP: Ganho Foco no problema do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FE: Ganho Foco na Emoção do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento pós terapia; RGE: Refluxo Gastroesofágico. Fonte: João Pessoa, 2015

As tabelas 8 e 9 demonstram o ganho em estratégias de enfrentamento à disfonia pós terapia em cada grupo diagnóstico, em TG e TI respectivamente.

Maior parte dos pacientes submetidos à terapia de grupo com diagnóstico laríngeo indefinido ou com fenda glótica obtiveram ganho positivo em todos os domínios do PEED. Dos pacientes sem lesão laríngea, n=2 (50%) obtiveram ganho nos três domínios. A maioria dos indivíduos diagnosticados com lesão em região membranosa de pregas vocais melhora em relação ao enfrentamento total n=7 (50,3%) e foco no problema n=7 (58,3%), mas não obtiveram ganho quanto ao foco na emoção n=8 (66,7%). Já os pacientes com refluxo gastroesofágico não obtiveram ganho (Tabela 7). Observou-se que o ganho do foco no problema foi maior que o na emoção para maioria dos grupos diagnósticos.

Tabela 9 - Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação ao diagnóstico de pacientes submetidos a terapia individual

Variáveis	Terapia Individual							
	Ausência de lesão laríngea		Fenda glótica		Lesão em pregas vocais		RGE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ganho T								
Ganho (+)	6	50,0	1	33,3	8	50,0	1	50,0
Sem Ganho	6	50,0	2	66,7	8	50,0	1	50,0
Ganho FP								
Ganho (+)	7	58,3	1	33,3	8	50,0	2	100
Sem Ganho	5	41,7	2	66,7	8	50,0	0	0,0
Ganho FE								
Ganho (+)	5	41,7	1	33,3	5	31,3	1	50,0
Sem Ganho	7	58,3	2	66,7	11	68,8	1	50,0

Legenda: Ganho T: Ganho Total no Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FP: Ganho Foco no problema do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FE: Ganho Foco na Emoção do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento pós terapia; RGE: Refluxo Gastroesofágico. Fonte: João Pessoa, 2015

Na terapia individual (Tabela 9), o ganho de maioria dos indivíduos com ausência de lesão laríngea foi apenas no domínio foco no problema $n=7$ (58,3). Maior parte dos pacientes com fenda glótica não apresentou melhora nos domínios do PEED pós atendimento individual. Dos pacientes com lesão em pregas vocais, $n=8$ (50%) apresentaram ganho total e foco no problema, mas $n=11$ (68,8%) não apresentou melhora quanto ao foco na emoção. Pacientes com disfonia secundária a refluxo gastroesofágico (RGE) melhoraram em relação ao foco no problema $n=2$ (100%).

No geral, observou-se que os percentuais de ganho foram maiores no TG do que no TI para todos os grupos diagnósticos, exceto o grupo com disfonia secundária a RGE.

Tabela 10 - Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação a faixa etária de pacientes submetidos a terapia de grupo

Variáveis	Terapia Grupo							
	18-30		31-40		41-50		51-60	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ganho T								
Ganho (+)	4	80,0	4	40,0	6	75,0	9	63,3
Sem Ganho	1	20,0	6	60,0	2	25,0	5	37,7
Ganho FP								
Ganho (+)	5	100	5	50,0	7	87,5	8	57,1
Sem Ganho	0	0,0	5	50,0	1	12,5	6	42,9
Ganho FE								
Ganho (+)	2	40,0	4	40,0	4	50,0	10	71,4
Sem Ganho	3	60,0	6	60,0	4	50,0	4	28,6

Legenda: Ganho T: Ganho Total no Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FP: Ganho Foco no problema do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FE: Ganho Foco na Emoção do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento pós terapia. Fonte: João Pessoa, 2015

É possível observar o ganho em estratégias de enfrentamento à disfonia de acordo com a idade, pré e pós terapia de grupo o individual, nas tabelas 10 e 11.

A tabela 10 contém dados referentes à TG e demonstra que pacientes do grupo mais jovem tem maior ganho total $n=4$ (80%) e focam mais na doença $n=5$ (100%) do que na emoção $n=2$ (40%). Com o aumento da idade, aumenta o foco na emoção, de tal forma que a maioria dos indivíduos do grupo mais velho tem o maior percentual de ganho nesse domínio $n=10$ (71,4%).

Tabela 11 - Frequência de ganho nos domínios do PEED em relação a faixa etária de pacientes submetidos a terapia de individual

Variáveis	Terapia Individual							
	18-30		31-40		41-50		51-60	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ganho T								
Ganho (+)	4	36,4	6	25,0	4	50,0	2	33,3
Sem Ganho	7	63,6	2	75,0	4	50,0	4	66,7
Ganho FP								
Ganho (+)	6	54,5	6	25,0	4	50,0	2	33,3
Sem Ganho	5	45,5	2	75,0	4	50,0	4	66,7
Ganho FE								
Ganho (+)	3	27,3	5	62,5	2	25,0	4	66,7
Sem Ganho	8	72,7	3	37,5	6	75,0	2	33,3

Legenda: Ganho T: Ganho Total no Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FP: Ganho Foco no problema do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FE: Ganho Foco na Emoção do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento pós terapia. Fonte: João Pessoa, 2015

De acordo com o exposto na tabela 11, maioria dos pacientes submetidos a TI com idades entre 18 e 30 anos, obtiveram ganho apenas em estratégias focadas no problema vocal $n=6$ (54,5%). Entre os mais velhos, assim como no TG, houve melhora no número de estratégias focadas na emoção.

5.2 ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Através do teste Shapiro-Wilkis verificou-se a normalidade das variáveis demonstrada na tabela 12.

Tabela 12 – Normalidade das médias dos domínios do PEED pré e pós terapia de grupo e individual

Variável	Terapia de Grupo	Terapia Individual	Distribuição Normal
	p-valor	p-valor	
PEED T Pré	0,631	0,943	Sim
PEED FP Pré	0,496	0,449	Sim
PEED E Pré	0,736	0,347	Sim
PEED T Pós	0,700	0,600	Sim
PEED FP Pós	0,312	0,882	Sim
PEED E Pós	0,126	0,571	Sim

Legenda: PEED T: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Total; PEED FP: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Foco no Problema; PEED FE: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Foco na Emoção. Teste Shapiro-Wilkis. * $p<0,05$ Fonte: João Pessoa, 2015

Foi realizada comparação de médias dos escores dos domínios do PEED nos dois momentos de terapia através do teste t-Student para amostras independentes e pareado, além de teste de associação entre ganho e variáveis demográficas, a partir dos testes Qui-quadrado e Mann Whitney.

Através do Teste de Hipótese, observou-se se os grupos TG e TI eram iguais (H_0) ou diferentes (H_1) para o parâmetro estratégias de enfrentamento na disfonia.

Tabela 13 - Comparação das médias nos domínios do PEED no momento PRÉ terapia individual e de grupo

Variável	Terapia Individual		Terapia de Grupo		p-valor	Diferença
	Média	DP	Média	DP		
PEED T Pré	55,45	19,6	54,32	16,8	0,795	Não
PEED FP Pré	25,03	9,2	24,14	6,9	0,098	Não
PEED FE Pré	30,27	13,4	30,10	11,6	0,956	Não

Legenda: PEED T: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Total; PEED FP: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Foco no Problema; PEED FE: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Foco na Emoção. Teste t-Student para amostras independentes. * $p < 0,05$
 Fonte: João Pessoa, 2015

Inicialmente foram comparadas as médias dos escores dos domínios do PEED no momento pré terapia de grupo ou individual (Tabela 13), a fim de verificar se os pacientes de TI e TG iniciaram o tratamento utilizando o mesmo número, em média, de estratégias para enfrentar o problema vocal.

Verificou-se a partir do teste t-Student para amostras independentes que não houve diferença estatística significativa entre as médias para todos os domínios, não rejeitando-se H_0 , ou seja, no início das terapias os sujeitos apresentavam estratégias de enfrentamento à disfonia semelhantes, independente do grupo de tratamento onde foram alocados.

Tabela 14 - Comparação das médias dos domínios do PEED nos momentos PRÉ e PÓS terapia de grupo em indivíduos com disfonia

Variável	Terapia de Grupo				p-valor	Diferença
	Pré terapia		Pós terapia			
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
PEED T	54,32	16,78	61,00	19,07	0,03*	Sim
PEED FP	24,13	6,93	27,45	8,17	0,02*	Sim
PEED FE	30,10	11,59	33,54	13,92	0,39	Não

Legenda: PEED T: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Total; PEED FP: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Foco no Problema; PEED FE: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Foco na Emoção. Teste t-Student pareado. * $p < 0,05$ Fonte: João Pessoa, 2015

A tabela 14 mostra a comparação das estratégias de enfrentamento pré e pós terapia de grupo em pacientes com problemas de voz. Observou-se diferença significativa nos domínios total e foco no problema, assim rejeitou-se H_0 . Não houve diferença significativa no domínio foco na emoção.

A terapia de grupo mostrou-se efetiva para melhoria do enfrentamento à disfonia de modo geral. Além disso, direcionou o paciente a focar em solucionar o problema vocal, e não mais na emoção.

Tabela 15 - Comparação das médias nos domínios do PEED nos momentos PRÉ e PÓS terapia individual em indivíduos com disfonia

Variável	Terapia Individual				p-valor	Diferença
	Pré terapia		Pós terapia			
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
PEED T	55,45	19,60	56,48	24,12	0,73	Não
PEED FP	25,03	9,21	25,66	9,29	0,68	Não
PEED FE	30,27	13,40	30,81	16,68	0,80	Não

Legenda: PEED T: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Total; PEED FP: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Foco no Problema; PEED E: Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia domínio Foco na Emoção. Teste t-Student pareado * $p < 0,05$ Fonte: João Pessoa, 2015

Quando comparadas as médias do PEED pré e pós terapia individual através do teste t-Student pareado (Tabela 15), não rejeitou-se H_0 nos três domínios, visto que o p-valor não foi significativo, ou seja, a terapia individual não foi efetiva para produzir mudanças no enfrentamento dos pacientes à disfonia.

Tendo em vista a efetividade da TG e a não efetividade da TI, em relação as estratégias de enfrentamento à disfonia, observadas através do teste de hipótese, não houve necessidade de realizar comparações intergrupos.

Tabela 16 - Associação entre ganho dos domínios do PEED e variáveis demográficas de pacientes submetidos a terapia de grupo

Variáveis Dependentes	Terapia de Grupo	
	Variáveis Independentes	p-valor
Ganho T	Sexo	0,014*
	Faixa Etária	0,783
	Profissional da Voz	0,964
	Diagnóstico	0,268
Ganho FP	Sexo	0,165
	Faixa Etária	0,360
	Profissional da Voz	0,564
	Diagnóstico	0288
Ganho FE	Sexo	0,074
	Faixa Etária	0,104
	Profissional da Voz	0,161
	Diagnóstico	0,038*

Legenda: Ganho T: Ganho Total no Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FP: Ganho Foco no problema do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FE: Ganho Foco na Emoção do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento pós terapia. Teste Qui-quadrado *p<0,05
Fonte: João Pessoa, 2015

Foi realizada associação do ganho pós terapia e variáveis demográficas, exposta nas tabelas 16 e 17.

Verificou-se que a variável sexo influenciou significativamente o ganho total de pacientes submetidos a terapia de grupo, bem como o diagnóstico laríngeo tem influência sobre o ganho no domínio foco no problema.

Não foi verificada associação entre o ganho e variáveis demográficas na terapia individual.

Tabela 17 - Associação entre ganho e variáveis demográficas de pacientes submetidos a terapia individual

Variáveis Dependentes	Terapia de Individual	
	Variáveis Independentes	p-valor
Ganho T	Sexo	0,286
	Faixa Etária	0,326
	Profissional da Voz	0,922
	Diagnóstico	0,937
Ganho FP	Sexo	0,475
	Faixa Etária	0,797
	Profissional da Voz	0,604
	Diagnóstico	0,409
Ganho FE	Sexo	0,065
	Faixa Etária	0,985
	Profissional da Voz	0,357
	Diagnóstico	0,775

Legenda: Ganho T: Ganho Total no Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho FP: Ganho Foco no problema do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia pós terapia; Ganho E: Ganho Foco na Emoção do Protocolo de Estratégias de Enfrentamento pós terapia. Teste Qui-quadrado. *p<0,05
 Fonte: João Pessoa, 2015

6 DISCUSSÃO

Após avaliação vocal, cabe ao especialista em voz elaborar a conduta terapêutica que se adequa melhor ao paciente em questão. Dessa forma, ele deve tomar a decisão sobre a modalidade e abordagem de tratamento as quais direcionará o indivíduo. Este estudo contém dados de intervenção clínica nas modalidades individual (TI) e de grupo (TG), ambas com abordagem eclética para o tratamento da voz, e sua influência sobre as estratégias de enfrentamento na disfonia. Estes dados são inéditos na literatura, visto que não foram encontrados estudos com proposta semelhante, porém pesquisas sobre o tema sugerem a intervenção e comparação entre as modalidades terapêuticas (OLIVEIRA, 2009; LAW et al, 2012), além da importância do monitoramento das estratégias de enfrentamento nas disfonias após uma intervenção fonoaudiológica (MCHUGH-MUNIER et al, 1997).

