

Artigos originais

Proposta de acolhimento a pais de crianças disfônicas: relato de caso

Welcoming proposal for parents of dysphonic children: case report

Suzelaine Taize Stadler⁽¹⁾
Vanessa Veis Ribeiro⁽²⁾
Maria Fernanda Bagarollo⁽³⁾

⁽¹⁾ Universidade Estadual do Centro-Oeste/
UNICENTRO, Irati, PR, Brasil.

⁽²⁾ Faculdade de Odontologia de Bauru –
Universidade de São Paulo – FOB/USP,
Bauru, SP, Brasil.

⁽³⁾ Universidade Estadual do Centro-Oeste/
UNICENTRO, Irati, PR, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

Recebido em: 21/05/2015
Aceito em: 15/10/2015

Endereço para correspondência:

Suzelaine Taize Stadler
Rua Dona Noca, 287, Centro
Irati – PR – Brasil
CEP: 84500-000
E-mail: fonoaudiologasuzelaine@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: relatar a importância de um procedimento de acolhimento a pais de crianças disfônicas, participantes de um grupo de terapia fonoaudiológica.

Métodos: trata-se de um relato de caso de caráter qualitativo e método de análise microgenética de gravações de vídeos de sessões de terapia fonoaudiológica com um grupo de pais de crianças disfônicas.

Resultados: as análises foram descritas a partir de três categorias: a primeira relativa ao conhecimento dos pais acerca da voz, a aprendizagem das crianças sobre a voz no processo de terapia e os resultados do processo terapêutico. A segunda categoria envolvia os hábitos vocais e os usos da voz no cotidiano. E a terceira relativa à preocupação dos pais com as patologias respiratórias associadas.

Conclusão: a proposta de grupos com os pais de crianças disfônicas é uma possibilidade terapêutica válida, pois se mostrou como um trabalho construtivo para todos os integrantes. Além disso, o acolhimento dos pais de crianças disfônicas é essencial visto que eles interferem diretamente na condução terapêutica.

Decritores: Disfonia; Distúrbios da Voz; Pais; Prática de Grupo; Voz

ABSTRACT

Purpose: to report the importance of a docking procedure the parents of dysphonic children, members of a group of speech therapy.

Methods: this is a qualitative case report and micro genetic analysis method of speech therapy sessions videos recordings with a group of parents of dysphonic children.

Results: the analyzes were described from three categories: the first being on the parents' knowledge about the voice, children's learning about the voice in the therapy process, and the results of the therapeutic process. The second category involved the vocal habits and the use of voice in daily life. And the third on the concern of parents with associated respiratory diseases.

Conclusion: the proposed groups with parents of dysphonic children is a valid therapeutic option, as it proved to be a constructive work for all members. Also welcoming the parents of dysphonic children is essential since they directly interfere in the therapeutic management.

Keywords: Dysphonia; Voice Disorders; Group Practice; Parents; Voice

INTRODUÇÃO

Com o avanço das pesquisas na área da Voz, novos questionamentos vêm sendo gerados, determinado novas demandas e exigindo uma (re)organização das técnicas utilizadas na atuação clínica^{1,2}. Nesse contexto, o grupo terapêutico fonoaudiológico se destaca por atuar com a construção conjunta de conhecimentos, e com as trocas de experiências e anseios, que de individuais, passam a ser coletivos, permitindo a (re) significações dos processos patológicos²⁻⁴.

Essa prática terapêutica se diferencia do atendimento individualizado pautado na perspectiva médica curativa, onde as patologias são vistas como ausência de saúde e a prioridade são os resultados quantitativos^{3,4}. Em contrapartida a essa prática que se dedica em orientação e terapia por meio de exercícios, o grupo terapêutico com crianças busca uma contextualização, tornando a prática mais próxima à realidade do sujeito, e busca a (re)significação da visão sobre a patologia, facilitando os resultados positivos^{3,4}.

Os grupos terapêuticos vêm sendo realizados não somente com as crianças, mas também com os cuidadores, pais e familiares, pois se percebe que mesmo intervindo junto aos sujeitos, o anseio das pessoas mais próximas continua^{1,3,5}. Na atuação com os pais no âmbito da Fonoaudiologia, o grupo terapêutico fonoaudiológico vem oferecendo a possibilidade de trocas intersubjetivas sobre as vivências da rotina familiar e a (re)significação dos anseios frente as patologias fonoaudiológicas dos filhos^{3,4,6-9}.

