ANA PAULA DASSIE LEITE

O GRUPO TERAPÊUTICO FONOAUDIOLÓGICO COMO POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO JUNTO A CRIANÇAS DISFÔNICAS: análise de um processo

CAMPINAS

2007

ANA PAULA DASSIE LEITE

O GRUPO TERAPÊUTICO FONOAUDIOLÓGICO COMO POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO JUNTO A CRIANÇAS DISFÔNICAS: análise de um processo

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente.

ORIENTADOR: *Profa. Dra. Ivone Panhoca*

CAMPINAS

2007

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Leite, Ana Paula Dassie
L536g O grupo terapêutico fonoaudiológico como possibilidade de intervenção junto a crianças disfônicas: análise de um processo / Ana Paula Dassie Leite. Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientador : Ivone Pahoca
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Distúrbios da Voz. 2. Processos grupais. I. Panhoca, Ivone. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : The audio-phonologic therapeutic group as possibility of intervention along with dysphonic children: a process analysis

Keywords: • Voice disorders
• Group process

Área de concentração : Saúde da Criança e do Adolescente
Titulação: Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente

Banca examinadora: Profa. Dra. Ivone Panhoca
Profa. Dra. Maria de Lurdes Zanolli
Profa. Dra. Maria Inês Bacellar Monteiro

Data da defesa: 13-02-2007

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientadora:

Profa. Dra. Ivone Panhoca

Membros:

1. Profa. Dra. Ivone Panhoca
2. Profa. Dra. Maria de Lurdes Zanolli
3. Profa. Dra. Maria Inês Bacellar Monteiro

Curso de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 2007

DEDICATÓRIA

"A meus pais, Walter e Laide, meus grandes exemplos de honestidade, caráter, dedicação e amor incondicional".

À **Professora Dra. Ivone Panhoca**, por seu importante papel para o desenvolvimento da Fonoaudiologia, pela fundamental orientação ao trabalho e pelo incentivo que tem me dado desde a graduação.

Às Professoras, **Dra. Maria Inês Bacellar Monteiro**, **Dra. Regina Yu Shon Chun e Dra. Maria de Lurdes Zanolli**, pela dedicação na elaboração sugestões e contribuições para o trabalho.

À Professora **Dra. Lúcia Mourão**, quem considero ter "plantado a semente" para o meu interesse pela área de Voz, pelas construtivas discussões e pela oportunidade do Estágio Docente.

Às Professoras da Santa Casa de São Paulo, **Wanderlene Anelli**, **Roberta Busch**, **Marina Lang** e **Patrícia Príncipe**, por tudo o que me ensinaram e me permitiram descobrir e aprimorar durante os dois anos da especialização.

Aos professores do Mestrado, **Dra. Cida Moisés**, **Dr. Sérgio Marba**, **Dr. André Morcillo** e **Dra. Angélica Zeferino**, por contribuírem de maneira tão importante para a formação de futuros professores.

À secretária do CIPED, **Simone Cristina Ferreira,** sempre tão simpática e prestativa em atender meus e-mails, telefonemas e pelas importantes orientações desde o início de Mestrado.

À amiga e companheira de Mestrado, **Cássia Sígolo**, por compartilhar tantos momentos de alegria dessa fase, pelo "ombro amigo", também diante de angústias e frustrações e pelo exemplo de batalha e luta profissional.

Ao meu namorado e grande amor, **Lucas**, pelas palavras carinhosas e otimistas, até mesmo nos momentos de dúvidas e incertezas e pelo grande companheirismo durante essa fase tão importante da minha vida.

Aos meus irmãos, **Denise**, **Gisele** e **Waltinho** que, mesmo longe, sempre torceram e continuam torcendo por mim.

"A voz é a expressão sonora da personalidade.
Ela provém de um instrumento vivo.
Ela conta a história do homem e da humanidade.
Ela mostra o que o indivíduo é, o que o indivíduo foi,
e até o que o indivíduo será".

(Pedro Bloch)

SUMÁRIO

PÁG.