A avaliação vocal realizada pelo fonoaudiólogo deve valorizar e identificar as estratégias utilizadas pelo paciente no enfrentamento da disfonia, pois espera-se que este aspecto proporcione uma reação e adaptação do indivíduo à doença (TUNCAY et al, 2008). Observou-se que no momento pré-terapia, os escores médios do PEED Total dos participantes da pesquisa eram maiores que 51,8, compatíveis com os da literatura para sujeitos com disfonia (OLIVEIRA et al, 2012). Além disso, o número médio de estratégias de enfrentamento utilizados pelos pacientes, tanto em TG quanto em TI, não eram diferentes quando iniciaram os tratamentos. Ambos os grupos eram predominantemente compostos por mulheres, não profissionais da voz, com diagnóstico de lesão na porção membranosa de pregas vocais ou fenda glótica. Portanto tinham características homogêneas no momento pré-terapia.

Mulheres são predispostas ao desenvolvimento de problemas de voz devido às questões anatomofisiológicas da sua configuração laríngea, que apresenta proporção glótica com dimensão reduzida, favorecendo maior impacto entre as pregas vocais durante a fonação, fenda triangular posterior, além da quantidade reduzida de ácido hialurônico e aumentada de fibronectina, em relação ao sexo masculino (CIELO et al, 2012). Além disso, o fato de falarem com maior intensidade e frequência, além da alta demanda vocal diária contribuem para o aparecimento de maior número de sintomas vocais e para a instalação da disfonia, que muitas vezes são determinantes na busca por tratamento (MENONCIN et al, 2010). Sabe-se ainda que mulheres procuram mais os serviços de saúde do que homens (FIGUEIRÊDO, 2005; GOMES et al, 2007).

A predominância de indivíduos que não fazem uso profissional da voz é proporcional à realidade encontrada na população em geral, em que apenas 25% da população economicamente ativa se considera profissional da voz (FORTES et al, 2007), frequência esta equivalente à descrita neste estudo.

As disfonias por fenda glótica e por lesão membranosa de pregas vocais estão contempladas dentre as disfonias comportamentais. Sua gênese está relacionada ao uso incorreto da voz, em que podem ocorrer fonotraumas repetitivos, favorecendo a instalação das lesões laríngeas, sendo este diagnóstico mais comumente encontrado na população de disfônicos (BEHLAU, 2008; BARATA et al, 2010; CIELO et al, 2012). As lesões benignas mais comuns são nódulo e pólipos vocais, granuloma, edema de Reinke e leucoplasias, sendo o nódulo a lesão mais incidente em mulheres e mais frequente na prática clínica. A terapia fonoaudiológica é considerada efetiva no tratamento dessas alterações vocais (NEVES et al, 2004; BRAGA et al, 2006; BEHLAU, 2008; MOURÃO et al, 2011; CIELO et al, 2012).

Estudos de intervenção fonoaudiológica para voz demonstram a efetividade da terapia individual para redução da desvantagem vocal, dos sinais e sintomas, melhoria da qualidade de vida, da qualidade vocal e dos parâmetros acústicos da voz (MANGILLI et al, 2008; BEHLAU et al, 2009; PIFAIA et al, 2013; BEHLAU et al, 2013), mas não foi encontrado estudo que avaliasse as estratégias de enfrentamento pré e pós intervenção e comprovasse sua efetividade também para este aspecto.

O grupo TI não apresentou diferença significativa entre as médias para nenhum dos domínios, portanto no presente estudo, a terapia individual não foi efetiva para auxiliar os pacientes a enfrentar melhor a disfonia. Observou-se que a terapia de grupo auxiliou os participantes a elencar mais estratégias de enfrentamento, com foco na resolução do problema vocal, pois os escores total e foco no problema melhoraram de maneira significativa, evidenciando sua efetividade.

Atualmente, o grupo terapêutico é reconhecido como eficaz para o tratamento das disfonias. Pesquisas sobre o tema comprovam sua efetividade tanto na prevenção das alterações vocais, como na melhoria da qualidade de vida, medidas acústicas e perceptivo-auditivas, redução do índice de desvantagem, exposição a fatores de risco e sintomas vocais, durante a reabilitação (SIMBERG et al, 2006; SEARL et al, 2011; SHIH et al, 2011; ALMEIDA et al, 2012; SILVA et al, 2015; VITAL et al, 2015). Além disso, sabe-se que sua organização e contexto geram um ambiente capaz de abranger questões biopsicossociais dos participantes, de modo que o tratamento seja verdadeiramente multidimensional (SOUZA et al, 2011; LAW et al, 2012).

A terapia de grupo permite que os participantes interajam a partir do compartilhamento de experiências e conhecimentos, em que ocorre desenvolvimento de uma nova visão de si e do outro diante da doença, diminuindo a ansiedade gerada, direcionando o sujeito a enfrentar melhor o estressor (ARAÚJO; FREIRE, 2011; RIBEIRO et al, 2012; TRAJANO, 2015), neste caso, o problema vocal. A convivência proporcionada pelo grupo favorece na formação de vínculos terapeuta-paciente e dos pacientes entre si, tornando o ambiente acolhedor e motivador para participação e melhor adesão à proposta terapêutica (LOPES, 2008; LEITE et al, 2008). Dessa forma, os indivíduos participam mais ativamente do processo de reabilitação.

Law et al (2012) sugeriram ainda que observar como outras pessoas aprendem as técnicas vocais é igualmente ou até mais efetivo do que observar um terapeuta executando-as, isto quando se está adquirindo novas habilidades motoras. Então, a terapia de grupo facilita também na aprendizagem dos exercícios de voz propostos no atendimento.

Tendo em vista o exposto e os resultados encontrados no presente estudo, é possível afirmar que o ambiente terapêutico do grupo é ideal para o tratamento da voz para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à disfonia.

Sabe-se que os indivíduos utilizam estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com situações estressantes, sendo que uma predomina sobre a outra. Para clínica, é mais importante a mensuração dessas estratégias do que do estresse causado pela doença, pois a partir delas é possível identificar a forma como o paciente lida com a doença e direcioná-lo ao enfrentamento efetivo. As adaptações feitas pelos indivíduos nem sempre são positivas e o uso das estratégias não são excludentes (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Os esforços comportamentais focam na emoção e buscam adequá-las ao problema/doença, melhorando a sua aceitação, sem direcionar o indivíduo ao tratamento. O enfrentamento cognitivo foca na resolução do problema, buscando alterar ou remover o estresse causado pela doença, impulsionando o paciente a buscar tratamento (FOLKMAN; LAZARUS, 1980; LORENCETTI; EPSTEIN, 2009; OLIVEIRA, 2009).

A terapia de grupo favoreceu o aumento de estratégias focadas na emoção e no problema, destacando-se as focadas no problema, visto que sua mudança foi significativa. Então, observou-se que esta modalidade de tratamento direciona os pacientes a tomar atitudes para solucionar a disfonia, se tornando ativos no processo de reabilitação. Isto implica que pacientes submetidos a terapia de grupo podem não só aderir melhor às propostas terapêuticas, discussões e execução de técnicas, mas também ter um prognóstico clínico melhor em relação a terapia individual.

Outro fato que pode ter auxiliado os participantes de TG a lidar melhor com a disfonia e buscar a solução do problema de voz é seu formato terapêutico, planejado em momentos de terapia indireta e direta, contemplando a abordagem eclética, que tem sido proposta na literatura (ROUTSALAINEN et al, 2008; VIEIRA, 2012; BEHLAU et al, 2013), se caracterizando como um programa de tratamento personalizado (GARTNER-SCHMIDT et al, 2013).

Uma abordagem indireta na terapia de voz auxilia o indivíduo a compreender a produção vocal, a desenvolver estratégias para melhorar sua voz e inibir o comportamento inadequado mantenedor da disfonia, bem como possibilita discussões sobre qualidade de vida e bem estar (MEDEIROS et al, 2009). Já abordagem direta foca na mudança dos ajustes vocais inadequados, através de técnicas para a voz (CARDING et al, 1999; PASA; OATES; DACAKIS, 2007). Essas abordagens são complementares e devem ser utilizadas em conjunto durante a reabilitação vocal.

O fato da abordagem do grupo ser delineada de forma que permite focar em momentos de discussão de temas e realização de dinâmicas entre os participantes, pode favorecer a adoção de novas estratégias, elaboradas durante estes períodos, para superar o problema compartilhado. Na TI não se tem esta possibilidade, visto que o ambiente conta apenas com paciente e terapeuta, e apesar de também ser eclética, muitas vezes acaba-se por ser mais customizada e direcionada para aprendizagem e execução das técnicas vocais. Assim, a não efetividade da terapia individual para melhorar as estratégias de enfrentamento na disfonia pode ser justificada pela diferença no ambiente terapêutico.

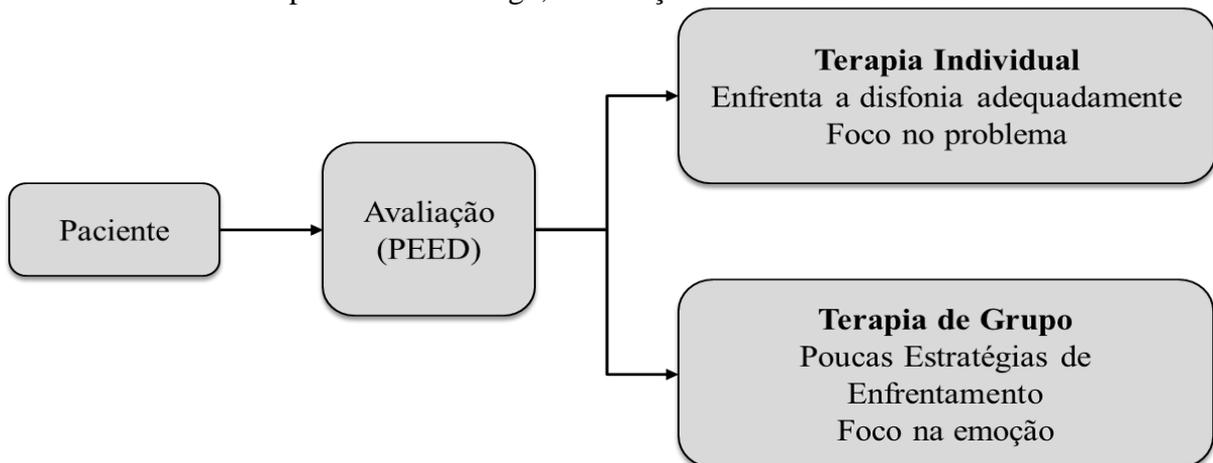
Muitas vezes o modelo individual não permite que o fonoaudiólogo observe a forma como o indivíduo com disfonia se comporta social e emocionalmente, nem sua percepção sobre o problema de voz e seus impactos no cotidiano, priorizando apenas o ajuste vocal por meio de técnicas (LEITE et al, 2008; RIBEIRO et al, 2011). Dessa forma, as orientações podem ser generalistas e não atender as reais necessidades do paciente, não direcionando a mudanças de comportamento necessárias para solucionar a disfonia.

A terapia individual é a mais tradicional na Fonoaudiologia, com evidências sobre sua efetividade para melhorar a qualidade vocal (BEHLAU et al, 2013). Então, de acordo com os achados neste estudo, se durante a avaliação nota-se que o indivíduo utiliza de muitas estratégias de enfrentamento e com foco na resolução do problema para lidar com a disfonia, pode-se encaminhá-lo diretamente para terapia individual.

Caso seja percebido a utilização de poucas estratégias de enfrentamento na disfonia e/ou foco na emoção, pode-se encaminhá-lo para terapia de grupo, a fim de se obter, não só

melhora da qualidade vocal, mas na forma como ele enfrenta a disфония, com o aumento das estratégias, de modo que se torne mais ativo no processo terapêutico. Cabe ao fonoaudiólogo tomar esta decisão. Como demonstra a Figura 2:

Figura 2 - Modelo de Tomada de Decisão para o direcionamento da conduta terapêutica para disфония a ser adotada pelo fonoaudiólogo, em relação ao enfrentamento à disфония



Legenda: PEED: Protocolo de Estratégias de enfrentamento na Disфония

Analisou-se ainda o ganho pós terapia individual e de grupo em relação às variáveis demográficas dos participantes deste estudo. A medida do ganho foi extraída a partir dos resultados dos escores pré e pós tratamento, ou seja, quando o escore pós era melhor que o pré considerou-se que houve ganho nas estratégias de enfrentamento à disфония.

Foi observado que maioria da população submetida a terapia de grupo obteve ganho em todos os domínios do PEED e que a maioria submetida ao atendimento individual não apresentou ganho. Este fato foi confirmado na comparação de médias, em que ocorreram mudanças significativas apenas no grupo. Tanto em TG quanto em TI, mulheres apresentaram ganho, sendo a frequência maior no TG. A maioria dos homens não melhoraram em nenhum domínio nos dois grupos. Quando se associou a frequência de ganho e o sexo dos participantes, percebeu-se que esta variável influencia significativamente no aumento do uso de estratégias de enfrentamento pós terapia de grupo, portanto a forma como se enfrenta a disфония é diferente para cada tipo de sexo. Folkman et al (1987) verificaram que existem diferenças na forma como homens e mulheres enfrentam a doença, corroborando os achados neste estudo.

