

Bianca Oliveira Ismael da Costa¹
Priscila Oliveira Costa Silva¹
Renata Serrano de Andrade Pinheiro¹
Hêmmilly Farias da Silva¹
Anna Alice Figueirêdo de Almeida¹

Estágio de prontidão de pacientes com disfonia comportamental pré e pós-terapia de voz de grupo

Stage of readiness of patients with behavioral dysphonia in pre and post-group voice therapy assessments

Descritores

Voz
Disfonia
Fonoterapia
Reabilitação
Motivação
Processos Grupais

Keywords

Voice
Dysphonia
Speech Therapy
Rehabilitation
Motivation
Group Processes

RESUMO

Objetivo: Verificar a efetividade da terapia de grupo no estágio de prontidão de pacientes com disfonia comportamental, bem como identificar que itens da Escala URICA-Voz são mais sensíveis a mudanças pós-terapia de grupo em pacientes com disfonia comportamental. **Método:** Trata-se de um estudo de intervenção realizado com 49 pacientes com disfonia comportamental. A terapia de grupo ocorreu em oito sessões, sendo a primeira e a última de avaliação e as outras seis terapêuticas, com abordagem eclética. A escala URICA-Voz foi utilizada para avaliar o estágio de prontidão em que o paciente se encontra nos momentos pré e pós-terapia de grupo para voz. Foi realizada uma análise estatística descritiva e inferencial para a análise dos resultados. **Resultados:** A maioria dos pacientes que participaram deste estudo era do gênero feminino, não faziam uso profissional da voz e tinham lesão membranosa da prega vocal. A maior parte estava no estágio de Contemplação tanto no momento pré quanto pós-terapia. Houve mudança significativa na comparação do pré e pós-terapia, a maioria dos pacientes apresentou redução no estágio de prontidão e poucos avançaram para um estágio maior. Na comparação dos itens da Escala URICA-V, sete questões apresentaram respostas iguais ou inferiores no momento pós-terapia. **Conclusão:** Não houve diferença estatística ao se comparar as médias do escore total URICA-V no pré e pós-terapia de grupo. Houve mudanças significativas dos estágios de prontidão dos pacientes nos momentos pré e pós-terapia fonoaudiológica de grupo. Sete itens da URICA-V tiveram número igual ou menor no momento pós-intervenção entre os pacientes avaliados.

ABSTRACT

Purpose: To verify the efficacy of group voice therapy in the stage of readiness and identify which items of the URICA-Voice range are more sensitive to post-therapy change in patients with behavioral dysphonia. **Methods:** An intervention study was conducted on 49 patients with behavioral dysphonia. An eclectic approach to group therapy was implemented over eight sessions, the first and last sessions consisting of assessments. The URICA-Voice range was used to evaluate the stage of readiness at pre- and post-therapy assessments. A descriptive and inferential statistical analysis was implemented for the results. **Results:** Most participants were female, did not make professional use of voice, and had membranous vocal fold lesions. Most of them were in the Contemplation stage at in both moments, pre- and post-therapy. There was no significant change in the comparison of pre- and post-therapy scores. The majority of patients showed a reduction in the stage of readiness and some advanced to a higher stage. In the comparison of URICA-V range items, seven questions had equal or inferior responses in the post-therapy assessment. **Conclusion:** There was no statistical difference when comparing the pre- and post-therapy total average score of the URICA-Voice range. There were significant changes in the stage of readiness of patients in pre- and post-group speech therapy assessments.

Endereço para correspondência:
Anna Alice Figueirêdo de Almeida
Departamento de Fonoaudiologia,
Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal da Paraíba –
UFPB
Cidade Universitária, Campus I,
Castelo Branco, João Pessoa (PB),
Brasil, CEP: 58051-900.
E-mail: anna_alice@uol.com.br

Recebido em: Outubro 04, 2016

Aceito em: Fevereiro 02, 2017

Trabalho realizado no Laboratório Integrado de Estudos da Voz – LIEV, Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal da Paraíba – UFPB - João Pessoa (PB), Brasil.

¹ Universidade Federal da Paraíba – UFPB - João Pessoa (PB), Brasil.

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 482337/2013-3.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, a terapia fonoaudiológica ficou conhecida pelo seu caráter individual, baseada no modelo médico curativo. A opção terapêutica se baseia em uma visão advinda da Medicina que acredita nas patologias como formas de desvios e entende a clínica como espaço de “cura”⁽¹⁾. A terapia em grupo é uma forma de intervenção que surgiu na década de 1980, inicialmente motivada pela inserção do fonoaudiólogo na Saúde Pública, quando o aspecto preventivo passou a ser valorizado, e que está sendo muito difundida e utilizada na Fonoaudiologia⁽²⁾.

A terapia fonoaudiológica em grupo tem se mostrado como uma estratégia efetiva e revela uma relação diferente, na medida em que faz emergir emoções, discordâncias, crenças, cumplicidade com pares e mudanças de atitudes marcadas pela possibilidade de reflexão proporcionada por esse modo de intervenção⁽²⁾.

Estudos mostram que a terapia em grupo oferece uma contribuição significativa para a alocação de recursos no cuidado com a saúde, favorece uma melhor administração do tempo e diminuição da grande demanda na fila de espera, principalmente em atendimento de serviços públicos, bem como diminuição dos custos quando comparada com a terapia individual^(3,4).