Sabe-se que o acolhimento dos pais é importante, visto que eles são os cuidadores que constituem e intermedeiam as relações sociais da criança, e representam a figura responsável pela procura por auxílio profissional na área da saúde, diante da percepção de alterações em seus filhos^{2,9}.

A literatura traz poucos estudos sobre grupo terapêutico com pais ou cuidadores, mais os resultados destes trabalhos têm sido muito importantes^{7,9,10}. Na literatura nacional não foram encontrados estudos que relatassem o acolhimento aos anseios dos pais de crianças disfônicas.

Acredita-se que acolher os anseios dos pais durante o processo terapêutico dos filhos seja importante para otimizar os resultados do tratamento, não somente sobre a patologia já instalada, mas também sob o ambiente social e familiar da criança, que podem ser os fatores etiológicos da disфонia infantil².

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo relatar a importância de um procedimento de acolhimento a pais de crianças disfônicas, participantes de um grupo de terapia fonoaudiológica.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso de caráter qualitativo e método de análise microgenético, que se insere no arcabouço teórico da perspectiva histórico-cultural¹¹. A pesquisa consiste em uma análise retrospectiva de vídeo gravações dos encontros de acolhimento de um grupo de pais de crianças disfônicas que se encontravam em tratamento fonoaudiológico. A coleta de dados completa contemplou 12 sessões de 40 minutos cada, uma vez por semana, sendo nove com as crianças e três com os pais (início, meio e término da terapia). No presente estudo serão analisadas apenas as sessões realizadas com os pais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO sob o número nº246/2010 e realizada respeitando-se a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/CONEP. Os pais receberam os esclarecimentos necessários sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e as crianças assinaram o Termo de Assentimento.

Para a escolha dos sujeitos participantes do presente estudo, utilizou-se como critérios de inclusão: pais de crianças com patologias vocais de origem funcional e organofuncional, de ambos os sexos, cujos filhos estavam participando de um grupo terapêutico para disфонia infantil. Dessa forma, a amostra constituiu-se de doze sujeitos, seis mães e seis pais de seis crianças disfônicas participantes de um grupo terapêutico fonoaudiológico vocal.

Todos os encontros com os pais foram gravados e posteriormente transcritos ortograficamente. O material foi analisado e os trechos do encontro que respondem aos objetivos foram recortados e analisados turno a turno. Sendo assim, foram selecionados para análise os três encontros de acolhimento realizados com os pais, os quais ocorreram durante o processo de intervenção fonoaudiológica com as crianças, sendo o primeiro encontro coincidindo com a primeira sessão de atendimento das crianças, o segundo encontro com a sexta sessão e o terceiro encontro com a décima segunda, última, sessão de atendimento das crianças. A Figura 1 mostra o número e o objetivo dos encontros.

Encontros com os pais	Objetivos dos encontros
1º	Primeiro contato com os pais; acolhimento dos anseios e (re)significação dos conceitos relacionados ao diagnóstico dos filhos, à saúde vocal e geral dos filhos, e as expectativas relacionadas ao processo terapêutico.
2º	Acolhimento dos anseios e (re)significação dos conceitos relacionados a fonação, as patologias vocais, e as mudanças percebidas no dia-a-dia das crianças.
3º	Acolhimentos dos pais, discussão sobre a percepção de (re)significações e mudanças no comportamento vocal das crianças e na dinâmica familiar.

Figura 1. Números e objetivos dos encontros do processo de acolhimento dos pais de crianças disfônicas

A disposição dos dados é por categoria de análise, sendo elas: as expectativas dos pais e o (des)conhecimento sobre a voz; os hábitos vocais e o mau uso da voz no cotidiano; a preocupação dos pais com as patologias respiratórias associadas. Além disso, dentro de cada categoria de análise, os trechos apresentados seguem a ordem cronológica dos encontros com os pais. Além disso, quando são citados mais de um

trecho do mesmo encontro, eles são apresentados em ordem crescente de ocorrência na sessão.

Nos trechos analisados, as crianças são mencionadas por meio das siglas (F1, F2, F3, F4, F5 e F6), as mães são mencionadas pelas siglas (M1, M2, M3, M4, M5 e M6), os pais pelas siglas (P1, P2, P3, P4, P5 e P6) e a terapeuta é referida por meio das iniciais TE. A Figura 2 mostra a caracterização dos participantes do grupo terapêutico.