Indivíduos que procuram tratamento fonoaudiológico para voz espontaneamente assumem mais estratégias para lidar com a disфония (ZAMBON et al, 2014). O simples fato de mulheres procurarem mais os serviços de saúde demonstra seu posicionamento mais ativo

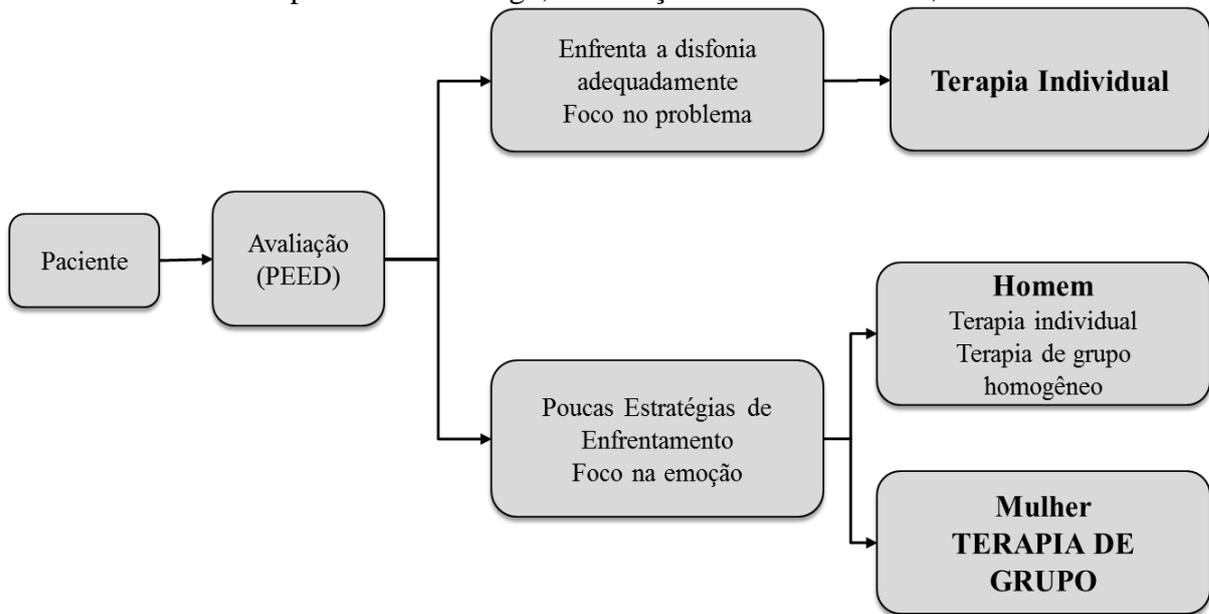
diante de uma doença (GOMES et al, 2007). O mesmo estudo sugere que a baixa procura de homens por atendimento em saúde advém do receio em ser associados à fraqueza, medo e insegurança em relação à doença.

Um estudo (FOLKMAN; LAZARUS, 1980) verificou que homens utilizavam mais estratégias com foco no problema do que as mulheres. Por outro lado, Tamres et al (2002) afirma que mulheres utilizam maior número de estratégias de enfrentamento à doenças do que homens, e que a maioria dessas estratégias utilizam a expressão verbal, ou seja, falam mais sobre o problema para lidar melhor com ele, estratégia focada no problema (OLIVEIRA et al, 2012). O grupo é um ambiente propício para a utilização desta estratégia.

Além disso, sabe-se que a personalidade de homens e mulheres se diferenciam em vários aspectos (NUNES et al, 2009) e que o tipo de enfrentamento adotado pode estar relacionado com a personalidade do indivíduo, podendo se modificar em diferentes momentos da situação estressante (MCHUGH-MUNIER et al, 1997; ZAMBON et al, 2012).

No presente estudo, percebeu-se que o fato de ser homem ou mulher influencia na adoção de estratégias de enfrentamento, proposta pela terapia fonoaudiológica em grupo. Sabe-se que as mulheres são mais beneficiadas pela TG do que os homens. Sugere-se então a homogeneização dos grupos terapêuticos quanto ao sexo, para que os homens recebam atendimento voltado à utilização de estratégias de enfrentamento capazes de torná-los ativos no processo de reabilitação vocal, e para que o ambiente seja ainda mais propício a discussões sobre suas impressões diante da doença, pois é possível que eles se sintam melhor compartilhando apenas com outros homens que compartilham do mesmo problema. Outra alternativa é encaminhá-los diretamente para a terapia individual, onde o terapeuta deve estimular a adoção de modificações cognitivas e comportamentais que favoreça a busca pela resolução do problema vocal, tendo em vista que ele já sabe que o paciente do sexo masculino tende a não se adaptar e enfrentar a disfonia. Procedimentos demonstrados na Figura 3:

Figura 3 - Modelo de Tomada de Decisão para o direcionamento da conduta terapêutica para disфонia a ser adotada pelo fonoaudiólogo, em relação ao enfrentamento, sexo do voluntário



Legenda: PEED: Protocolo de Estratégias de enfrentamento na Disфонia

Oliveira et al (2012), realizaram um estudo transversal a fim de investigar características demográficas de uma população de disفônicos e afirmou que grupos separados por sexo e idade não diferiram entre si quanto às estratégias de enfrentamento adotadas para disфонia. Folkman e Lazarus (1980) também não havia encontrado relação entre idade e estratégias de enfrentamento.

Os achados na literatura trazem dados transversais sobre a relação entre idade do paciente e enfrentamento à disфонia/fator estressor. Pesquisa de Folkman et al (1987) analisou as estratégias de enfrentamento em jovens e idosos. Eles perceberam que indivíduos jovens utilizaram mais estratégias focadas no problema, enquanto idosos utilizaram as com foco na emoção.

No presente estudo, a partir de dados longitudinais, não se observou influência significativa da idade na adoção de estratégias de enfrentamento quando investigado o ganho pós terapia vocal de grupo ou individual.

Investigou-se ainda a relação entre o ganho pós terapia nos três domínios do PEED, o uso profissional da voz e diagnóstico laríngeo. Percebeu-se que o fato de ser profissional da voz não influenciou os pacientes a melhorarem em relação ao ganho pós terapia, independentemente do tipo de tratamento ao qual foram submetidos.

Zambon et al (2014) afirmaram que profissionais da voz tendem a utilizar em seu cotidiano diversas estratégias para superar as limitações vocais que interferem no processo de trabalho, assim, espera-se que utilizar ou não a voz profissionalmente pode influenciar nas

estratégias utilizadas para superar o problema vocal, o que não foi observado no presente estudo.

O enfrentamento é a resposta comportamental e cognitiva a um fator estressante e busca aumentar o controle pessoal diante deste fator. A compreensão sobre a forma como o paciente se posiciona diante do diagnóstico da disfonia é importante para a terapia fonoaudiológica em voz, pois a partir disso é possível perceber como ocorrem as adaptações cognitivas e comportamentais, para superar as alterações trazidas pelo problema vocal, e se há presença de eventos estressores e ansiedade reativa (EPSTEIN et al, 2008; OLIVEIRA, 2009; BRETAS, 2011; OLIVEIRA et al, 2012; ZAMBON et al, 2014).

Trajano (2015) comparou sintoma vocais e ansiedade em pacientes com disfonia nos momentos pré e pós terapia em grupo para a voz e observou que esta modalidade é efetiva na modificação destes aspectos e que eles se correlacionam positivamente, então quanto menos sintomas relatados mais baixos são os níveis de ansiedade. Além disso, a ansiedade é influenciada pela limitação e pelo impacto emocional decorrentes da disfonia. Fato que reforça a ideia de que existe relação entre questões emocionais, sintomas e alterações vocais (COSTA et al, 2013; ALMEIDA et al, 2014).

Percebeu-se influência significativa do diagnóstico laríngeo em relação ao ganho de estratégias de enfrentamento com foco na emoção pós terapia de grupo, ou seja, indivíduos com diferentes diagnósticos utilizam estratégias focadas na emoção de forma diferente no TG. Isto porque em TG indivíduos com fenda glótica ou que não apresentam lesão laríngea, melhoraram em todos os domínios do PEED de forma equilibrada. Já maioria dos pacientes com lesão na porção membranosa de prega vocal melhoraram em relação ao foco no problema na TG, mas não apresentaram ganho em relação ao foco emocional.

Como já mencionado, a adoção e o foco de estratégias de enfrentamento estão interligadas à personalidade dos indivíduos (MCHUGH-MUNIER et al, 1997; ZAMBON et al, 2014).

Epstein et al (2009) sugeriram que disfônicos por tensão muscular (funcional) e espasmódica (orgânica) tendem a desenvolver diferentes ajustes para lidar com seus problemas vocais, ou seja, o enfrentamento depende do tipo de disfonia diagnosticada.

Almeida et al (2015) descreveram a personalidade de indivíduos com diferentes tipos de disfonia. Eles observaram que aqueles diagnosticados com fenda glótica ou ausência de lesão laríngea eram mais equilibrados emocionalmente, bem como se adaptam melhor a mudanças, aceitam novas ideias com facilidade e confiam mais nas pessoas, ou seja, esses

indivíduos tem perfil para participar da terapia de grupo, de modo que isto possa ter refletido diretamente na frequência do ganho em estratégias de enfrentamento.

Os pacientes com lesão em pregas vocais adotaram apenas novas estratégias focadas na solução do problema. É possível que eles tenham se posicionado desta forma por terem um diagnóstico mais concreto em relação à disfonia, pois além dos sintomas vocais e impactos na qualidade de vida e desvantagem vocal, possuem uma lesão visível no exame otorrinolaringológico. Além disso, ao longo da terapia de grupo receberam informações sobre as patologias laríngeas e foram informados que muitas vezes estas lesões são reabsorvíveis, o que os levou a adotar estratégias para que a reabsorção ocorra.

Assim, quando a disfonia tem aspecto controlável, os pacientes tendem a envolver soluções práticas voltadas para o problema em si. Em contraste, quando o problema é crônico e relacionado com fatores que não podem ser controlados, as pessoas tendem a usar estratégias de gestão das emoções (OLIVEIRA et al, 2012; ZAMBON et al, 2014).

Indivíduos diagnosticados com disfonia orgânica, com caráter mais crônico, tendem a ser pouco curiosos para conhecer novos temas, conservadores, não gostam de novidades, são desconfiados, e tem dificuldades em manter relações saudáveis (ALMEIDA et al, 2015), considerando este perfil, eles podem não se enquadrar bem na proposta do grupo terapêutico.

O terapeuta pode influenciar positivamente quanto à reabilitação vocal, tornando-a mais simples e breve, com maior colaboração do paciente, considerando o enfrentamento como ferramenta terapêutica (OLIVEIRA, 2009; OLIVEIRA et al, 2012; ZAMBON et al, 2014).

Os achados nesta pesquisa irão auxiliar fonoaudiólogos que atuam na área de voz, principalmente os inseridos no serviço público que lidam com altas demandas, a tomar decisão sobre a melhor conduta a ser tomada de acordo com o perfil do paciente com disfonia.

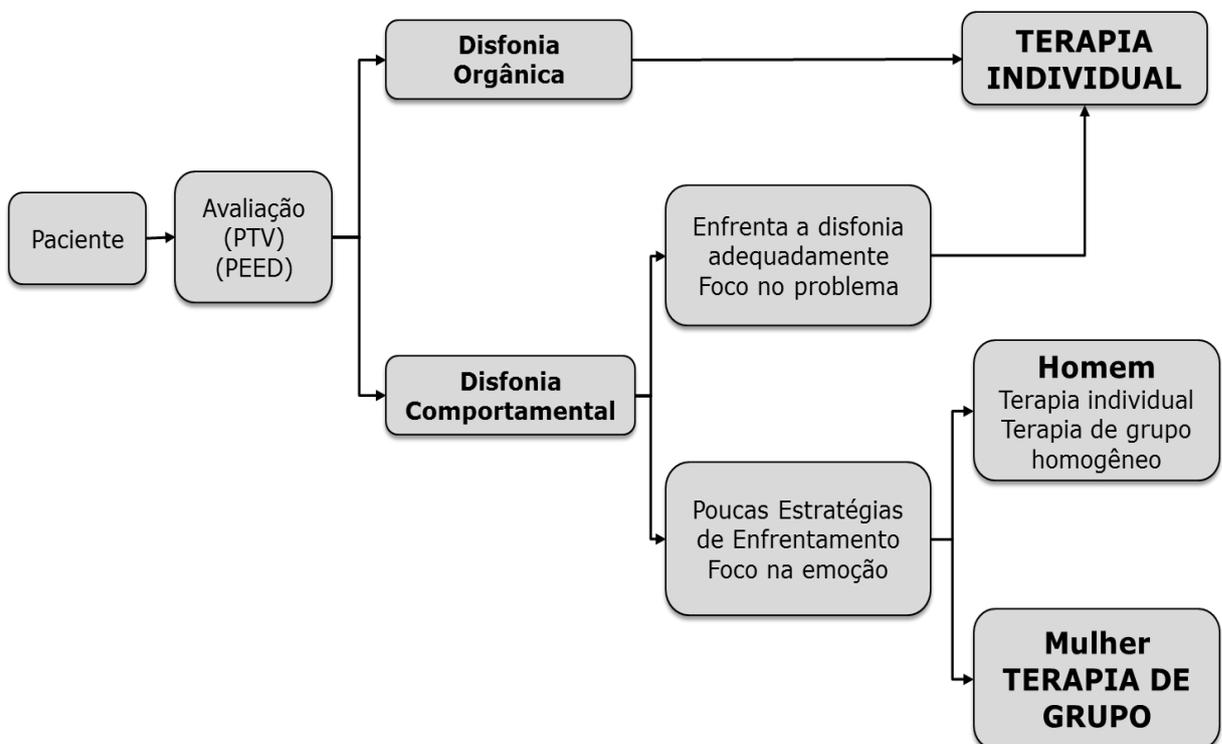
A partir dos resultados encontrados, pode-se afirmar que terapia de grupo é efetiva para ajustar o comportamento do paciente direcionando-o a buscar a superação da disfonia, de tal forma que o torna ativo durante o processo terapêutico e melhora seu prognóstico. Esta modalidade se sobressaiu no aspecto enfrentamento à disfonia, em relação à terapia individual.