O indivíduo pode apresentar mudanças na sua voz de acordo com os contextos sociais em que está inserido no momento: o grau de identificação; a posição social; a personalidade do outro; e os aspectos psicoemocionais que envolvem o momento da interação⁽⁵⁾. Quando há uma disфония, ou seja, uma voz desviada, mudanças comportamentais precisam ser incorporadas, sobretudo se a disфония for de origem comportamental. Esse processo dependerá da participação ativa do paciente⁽⁶⁾.

Um dos fatores considerados de importância extrema para o sucesso da terapia fonoaudiológica é a adesão do paciente ao tratamento, que não é um processo mecânico obtido com facilidade. Pelo contrário, é um fator que merece atenção especial e que depende não somente do paciente, como também do terapeuta⁽⁷⁾. Está descrito na literatura⁽⁸⁾ que a adesão ao tratamento é um processo multifatorial, no qual existe uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado, e diz respeito à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde.

A adesão ao tratamento é um item significativo, de relevância para o sucesso terapêutico e que representa um desafio para pacientes e profissionais envolvidos. Por isso, o estabelecimento do vínculo terapeuta-paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que seja efetivo⁽⁸⁾.

Um estudo realizado com o objetivo de estudar os possíveis fatores associados à adesão ao tratamento fonoaudiológico em professoras percebeu que o número de ausências às sessões, fator referente ao tempo de tratamento, e a disфония do tipo organofuncional, aspecto que se refere ao quadro clínico, estão relacionados ao abandono da terapia de voz⁽⁹⁾.

Alguns trabalhos discutem sobre a adesão do paciente aos mais diversos tipos de tratamentos⁽⁸⁾. Na Fonoaudiologia, em especial na área de voz, ainda há poucas referências relacionadas a esse tipo de estudo⁽¹⁰⁻¹³⁾, porém é de extrema importância, tendo em vista que a terapia vocal depende da mudança de comportamentos

do indivíduo e, portanto, da sua participação ativa em todo o processo terapêutico, isto é, o estágio de prontidão do paciente.

Diante da necessidade de compreender melhor as mudanças comportamentais, surgiu o Modelo Transteórico (MTT), que tem por objetivo observar a prontidão do paciente para a mudança, a fim de verificar onde se encontra o paciente neste ciclo⁽¹⁴⁾. É bastante utilizado para tratamentos longitudinais que exijam mudança de comportamento em saúde e ocorram sob a forma de estágios, ou seja, de forma processual, e não de maneira abrupta, a exemplo de programas de saúde, tais como o exercício físico, tabagismo e dieta⁽¹⁰⁾.

Com base nesse modelo, foi criado o protocolo University of Rhode Island Change Assessment (URICA), utilizado para verificar o estágio de prontidão e a motivação do paciente a diversos tipos de terapias. Esse instrumento foi adaptado e validado para o português brasileiro voltado para a aplicação em indivíduos submetidos à terapia vocal, intitulado URICA-VOZ, semelhante ao original, mas direcionado para pacientes disfônicos⁽¹⁵⁾.

A URICA-Voz possui quatro estágios de mudança: pré-contemplação – o indivíduo ainda não tem consciência de que há um problema a ser enfrentado; contemplação – o indivíduo considera seriamente a possibilidade de enfrentar o problema, mas nenhum esforço efetivo é feito visando a suplantá-lo; ação – as tentativas para a mudança são evidentes; e manutenção – ausência de recaídas, esforço contínuo por parte do indivíduo.

A identificação do estágio em que o paciente se encontra permite que o terapeuta entenda melhor o paciente e investigue quais os fatores que interferem positiva ou negativamente quanto à adesão dele ao tratamento. O entendimento desses dados proporciona uma melhor conduta terapêutica, facilitando a elaboração de estratégias para que o paciente se sinta mais motivado⁽¹⁶⁾.

Dentro dessa perspectiva, puderam-se definir alguns problemas a serem respondidos: Será que a terapia fonoaudiológica de grupo pode influenciar o estágio de prontidão de pacientes com disфония comportamental? Há um aumento no estágio de prontidão de pacientes com disфония comportamental pós-terapia fonoaudiológica de grupo? Quais os itens da escala URICA-Voz que são mais sensíveis a mudanças pós-terapia de grupo?

Acredita-se que utilizar a terapia de grupo possa ser uma estratégia facilitadora na adesão à terapia, a fim de proporcionar ganhos positivos no processo de reabilitação e mudança do comportamento vocal.

Assim, objetivou-se, com esta pesquisa, verificar a efetividade da terapia de grupo no estágio de prontidão em pacientes com disфония comportamental, bem como identificar que itens da Escala URICA-Voz são mais sensíveis a mudanças pós-terapia de grupo em pacientes com disфония comportamental.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, analítica, quantitativa, de campo e um estudo de intervenção. Foi realizada pelo Laboratório Integrado de Estudos da Voz (LIEV) do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no período de maio de 2014 até março de 2016. O projeto foi avaliado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do

Centro de Ciências da Saúde da UFPB, por meio do protocolo nº 383.061/2013.

A amostra foi constituída por pacientes que procuraram atendimento no laboratório de voz. Esses voluntários foram encaminhados para o atendimento em grupo, atendendo aos seguintes critérios de elegibilidade determinados por esse estudo: apresentar disfonia comportamental atribuída por meio do laudo otorrinolaringológico e desvio da qualidade vocal a partir da avaliação perceptivo-auditiva realizada por fonoaudiólogo especialista em voz; ter entre 18 e 59 anos; não ter comorbidade que afete a cognição, comunicação e voz; não ter histórico prévio de tratamento fonoaudiológico para distúrbio de voz; não apresentar número maior que duas faltas e/ou desistência durante o processo terapêutico; ter respondido ao instrumento de autoavaliação selecionado para este estudo, aplicado tanto na avaliação quanto na reavaliação.