Filho	Idade	Diagnóstico Otorrinolaringológico	Mãe	Pai
F1	08 anos	Nódulo	M1	P1
F2	08 anos	Fenda triangular médio-posterior	M2	P2
F3	10 anos	Ponte de mucosa	M3	P3
F4	08 anos	Fenda paralela	M4	P4
F5	08 anos	Não possuía lesão	M5	P5
F6	08 anos	Fenda paralela	M6	P6

Figura 2. Caracterização dos participantes do grupo terapêutico

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em categorias de análise, destacando-se os trechos considerados importantes para cada uma. Seguem alguns trechos dos encontros com os pais.

1. As expectativas dos pais e o (des)conhecimento sobre a voz

Encontro 1: Nesse trecho os pais discutem as possíveis causas do problema de voz dos filhos.

- M1:** *O F1 ele fala muito alto. Talvez um pouco da audição que também as vezes ele ouve muito alto, e talvez isso possa ser uma, um dos fatores. E também ele tem gripe.*
- P1:** *Já falei também pra gente fazer o exame do ouvido dele porque eu acho que ele não está*

escutando direito, já por causa disso. Tudo tem que estar alto, a televisão tem que estar alta, o som tem que estar alto.

- M1:** *Não presta atenção no que está falando.*
- P1:** *No quarto ele fala que tem que estar tudo em silencio que se não ele não escuta. Não sei acho que ele não presta atenção daí. Presta atenção no ventilador e não presta atenção na TV daí.*
- P4:** *O meu também gosta de ouvir TV num volume um pouquinho mais alto, mas é normal, nada exagerado assim, mas acho que por mania mesmo.*
- TE:** *E o F4 fala alto também?*
- P4:** *Ele presta bastante atenção, mas se tiver uma conversinha perto que for do interesse dele, ele já fala quando, onde o que? (risos) Agora se não for do interesse dele não. Mas ele troca umas letras quando fala.*

8. **P5:** Bom a F5 ela só ouve o que interessa pra ela, o que não interessa ela não quer nem saber. E eu acho que eu sou assim um pouco a neura com ela, bota isso no lugar, essa blusa, esse tênis, essa camiseta, essa calça mal dobrada, essa meia jogada lá, e não adianta nada. Ela tem oito anos, mas logo vai ser uma adolescente, um adulto, e como vai ser? Vai deixar tudo jogado né. Mas esse negócio do volume da televisão também às vezes né. Liga e fica lá e num se liga né, eu pego bastante no pé dela. Acho que eu que sou muito irritante até, "vixi". E ela não, ela é assim boazinha até, em vista de certas crianças que eu já vi assim, nossa, a F5 é muito dez né? Até no falar a gente vê que ela fala bem, que se expressa bem. Não troca letra nem nada.

Encontro 2: Nesse trecho os pais discutiram sobre o que os filhos estavam aprendendo durante a terapia.

1. **P3:** Eu achei engraçado que a F3 veio me pergunta se eu sabia que vômito fazia mal pra voz, daí eu falei que não, que não fazia. Daí ela me falou assim, mas pai vômito tem ácido, daí machuca as cordas vocais.

(Todos riem)

2. **TE:** Ela veio me perguntar isso na sessão, porque havíamos discutido sobre o refluxo laringofaríngeo, não falamos exatamente de problemas como bulimia. Mas daí ela veio me falar, mas fono, vômito tem o ácido do estômago, e você falou que ele fazia faz mal né?

3. **P3:** A F3 é muito esperta, tudo ela relaciona, e ela cuida.

Encontro 3: Nesse trecho os pais discutem os resultados do processo terapêutico.

1. **M5:** Nossa a F5 agora eu acho que ela está cem por cento. Sabe eu não percebia nada nela, se eles não tivessem percebido no colégio, eu não ia perceber, mas agora eu vejo que melhorou bastante. Quando me falaram na escola que a F5 estava com problema de voz, eu não entendia, porque eu pensava, ela fala bem, ela não troca letra, eu não sabia por que ela ia ter que vir na fono né? Mas foi muito bom pra ela, a respiração também, ela fica se policiando e até cuidando a gente, ela fala, mas mãe não é assim, a fono disse que é assim (e faz a respiração costodiafragmática). Ela é meio avoada, mas ela fica se policiando, e procurando fazer direito sabe, e acho que é muito bom porque ela colocou isso na cabeça né?