Assim, de acordo com características do paciente observadas durante a avaliação o terapeuta pode direcioná-lo à terapia de grupo ou à individual. Sabe-se agora que mulheres com diagnóstico de disfonia comportamental são as maiores beneficiadas pelo tratamento em grupo e podem ser encaminhados diretamente para a terapia de grupo quando procurar o serviço especializado em voz. Foi sugerido ainda que os grupos sejam homogêneos quanto ao

sexo dos participantes, pois isto melhoraria a performance participativa de homens durante os atendimentos e conseqüentemente a adoção de estratégias de enfrentamento na disfonia.

De acordo com o Modelo de Tomada de Decisão para o direcionamento da conduta terapêutica para disfonia a ser adotada pelo fonoaudiólogo, considerando o enfrentamento e sua relação com o sexo e diagnóstico laríngeo de pacientes com disfonia: se durante a avaliação vocal avaliação percebe-se que o paciente tem diagnóstico de disfonia orgânica, deve-se encaminhá-lo diretamente para terapia individual. Caso o paciente apresente diagnóstico de disfonia comportamental, deve-se observar a forma como ele enfrenta a disfonia: se o indivíduo enfrentar a disfonia adequadamente e com foco no problema, deve-se encaminhá-lo para terapia individual, ou para um grupo terapêutico, dependendo do serviço em que está inserido; se ele utilizar de poucas estratégias de enfrentamento e/ou foca na emoção: caso seja homem deve ser inserido em um grupo homogêneo, ou encaminhado para terapia individual; caso seja mulher deve ser encaminhada diretamente à terapia de grupo, como demonstra a Figura 4:

Figura 4 - Modelo de Tomada de Decisão para o direcionamento da conduta terapêutica para disfonia a ser adotada pelo fonoaudiólogo, em relação ao enfrentamento, sexo e o diagnóstico laríngeo do voluntário



Legenda: PTV: Protocolo de Triagem Vocal; PEED: Protocolo de Estratégias de enfrentamento na Disfonia.

Esta informação é de grande valia para os atendimentos em voz, pois auxilia a tomada de decisão sobre a conduta terapêutica a ser seguida. Além disso o perfil de indivíduo descrito acima é exatamente o que mais chega a procura de atendimento como já foi discutido anteriormente. Portanto, a implantação da terapia de grupo para a voz nos serviços públicos e privados de Fonoaudiologia seria capaz de reduzir filas de espera, garantindo atendimento efetivo e de qualidade aos pacientes com disfonia.

7 CONCLUSÃO

A terapia de grupo com abordagem eclética mostrou-se efetiva para auxiliar o paciente a aumentar as estratégias de enfrentamento à disfonia. A terapia individual não foi efetiva para melhorar as estratégias de enfrentamento na disfonia.

O sexo influencia o ganho pós terapia vocal de grupo, bem como o ganho no enfrentamento focado na emoção se relaciona com o diagnóstico laríngeo do paciente submetidos a terapia de grupo. Mulheres com disfonia comportamental foi a população mais beneficiada pela terapia de grupo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.F.A. et al. Análise da personalidade de indivíduos com diferentes diagnósticos de disfonia. In: XXIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e IX Congresso Internacional de Fonoaudiologia. 2015, Salvador-Ba. Anais.
- ALMEIDA, A.A.F. et al. Características vocais e de personalidade de pacientes com imobilidade de prega vocal. *CoDAS* [online], v.27, n.2, p. 178-185, 2015.
- ALMEIDA, L.N.A. et al. Características vocais e emocionais de professores e não professores com baixa e alta ansiedade. *Revista Audiol*, v.19, n. 2, p. 179-185, 2014.
- ALMEIDA, K.A. et al. Prática da interdisciplinaridade do pet-saúde com professores da escola pública. *Rev Bras Promoç Saúde*, v.25, n. 1, p. 80-5, 2012.
- ANHAIA, T.C. et al. Intervenções vocais diretas e indiretas em professores: revisão sistemática da literatura. *ACR*, v. 18, n.4, p. 361-6, 2013.
- ARANGO, N.H.G. Bioestatística: teórica e computacional com banco de dados reais em disco. 2ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- ARAÚJO, M.L.B.; FREIRE, R.M.A.C. Atendimento Fonoaudiológico em Grupo. *Rev. CEFAC*, v.13, n. 2, p. 362-8, 2011.
- BARATA, L.F.; MADAZIO, G.; BEHLAU, M.; BRASIL, O. Análise vocal e laríngea na hipótese diagnóstica de nódulos e cistos. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, v.15, n.3, p. 349-54, 2010.
- BEASLEY, C.R. Bioestatística Usando R: Apostila de Exemplos Para o Biólogo. Universidade Federal do Pará, Campus de Bragança, 2004.
- BEHLAU, M. Voz – O livro do especialista. Volume I. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2008.
- BEHLAU, M. et al. Validação no Brasil de protocolos de auto-avaliação do impacto de uma disfonia. *Pró-Fono*, v.21, n. 4, p. 326-32, 2009.
- BEHLAU, M. et al. Apresentação do Programa Integral de Reabilitação Vocal para o tratamento das disfonias comportamentais. *CoDAS*, v.25, n. 5, p. 492-6, 2013.
- BEHLAU, M.; MADAZIO, G.; OLIVEIRA, G. Functional dysphonia: strategies to improve patient outcomes. *Dovepress*, v.6, p. 243–253, 2015.
- BRAGA J.N. et al. Nódulos vocais: análise anatomo-funcional. *Rev CEFAC*, v.8, n.2, p. 223-9. 2006.
- BRASOLOTTO, A.G.; REHDER, M. I. Diagnóstico Vocal Fonoaudiológico. In: Rehder MI; Branco A. (Org.). *Disfonia e Disfagia: interface, atualização e prática clínica*. Rio de Janeiro: Revinter, 2010, p. 1-37.
- BRETAS, C. M. Análise comparativa da qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes com alterações vocais decorrentes ou não do tratamento do câncer de laringe. 2010. 131 f. Tese (Doutorado) – Fundação Antônio Prudente, São Paulo. 2011.

CARDING, P. Evaluating voice therapy: Measuring the effectiveness of treatment. London: Whurr Publishers; 2000.

CARDING, P.N.; HORSLEY, I.A.; DOCHERTY, G.J. A study of the effectiveness of voice therapy in the treatment of 45 patients with nonorganic dysphonia. *J Voice*, v.13, n.1, p.74-104, 1999.

CASSOL, M. et al. Análise de características vocais e de aspectos psicológicos em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, v.15, n.4, 491-6, 2010.

CIELO, C.A. et al. Disfonia funcional psicogênica por puberfonia do tipo muda vocal incompleta: aspectos fisiológicos e psicológicos. *Estudos de Psicologia*, v.26, n. 2, p. 227-36, 2009.

CIELO, C.A et al. Afecções laríngeas, tempos máximos de fonação e capacidade vital em mulheres com disfonia organofuncional. *Rev CEFAC*, v.14, n.3, p.481-488, 2012.

COHEN, F.; LAZARUS, R.S. Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosom Med*, v. 35, n. 5, p. 375-89, 1973.

COHEN, S.M. et al. Prevalence and Causes of Dysphonia in a Large Treatment-Seeking Population. *The Laryngoscope*, n. 122, p. 343-8, 2012.

COSTA, D. B. et al. Fatores de risco e emocionais na voz de professores com e sem queixas vocais. *Rev. CEFAC* [online]. v.5, n.4, p. 1001-1010, 2013.

COSTA, M.; MOTA, C.P. Configuração Familiar, Gênero e Coping em Adolescentes: Papel dos Pares. *Psicologia em Estudo*, v. 17, n. 4 p. 567-575, 2012.

DAMIÃO, E.B. et al. Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. *Rev Esc Enferm.*, v. 43(Esp 2), p. 1199-203. 2009.

DANIEL, W.W. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. Ed 9. New York: John Wiley e Sons, 2009.

DEARY, I.J. et al. The dysphonic voice heard by me you and it: differential associations with personality and psychological distress. *Clin Otolaryngol*, v. 28, p. 374-78, 2003.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. *Estatística sem Matemática para Psicologia: usando SPSS para Windows*. [Tradução VIALI, L.]. 3 a ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEJONCKERE, P.H. et al. A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, n.258, p. 77-82, 2001.

DEVORE, J. L. *Probabilidade e Estatística: para Engenharia e Ciências*. [Trad.SILVA, J. P. N.]. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

DORIA FILHO, U. *Introdução à bioestatística para simples mortais*. Ed 14. São Paulo: Elsevier, 1999.

DRAGONE, M.L.O.S. Programa de Saúde Vocal para Educadores: Ações e Resultados. *Rev. CEFAC*, v.13, n.6, p. 1133-43, 2011.

- EPSTEIN, R. The impact of botulinum toxin injections in adductor spasmodic dysphonia: A cross sectional and longitudinal study [Tese] Londres: University College and Middlesex School of Medicine;1998.
- EPSTEIN, R. et al. How Do Individuals Cope With Voice Disorders? Introducing the Voice Disability Coping Questionnaire. *J Voice*, n. 23; p. 209-17, 2009.
- FERRACCIU, C.C.S. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho e estratégias de enfrentamento em professoras da rede pública estadual de Alagoas [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- FERREIRA, L.P. et al, Voz do professor: gerenciamento de grupos. *Distúrb Comun*, v. 22, n. 3, p. 251-258, 2010.
- FIERRO-HERNÁNDEZ, C.; RODRÍGUEZ, J.A.J. Bienestar, variables personales y afrontamiento em jóvenes universitários. *Escritos de Psicología*, n. 6; p. 85-91, 2002.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.10, p.105-9, 2005.
- FINGER, L.S.; CIELO, C.A. Reverse phonation - physiologic and clinical aspects of this speech voice therapy modality. *Rev Bras Otorrinolaringol*, v. 73, n. 2, p.271-7, 2007.
- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav.*, v. 21, n. 2, p. 219-39, 1980.
- FOLKMAN, S. et al. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 50, p. 571-579, 1986.
- FOLKMAN, S. et al. Age differences in stress and coping processes. *Psychol Aging*, v.2, p.171-84, 1987.
- FORTES, F.S.G. et al. Perfil dos profissionais da voz com queixas vocais atendidos em um centro terciário de saúde *Rev Bras Otorrinolaringol*, v.73, n.1, p. 27-31, 2007.
- FREITAS, S.A.V.S.F.; FERREIRA, A.J.S. Avaliação Acústica e Áudio Perceptiva na Caracterização da Voz Humana [Tese].Universidade do Porto, 2012.
- GAMA, A.C.C. et al. Adesão a orientações fonoaudiológicas após a alta do tratamento vocal em docentes: estudo prospectivo. *Rev CEFAC*, v. 14, n. 4, p. 714-20, 2012.
- GARTNER-SCHMIDT, J. et al. Quantifying Component Parts of Indirect and Direct Voice Therapy Related to Different Voice Disorders. *J Voice*, v. 27, n. 2, p. 210-16, 2013.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.3, p.565-574, 2007.
- GOULART, B.N.G.; ROCHA, J.G.; CHIARI, B.M. Intervenção fonoaudiológica em grupo a cantores populares: estudo prospectivo controlado. *J.Soc. Bras. Fonoaudiol.*, v. 24, n. 1, p. 7-18, 2012.
- JARDIM, R.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.A. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. *Cad Saúde Pública*, v.23, n. 10, p. 2439-61, 2007.

- JONG, F.I.C.R.S.A. Psychological cascade for persisting voice problems in teachers. *Folia Phoniatr Logop*, n. 55, p. 91-191, 2003.
- JUSTICE, B. Stress, Coping and Health Outcomes. In: Russell, M.L. *Stress Management for Chronic Disease*. Pergamon Press, p. 14-29, 1988.
- KASAMA, S. T.; BRASOLOTTO, A. G. Percepção vocal e qualidade de vida. *Pró-Fono R. Atual. Cient*, v.19, n.1, p. 19-28, 2007.
- KOHLSDORF, M.; COSTA JUNIOR, A.L. Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia*, v. 25, n. 3, p. 417-429, 2008.
- LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
- LAW T. et al. The Effectiveness of Group Voice Therapy: A Group Climate Perspective. *Journal of Voice*, v. 26, n. 2, p. 41-8, 2012.
- LEITE, A.P.D.; PANHOCA, I. A. Constituição de sujeitos no grupo terapêutico fonoaudiológico: identidade e subjetividade no universo da clínica fonoaudiológica. *Rev Dist Comum*, v.15, n.2, p.289-308, 2003.
- LEITE, A.P.D.; PANHOCA, I.; ZANOLLI, M.L. Distúrbios de voz em crianças: o grupo como possibilidade de intervenção. *Rev Dist Comun.*, v. 20, n. 3, p. 339-47, 2008.
- LIPP, M.E.N. *Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
- LOPES, J.C. *O vínculo e sua relevância no trabalho terapêutico fonoaudiológico com grupos [dissertação]*. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008.
- LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J.P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Rev Latino-am Enfermagem.*, v. 13, n.6, p. 944-50, 2005.
- MACKENZIE, K. Is voice therapy an effective treatment for dysphonia? A randomised controlled trial. *BMJ*, n. 323, p. 1-6, 2000.
- MANGILLI, L. D. et al. Voz, deglutição e qualidade de vida de pacientes com alteração de mobilidade de prega vocal unilateral pré e pós-fonoterapia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, v.13, n. 2, p. 103-12, 2008.
- MENONCIN, L.C.M. et al. Muscular and Skeletal Changes in Cervical Dysphonic in Women. *Intl Arch Otorhinolaryngol*, v. 14, n. 4, p. 461-6, 2010.
- MEDEIROS, E.A. A inserção da fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família: vivências em Sobral – CE. *S A N A R E*, v.8,n.2,p.07-15, 2009.
- MCHUGH-MUNIER, C. Coping Strategies, Personality, and Voice Quality in Patients with Vocal Fold Nodules and Polyps. *J Voice*, n.11, p.452-61, 1997.
- MORETI, F.; ZAMBON, F.; BEHLAU, M.; OLIVEIRA, G. Equivalência cultural da versão Brasileira da Voice Symptom Scale – VoiSS. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol*, v.23, n. 4, 2011.
- MOURÃO, A.M.; BASSI, I.B.; GAMA, A.C.C. Avaliação eletroglotográfica de mulheres disfônicas com lesão de massa. *Rev CEFAC*, v.13, n.6, p.1073-1080, 2011.