A população foi constituída inicialmente por 94 pacientes, que formaram 15 grupos, com média de 6 participantes cada. Houve a desistência de 24 pacientes e 70 finalizaram o processo terapêutico, que, após aplicar os critérios de elegibilidade, totalizaram 49 participantes.

Inicialmente, foi realizada uma triagem para a coleta de dados pessoais, como idade, gênero, uso profissional da voz, e diagnóstico laríngeo dividido nas seguintes categorias⁽¹⁷⁾: ausência de lesão laríngea, fenda glótica sem causa orgânica ou neurológica e lesão na porção membranosa das pregas vocais. Depois da obtenção desses dados, foi aplicada a escala URICA-Voz.

A versão original da escala University of Rhode Island Change Assessment (URICA) tinha o objetivo de medir as dimensões de prontidão para a mudança em indivíduos que se submetem a tratamentos de saúde⁽¹⁴⁾ e foi adaptada para a área de voz⁽¹⁵⁾, contendo 32 itens. A escala URICA-Voz (URICA-V) é um instrumento de autoavaliação que tem como finalidade avaliar o estágio de prontidão em que o paciente se encontra para o tratamento da voz⁽¹⁵⁾.

Os itens da Escala URICA-V são divididos em quatro grupos de oito afirmações, correspondentes aos quatro principais ciclos de mudança: pré-contemplação; contemplação; ação; e manutenção. As perguntas referentes a cada um desses estágios são: pré-contemplação: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 e 31; contemplação: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 e 24; ação: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 e 30; e manutenção: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 e 32. Para cada item, são apresentadas possibilidades de respostas em escala *Likert* de cinco pontos, na qual o indivíduo pode escolher uma das seguintes respostas: “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Não sei”, “Concordo” e “Concordo totalmente”⁽¹⁴⁾.

O escore de prontidão é importante para identificar se o indivíduo está ou não em uma fase adequada do ciclo de mudança para ser submetido à intervenção proposta. Para se obter o escore total, aplica-se a seguinte fórmula: (Média de C + Média de A + Média de M) - Média de PC. Os valores que delimitam esses estágios são: 8 ou inferior – para os indivíduos em fase de pré-contemplação; 8-11 – para os indivíduos em fase de contemplação; 11-14 – para os indivíduos que estão preparados para uma atitude de ação diante do problema; e, a partir de 15, são valores referentes ao estágio de manutenção⁽¹⁵⁾. No estudo

de validação, o achado foi que os disfônicos se encontravam predominantemente no estágio de contemplação.

A coleta de dados neste estudo ocorreu em dois momentos: pré e pós-terapia de grupo. Os participantes fizeram a leitura inicialmente e, de acordo com o seu interesse, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo assim, a sua participação no estudo. Em seguida, foi aplicada a Escala URICA-Voz.

A terapia utilizada foi de abordagem eclética⁽¹⁸⁾, com terapia direta e indireta combinadas, associando trabalhos de corpo, fonte glótica, ressonância e coordenação pneumofônica a conhecimentos de higiene vocal e atitude comunicativa. A terapia foi administrada pelo mesmo terapeuta do começo ao fim das oito sessões.

Os pacientes foram submetidos a oito encontros de terapia, sendo o primeiro e o último destinados à aplicação do instrumento de autoavaliação. Os outros seis encontros foram semanais e com média de 90 minutos de duração cada sessão, e abordaram os temas: anatomofisiologia da produção vocal e a voz no ciclo vital; mitos e verdades sobre a voz (saúde vocal); psicodinâmica vocal; órgãos fonoarticulatórios e coordenação pneumofonoarticulatória; patologias laríngeas e comunicação não verbal e expressividade. Ao final de cada sessão, eram realizados exercícios vocais, além do incentivo e instruções para a realização dos exercícios em casa. O Quadro 1 especifica a descrição das atividades que foram realizadas ao longo das sessões terapêuticas.

Para a análise dos dados, foi realizada, inicialmente, uma análise estatística descritiva com o objetivo de verificar a frequência, média e desvio padrão das variáveis estudadas.

Posteriormente, foi realizada uma análise estatística inferencial, a partir do teste paramétrico t de Student para dados pareados, para que fosse possível comparar as médias dos momentos pré e pós-terapia. Em seguida, foi realizado o teste de Wilcoxon para a análise da modificação do estágio de prontidão pré e pós-terapia de grupo. Ao final, ainda foi realizado esse mesmo teste, para comparar a mudança dos itens da Escala URICA-V nos momentos pré e pós-terapia.

As diferenças foram consideradas significativas quando apresentavam um $p \leq 0,05$. A análise estatística foi realizada por meio do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0.

RESULTADOS

Foram compostos oito grupos terapêuticos com média de seis pacientes em cada um deles. Depois de considerar os critérios de elegibilidade, participaram do estudo 49 indivíduos com média de 43,9 ($\pm 15,75$) anos, de ambos os gêneros, todos com diagnóstico de disfonia comportamental. Esses pacientes apresentaram uma média de faltas de 1,1 ($\pm 0,89$) dia.