2. **TE:** Nosso objetivo com a terapia em grupo foi justamente propor essa dinâmica e a vivência com eles, né?

3. **M5:** Eu também conforme fui aprendendo, até fiquei com medo né, por causa das lesões né? Porque eu achei isso muito preocupante, mas ainda bem que não era o caso da F5 né? E ontem ela foi de novo lá (no Otorrinolaringologista) e agora deu tudo normal né.

4. **M4:** O F4 também era pouca coisa, e agora deu tudo normal. Ainda bem. Só que ele ainda tem problema na linguagem né? Ele ainda não consegue fala o /r/ né?

5. **M3:** A F3 eu ainda percebo um pouco de falha né? Principalmente quando ela está cantando, dá a impressão assim que quando ela está cantando a voz dela muda sabe? Ela pensa que vai sair de um jeito e saí de outro, daí ela fica brava né. Ela ainda não consegue respirar direitinho quando ela está cantando.

6. **M1:** O F1 ele tem muita crise de asma ainda né? E ele também não fazia os exercícios quando tinha que fazer, ele fazia tipo um dia antes, e daí no dia de vim ele fazia também, pra chega e fala pros colegas que fez sabe? E como a gente não fica em casa de dia, não tinha como ficar controlando se ele fazia. Mas ele fazia muito pouco em casa, e que nem eu falei pra ele né, como que ele vai melhora se ele não faz, e ainda sempre está com tosse. Então todo dia ele fica ainda com aquela tosse da asma né? Então eu sei que isso prejudica ele e que fica mais difícil né.

2. Os hábitos vocais e o mau uso da voz no cotidiano

Encontro 1 (1º trecho): Nesse trecho os pais foram questionados sobre os maus hábitos vocais dos filhos.

1. **M1:** Bom o F1 ele é muito bom assim, o problema dele é grito, ele fala muito alto. Tudo ele falta alto, então, talvez isso que prejudique ele também.

2. **P1:** Eu queria que ele parasse de fala um pouco. Ele grita bastante também porque ele é muito "bardoso", não sei se é um pouco disso também, não.

3. **TE:** Alguém se identifica?

4. **P4:** O F4 não, ele fala baixo, as vezes até baixo demais.

5. **P3:** Bom a F3 tem algum problema de voz né, não que seja porque é adulada né, porque se ela quer alguma coisa, ou, as vezes a gente fala alguma

coisa com ela, ela já vem “pipipi”, ela não fala direito, ela vem tipo se chorando, ela quer ser muito carinhosa, mas o jeito dela é esse. Ela vem meio “churumingando” pro teu lado né, ao invés dela fala direito né, ela fala baixinho assim e meio que, ela não fala direito né? Eu acho que é esse o problema dela porque de 100% que ela fala, uns 80% ela fala assim, é difícil ela fala corretamente né.

Encontro 1 (2º trecho): Nesse trecho os pais comentam sobre as limitações dos bons hábitos vocais.

1. **M5:** *A tem a questão da água né, até a gente vai até pra aula né? Daí ela leva a “cumbuquinha” de água. Chega lá é aquele esquema, vai pro banheiro, bate o sinal, entra na sala. Só que na aula eu acho que ela não toma né? Porque ela sabe que a professora não deixa ir no banheiro, a professora corta né. Como que a professora vai ter certeza que ela quer mesmo ir no banheiro e não quer fazer turismo lá fora né? Então ela evita de tomar água pra não ter que ir no banheiro.*
2. **M1:** *É verdade, as professoras falam que gente dar uma garrafinha de água pra eles, mas daí se eles precisam ir no banheiro elas não deixam.*

3. A preocupação dos pais com as patologias respiratórias associadas

Encontro 1: Nesse trecho os pais falam sobre as patologias respiratórias dos filhos.