- NEVES, B.M.; NETO, J.G.; PONTES, P.; Diferenciação histopatológica e imunoistoquímica das alterações epiteliais no nódulo vocal em relação aos pólipos e ao edema de laringe. *Rev Bras Otorrinolaringol*, v.70, n. 4, p. 439-48, 2004.
- NUNES, C.H.S.; HUTZ, C.S.; GIACOMONI, C.H. Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação Psicológica*, v.8, n.1, p.99-108, 2009.
- OLIVEIRA, G. Estratégias de Enfrentamento nos Distúrbios de Voz [Tese]. Universidade Federal de São Paulo, 2009.
- OLIVEIRA, G.; HIRANI S.P.; EPSTEIN, R.; YAZIGI, L.; BEHLAU, M. Coping Strategies in Voice Disorders of a Brazilian Population. *Journal of Voice*, v.26, n. 2, p. 205-213, 2012.
- OLIVEIRA, I.B. A pessoa com disfonia: análise comparativa pré e pós terapia vocal. *Distúrbio da Comunicação*, v. 25, n. 1, p. 103-118, 2013.
- PARK, K.; BEHLAU, M. Perda da voz em professores e não professores. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.*, v.14, n. 13, p. 463-9, 2009.
- 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.*, v. 32, n. 3, p. 128-40, 2007.
- PAUL, N. et al. A Study of the Effectiveness of Voice Therapy in the Treatment of 45 Patients With Nonorganic Dysphonia. *Journal of Voice*, v. 13, n. 1, p. 72-104, 1999.
- PEDROLO, F.T.; ZAGO, M.M.F. A imagem corporal alterada do laringectomizado: Resignação com a condição. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.46, n. 4, p. 407-15, 2000.
- PENTEADO, R. Z.;SERVILHA, E.A.M.S. Fonoaudiologia em Saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbio da Comunicação*, v.16, n. 1, p. 107-16, 2004
- PEREIRA, P.F.A.; PENTEADO, R.Z. Desenhos e Depoimentos: Recursos para Investigação da Percepção e do Conhecimento Vocal. *Rev CEFAC*, v.9, n.3, 383-96, 2007.
- PIFAIA, L.R.; MADAZIO, G.; BEHLAU, M. Diagrama de desvio fonatório e análise perceptivo-auditiva pré e pós-terapia vocal. *CoDAS*, v.25, n. 2, p. 140-7, 2013.
- PORTONE C.; JOHNS M.M.; HAPNER E.R. A review of patient adherence to the recommendation for voice therapy. *Jornal of Voice*, v.22, n. 2, p. 192-6, 2008.
- RIBEIRO, V.V. et al. Grupo terapêutico em fonoaudiologia: Revisão de literatura. *Rev CEFAC*, v.14, n. 3, p. 544-52, 2012.
- RIBEIRO, V.V. et al. Avaliação vocal de crianças disfônicas pré e pós intervenção fonoaudiológica em grupo: Estudo de caso. *Revista CEFAC*, v.15, n. 2, p. 485-494, 2013.
- RIBEIRO.B.M.; GAMA. A.C.C.; BASSI. I.B.; TEXEIRA. L.C.; Parâmetros vocais, laríngeos e de autopercepção de professoras disfônicas: análise após tratamento fonoaudiológico. *Rev. CEFAC*.15(3):631-641, 2013 Mai-Jun.

- RUOTSALAINEN, J. et al. Systematic review of the treatment of functional dysphonia and prevention of voice disorders. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, n. 138, p. 557-65, 2008.
- SANTANA, J.J. et al. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia*, v. 18, n. 40, p. 371-384, 2008.
- SANTOS, S.B. et al. Verifying the effectiveness of using resonance tubes in voice therapy with elderly people. *Audiol Commun Res.*, v. 19, n.1, p. 81-7, 2014
- SAVOIA, M.G.; SANTANA, P.; MEJIAS, N.P. Adaptação do inventário de estratégias de coping de folkman e lazarus para o português. *Rev Psicol USP*, v. 7, p.183-201, 1996.
- SAVOIA, M.G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping). *Rev. Psiq. Clin.*, n.26, p. 1-9, 1999.
- SCHUSTER, M. et al. Quality of life in laryngectomees after prosthetic voice restoration. *Folia Phoniatr Logop*, n.55, p.211-9, 2003.
- SEARL, J. et al. Feasibility of group voice therapy for individuals with Parkinson's disease. *J. Journal of Communication Disorders*, v. 44, p. 719-32, 2011.
- SEIDL, E.M.F.; TRÓCCOLI, B.T.; ZANNON, C.M.L.C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.
- SHIH, L.C. et al. Singing in groups for Parkinson's disease (SING-PD): A pilot study of group singing therapy for PD-related voice/speech disorders. *Parkinsonism and Related Disorders*, v.8, p. 548-52, 2011.
- SILVA, W.J.N. et al. Redução dos Fatores de Risco Vocais Pós-Terapia de Grupo em Pacientes com Disfonia. *J. Voice (No Prelo)*, 2015.
- SILVA, C.J.; SERRAB A.M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Rev Bras Psiquiatr*, v.26, p. 33-9, 2004. Suplemento I.
- SIMBERG, S. et al. The effectiveness of group therapy for students with mild voice disorders: a controlled clinical trial. *J Voice*, v.20, n. 1, p.97-109, 2006.
- SIMBERG, S. et al. Exploring genetic and environmental effects in dysphonia: A twin study. *Journal of speech, language, and hearing research*, v. 56, p. 153-63, 2009.
- SOLOMON, N.P. et al. Aerodynamic Evaluation of the Postthyroidectomy Voice. *J Voice*, v. 26, n. 4, p. 454-61, 2012.
- SOUZA, A.P.R. et al O grupo na fonoaudiologia: Origens clínicas e na saúde coletiva. *Rev CEFAC*, v.13, n.1, p. 140-51, 2011.
- TAMRES, L.K.; JANICKI, D.; HELGESON, V.S. Sex differences in coping behavior: A metaanalytic review and an examination of relative coping. *Pers Soc Psychol*, v.6, p.2-30, 2002.
- TAVARES, J.S.; TRAD, L.A. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1349-58, 2010. Suplemento.

- TORMAN, V. B. L.; 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.
- TRAJANO, F.M.P. A Efetividade da Terapia Fonoaudiológica de Grupo Para a Redução da Ansiedade de Pacientes com Disfonia. (Dissertação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2015.
- TRINDADE, L.M.D.F.T.; VIEIRA, M.J. O Aluno de Medicina e Estratégias de Enfrentamento no Atendimento ao Paciente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 37, n. 2, p. 167-177; 2013.
- TUNCAY, T. The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health Qual Life Outcomes*, v.6, p.79, 2008.
- VAN STAN J.H. et al. Taxonomy of voice therapy. *American Journal of Speech-Language Pathology*, v. 24, p. 101-125, 2015.
- VIEIRA, V.P.; ATALLAH, A.N. Tratamento dos distúrbios da voz baseado em evidências. *Diagn Tratamento*, v. 14, n. 1, p. 19-21, 2009.
- VITAL, H.R.M.C. et al. Sintomas Vocais Auditivos e Sensoriais Pré e Pós-Terapia de Grupo de Pacientes com Disfonia. *Revista CEFAC (No Prelo)*, 2015.
- VIEIRA, V.P. 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], São Paulo, 2012.
- VILELA, F.C.A.; FERREIRA, L.P. Voz na clínica fonoaudiológica: grupo terapêutico como possibilidade. *Distúrb. Comun*, v. 18, n. 2, p. 235-243, 2006.
- VIVAN, A.S.; ARGIMON, I.I. Coping strategies, functional difficulties, and associated actors in institutionalized elderly. *Cad Saude Publica*, v. 25, p. 436-44, 2009.
- ZAMBON, F.C. Estratégias de Enfrentamento em professores com queixa de voz. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.*; v. 17, n. 2; p. 237-237, 2012.
- ZAMBON, F.; MORETI, F.; BEHLAU, M. Coping Strategies in Teachers With Vocal Complaint. *Journal of Voice*, v. 28, n. 3, p. 341-48, 2014.
- ZAMBON, F. et al. Voice rehabilitation effect on teacher's voice-related life activities and perceptive analysis. *Logopedie*, v. 2547, p. 155-160, 2011.
- ZAR, J.H. Biostatistical analysis. Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, 1999.

ApêndiceA -Artigo de Revisão Sistemática Aprovado para publicação na Revista CEFAC

**FONOTERAPIA EM GRUPO E SUA EFICÁCIA PARA TRATAMENTO DA
DISFONIA: uma revisão sistemática**

Speech Therapy Group and its effectiveness for Dysphonia Treatment: a systematic review

**Larissa Nadjara Alves Almeida⁽¹⁾, Ana Karina Cascudo Alves Fahning⁽¹⁾, Flávia Maiele
Pedroza Trajano⁽²⁾, Ulisses Umbelino dos Anjos⁽¹⁾, Anna Alice Figueirêdo de Almeida⁽¹⁾**

⁽¹⁾ Fonoaudióloga. Aluna do Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão em Saúde, Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

⁽²⁾ Enfermeira. Aluna do Programa de Pós Graduação em Programa de Neurociência Cognitiva e Comportamento, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

⁽³⁾ Docente e pesquisador do Departamento de Estatística, Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

⁽⁴⁾ Docente e pesquisadora do Departamento de Fonoaudiologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Área: Voz

Tipo de manuscrito: Artigo de revisão de literatura

Título resumido: Fonoterapia em grupo para disfonia

Fonte de auxílio: Inexistente

Conflito de interesses: Inexistente

RESUMO: O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática sobre terapia vocal de grupo e seus efeitos em pacientes com disfonia. O estudo é do tipo revisão sistemática da literatura. A pesquisa foi realizada a partir da associação dos descritores (também em inglês) “terapia de grupo”, “voz” e “disfonia”, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e *The Cochrane Library*. Foi encontrado um total de 177 artigos, sendo 11 selecionados, segundo critérios de inclusão e de exclusão. A modalidade de terapia de grupo é eficaz na reabilitação das disfonias em diferentes populações-alvo.

DESCRITORES: Voz; Disfonia; Distúrbios da Voz; Terapêutica; Fonoterapia; Processos Grupais.

ABSTRACT

The aim of this study was to conduct a systematic review of voice therapy and its effects in patients with dysphonia. The study is a systematic review of the literature. The survey was conducted from an association of the descriptors "group therapy", "voice" and "dysphonia" (in Portuguese and English) in the *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Latin American and Caribbean Health Sciences* (LILACS), *Medical Literature Analysis and retrieval System Online* (Medline) and *The Cochrane Library databases*. 177 articles were found, of which 11 were selected according to inclusion and exclusion criteria. Group voice therapy is effective in the rehabilitation of dysphonia in different target populations.

DESCRIPTORS: Voice; Dysphonia; Voice Disorders; Therapy; Voice therapy; Group Processes

INTRODUÇÃO

Quando os fonoaudiólogos iniciaram sua atuação no serviço público, por volta da década de 1980, o modelo clínico-assistencialista dominava as práticas em saúde, limitando-as a atendimentos individuais que, muitas vezes, visava apenas à patologia instalada. Neste modelo, priorizava exercícios e orientações incompatíveis com as reais condições de vida dos pacientes, no que diz respeito a sua percepção sobre a doença e a interferência dela no cotidiano e na sua inclusão social¹⁻³.

Com o crescimento da ciência Fonoaudiologia e sua inserção na atenção básica à saúde, surgiu a necessidade de criar estratégias que possibilitassem adequação dos serviços para atender a alta demanda existente. Inicialmente, com este fim, foi proposta a terapia de grupo^{1,2}.

No decorrer do tempo, aconteceram mudanças significantes de conceitos e práticas em saúde, com a defasagem do modelo curativo e ascensão da atuação em promoção à saúde e prevenção às doenças, trazendo um novo conceito de saúde e valorizando ações coletivas. Entre essas, está o grupo terapêutico, que é visto como educativo pelo fato de proporcionar a construção conjunta de conhecimentos entre os sujeitos e de ser um importante lugar de partilha entre os pacientes e entre esses e o profissional de saúde. Além disso, a observação de que existem outras pessoas vivendo situações semelhantes, permite a modificação da visão dos processos patológicos e a consequente melhora da percepção sobre sua saúde e qualidade de vida¹⁻⁴.

Estudos apontam a terapia de grupo como experiência positiva em Fonoaudiologia^{2,4-6}, já que atua nos aspectos de promoção da saúde a partir da construção de conceitos, noções de autocuidado e educação em saúde, bem como oferece possibilidades de intervenção terapêutica em que o indivíduo é assistido com abrangência biopsicossocial⁴.

O grupo é, ainda, um ambiente propício para o terapeuta conhecer cada paciente por meio dos compartilhamentos e interações, de modo que dirija o atendimento de uma forma que supra as necessidades e dificuldades relatadas pelos participantes. É necessário que o terapeuta tenha embasamento teórico, que fundamente sua prática ajudando-o na forma de conduzi-la. Para isto, são indispensáveis estudos mais aprofundados sobre o tema².