A Tabela 1 apresenta os valores absolutos e percentuais das variáveis gênero, uso profissional da voz e diagnóstico laríngeo dos indivíduos.

Verificou-se a prevalência do gênero feminino (81,6%; $n=40$) em comparação com o gênero masculino (18,4%; $n=9$), e de pacientes que não faziam uso da voz profissionalmente

(63,3%; n=31). Em relação ao diagnóstico laríngeo, observou-se que a maior parte da amostra (44,9%; n=22) possuía algum tipo de lesão na porção membranosa da prega vocal.

Os dados da Tabela 2 demonstraram que a média do escore total do URICA-Voz foi de 9,96 ($\pm 1,3$) no momento pré-terapia e 9,73 ($\pm 1,5$) no pós-terapia. Não houve diferença estatística

quando comparadas às médias do escore total URICA-Voz dos momentos pré e pós-terapia de grupo.

Os pacientes estavam majoritariamente no estágio de contemplação tanto no momento pré quanto no momento pós-terapia. Houve uma significativa redução da média do estágio de contemplação nos momentos pré e pós-terapia.

Quadro 1. Descrição das atividades realizadas na terapia de grupo em pacientes com disfonia comportamental

Sessão	Intervenção	Instrumento
1	Avaliação	Aplicação da URICA-Voz
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 Respiração diafragmática: Inspirar em 4s, segurar 2s e soltar em 6s; Realizar por 10 repetições. Suporte Respiratório e Função Vocal: Tempo Máximo de Fonação (TMF) com emissão de fricativos (/s/ e /z/); Emitir três séries de 10 repetições do fonema /s/, logo após o /z/.
3	Indireta	Intervenção Pedagógica; Interação Terapêutica: Mitos e verdades sobre a Voz
	Direta	Intervenção Respiratória: Adequação do tipo respiratório Respiração diafragmática: Inspirar em 4s, segurar 2s e soltar em 6s; Realizar por 10 repetições. Suporte Respiratório e Função Vocal: Tempo Máximo de Fonação (TMF) com emissão de fricativos (/s/ e /z/) associados a movimentos cervicais; Emitir três séries de 10 repetições do fonema /s/, logo após o /z/. Intervenção – Auditivo; Função vocal; Musculoesquelético; Somatossensorial; Respiratório: Alongamento/relaxamento da região cervical e cintura escapular; Posição de cabeça para trás (30s), para a frente (30s), para um lado (30s) e para o outro (30s); técnica de rotação de ombros para a frente (30s) e para trás (30s).
4	Indireta	Intervenção de Aconselhamento; Aumento de Conhecimento: Psicodinâmica vocal, Voz e emoção
	Direta	Intervenção Respiratória: Adequação do tipo respiratório Respiração diafragmática: Inspirar em 4s, segurar 2s e soltar em 6s; Realizar por 10 repetições. Suporte Respiratório e Função Vocal: Tempo Máximo de Fonação (TMF) com emissão de fricativos (/s/ e /z/) associados a movimentos cervicais; Emitir três séries de 10 repetições do fonema /s/, logo após o /z/. Intervenção – Auditivo; Função vocal; Musculoesquelético; Somatossensorial; Respiratório: Alongamento/relaxamento da região cervical e cintura escapular. Posição de cabeça para trás (30s), para a frente (30s), para um lado (30s) e para o outro (30s); técnica de rotação de ombros para a frente (30s) e para trás (30s); Técnica de trato vocal semiocluído com tubo de alta resistência; Emitir 10 repetições em <i>pitch</i> habitual.
5	Indireta	Intervenção Pedagógica: Órgãos Fonoarticulatórios e Coordenação Pneufonoarticulatória.
	Direta	Intervenção Respiratória: Adequação do tipo respiratório Respiração diafragmática: Inspirar em 4s, segurar 2s e soltar em 6s; Realizar por 10 repetições. Suporte Respiratório e Função Vocal: Tempo Máximo de Fonação (TMF) com emissão de fricativos (/s/ e /z/) associados a movimentos cervicais; Emitir três séries de 10 repetições do fonema /s/, logo após o /z/. Intervenção – Auditivo; Função vocal; Musculoesquelético; Somatossensorial; Respiratório: Alongamento/relaxamento da região cervical e cintura escapular. Posição de cabeça para trás (30s), para a frente (30s), para um lado (30s) e para o outro (30s); técnica de rotação de ombros para a frente (30s) e para trás (30s); Técnica de trato vocal semiocluído com tubo de alta resistência; Emitir três séries de 10 repetições em <i>pitch</i> habitual. Musculoesquelético – Manipulação orofacial, Somatossensorial: Exercícios miofuncionais para estruturas do sistema estomatognático Lábios: fazer um bico e depois um sorriso, depois fazer movimentos rápidos alternando os dois (10 repetições); Movimento circular (rotação) de língua no vestibulo associado ao som nasal (10 repetições).

Quadro 1. Continuação...