RESUMO..... *xxiii*

ABSTRACT..... *xxvii*

1- INTRODUÇÃO..... 31

1.1- A voz e as disfonias..... 38

1.2- A intervenção fonoaudiológica..... 41

1.2.1-Terapia vocal comportamental..... 45

1.2.2- Terapia vocal cognitiva..... 47

1.2.3- Terapia vocal de aconselhamento..... 48

1.2.4-A voz na comunicação e nas relações sociais..... 49

1.3- O grupo terapêutico-fonoaudiológico..... 52

1.4- A construção da imagem/identidade através da voz no grupo..... 56

2- OBJETIVOS..... 61

3- MATERIAL E MÉTODOS..... 65

3.1- Caracterização dos sujeitos..... 67

3.2- Critérios de inclusão..... 67

3.3- Coleta de dados..... 69

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 73

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 105

6- CONCLUSÕES..... 115

7- REFERENCIAS BILBIOGRÁFICAS..... 119

8- ANEXOS..... 129

CPFA Coordenação Pneumofonoarticulatória

FONO Fonoaudiologia / Fonoaudiológica/ Fonoaudióloga

HD Hipótese Diagnóstica

Hz Hertz

IPFA Incoordenação Pneumofonoarticulatória

LF Laringo-Faríngea

MAA Mordida Aberta Anterior

ORL Otorrinolaringológica/ Otorrinolaringologia

PPVV Pregas Vocais

QV Qualidade Vocal

R1 Responsável pelo sujeito nº 1

R2 Responsável pelo sujeito nº 2

R3 Responsável pelo sujeito nº 3

R 4/5 Responsável pelos sujeitos nº 4 e 5

R6 Responsável pelo sujeito 6

SSMO Sistema Sensório Motor Oral

S1 Sujeito nº 1

S2 Sujeito nº 2

S3 Sujeito nº 3

S4 Sujeito nº 4

S5 Sujeito nº 5

S6 Sujeito nº 6

TMF Tempos Máximos Fonatórios

PÁG.

Tabela 1- Comparação entre diagnóstico ORL inicial e final e qualidade vocal inicial e final. Participação da criança no grupo e conduta pós processo terapêutico..... 103

PÁG.

Anexo 1- Dados dos componentes do grupo..... 131

Anexo 2- Avaliações e Reavaliações FONO e ORL..... 135

Anexo 3- Consentimento livre e esclarecido..... 151

RESUMO

O GRUPO TERAPÊUTICO FONOAUDIOLÓGICO COMO POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO JUNTO A CRIANÇAS DISFÔNICAS: ANÁLISE DE UM PROCESSO

O trabalho fonoaudiológico em grupo com crianças disfônicas ainda é pouco difundido, havendo pouca literatura abordando o tema. Considera-se, no presente trabalho, a voz como parte da comunicação e meio de fundamentação lingüística da criança nas relações sociais. O objetivo do estudo é analisar o grupo como modalidade de intervenção fonoaudiológica junto a crianças disfônicas, bem como as possibilidades de atuação que ele propicia. O banco de dados da pesquisa corresponde a registros em vídeo e transcrições de um processo terapêutico com um grupo de seis crianças disfônicas, durante seis meses. Os resultados mostram as construções conjuntas de conhecimentos, a repercussão dos conceitos trabalhados em grupo na vida das crianças, o importante papel do terapeuta, as trocas de experiências, a dificuldade na realização de exercícios e técnicas individuais no contexto grupal e as modificações na qualidade vocal de crianças com disfonias de grau leve com o decorrer do processo. Conclui-se que o grupo é um espaço rico e promissor, importante para o desenvolvimento de noções que as crianças têm da voz e de conscientizações para hábitos saudáveis, além de proporcionar modificações na qualidade vocal das crianças.

Palavras-Chave: disfonia infantil – grupo- processo terapêutico

ABSTRACT

THE AUDIO-PHONOLOGIC THERAPEUTIC GROUP AS POSSIBILITY OF INTERVENTION ALONG WITH DYSPHONIC CHILDREN: A PROCESS ANALYSIS

The in-group audio-phonologic work with dysphonic children is still not much diffused, there is very little literature approaching the subject. The voice is considered, here, as part of communication and means of linguistic basing of the child in the social relations. The goal of the research is to analyze the group as a kind of audio-phonologic intervention along with dysphonic children, as well as the possibilities of acting that it provides. The database of the research is the therapeutic process of a group of six dysphonic children during six months. The results show the joined constructions of knowledge, the concepts' repercussion developed in-group in the children's life, the important role of the therapist, the exchanging of experiences, the difficulty in the achievement of the exercises and individual techniques in the group context and the positive changes in the vocal quality with dysphonic of slight level during the process. It comes to the conclusion that the group is a rich and promising "space", important for the development of notions the children have towards the voice and conscientiousness for eliminating bad habits and collection of healthy habits, besides providing positive changes regarding the children's vocal quality.

Key words: children's dysphonic – group – therapeutic process

1- INTRODUÇÃO

O objeto de estudo e trabalho da Fonoaudiologia (FONO), desde os primórdios, foram os distúrbios da comunicação, com conseqüente predominância da atenção individual. O trabalho fonoaudiológico, com heranças positivistas, era totalmente atrelado ao do médico. Não era possível atender um paciente disfônico, por exemplo, sem que antes o médico avaliasse as condições de suas pregas vocais.

Evoluindo a cada década, atualmente a Fonoaudiologia vive um período de grande expansão relacionada a estudos, publicações científicas e reflexões a respeito de seu objeto de estudo. Ainda assim, divergências relacionadas às óticas e às bases que norteiam o trabalho continuam sendo discutidas e debatidas por diversos profissionais.