Na área de voz, o fonoaudiólogo atua na promoção, prevenção e reabilitação de distúrbios vocais, denominados disfonia, que ocorrem quando a voz não consegue cumprir seu papel de transmissão da mensagem verbal e emocional, caracterizados por dificuldades ou alterações que impedem sua produção natural⁷. A instalação da disfonia causa impacto no desempenho comunicativo do indivíduo e, conseqüentemente, no seu bem estar e qualidade de vida, que pode resultar em prejuízos sociais, profissionais e emocionais⁸.

Por ser composto por pessoas que partilham de um mesmo interesse e têm um objetivo em comum e entre as quais há interação e vínculos emocionais, o atendimento em grupo pode motivar a participação dos sujeitos nas terapias, ajudar os indivíduos a enfrentar a doença e diminuir níveis de ansiedade^{2,9}.

Tendo em vista o exposto, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática sobre terapia vocal de grupo e seus efeitos em pacientes com disfonia.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de revisão sistemática da literatura sobre o tema “voz e terapia de grupo” a partir da busca de artigos em língua portuguesa e/ou inglesa publicados nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e *The Cochrane Library*. Esta pesquisa foi realizada em agosto de 2014.

Os descritores em ciências da Saúde (DeCS) utilizados para a localização dos artigos foram: *Terapia de Grupo/Group Therapy*; *Processos Grupais/Group Processes*; *Voz/Voice* e *Disfonia/Dysphonia*. A busca foi realizada a partir da associação entre eles. Desta forma, utilizaram-se as seguintes combinações entre os descritores “*Group Therapy and Voice*”, “*Group Therapy and Dysphonia*”, “*Group Processes and Voice*” e “*Group Processes and Dysphonia*”.

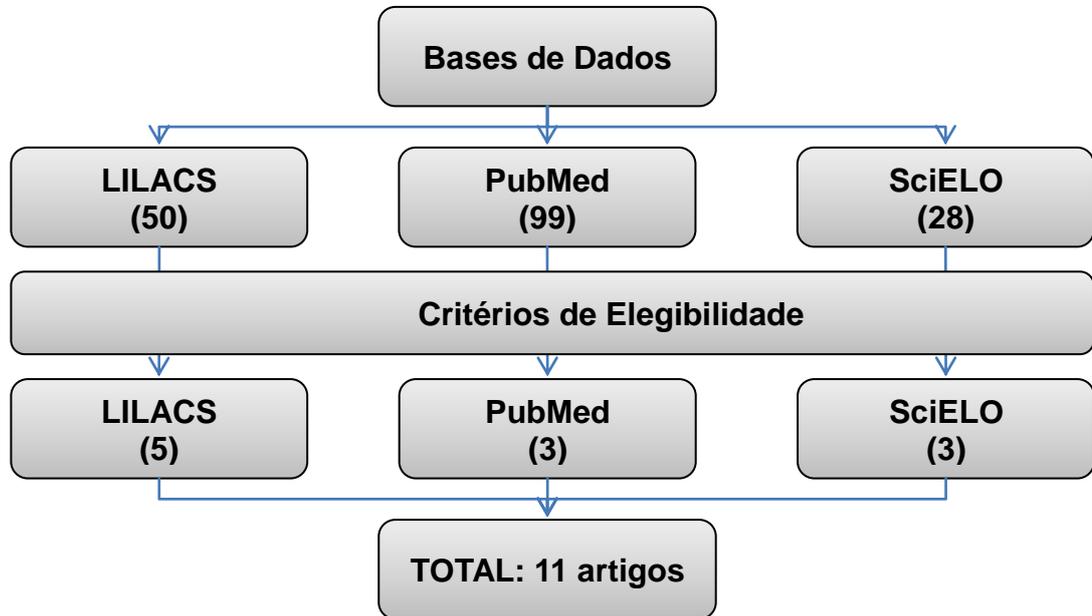
Os artigos foram selecionados seguindo critérios de elegibilidade, a saber: a) Presença dos descritores citados em seu título, resumo ou palavras chaves; b) Estudos que abordassem terapia de grupo para a voz; c) Amostra de todas as idades do ciclo vital; d) Artigos em português e/ou inglês; e) Artigos completos disponíveis nas bases de dados. A pesquisa não foi restritiva quanto ao ano de publicação. Os artigos replicados em diferentes bases de dados foram contabilizados apenas uma vez.

Não foi encontrada nenhuma revisão sistemática sobre o tema na biblioteca virtual *Cochrane* em pesquisa a partir dos mesmos descritores utilizados neste estudo.

Foram localizados 177 artigos no total e selecionados 11 para análise posterior resultante da busca a partir dos descritores. Um grande número de artigos foi excluído (166 artigos) por não abordar terapia de grupo para a voz e por não se apresentar em língua inglesa ou portuguesa.

A Figura 1 expõe a estratégia de busca realizada para a seleção dos artigos nas demais bases de dados pesquisadas, desde a busca inicial até os elegidos ao final, que atenderam aos critérios pré-estabelecidos.

Figura 5 - Fluxograma da estratégia de busca realizada na revisão sistemática envolvendo os descritores "Terapia de Grupo AND Voz", "Terapia de Grupo AND Disfonia", "Processos grupais AND Voz" e "Processos grupais AND *Dysphonia*"



Como forma de categorização dos dados, optou-se pela análise dos seguintes aspectos: a) ano de publicação; b) país; c) público-alvo; c) métodos terapêuticos utilizados; d) métodos de avaliação pré e pós-terapia de grupo; e) protocolos utilizados para mensurar os aspectos vocais; f) efetividade da terapia vocal de grupo.

Depois de realizadas as buscas e seleção dos artigos, os dados foram apresentados, sistematicamente, seguindo a ordem cronológica crescente e destacando os aspectos supracitados.

REVISÃO DA LITERATURA

Sabe-se que o grupo terapêutico é uma prática recente em Fonoaudiologia, visto que esta ciência se consolidou no período do modelo assistencialista. Uma revisão de literatura que pesquisou artigos publicados entre os anos de 2005 e 2010, encontrou 28 artigos sobre o tema, entre esses, 25% eram na área de voz. Nela, observou-se que esta prática de intervenção já era considerada uma experiência positiva para tratar distúrbios da comunicação^{3,10}. Assim, percebeu-se a necessidade de conhecer o que a literatura traz sobre os processos grupais na reabilitação vocal.

As tabelas 18 e 19 compilam os estudos encontrados e expõem os dados pesquisados, como características gerais e características inerentes à avaliação e intervenção que são explanados e discutidos nesta revisão.

Tabela 18– Características gerais sobre os estudos selecionados para a revisão sistemática sobre terapia de grupo para pacientes com disфонia

Autor/Ano	País de Origem	Nº de Participantes	Sexo	Público Alvo
Vilela e Ferreira, 2006	Brasil	5 – 6 sujeitos	Masculino/ Feminino	Fonoaudiólogos
Simberg et al, 2006	Finlândia	6 – 7 sujeitos	Masculino/ Feminino	Estudantes de licenciatura
Luchesi et al, 2010	Brasil	Indefinido	Masculino/ Feminino	Professores
Searl et al, 2011	EUA	15 sujeitos	Masculino/ Feminino	Doentes de Parkinson
Shih et al, 2011	EUA	32 sujeitos	Masculino/ Feminino	Doentes de Parkinson
Law et al, 2012	China	10 sujeitos	Feminino	Professores
Almeida et al, 2012	Brasil	10 sujeitos	Masculino/ Feminino	Professores
Ribeiro et al, 2013	Brasil	6 sujeitos	Masculino/ Feminino	Crianças
Ribeiro et al, 2013	Brasil	6 sujeitos	Masculino/ Feminino	Pais de crianças
Oliveira, 2013	Brasil	5 sujeitos	Masculino/ Feminino	Adultos
Santos et al, 2014	Brasil	21 sujeitos	Masculino/ Feminino	Idosos

Tabela 19- Características sobre as intervenções em grupo realizadas nos estudos revisados

Autor/Ano	Duração da sessão	Duração da Intervenção	Tipo de Intervenção	Avaliação Pré e Pós Terapia/Instrumentos	Eficácia
Vilela e Ferreira, 2006	Indefinido	Indefinida	Direta/Indireta	Não	Parcial
Simberg et al, 2006	90 min	6 semanas	Direta/Indireta	Sim: Percertivo-Auditiva (EAV), Sintomas Vocais	Sim
Luchesi et al, 2010	90 min	12 semanas	Indireta	Não	Parcial
Searl et al, 2011	90 min	8 semanas	Direta	Sim: Percertivo-Auditiva (<i>loudness</i>), IDV	Sim
Shih et al, 2011	90 min	12 semanas	Indireta	Sim: Percertivo-Auditiva, IDV, QVV	Não
Law et al, 2012	90 min	8 semanas	Direta/Indireta	Sim: Percertivo-Auditiva, QVV, QCG	Sim
Almeida et al, 2012	45 min	6 semanas (alternadas)	Indireta	Não	Parcial
Ribeiro et al, 2013	40 min	12 semanas	Direta/Indireta	Sim: Percertivo-Auditiva (CAPE-V), Acústica	Sim
Ribeiro et al, 2013	40 min	12 semanas	Direta/Indireta	Sim: Percertivo-Auditiva (CAPE-V), Acústica, QVV-P	Parcial
Oliveira, 2013	Indefinido	8 semanas	Indireta	Sim: Percertivo-Auditiva (GRBASI), QVV, PPAV	Parcial
Santos et al, 2014	60 min	8 semanas	Direta	Sim: Percertivo-Auditiva (GRBASI)	Sim

Legenda: EAV: Escala Analógico Visual; IDV: Índice de Desvantagem Vocal; QVV: Questionário de Qualidade de Vida em Voz; CAPE-V: *Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice*; QVV-P: Questionário de Qualidade de Vida em Voz Pediátrico; PPAV: Perfil de Participação e Atividades Vocais.

Em 2006, realizou-se um estudo com fonoaudiólogos¹¹, com experiência em atendimento coletivo de pacientes disfônicos, objetivando analisar os procedimentos e resultados da terapia. Para isto, realizou-se entrevista semiestruturada contendo a caracterização dos entrevistados e informações sobre como eram realizadas as intervenções, desde a formação do grupo, avaliação dos participantes, metodologia utilizada até aspectos positivos e negativos dessa modalidade terapêutica. Os entrevistados relataram que recorreram ao atendimento em grupo, inicialmente, para atender à demanda existente, que não havia número de participantes definido e que eles eram agrupados por sexo, idade ou tipo e gravidade de distúrbio vocal. Além disso, foi mencionado que, geralmente, a terapia não era estruturada, mas guiada pela escuta, buscando atender à demanda momentânea.

Os profissionais apontaram o grupo como uma forma potente de intervenção no tratamento das disfonias e o caracterizaram como um espaço de diversidades que possibilita uma dinâmica interativa em que o sujeito é ativo e corresponsável pela sua evolução e alta clínica. Quanto aos pontos negativos do processo, foi citada a forma de avaliação inicial e contínua, que geralmente é realizada dentro do próprio grupo, sem a utilização de protocolos específicos, com a justificativa de que, no serviço público, não há tempo e estrutura para esta prática. Também foram citados pontos como alto índice de faltas e pouca frequência de encontros, fato que mostra a necessidade de que estes ocorram mais de uma vez por semana¹¹.

Tendo em vista o exposto no estudo supracitado¹¹ que aborda a falta de registro das mudanças vocais pré e pós-terapia, ou mesmo, quando existentes, sua não utilização contínua ou divulgação, pode-se dizer que há influência deste fato na quantidade de publicações existentes anteriores a esta investigação, sendo ele o mais antigo encontrado sobre o tema, no Brasil, durante a busca.

O registro e divulgação dos dados são necessários para a prática baseada em evidências que vem ganhando credibilidade ao longo do tempo, sendo imprescindíveis a coleta e análises dos dados pré e pós-intervenção, a fim de gerar informações sobre a prática de grupo. Além disso, esses dados devem ser utilizados na reavaliação contínua dos pacientes para que o terapeuta tenha noções sobre o impacto das atividades propostas por meio do *feedback* dos participantes, bem como dos efeitos em sua dinâmica vocal. Desta forma, as informações devem ser publicadas, para que possam embasar, estruturalmente, outras intervenções nesse tipo de modalidade terapêutica.

Um ensaio clínico realizado na Finlândia⁶, com alunos de licenciatura, avaliou as mudanças pré e pós-terapia de grupo para diferentes distúrbios vocais de forma planejada e

estruturada, o demonstra maior preocupação metodológica na realização da terapia, por parte dos pesquisadores daquele país, em relação aos estudos brasileiros da mesma época.

Os sujeitos passaram por avaliação fonoaudiológica por meio da análise perceptivo-auditiva utilizando-se uma Escala Analógico Visual e de relato de sintomas vocais por meio de um questionário elaborado pelos autores, além de avaliação médica, com laringoscopia indireta, rinoscopia e inspeção de faringe para sinais de infecção. Posteriormente, foram encaminhados para terapia de grupo.

Os grupos foram compostos por seis ou sete indivíduos que, inicialmente, assistiram a uma palestra sobre saúde vocal. As sessões eram semanais e duravam 90 minutos, sendo que 15 minutos eram dedicados à terapia indireta (relembrando a palestra inicial) e o tempo restante dedicado à terapia direta, com a realização de exercícios de resistência, utilizando ‘tubos finlandeses’. 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 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 efetivo para tratar problemas de voz em estágio inicial.

Comparando o estudo nacional¹¹ e o internacional⁶, publicados no mesmo ano, pode-se perceber que o segundo tem um delineamento metodológico em registrar o efeito do pré e pós-tratamento, quando comparado com os relatos dos fonoaudiólogos entrevistados na primeira pesquisa, mostrando maior preocupação em relação aos registros dos pesquisadores estrangeiros no mesmo período cronológico.