Sessão	Intervenção	Instrumento
6	Indireta	Interação Terapêutica; Aumento do Conhecimento: Doenças Laringeas
	Direta	Intervenção Respiratória: Adequação do tipo respiratório Respiração diafragmática: Inspirar em 4s, segurar 2s e soltar em 6s; Realizar por 10 repetições. Suporte Respiratório e Função Vocal: Tempo Máximo de Fonação (TMF) com emissão de fricativos (/s/ e /z/) associados a movimentos cervicais Emitir três séries de 10 repetições do fonema /s/, logo após o /z/. Intervenção – Auditivo; Função vocal; Musculoesquelético; Somatossensorial; Respiratório: Alongamento/relaxamento da região cervical e cintura escapular. Posição de cabeça para trás (30s), para a frente (30s), para um lado (30s) e para o outro (30s); técnica de rotação de ombros para a frente (30s) e para trás (30s); Técnica de trato vocal semiocluído com tubo de alta resistência; Emitir três séries de 10 repetições com variação de pitch. Musculoesquelético – Manipulação orofacial, Somatossensorial: Exercícios miofuncionais para estruturas do sistema estomatognático Lábios: fazer um bico e depois um sorriso, depois fazer movimentos rápidos alternando os dois (10 repetições); Movimento circular (rotação) de língua no vestibulo associado ao som nasal (10 repetições).
7	Indireta	Intervenção de Aconselhamento; Pedagógica; Interação terapêutica: Comunicação não verbal e expressividade
	Direta	Intervenção Respiratória: Adequação do tipo respiratório Respiração diafragmática: Inspirar em 4s, segurar 2s e soltar em 6s; Realizar por 10 repetições. Suporte Respiratório e Função Vocal: Tempo Máximo de Fonação (TMF) com emissão de fricativos (/s/ e /z/) associados a movimentos cervicais Emitir três séries de 10 repetições do fonema /s/, logo após o /z/. Intervenção – Auditivo; Função vocal; Musculoesquelético; Somatossensorial; Respiratório: Alongamento/relaxamento da região cervical e cintura escapular. Posição de cabeça para trás (30s), para a frente (30s), para um lado (30s) e para o outro (30s); técnica de rotação de ombros para a frente (30s) e para trás (30s); Técnica de trato vocal semiocluído com tubo de alta resistência; Emitir três séries de 10 repetições com variação de <i>pitch</i> . Musculoesquelético – Manipulação orofacial, Somatossensorial: Exercícios miofuncionais para estruturas do sistema estomatognático Lábios: fazer um bico e depois um sorriso, depois fazer movimentos rápidos alternando os dois (10 repetições); Movimento circular (rotação) de língua no vestibulo associado ao som nasal (10 repetições); Técnica de sobrearticulação com rolha com os dias da semana; Realizar por cinco repetições.
8	Reavaliação	Aplicação da URICA-Voz

Tabela 1. Distribuição dos participantes quanto ao gênero, uso profissional da voz e diagnóstico laringeo

Variável	n	%
Gênero		
Feminino	40	81,6
Masculino	9	18,4
Profissional da voz		
Não	31	63,3
Sim	18	36,7
Diagnóstico		
Lesão na porção membranosa da prega vocal	22	44,9
Fenda glótica sem causa orgânica ou neurológica	14	28,6
Laringe Normal	13	26,5
Total	49	100,0

A Tabela 3 mostra os valores absolutos e percentuais da distribuição dos participantes em cada estágio de prontidão pré e pós-terapia, além das modificações no estágio de prontidão

que ocorreram de um momento para o outro. Foi observado um aumento no número de pacientes que estavam no estágio de pré-contemplação de 16,3% (n=8) para 28,6% (n=14) da amostra. É possível afirmar que houve mudança estatisticamente significativa ($p=0,033$) dos estágios de prontidão por parte dos pacientes nos momentos pré e pós-terapia fonoaudiológica de grupo. De acordo com a Tabela 3, observa-se que 32,7% dos pacientes apresentou rebaixamento do estágio de prontidão (pós < pré) no momento pós-terapia.

A Tabela 4 exhibe a modificação dos itens da escala URICA-Voz pela comparação das respostas dadas pelos pacientes nos momentos pré e pós-terapia. Os itens da escala em que há mudança significativa nas respostas nos dois momentos foram: 3, 16, 17, 19, 21, 24 e 28. Em todas essas questões, as respostas no momento pós-terapia tiveram um número igual ou significativamente inferior ao do momento pré-terapia entre os pacientes com disfonia comportamental avaliados.

Tabela 2. Comparação dos escores nos estágios de prontidão à terapia vocal da escala URICA-Voz pré e pós-terapia de grupo de pacientes com disfonia comportamental

Estágio	Pré-terapia		Pós-terapia		P-valor
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Escore total	9,967	1,349	9,737	1,511	0,343
Pré-contemplação	2,155	0,526	2,051	0,479	0,225
Contemplação	4,298	0,413	4,110	0,573	0,029*
Ação	4,118	0,529	4,163	0,448	0,566
Manutenção	3,716	0,433	3,550	0,570	0,057

Teste estatístico t de Student pareado; *Significância de 0,05

Tabela 3. Análise da modificação do estágio de prontidão pré e pós-terapia de pacientes com disfonia comportamental

Estágio	Pré-terapia (%)	Pós-terapia (%)
Pré-contemplação	8 (16,3)	14 (28,6)
Contemplação	35 (71,5)	33 (67,3)
Ação	6 (12,2)	2 (4,1)
Manutenção	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	49 (100,0)	49 (100,0)

Mudança do estágio	Pós < Pré (n)	Pós > Pré (n)	Pós = Pré (n)	p-valor
	16 (32,7%)	6 (12,2%)	27 (55,1%)	0,033*

Teste de Wilcoxon (teste dos sinais) para comparação de variáveis ordinais; *Significância de 0,05

Tabela 4. Análise da modificação dos itens do URICA-VOZ pela comparação das respostas pré e pós-terapia de pacientes com disfonia comportamental