1. **P2:** *O problema da F2 é a tal da rinite né? Chega a dar até crise de asma as vezes.*
2. **M1:** *O F1 tem gripe, aí sempre quando ataca as laringes também, que são, são dilatadas.*
3. **P1:** *E ele tem asma também, os dois têm (se referindo também ao irmão de F1).*
4. **P3:** *Bom a F3, ela fez a cirurgia da adenoide né, e estava bem avançada.*
5. **M1:** *O F1 se ele começa (imita um pigarro duas vezes), pode saber que vai atacar, e ele tem asma também.*

Encontro 2: Nesse trecho os pais falam sobre as crenças relacionadas as patologias respiratórias.

1. **P4:** *O F4 essa semana estava com rinite, depois que a gente descobriu do que que era, a gente cuidava, e ele tinha melhorado bastante assim, os sintomas né? Mas daí essa semana deu de novo.*

2. **M1:** *O F1 quando atacava a gente fazia inalação com soro nele né?*
3. **TE:** *Só soro?*
4. **M1:** *Só soro, e na verdade vodca (Todos riem)*
5. **TE:** *Mas porque vodca?*
6. **P3:** *Vodca ou álcool?*
7. **M1:** *Vodca.*
8. **P3:** *É eu sei que na verdade quando a gente fez tratamento pra F3 com homeopatia, eles utilizavam álcool ou vodca, todos aqueles produtos florais são usados.*
9. **M1:** *É mas é bem interessante e ajuda.*
10. **P3:** *É eu tenho um cunhado que tem farmácia e ele faz.*
11. **M1:** *Eu usava dez gotas de vodca só.*
12. **P3:** *É, uma quantidade assim bem pequena.*
13. **M1:** *É, diz que hidrata né? Não sei o que a vodca faz, mas ela falou que só o soro não hidratava, e que a vodca hidrata. Isso ela falava pra fazer quando era sem catarro, e quando ele tinha com catarro, daí era com própolis. Com isso ele melhora assim, cem por cento.*

DISCUSSÃO

Em relação a categoria de análise das expectativas dos pais e o (des)conhecimento sobre a voz, no encontro 1 pode-se notar o desconhecimento dos pais sobre o que é a voz. Neste encontro do turno 1 ao 7 é visível a questão da voz em relação a audição, especificamente voltado para a questão de uma possível perda auditiva. Uma vez que a audição e a voz são aspectos inter-relacionados, a percepção auditiva tem influência direta no ajuste vocal a ser adotado, ou seja, se o indivíduo apresentar falta de monitoramento pela via auditiva, seja ela decorrente de uma perda ou da falta de percepção, ele não terá *feedback* da sua voz, e terá tendência a utilizar uma intensidade vocal elevada para que ele possa escutar a própria voz, ou apresentará variações de intensidade durante a fala^{12,13}. Além de desempenhar um importante papel no controle da voz por meio da regulação dos processos fonatórios e respiratórios, o monitoramento auditivo também é importante na intensidade, frequência e qualidade vocal¹⁴.

Já no turno 7 e 8 observa-se que os pais trazem questões referentes a fala. Considera-se que há uma interligação entre voz, fala, linguagem e audição, porém, nesse caso, observa-se que os pais não sabem diferenciá-las. Nesse sentido é essencial acolher

e atender as demandas dos pais a fim de tornar o processo terapêutico mais efetivo¹⁵. Tais aspectos são muito importantes, visto que os pais têm um papel fundamental no andamento terapêutico, com o acompanhamento na realização dos exercícios vocais em casa e na realização dos usos incorretos da voz. Esse achado corrobora com outros estudos que envolviam os pais de crianças com doenças crônicas, onde o comportamento dos pais frente à questão da sintomatologia apresentada pelos filhos foi de esquiva e fuga, além de apresentarem dificuldades para explicitarem tal questão^{7,16}.

Destaca-se que os sintomas vocais não estão entre as primeiras queixas que costumam levar os pais a procurar atendimento especializado, atribuído ao fato de que as crianças não apresentam sintomas mais alarmantes envolvendo outros sistemas, o que faz com que a incidência da disfonia infantil ainda seja controversa na população infantil^{4,17-19}. Além disso, as alterações vocais na infância podem comprometer o desempenho social, emocional e escolar da criança²⁰.

O fato dos pais não procurarem atendimento especializado precocemente pode estar relacionado às dificuldades dos mesmos em identificar e reconhecer a disfonia em seus filhos²¹. A literatura mostra que as queixas principais que levam os pais a procurarem auxílio profissional são distúrbios do desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, enurese, encoprese, infecções, alergias, doenças psicossomáticas e psicopatológicas^{2,22}.