Uma pesquisa bibliográfica¹² realizada para verificar a eficácia das intervenções vocais diretas e indiretas, de forma isolada e combinada, na prevenção de distúrbios vocais em professores já formados, concluiu que a abordagem combinada revelou resultados mais expressivos quando comparada com a intervenção isolada. Um exemplo é o ensaio clínico finlandês, em que houve preocupação com educação e realização de exercícios vocais e se mostrou eficaz para a disfonia.

Em 2010, realizou-se 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 da adaptação de um protocolo não especificado referente a aspectos vocais e ocupacionais, sendo acrescentadas questões sobre queixas e concepção de voz ideal para o professor, além de sugestões de ações para saúde vocal¹³. Realizou-se um total de 12 sessões, uma por semana, com duração de 90 minutos, com

abordagem terapêutica indireta por meio de exposições sobre produção e saúde vocal. Foi relatado alto índice de abandono do tratamento, visto que, de 13 participantes, apenas 05 concluíram a intervenção, principalmente por falta de tempo de comparecer às sessões, como justificaram os docentes. Houve diferença significativa referente à diminuição do número de sintomas vocais pré e pós-terapia entre aqueles que terminaram o tratamento e os que o 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.

Assim, sabe-se que apenas a intervenção indireta não é suficiente para produzir as mudanças vocais esperadas. É possível que a baixa adesão apresentada tenha relação com a pouca percepção de melhoria referente à voz durante o processo terapêutico.

Nos Estados Unidos, em 2011, uma pesquisa¹⁴ de terapia de grupo com idosos com Doença de Parkinson, objetivou demonstrar a viabilidade do tratamento direto, baseado no método *Lee Silverman Voice Treatment (LSVT)*, priorizando a execução de tarefas focadas na ampliação da *loudness* e a eficácia do grupo terapêutico. Para isto, foram realizadas avaliações de voz antes e após as oito sessões semanais que eram realizadas uma vez por semana com duração de 90 minutos cada, a partir da aplicação do protocolo Índice de Desvantagem Vocal e gravação da voz, leitura de texto e vogal /a/ sustentada em *loudness* forte e fraca, com registro de tempo máximo de fonação. A pressão sonora foi medida pré e pós-terapia, a partir de um cálculo utilizando a pressão sonora de 65dB fixada no programa PRAAT e um fator de conversão medido por um calibrador localizado a 30cm do indivíduo. Ao final do período, percebeu-se que 89% dos sujeitos apresentaram maior pressão sonora, bem como redução na percepção de desvantagem vocal, ratificando que a terapia de grupo foi eficaz neste caso.

Concomitante a esse estudo, no mesmo país, outra pesquisa¹⁵ estudou o comportamento de sujeitos com Doença de Parkinson durante 12 sessões de intervenção, sendo uma por semana, em grupo, a fim de observar se a terapia de canto melhorava a *loudness* dos indivíduos e, se após esse tipo de intervenção, haveria aumento da qualidade de vida e diminuição do índice de desvantagem vocal. As sessões tinham duração de 90 minutos, sendo que 20 minutos eram dedicados a alongamentos e exercícios de respiração e 70, ao canto de músicas populares. A terapia era direcionada por fonoaudiólogo e professor de canto e objetivava a percepção cinestésica, calibração da intensidade e do esforço fonatório, aumento da *loudness* e extensão vocal, além de melhora da articulação. Foi realizada avaliação pré e pós-terapia, utilizando dados do Questionário de Qualidade de Vida em Voz,

Índice de Desvantagem Vocal e avaliação perceptivo-auditiva da voz, que não indicaram mudanças significantes nos aspectos pesquisados. Concluiu-se que a terapia de canto não foi eficaz para melhorar os aspectos vocais de sujeitos com Doença de Parkinson.

Considerando os dois estudos supracitados^{14,15}, que realizaram terapia de grupo com o mesmo público alvo e obtiveram diferentes desfechos, chama-se a atenção para o tipo de intervenção e metodologia adotada, em que um interviu diretamente, focando no problema, e o outro indiretamente sobre o problema de voz, cuja intervenção foi mais longa e não produziu efeito vocal satisfatório nos pacientes.

No ano de 2012, na China, com o objetivo de investigar o clima de grupo na terapia de voz coletiva, pesquisadores submeteram professores com distúrbios vocais a uma intervenção semelhante à realizada na Finlândia⁶. A intervenção foi estruturada com oito sessões, uma por semana, de fonoterapia indireta, por meio de orientações sobre saúde vocal e exercícios de relaxamento, e direta com técnicas do programa *Lessac-Madsen Resonant Voice Therapy* (LMRVT), adaptado para o grupo. Foi realizada avaliação pré e pós-terapia por avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica, por meio de análise perceptivo-auditiva da voz por dois fonoaudiólogos com experiência que classificavam as vozes como normais ou em grau de alteração e dos questionários de Qualidade de Vida em Voz e Clima de Grupo, para medir a qualidade de vida e percepção dos participantes em relação ao ambiente do tratamento em grupo e sua coesão interna⁹, respectivamente.

Os resultados demonstraram que a terapia de grupo é efetiva em reduzir distúrbios vocais. Neste caso, ocorreu redução do número de sintomas vocais e autopercepção de melhoria na qualidade de vida, apesar da ausência de diferença na avaliação perceptivo-auditiva pré e pós-tratamento. Quanto ao clima de grupo, percebeu-se que a atmosfera de terapia era positiva quanto ao engajamento dos membros, mas também que os participantes evitavam as responsabilidades do processo terapêutico e essa foi a única situação de percepção de conflito no grupo.

A literatura aponta que atividades em grupo podem trazer benefícios emocionais e sociais para o sujeito. As situações de diálogo e compartilhamento vivenciadas se configuram como troca de experiências, ajudando a superação das dificuldades e a potencialização do indivíduo diante do problema, sendo essas as principais diferenças entre o atendimento em grupo e o individual, ajudando o paciente a melhorar sua autoconfiança e independência, a fim de criar soluções próprias para minimizar as dificuldades encontradas². Por este motivo, presume-se que o sujeito se torne ativo no seu processo de reabilitação grupal, o que não foi observado em outro trabalho⁹.

Alguns autores⁹ reconheceram limitações no estudo, como a falta de um grupo de controle, reabilitado de forma individual, além do reduzido número de participantes. Sugeriram que avaliações acústica e aerodinâmica da voz complementariam a avaliação perceptivo-auditiva, tornando a análise mais sensível às mudanças dos padrões vocais. Afirmaram que é interessante pesquisar processos terapêuticos e técnicas empregadas que possibilitem melhorias na estrutura e planejamento, facilitando a reabilitação vocal, e investigar evidências sobre a efetividade imediata e a longo prazo da terapia em grupo, além de considerar a personalidade do clínico talvez por influenciar a condução do tratamento, bem como as características individuais dos pacientes que poderiam influenciar no engajamento, adesão à terapia e reabilitação, e por se refletirem em sua produção vocal. Assim, a pesquisa mostra a necessidade de estudos futuros sobre o referido tema.

O ambiente coletivo é propício para o terapeuta conhecer cada paciente por causados compartilhamentos e interações, de modo que dirija o atendimento de forma que supra as necessidades e dificuldades relatadas pelos participantes. É necessário que ele tenha perfil adequado para este tipo de atendimento e embasamento teórico, que fundamente sua prática e auxilie a conduzi-la, fato que pode influenciar, inclusive, a adesão terapêutica. Para isto, são indispensáveis estudos mais aprofundados sobre o tema¹⁶.

Ainda no ano de 2012, pesquisadores realizaram fonoterapia em 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 de seis encontros quinzenais, realizando oficinas com exercícios voltados às necessidades dos participantes, como conscientização corporal, controle da respiração, alongamentos e relaxamento, melhora da postura e exercícios de aquecimento vocal e palestras que orientavam sobre aspectos ocupacionais e saúde vocal. Não foi realizada avaliação vocal, sendo consideradas apenas as opiniões dos docentes, inclusive sobre a estruturação das sessões. A partir da experiência e relato dos voluntários, que demonstraram satisfação e reconheceram a importância da terapia em seu dia a dia, concluiu-se que esse tipo de prática foi eficaz para a manutenção da saúde do professor e prevenção de problemas vocais. O estudo sugere, ainda, a necessidade da implementação de programas de atenção ao bem estar do docente¹⁷.

Estudos afirmam que a terapia de grupo em Fonoaudiologia atua nos aspectos de promoção da saúde a partir da construção de conceitos e noções de autocuidado e educação para a saúde, bem como oferece possibilidades de intervenção terapêutica em que o indivíduo é assistido com abrangência biopsicossocial^{2,3}, corroborando, assim, os resultados encontrados nesta revisão.

Em 2013, foi publicado estudo de caso¹⁸ com crianças disfônicas com o objetivo de caracterizar sua dinâmica vocal, pré e pós-terapia fonoaudiológica de grupo, por meio de avaliação perceptivo-auditiva e acústica da voz, por meio do Consenso da Avaliação Perceptivo-Auditiva da Voz (CAPE-V) e do *software* VOXMETRIA, respectivamente. Foi realizada avaliação vocal inicialmente e após 12 sessões, de 40 minutos, uma por semana, que compunham um programa de reabilitação vocal estruturado, no qual foram feitas orientações aos pais e às crianças, para continuidade do trabalho no dia a dia, bem como executados exercícios vocais de forma lúdica, tais como: técnica de sons nasais, de sons vibrantes, de som basal, técnica de bocejo-suspiro, técnica de voz salmodiada e de sons fricativos. Ao final do tratamento, concluiu-se que fonoterapia de grupo promove modificações na dinâmica vocal de crianças disfônicas, no que se refere aos parâmetros perceptivo-auditivos da voz, visto que houve diferença estatisticamente significativa do grau geral e rugosidade pré e pós-terapia⁴. Outra pesquisa realizada¹⁹ pelos mesmos autores, com a mesma amostra e características de intervenção, buscou a opinião dos pais dos menores sobre sua qualidade de vida, pré e pós-tratamento e constatou que, apesar da melhora dos padrões vocais, não houve correlação entre a qualidade de vida das crianças e sua qualidade vocal, tampouco diferença significativa nos dois momentos avaliados.

Observou-se que a terapia vocal de grupo é eficaz para vários tipos de disфонia e populações. Pouco se encontrou na literatura sobre a sua efetividade e efeitos nos padrões perceptivo-auditivos e acústicos da voz na população adulta. Por isso, é interessante a adaptação e replicação da metodologia dos estudos apresentados, possibilitando o registro de dados que possam servir de evidência para a prática clínica utilizando a modalidade terapêutica grupal nessa população.

O estudo encontrado que relatou intervenção em adultos disfônicos que não utilizavam a voz profissionalmente²⁰ foi realizado, ainda em 2013, com a finalidade de avaliar de forma multidimensional a efetividade de um programa de terapia vocal de grupo com base cognitivo comportamental, para adultos com distúrbios vocais comportamentais. Foram formados dois grupos, com cinco participantes cada, um submetido à terapia convencional e outro à comportamental. Essas modalidades terapêuticas foram compostas por orientações sobre bem estar e saúde vocal, além de técnicas vocais, como emissão de fricativos e treino respiratório, sendo que a segunda conta ainda com orientação cognitiva, envolvendo instruções dirigidas, com utilização de recursos como compartilhamento de experiências e reflexões, por exemplo, para explicitação dos efeitos nocivos à comunicação.

Estabeleceram-se comparações por meio de diferentes instrumentos de avaliação os momentos pré e pós-terapia, os quais abrangiam questões como sintomas, análise vocal perceptivo-auditiva realizada por três especialistas por meio da GRBASI e questionários validados: Questionário de Qualidade de Vida em Voz e Análise do Perfil de Participação e Atividades Vocais. Ao fim do tratamento, percebeu-se que a fonoterapia mostrou-se efetiva para ambos os grupos independente do programa terapêutico utilizado; no entanto, a intervenção com base cognitiva parece ter melhorado a qualidade de vida em voz dos sujeitos. Fato que pode ter ocorrido exatamente porque a terapia focou o comportamento vocal dos indivíduos portadores de problemas vocais, reflexos de hábitos inadequados.

O estudo mais recente²¹ encontrado foi realizado no Brasil e sua publicação data de 2014. O objetivo foi 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. Eles foram divididos em dois grupos, sendo um de intervenção, que participou de seis sessões com a técnica “tubos de ressonância”, e outro de controle, que participou de seis oficinas de saúde vocal, ambos com duração de 60 minutos cada, realizados uma vez por semana. No processo de reavaliação, a partir da comparação da análise vocal pela escala GRBASI e do resultado da espirometria, realizadas pré e pós-terapia, concluiu-se que a técnica finlandesa apresentou eficácia na terapia com indivíduos idosos com sintomas de presbifonia, auxiliou a melhora da qualidade vocal em todos os parâmetros da escala, exceto da soproidade, e a melhora da capacidade vital²¹. Resultados que corroboram os achados em estudo citado anteriormente com amostra de Doentes de Parkinson¹⁴.

COMENTÁRIOS FINAIS

No Brasil, os estudos mais atuais, a partir de 2012/2013, têm um delineamento metodológico mais estruturado em relação à metodologia de intervenção e com a reavaliação vocal pré e pós-terapia, a fim de comprovar a efetividade da terapia coletiva para a voz. Já em outros países, observou-se que mais precocemente há um maior rigor metodológico.

Sobre as intervenções, os grupos, em geral, eram compostos por um número pequeno de indivíduos, em torno de seis a oito participantes, e eram mistos quanto ao sexo. As sessões geralmente ocorriam uma vez por semana com duração de 90 minutos cada e envolviam um período médio de sete semanas de intervenção. Eram realizados exercícios de alongamento e relaxamento cervicais, aquecimento vocal e técnicas de trato vocal semiocluído, bem como oficinas abordando principalmente saúde e produção vocal, voltadas para a reabilitação do

distúrbio. Percebeu-se, ainda, que a maioria das pesquisas realizou intervenção direta e indireta combinadas, mas as que priorizaram terapia vocal direta apresentaram desfechos melhores em relação à qualidade da voz.