ITENS DA ESCALA URICA-VOZ	Pós<Pré (n)	Pós>Pré (n)	Pós=Pré (n)	p-valor
03 O meu problema de voz me incomoda e eu estou tentando resolvê-lo	13	4	17	0,04*
16 Não estou conseguindo manter minha voz "boa" e quero evitar um novo problema	17	0	17	<0,001*
17 Ainda que minha voz não esteja boa o tempo todo, estou me dedicando para melhorá-la	11	3	20	0,033*
19 Eu gostaria de saber mais como melhorar minha voz	11	3	20	0,025*
21 Talvez um fonoaudiólogo ou algum tratamento possa ajudar a resolver meu problema de voz	11	4	19	0,04*
24 Eu tenho esperança de que alguém me ajude a melhorar a minha voz	14	1	19	0,001*
28 É frustrante, mas eu sinto que minha voz está piorando de novo	27	3	4	<0,001*

Teste de Wilcoxon (teste dos sinais) para comparação de variáveis ordinais; *Significância de 0,05

DISCUSSÃO

Nesse estudo, utilizou-se a abordagem terapêutica eclética, que combina a terapia vocal direta e a indireta. Uma revisão de estudos⁽¹⁹⁾ com ensaios clínicos mostrou que a terapia vocal é mais efetiva quando realizada de forma combinada para a intervenção.

Diversos trabalhos constatarem a importância do trabalho em grupo e mostram a realização de estudos na área de Voz com os mais diferentes tipos de grupo, a exemplo: grupos de professores; de idosos; de crianças; entre outros^(4,20,21). Uma revisão da literatura publicada recentemente perscrutou a terapia vocal de grupo e seus efeitos em pacientes com disfonia⁽³⁾. A maioria dos estudos selecionados considerou a terapia vocal de grupo efetiva para a disfonia em todas as idades, considerando suas limitações e sugestões, no sentido de promover a saúde vocal e prevenir a disfonia⁽³⁾.

Porém, há poucos estudos, na literatura, que tenham avaliado o estágio de prontidão do paciente ao tratamento fonoaudiológico

na área de voz^(10,15,22) e nenhum estudo foi encontrado sobre a efetividade da terapia de grupo.

Quando um paciente disfônico é encaminhado ao serviço fonoaudiológico, o terapeuta espera que ele adira às orientações dadas, à realização diária de exercícios de voz, a uma produção vocal mais equilibrada, e que elimine comportamentos vocais abusivos⁽⁷⁾, sobretudo quanto a pacientes com disfonia comportamental, nos quais essas mudanças são essenciais para a manutenção dos ganhos obtidos na terapia. Essa adesão ou prontidão do paciente para o tratamento pode ter relação com vários fatores externos e internos do indivíduo, tais como: idade; gênero; duração da terapia e necessidade de mudanças no estilo de vida do paciente com o tratamento⁽⁸⁾.

A maioria dos pacientes que participaram deste estudo eram mulheres, sem uso profissional da voz, todas com disfonia, com predomínio de lesão membranosa de prega vocal. Um estudo identificou que a população feminina está mais vulnerável ao surgimento da disfonia pelos aspectos anatômicos característicos do gênero⁽²³⁾.

No que se refere ao meio ocupacional, a maioria dos participantes não era profissional da voz, ou seja, não tinham a voz como o seu instrumento de trabalho. Observa-se que a procura pela reabilitação da voz está relacionada não somente com as consequências negativas na jornada de trabalho, mas também com a intensidade com que a voz afeta a sua qualidade de vida e as tarefas cotidianas⁽¹⁷⁾.

Em relação ao grupo diagnóstico, o presente estudo apresentou o maior percentual de lesão na porção membranosa da prega vocal, com nódulos, cistos e pólipos presentes nas pregas vocais. Esse dado pode ser justificado pela dificuldade de aproximação das pregas vocais causada pela presença da lesão de massa na fase fechada do ciclo glótico, que provoca um aumento do esforço vocal e da rugosidade, fato que pode gerar uma sensação desagradável proprioceptiva e auditiva no indivíduo, o que motiva a busca por atendimento fonoaudiológico para a voz⁽²⁴⁾.

Pôde-se verificar que a maioria dos pacientes deste estudo apresentou-se no estágio de prontidão em contemplação no momento pré-terapia. Neste estágio, o indivíduo começa a admitir que existe um problema, tem a intenção de iniciar uma mudança, mas nada de concreto é realizado⁽²⁵⁾. Resultados semelhantes foram encontrados por um estudo⁽¹⁴⁾ que encontrou que a maioria dos indivíduos se encontrava entre as fases de pré-contemplação e contemplação, e não conseguiam assumir atitudes de enfrentamento diante do seu problema. É possível que esses indivíduos tenham chegado à clínica neste estágio de prontidão por ter-lhes sido indicada a terapia vocal pelo médico, desconhecendo a causa da sua alteração vocal e, no entanto, não tenham percebido a necessidade de mudança de seu comportamento relacionado à voz⁽¹³⁾.