No encontro 2 observa-se o andamento do processo, em que as crianças começam a discutir em casa sobre os conhecimentos adquiridos em sessão, mostrando a importância do acesso às informações por parte dos pais. Esses dados são reforçados pelo encontro 3, que mostra como os pais, ao final do acompanhamento, passaram a diferenciar voz, fala e linguagem, falando de questões específicas vocais como os maus usos da voz e a respiração costodiafragmática-abdominal.

Essa mudança no posicionamento dos pais é resultado do contexto grupal, uma vez que este é um espaço que possibilita a cada sujeito uma troca interativa, ou seja, além dos participantes se conscientizarem sobre o tema discutido, o grupo proporciona um espaço onde eles podem partilhar o conhecimento construído, nesse sentido cada um transforma o grupo e ao mesmo tempo é transformado por ele^{2,23}.

Em relação ao turno 5, observa-se que a mãe passa a ter uma percepção mais aguçada sobre a

voz da filha, conseguindo ver as diferenças da voz falada para a cantada, além de observar que ainda há questões a serem melhoradas. Tais ganhos representam um aspecto positivo, pois quando os pais têm conhecimento sobre os aspectos vocais, eles conseguem identificar precocemente os maus hábitos vocais e assim procurar soluções para resolver essas questões²⁴. Acredita-se que a conscientização dos pais e das crianças quanto aos maus usos da voz e os padrões vocais adequados para uma produção vocal equilibrada sejam fundamentais para a melhora vocal das crianças^{4,25}, visto que os maus usos vocais são os principais causadores da disfonia infantil²⁶.

O turno 6 mostra que M1 aprendeu a influência das questões respiratórias sobre a voz de F1. Sabe-se que indivíduos com problemas respiratórios são mais propícios a desenvolverem uma disfonia funcional, devido ao uso incorreto da voz, consequência de uma irregularidade no processo básico de produção natural da voz^{27,28}.

O segundo tópico, os hábitos vocais e o mau uso da voz no cotidiano, traz no primeiro trecho do primeiro encontro questões fundamentais para as disfonias infantis, os maus usos da voz. No caso das crianças, eles podem estar relacionados aos padrões vocais inadequados utilizados pelos familiares, pois as crianças têm tais padrões como adequados e os imitam, como falar com *loudness* aumentada, gritar, falar excessivamente, entre outras adaptações que são consideradas como fatores de risco para desenvolver disfonia comportamental²⁹.

Outro agravante para o mau uso da voz são os fatores ambientais físicos e psicológicos. São considerados fatores físicos aqueles que estão associados ao tipo e localização da casa e da escola da criança, além disso, deve-se considerar a poluição atmosférica e a competição sonora vocal causada pelo ambiente ruidoso. Já os fatores psicológicos englobam as relações familiares, nas quais a criança pode sentir necessidade de ser ouvida e exceder a sua voz como modo de chamar atenção dos pais para si³⁰.

O segundo trecho do primeiro encontro mostra os pais falando sobre as limitações impostas pelas escolas para a saúde vocal, como a hidratação. Esse encontro traz à tona uma questão muito discutida também nas disfonias em professores, a influência da estrutura organizacional da escola na voz de seus frequentadores, uma vez que cada indivíduo faz ajustes vocais de acordo com a sua necessidade³¹.

O tópico três mostra a preocupação dos pais com as patologias respiratórias dos filhos, presentes em F1, F2, F3 e F4. O sistema respiratório exerce um papel fundamental na produção da voz, pois na expiração o ar promove uma pressão subglótica que faz com que as pregas vocais vibrem, e com auxílio das cavidades ressonantes e articulatórias produzam a voz. Entretanto este caminho pode ser comprometido por infecções nas vias aéreas superiores e inferiores, as quais podem causar edema na mucosa da região do trato respiratório, abrangendo também as pregas vocais, nesse sentido qualquer comprometimento que ocorra nas vias aéreas superiores pode acarretar em um efeito direto na voz, em relação ao *pitch*, *loudness*, *ressonância* e também a qualidade vocal³². Além disso, cabe destacar a preocupação dos pais com questões que influenciam negativamente na voz e que são externas ao processo terapêutico fonoaudiológico, como gripe, rinite e sinusite, as quais são consideradas como as patologias que mais prolongam a terapia fonoaudiológica em disфонia infantil³³.