Além disso, a maioria dos estudos revisados considerou a terapia vocal de grupo um método efetivo para a disfonia, em todas as idades analisadas, levando em consideração suas limitações e sugestões, bem como em ações de promoção à saúde vocal e prevenção de distúrbios de voz. Esta evidência destaca-se importante, pois embasa a prática de processos grupais para reabilitação vocal em serviços com alta demanda de pacientes, tornando o atendimento rápido e dinâmico.

Tendo em vista o exposto e considerando-se o pequeno número de estudos de intervenção em grupo encontrado, é importante a continuidade de pesquisas sobre o tema que descrevam detalhadamente a intervenção realizada, desde avaliação até as técnicas vocais abordadas, e que registrem evidências para a prática clínica sobre aspectos como sintomas e fatores de risco vocais, adesão e enfrentamento à terapia de grupo e autoavaliação vocal, por exemplo.

REFERÊNCIAS

1. Penteadó RZ, Servilha EAMS. Fonoaudiologia em Saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios Comun.* 2004;16(1):107-16.
2. Souza APR, Crestani AH, Vieira CR, Machado FCM, Pereira LL. O grupo na fonoaudiologia: Origens clínicas e na saúde coletiva. *Rev CEFAC.* 2011;13(1):140-51.
3. Ribeiro VV, Panhoca I, Leite APD, Bagarollo MF. Grupo terapêutico em fonoaudiologia: Revisão de literatura. *Rev CEFAC.* 2012;14(3):544-52.
4. Ribeiro VV, Leite APD, Lacerda L, Cielo CA, 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. *Distúrbios Comun.* 2013;25(1):81-90.
5. Anelli W. Atendimento em grupo ao disfônico. In: Lopes FO, organizador. *Tratado de fonoaudiologia.* São Paulo: Roca; 1997. p.717-22.
6. Simberg S, Sala E, Tuomainen J, Sellman J, Rönnemaa AM. The effectiveness of group therapy for students with mild voice disorders: a controlled clinical trial. *J Voice.* 2006;20(1):97-109.
7. Behlau M. *Voz - O Livro do Especialista.* vol 1. Rio de Janeiro: Revinter; 2008.
8. Oliveira G, Hirani SP, Epstein KR, Yazigi L, Behlau M. Coping Strategies in Voice Disorders of a Brazilian Population. *JVoice.* 2013;26(2):205-13.
9. Law T, Lee KYS, Ho FNY, Vlantis AC, Hasselt ACV, Tong MCF. The Effectiveness of Group Voice Therapy: A Group Climate Perspective. *JVoice.* 2012;16(2):41-8.
10. Ribeiro VV, Leite APD, Alencar BLF, Bail DI, Bagarollo MF. Avaliação vocal de crianças disfônicas pré e pós intervenção fonoaudiológica em grupo: Estudo de caso. *RevCEFAC.* 2013;15(2):485-94.
11. Vilela FCA, Ferreira LP. Voz na clínica fonoaudiológica: grupo terapêutico como possibilidade. *Distúrbios Comun.* 2006;18(2):235-43.
12. Anhaia TC, Gurgel LG, Vieira RH, Cassol M. Intervenções vocais diretas e indiretas em professores: revisão sistemática da literatura. *Audiol Commun Res.* 2013;18(4):361-66.
13. Luchesi KF, Mourão LF, Kitamura S. Ações de promoção e prevenção à saúde vocal de professores: uma questão de saúde coletiva. *RevCEFAC.* 2010;12(6):945-53.
14. Searl J, Wilson K, Haring K, Dietsch A, Lyons K, Pahwa R. Feasibility of group voice therapy for individuals with Parkinson's disease. *J Commun Disord.* 2011;44:719-32.

15. Shih LC, Piel J, Warren A, Kraics L, Silver A, Vanderhorst V et al. Singing in groups for Parkinson's disease (SING-PD): A pilot study of group singing herapy for PD-related voice/speech disorders. *Parkinsonism Relat Disord.* 2011;18:548-52.
16. Van Lee RE, Connor NP. Patient perceptions of voice therapy adherence. *JVoice.* 2010;24(4):458-69.
17. 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):80-5.
18. Ribeiro VV, Leite ADP, Alencar BLF, Bail DI, Bagarollo MF. Avaliação vocal de crianças disfônicas pré e pós intervenção fonoaudiológica em grupo: Estudo de caso". *Rev CEFAC.* 2013;15(2):485-94.
19. Oliveira IB. A pessoa com disfonia: análise comparativa pré e pós-terapia vocal. *Distúrbios Comun.* 2013;25(1):103-18.
20. Santos SB, Rodrigues SR, Gadenz CD, Anhaia1 TC, Spagnol PE, Cassol M. Verifying the effectiveness of using resonance tubes in voice therapy with elderly people. *.Audiol Commun Res.* 2014;19(1):81-7.

Recebido em: 28/04/2015

Aceito em: 31/08/2015

Endereço para correspondência:

Anna Alice Figueiredo de Almeida

Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Fonoaudiologia. Cidade Universitária - Campus I. Castelo Branco

João Pessoa - PB – Brasil

CEP: 58051-900

E-mail: anna_alice@uol.com.br

Apêndice B - Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE)

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “TERAPIADE GRUPO X TERAPIA INDIVIDUAL: ensaio clínico randomizado para pacientes com distúrbios de voz”.Eu discuti com a Dra. Anna Alice F. de Almeida sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Qualquer eventualidade, entrarei em contato com a pesquisadora por meio do telefone (83) 3216-3871, Departamento de Fonoaudiologia/UFPB.

Data ____/____/____

Voluntário

Dra. Anna Alice F. de Almeida - Responsável da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Anexo 1 - E-mail de aceite da Revista CEFAC

De: "Revisora" <revisora1@revistacefac.com.br>

Enviada: 2015/08/31 12:36:18

Para: anna_alice@uol.com.br

Assunto: RES: RES: RES: RES: R CEFAC AR_VOZ_PB_58-15

Cara Anna e demais autores,

Seu artigo submetido à Revista CEFAC "

Fonoterapia em grupo e sua eficácia para tratamento da disfonia

"

foi reanalisado e APROVADO para publicação!

A partir desse momento não será aceita nenhuma alteração no artigo.

É obrigatória a tradução da versão anexa para o inglês. A tradução deverá vir acompanhada de comprovante de que foi feita por profissional habilitado. (Modelo disponível no site da revista, em instruções aos autores).

Anexo 2 - Protocolo de Triagem Vocal (PTV)

DATA: ____/____/____

Fonoaudiólogo: _____

I) Identificação Pessoal

Nome: _____ Idade: _____

D.N.: ____/____/____ Local de nascimento: _____ UF: _____

Sexo: F () M () Estado conjugal: _____ Grau de instrução: _____

Profissão: _____ Período de trabalho: _____ Carga horária: _____

Endereço: _____

Contato (telefone / e-mail): _____

Encaminhado por: _____ Tel.: _____

Informante: _____ Parentesco: _____

II) Queixa e duração**1) Motivo da****consulta/duração:** _____**2) História pregressa da disфонia***a) Como ocorreu o início do problema da voz (brusco, gradual)?*_____
_____**3) Sintomas vocais***Auditivos*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> rouquidão | <input type="checkbox"/> voz monótona | <input type="checkbox"/> instabilidade na voz |
| <input type="checkbox"/> voz muda depois de tempo | <input type="checkbox"/> dificuldade para agudos | <input type="checkbox"/> dificuldade para graves |
| <input type="checkbox"/> dificuldade em projetar voz | <input type="checkbox"/> dificuldade de falar baixo | <input type="checkbox"/> falhas na voz |
| <input type="checkbox"/> mudança vocal mesmo dia | <input type="checkbox"/> presença de ar na voz | <input type="checkbox"/> perda da voz constante |

Sensoriais / Cinestésicos

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> fadiga ao falar | <input type="checkbox"/> desconforto ao falar | <input type="checkbox"/> esforço para falar |
| <input type="checkbox"/> "bolo" na garganta | <input type="checkbox"/> garganta seca | <input type="checkbox"/> dor na garganta |
| <input type="checkbox"/> tensão no pescoço | <input type="checkbox"/> pigarro | <input type="checkbox"/> tosse improdutiva |
| <input type="checkbox"/> formação de muco | <input type="checkbox"/> gosto ácido na boca | <input type="checkbox"/> dor para engolir |

*Os sintomas relatados acima pioram no final do dia/semana? () sim () não***4) Fatores de risco***a) Organizacionais*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jornada de trabalho longa | <input type="checkbox"/> Acúmulo de atividades | <input type="checkbox"/> Demanda vocal excessiva |
| <input type="checkbox"/> Alto número de ouvintes | <input type="checkbox"/> Tempo de serviço | |

b) Ambientais

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ruído de fundo | <input type="checkbox"/> Acústica pobre | <input type="checkbox"/> Distância interfalantes |
| <input type="checkbox"/> Baixa umidade do ar | <input type="checkbox"/> Poluição | <input type="checkbox"/> Poeira e mofo |
| <input type="checkbox"/> Fatores ergonômicos | <input type="checkbox"/> Ambiente estressante | <input type="checkbox"/> Equipamento inadequado |

c) Pessoais

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fuma | <input type="checkbox"/> Bebe | <input type="checkbox"/> Usa drogas |
| <input type="checkbox"/> Fala muito | <input type="checkbox"/> Fala alto | <input type="checkbox"/> Fala rápido |
| <input type="checkbox"/> Fala muito ao telefone | <input type="checkbox"/> Fala com esforço | <input type="checkbox"/> Fala agudo/grave demais |
| <input type="checkbox"/> Fala acima do ruído | <input type="checkbox"/> Fala em público | <input type="checkbox"/> Imita (atores, cantores) |
| <input type="checkbox"/> Grita com frequência | <input type="checkbox"/> Torce com frequência | <input type="checkbox"/> Canta fora do tom |
| <input type="checkbox"/> Vida social intensa | <input type="checkbox"/> Tosse constante | <input type="checkbox"/> Hidratação insuficiente |
| <input type="checkbox"/> Automedicação | <input type="checkbox"/> Repouso inadequado | <input type="checkbox"/> Alimentação inadequada |

Anexo 3 - Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia (PEED)

Estamos interessados em saber como as pessoas reagem quando a condição de suas vozes não é normal ou quando têm um problema de voz. Há diversos modos de tentar lidar com essas situações e circunstâncias. No presente questionário pedimos que você indique o que você faz e como se sente. Evidentemente, circunstâncias diversas produzem respostas de certa forma diferentes, mas pense no que você geralmente faria quando sua voz não está normal. Há seis possibilidades de respostas apresentadas abaixo, circule o número que corresponde ao quanto você usa a resposta da frase.

	Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Frequente	Quase Sempre	Sempre
1 É mais fácil lidar com meu problema de voz quando os outros são amáveis	0	1	2	3	4	5
2 Eu tento evitar situações que tornam meu problema de voz mais evidente	0	1	2	3	4	5
3 Eu fico pensando como seria bom não ter problema de voz	0	1	2	3	4	5
4 Eu procuro buscar todas as informações possíveis sobre meu problema de voz	0	1	2	3	4	5
5 Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz falando o que eu sinto	0	1	2	3	4	5
6 Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz evitando pensar nele	0	1	2	3	4	5
7 Falar com amigos e familiares sobre meu problema de voz me ajuda	0	1	2	3	4	5
8 Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz procurando compreendê-lo melhor	0	1	2	3	4	5
9 Eu guardo para mim qualquer preocupação sobre o meu problema de voz	0	1	2	3	4	5
10 Eu acho que há pouco que eu possa fazer para meu problema de voz	0	1	2	3	4	5
11 É mais fácil conviver com meu problema de voz quando não falo	0	1	2	3	4	5
12 Ter um problema de voz me ajudou a compreender alguns fatos importantes sobre minha vida	0	1	2	3	4	5
13 Acho mais fácil lidar com meu problema de voz quando faço perguntas aos médicos	0	1	2	3	4	5
14 Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz evitando estar com outras pessoas	0	1	2	3	4	5
15 Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz desejando que ele acabe	0	1	2	3	4	5
16 Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz fazendo piadas sobre ele	0	1	2	3	4	5
17 Eu tento aceitar meu problema de voz porque não há nada que possa ser feito	0	1	2	3	4	5
18 Eu acho que a religião, orar ou rezar me ajudam a lidar com meu problema de voz	0	1	2	3	4	5
19 Eu guardo para mim as frustrações causadas pela minha voz e poucos amigos sabem o que sinto	0	1	2	3	4	5
20 Eu tento me convencer de que meu problema de voz não me prejudica tanto	0	1	2	3	4	5
21 Ter um problema de voz tem me ajudado ser uma pessoa melhor	0	1	2	3	4	5
22 Eu ignoro meu problema de voz olhando somente para as coisas boas da vida	0	1	2	3	4	5
23 Quando minha voz fica ruim, descontro nos outros	0	1	2	3	4	5
24 Descansar a voz me ajuda a lidar com o problema de voz	0	1	2	3	4	5
25 Eu peço ajuda aos outros por causa do meu problema de voz	0	1	2	3	4	5
26 Eu tento fazer atividades físicas para não pensar na voz	0	1	2	3	4	5
27 Eu acho mais fácil lidar com meu problema de voz quando me comparo com pessoas com problemas de saúde piores que o meu	0	1	2	3	4	5

Anexo 4 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

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: eticaocs@ocs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com