Um estudo mais recente analisou a associação entre a autoavaliação e o estágio motivacional do paciente disfônico para terapia vocal. Participaram, desse estudo, 151 pacientes com queixa vocal e distúrbio de voz, a idade variou entre 18 e 65 anos. Foram aplicados quatro protocolos de autoavaliação: Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV), o Índice de Desvantagem Vocal (IDV), a Escala de Sintomas Vocais (ESV) e a Escala URICA-Voz, imediatamente antes do início da terapia. A maioria dos pacientes encontrava-se no estágio de contemplação. Viram a existência da associação entre os demais instrumentos de autoavaliação vocal e a motivação para a terapia vocal. Os pacientes que apresentam pior qualidade de vida em voz, maior desvantagem vocal e maior frequência de sintomas vocais encontravam-se em estágios motivacionais mais avançados para a terapia vocal⁽¹³⁾.

Os dados da análise inferencial deste estudo não demonstraram diferença estatística significativa na média do URICA-Voz Total ao comparar o momento pré com o momento pós-terapia de grupo. A única diferença estatística foi a redução de pacientes no estágio de contemplação. Esse resultado pode decorrer de alguns fatores como: a duração do tratamento proposto⁽¹⁸⁾; comprometimento; autopercepção vocal; personalidade do terapeuta⁽⁶⁾; aprendizado dos exercícios; a autorregulação do próprio paciente; e de uma boa relação com o terapeuta⁽¹⁰⁾.

Estudos relataram que o trabalho em grupo se revela como um local para reflexões, para que cada um, dentro das suas limitações e possibilidades, faça (re)significações acerca da sua

problemática^(2,8). Portanto, a terapia de grupo dá a oportunidade para que os pacientes fiquem mais conscientes do seu problema de voz e discordem dessas questões no pós-terapia. Um estudo comparativo realizado com as modalidades terapêuticas individual e grupal mostrou que a terapia de grupo é mais efetiva para auxiliar o paciente a aumentar as estratégias de enfrentamento para a disфония, que se configuram como uma mudança comportamental⁽²⁶⁾.

A maior parte dos pacientes desse estudo (55,1%) não modificou o estágio de prontidão pós-terapia de grupo para a voz, 32,7% reduziram o estágio de prontidão, enquanto apenas 12,2% melhoraram. Um estudo⁽¹²⁾ semelhante, realizado com a escala URICA-Voz, mostrou que não houve ganho com relação ao estágio de prontidão do paciente quando comparados os momentos pré e pós-terapia, seja na modalidade de terapia fonoaudiológica individual ou em grupo, e propôs analisar se o protocolo utilizado é sensível para verificar essas mudanças no estágio de prontidão ao tratamento, e consequente mudança de comportamento pós-intervenção fonoaudiológica.

Dessa forma, compararam-se as respostas dos itens da escala URICA-Voz pré e pós-terapia e observou-se que sete questões entre as 32 contidas na escala não mudaram ou diminuíram o valor no pós-terapia.

Em princípio, espera-se que o paciente apresente maiores respostas no pós-terapia, pois a interpretação da Escala URICA-V faz depreender que, quanto maior o escore total, maior será o estágio de prontidão. Porém, ao analisar qualitativamente esses sete itens, acredita-se que eles passam a não fazer mais sentido para o paciente que obteve melhora no seu processo terapêutico. Por exemplo, o item 19 diz: *“Eu gostaria de saber mais como melhorar minha voz”*, e, para esse paciente, que passou pela terapia de grupo e recebeu, durante seis sessões de terapia, orientações sobre a voz e exercícios específicos para ela, não faz sentido concordar com essa afirmativa no momento pós-terapia, mas no pré-terapia, provavelmente, sim. Da mesma forma ocorre com o item 24, ao afirmar: *“Eu tenho esperança que alguém me ajude a melhorar a minha voz”* e o paciente que concorda com essa afirmação no momento pré-terapia, provavelmente não concordará no pós-terapia, momento em que já foi ajudado e pode estar com o problema solucionado ou reduzido.

O fato de discordar dessas questões faz com que o valor das respostas caia e, consequentemente, o estágio de prontidão ao tratamento aparentemente seja reduzido. Vale ressaltar a importância da realização de mais estudos em direção deste instrumento, pois se acredita que a escala URICA-Voz é um importante instrumento para mensurar o estágio de prontidão anterior ao tratamento do paciente, mas não seja sensível o suficiente, dessa forma, para ser utilizado em investigações longitudinais, para monitoramento ou verificação da eficácia do tratamento, como outros instrumentos existentes. Outra possibilidade é a de realização de estudos que possibilitem outra forma de cálculo ou de análise diferenciada desta escala, por exemplo, a Teoria de Resposta ao Item, uma teoria mais recente para analisar, com a finalidade de trazer mais acurácia, sensibilidade e especificidade aos instrumentos.

Como o URICA-V tem como objetivo mensurar o estágio de prontidão do paciente, percebe-se que os resultados desse estudo não condizem com o que é observado na prática clínica, na

qual se observa que, ao ser utilizada uma abordagem terapêutica indireta, o paciente tende a se sentir mais motivado para a terapia vocal, realizando os exercícios fonoaudiológicos de forma recomendada e eliminando os hábitos nocivos à saúde vocal.