O encontro dois mostra a influência do conhecimento empírico sobre as questões respiratórias, na terapia vocal. No turno quatro, M1 fala sobre a utilização da *vodka* na inalação e sobre sua suposta ação de hidratação do trato vocal. Há relatos na literatura^{34,35} sobre indivíduos que fazem uso de bebida alcóolica para amenizar sintomas/queixas vocais, uma vez que estas têm efeito anestésico. Entretanto o consumo de bebidas alcóolicas acarreta ressecamento e irritam a mucosa da laringe e conseqüentemente ocasionam uma disфонia crônica^{34,35}.

Acredita-se que o acolhimento dos pais durante o processo terapêutico fonoaudiológico das crianças, permitiu a (re)significação dos conceitos de hábitos e saúde vocal, e da percepção dos pais a respeito da voz infantil, sendo fundamentais para o melhor andamento da terapia, bem como para a melhora na vida diária das crianças^{4,26,36}.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a proposta de grupos com os pais de crianças disfônicas é uma possibilidade terapêutica válida, pois se mostrou como um trabalho construtivo para todos os integrantes. Neste espaço os pais puderam trocar informações, (re)significar e (re)construir seus conhecimentos sobre saúde vocal. Acredita-se que o acolhimento dos pais de crianças disfônicas, associado ao tratamento realizado com as

crianças, seja essencial visto que eles interferem diretamente na condução do processo terapêutico.

REFERÊNCIAS

1. Leite APD, Panhoca I. A constituição de sujeitos no grupo terapêutico fonoaudiológico: identidade e subjetividade no universo da clínica fonoaudiológica. *RevDistComun.* 2003;15(2):289-308.
2. Ribeiro VV, Dassie-Leite AP, Lacerda Filho 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. *RevDist Comun.* 2013;25(1):81-90.
3. Leite APD, Panhoca I, Zanolli ML. Distúrbios de voz em crianças: o grupo como possibilidade de intervenção. *RevDistComun.* 2008;20(3):339-47.
4. Ribeiro VV, Dassie-Leite AP, 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.
5. Ribeiro VV, Panhoca I, Dassie-Leite AP, Bagarollo MF. Grupo terapêutico em fonoaudiologia: revisão de literatura. *Rev CEFAC.* 2012;14(3):544-52.
6. Panhoca I, Penteado RZ. Grupo terapêutico fonoaudiológico: a construção (conjunta) da linguagem e subjetividade. *Pró-Fono R Atual Cient.* 2003;15(3):259-66.
7. Penteado RZ, Panhoca I, Siqueira D, Romano FF, Lopes P. Grupalidade e família na clínica fonoaudiológica: deixando emergir a subjetividade. *Rev. Dist. Comun.* 2005;17(2):161-71.
8. Vilela FCA, Ferreira LP. Voz na clínica fonoaudiológica: grupo terapêutico como possibilidade. *DisturbComun.* 2006;18(2):235-43.
9. Guarinello AC, Lacerda CBF. O grupo de familiares de surdos como espaço de reflexão e de possibilidades de mudança. In: Ana Paula Santana; Ana Paula Berberian; Ana Cristina Guarinello; Giselle Massi. (Org.). *Abordagens grupais em fonoaudiologia. Contextos aplicações.* 1ed. São Paulo: Plexus; 2007. p. 105-20.
10. Moret ALM, Freitas VS, Ferreira MCF, Alavarenga KF, Bevilacqua MC. Curso para pais de crianças deficientes auditivas: estudo do conhecimento dos pais em um módulo intermediário. *RevDistComun.* 2007;19(1):25-37.

11. Bagarollo MF, Ribeiro VV, Panhoca I. Características do desenho de um sujeito autista. *Comunicações*. 2012;19(2):7-22.
12. Behlau M, Azevedo R, Pontes P. Conceito de Voz normal e classificação das disfonias. In: Behlau M. *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p.53-84.
13. Cavadas M, Pereira L, Behlau M. Disfonia infantil e processamento auditivo central. In: Valle MGM. *Voz: diversos enfoques em fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 99-109.
14. Cavadas M. Avaliação do processamento auditivo central em crianças com disfonia orgânico funcional [Dissertação] São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 1998.
15. Ieto V, Cunha MC. Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico. *RevSocBrasFonoaudiol*. 2007;12(4):329-34.
16. Monteiro MIB, Camargo EAA, Freitas AP, Bagarollo MF. Interações dialógicas de familiares de sujeitos com deficiência mental: algumas reflexões. *TemasDesenvolv*. 2005-6;14(83-84):32-9.
17. Carding PN, Roulstone S, Northstone K, ALSPAC Study Team. The prevalence of childhood dysphonia: a cross-sectional study. *J Voice*. 2006;20(4):623-30.
18. Takeshita TK, Aguiar-Ricz L, Isaac ML, Ricz H, Anselmo-Lema W. Comportamento Vocal de Crianças em Idade Pré-escolar. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 2009;13(3):252-8.
19. Oliveira RF, Teixeira LC, Gama ACC, Medeiros AM. Análise perceptivo-auditiva, acústica e autopercepção vocal em crianças. *J SocBrasFonoaudiol*. 2011;23(2):158-63.
20. Della Via C. Disfonia infantil: visão dos fonoaudiólogos, dos otorrinolaringologistas e dos pediatras. [Monografia Especialização] São Paulo(SP): Centro de Estudos da Voz; 2000.
21. Dias MR, Oliveira AMR, Bastos ACMM. Da garganta vem a voz: um projeto de educação para a saúde. *RevDistComun*. 2015;27(1):168-77.
22. Schoen-Ferreira, Silva DA, Farias MA, Silveiras EFM. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA). *Psicol. em Estud*.2002;7(2):73-82.
23. Vilela FCA, Ferreira LP. Voz na clínica fonoaudiológica: grupo terapêutico como possibilidade. *RevDistComun*.2006;18(2):235-43.
24. Fritsch AV, Oliveira G, Behlau M. Opinião dos pais sobre a voz, características de comportamento e de personalidade de seus filhos. *Rev CEFAC*. 2011;13(1):112-22.
25. Ribeiro VV, Santos AB, Prestes T, Bonki E, Carnevale L, Dassie-Leite AP. Autoavaliação vocal e qualidade de vida em voz de indivíduos hipertensos. *Rev CEFAC*. 2013;15(1):128-34.
26. Penteado R, Camargo AMD, Rodrigues CF, Silva CR, Rossi D, Costa e Silva JT et al. Vivência de voz com crianças: análise do processo educativo em saúde vocal. *RevDistúrbComun*. 2007;19(2):237-46.
27. Tavares JG, Silva EHAA. Considerações teóricas sobre a relação entre respiração oral e disfonia. *RevSocBrasFonoaudiol*. 2008;13(4):405-10.
28. Provenzano LCVA, Sampaio TMM. Prevalência de disfonia em professores do ensino Público estadual afastados de sala de aula. *Rev CEFAC*. 2010;12(1):97-108.
29. Paixão CLB, Silvério KCA, Berberian AP, Mourão LF, Marques JM. Disfonia infantil: hábitos prejudiciais à voz dos pais interferem na saúde vocal de seus filhos? *Rev CEFAC*. 2012;14(4):705-13.
30. Oliveira RC, Teixeira LC, Gama ACC, Medeiros AM. Análise perceptivo-auditiva, acústica e autopercepção vocal em crianças. *J SocBrasFonoaudiol*. 2011;23(2):158-63.
31. Zenari MS, Bitar ML, Nemr NK. Efeito do ruído na voz de educadoras de instituições de educação infantil. *RevSaúd. Públic*. 2012;46(4):657-64.
32. Boone DR, MacFarlane SC. A voz e a terapia vocal. Porto Alegre: Artmed; 1994.
33. Behlau M, Madazio G, Feijó D, Pontes P. Avaliação de Voz. In: Behlau M. *Voz: O Livro do Especialista* Rio De Janeiro: Revinter, 2001. p.85-180.
34. Behlau MS, Azevedo R, Pontes P. Conceito de voz normal e classificação das disfonias. In: Behlau M. *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter; 2008. p. 53-84.
35. Zimmer V, Cielo CA, Ferreira FM. Comportamento vocal de cantores populares. *Rev CEFAC*. 2012;14(2):298-307.
36. Kasama ST, Brasolotto AG. Percepção vocal e qualidade de vida. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2007;19(1):19-28.