Contudo, destaca-se a importância da aplicação desse instrumento no momento inicial do processo terapêutico, considerando que a maioria dos problemas de voz depende da habilidade de o paciente realizar mudanças de comportamento, além de exigir sua prontidão para iniciar esse processo⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

Não houve diferença estatística quando comparadas às médias do escore total URICA-Voz as dos momentos pré e pós-terapia de grupo. Houve mudança significativa do estágio de prontidão contemplação por parte dos pacientes nos momentos pré e pós-terapia fonoaudiológica de grupo. Sete itens da Escala URICA-V tiveram, no pós-terapia, um número igual ou inferior ao do momento pré-terapia entre os pacientes avaliados.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro VV, Panhoca I, Leite APD, Bagarollo MF. Grupo terapêutico em fonoaudiologia: revisão de literatura. *Rev CEFAC*. 2012;14(3):544-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000131>.
- 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):140-151.
- Almeida LNA, Fahning AKCA, Trajano FMP, Anjos UU, Almeida AA. Group voice therapy and its effectiveness in the treatment of dysphonia: a systematic review. *Rev CEFAC*. 2015;17(6):2000-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620151765815>.
- Leite APD, Panhoca I, Zanolli ML. Distúrbios de voz em crianças: o grupo como possibilidade de intervenção. *Distúrb Comum*. 2008;20(3):339-47.
- Law T, Lee KYS, Ho FNY, Vlantis AC, van Hasselt AC, Tong MCF. The effectiveness of group voice therapy: a group climate perspective. *J Voice*. 2012;26(2):e41-8. PMID:21550777. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.12.003>.
- Vilela FCA, Ferreira LP. Voz na clínica fonoaudiológica: grupo terapêutico como possibilidade. *Distúrb Comum*. 2006;18(2):235-43.
- Gama ACC, Bicalho VS, Valentim AF, Bassi IB, Teixeira LC, Assunção AA. Adesão a orientações fonoaudiológicas após a alta do tratamento vocal em docentes: estudo prospectivo. *Rev CEFAC*. 2012;14(4):714-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000105>.
- Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2004;9(16):91-104.
- Santos LR, Almeida L, Teixeira LC, Bassi I, Assunção AA, Gama AC. Adesão das professoras disfônicas ao tratamento fonoterápico. *CoDAS*. 2013;25(2):134-9. PMID:24408242. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000200008>.
- van Leer E, Hapner ER, Connor NP. Trans-theoretical model health behavior change applied to voice therapy. *J Voice*. 2008;22(6):688-98. PMID:18082367. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.01.011>.
- Portone C, Johns MM 3rd, Hapner ER. A review of patient adherence to the recommendation for voice therapy. *J Voice*. 2008;22(2):192-6. PMID:17572065. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.09.009>.
- Fahning AKCA. Terapia de grupo como facilitadora da adesão do paciente com disfonia comportamental [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2015.
- Lopes LW, Vilela EG. Autoavaliação e prontidão para mudança em pacientes disfônicos. *CoDAS*. 2016;28(3):295-301. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015111>.
- McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychother: Theory Research & Practice*. 1983;20(3):368-75.
- Teixeira LC, Rodrigues ALV, Silva AFG, Azevedo R, Gama AC, Behlau M. Escala URICA-VOZ para identificação de estágios de adesão ao tratamento de voz. *CoDAS*. 2013;25(1):8-15. PMID:24408164. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000100003>.
- Gama BS, Silva HF, Evangelista DS, Lima ILB, Lopes LW. Motivação para terapia vocal: influência do desvio vocal, do diagnóstico laringeo e dos sintomas vocais. In: XXII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2014 Out 8-11; Joinville. Anais. São Paulo: SBFa; 2014. p. 5742.
- Cohen SM, Kim J, Roy N, Asche C, Courey M. Prevalence and causes of dysphonia in a large treatment-seeking population. *Laryngoscope*. 2012;122(2):343-8. PMID:22271658. <http://dx.doi.org/10.1002/lary.22426>.
- Behlau M, Pontes P, Vieira VP, Yamasaki R, Madazio G. Apresentação do Programa Integral de Reabilitação Vocal para o tratamento das disfonias comportamentais. *CoDAS*. 2013;25(5):492-6. PMID:24408556. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000500015>.
- Ruotsalainen JH, Sellman J, Lehto L, Jauhiainen N, Verbeek JH. Interventions for preventing voice disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD006372. PMID:17943906.
- Silverio KCA, Gonçalves CGO, Penteadó RZ, Vieira TPG, Libardi A, Rossi D. Ações em saúde vocal: proposta de melhoria do perfil vocal de professores. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2008;20(3):177-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872008000300007>.
- Soares EB, Borba DT, Barbosa TK, Medved DM, Montenegro ACA. Hábitos vocais em 2 grupos de idosos. *Rev CEFAC*. 2007;9(2):221-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462007000200011>.
- van Leer E, Connor NP. Patient perceptions of voice therapy adherence. *J Voice*. 2010;24(4):458-69. PMID:19775866. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2008.12.009>.
- Marçal CCB, Peres MA. Alteração vocal auto-referida em professores: prevalência e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):503-11. PMID:21519720. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000025>.
- Madazio G, Moreti F. Resolution of vocal fold polyps with conservative treatment. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(4):502-3. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342012000400023>.
- Yoshida EMP. Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. *Psico-USF*. 2002;7(1):59-66.
- Almeida LNA. Estratégias de enfrentamento na disfonia em diferentes modalidades terapêuticas [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2016.

Contribuição dos autores

Todos os autores desta pesquisa (BOIC, POCS, RSAP, HFS, AAFA) ajudaram a construir e desenvolver o trabalho. Destaca-se que BOIC envolveu-se particularmente na coleta, tabulação, interpretação dos dados e redação do artigo; POCS e HFS, na análise e interpretação dos dados e na redação final do artigo; RSAP, no direcionamento metodológico do estudo e na redação final do artigo; e AAFA, na concepção, delineamento do estudo, orientação e redação final do artigo.