Discussões acerca de normal e patológico, positivo e negativo, bom e ruim, higiene e saúde, etc, demonstram que ainda há predomínio da atuação profissional fundamentada sob a ótica da patologia, considerando a voz como mero ato laríngeo. Na área de voz, embora o avanço na terapêutica seja notável, ainda há atendimentos que baseiam-se em listas de proibições, exercícios e técnicas descontextualizadas e pouquíssima ou nenhuma preocupação a respeito das condições concretas de vida do paciente, suas experiências anteriores, seus anseios e expectativas.

Norteado pelos pressupostos da Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2001), o presente trabalho considera que a voz ao mesmo tempo produz e é efeito de sentidos e, muito além de um ato laríngeo, ela é marca constitutiva da oralidade, parte da comunicação e fundamental nas relações sociais (Bonatto,2002; Chun,2002).

O diagnóstico precoce das alterações vocais infantis é de grande importância, para que a disfonia não interfira nas atividades sociais das crianças e, conseqüentemente na vida adulta. Embora com as divergências de “visões”, como mencionado anteriormente, há consenso na literatura brasileira sobre a

intervenção fonoaudiológica nesses casos e no geral, os processos baseiam-se em orientações às crianças e familiares e fonoterapia.

A idéia de desenvolver um trabalho em grupo com crianças disfônicas surgiu com o propósito de contribuir para o fortalecimento de uma visão mais dialética, que não fragmenta o sujeito e que entende a voz de forma contextualizada, ou seja, na interação social.

O grupo terapêutico fonoaudiológico surgiu na década de 1980, momento em que o aspecto preventivo começa a se delinear na área. Os profissionais, deparando-se com uma grande quantidade de indivíduos que necessitavam de atendimento, começaram a optar por esse tipo de trabalho, já que não haveria possibilidade de assistir a todas as pessoas individualmente (Corrêa,1994). Com o passar do tempo, estudos mostram que muito mais do que uma opção para atender a demanda, o grupo terapêutico pode ser um importante "lugar" de trocas, vivências culturais e partilha de conhecimentos (Anelli, 1997; Leite e Panhoca, 2003; Marcucci e Panhoca, 2004).

Essa modalidade de atuação já é mais freqüente nos últimos anos. Na área de linguagem, o assunto vem sendo bastante difundido (Santos,1993; David,2000; Leite e Panhoca,2003). Na área de voz também já existem contribuições bastante interessantes (Chun,1995;Chun,2002; Servilha, 2004), embora anda não haja estudos analisando o processo terapêutico em grupo com crianças.

Segundo Servilha (2004), no trabalho individual com crianças disfônicas, tem- se estabelecido uma atitude prescritiva bastante acentuada, no sentido de "higienizar a voz". O que acontece, no entanto, é que as prescrições nem sempre podem ser cumpridas, pois se chocam com as condições concretas de vida. Imagina-se que todo sujeito é igual, e para eles, as orientações e cuidados com a voz também se homogeneízam, viram regras. As singularidades do sujeito são pasteurizadas.

Norteada pela perspectiva da Promoção da Saúde, a autora menciona, ainda, que o sujeito não é só a voz, o que merece ser ressignificado na terapia fonoaudiológica, sugerindo, em relação ao tipo de atendimento, que se privilegie o grupo, pois essa modalidade de intervenção com o paciente, mostra-se como estratégia bastante útil para trabalhar as questões de voz e da disfonia infantil, já que permite trocas de experiências ricas e promissoras.

Valoriza-se, no presente trabalho, investimentos e ações que almejem o desenvolvimento integral e o fortalecimento das pessoas no sentido de capacitá-las para a identificação, controle, ação e transformação para melhoria dos fatores que afetam e determinam sua vida e sua saúde (Brasil, 2001).

Nesse contexto, o grupo terapêutico fonoaudiológico aparece como importante agente facilitador, por meio de trocas de experiências entre sujeitos com características, necessidades e anseios (de si próprios e de familiares) semelhantes, possibilitando a (re)construção das representações e conteúdos individuais, no caso das imagens vocais de cada um.

Para que se compreenda um pouco mais sobre a atuação fonoaudiológica a crianças disfônicas, é importante destacar estudos que mostram a incidência da mesma, suas possíveis causas, possibilidades e trabalho, etc.

Filter e Brandell (1973) e Silverman e Zimmer (1975) revelam em seus estudos que 70% das crianças em idade escolar apresentando rouquidão têm nódulos de pregas vocais. Contudo, na literatura, encontram-se grandes discrepâncias entre a incidência e o número de crianças com alterações vocais que recebem atendimento fonoaudiológico (Andrews, 1986; Wilson,1987).

Segundo Raming e Verdolini (1998), os fatores que podem contribuir para essa ainda pequena procura são: uma não valorização dos sintomas, dificuldades para realização de um exame laringológico adequado, a natureza essencialmente benigna das alterações vocais nessa faixa etária e a ausência de dados científicos sobre a efetividade da terapia em crianças.

De acordo com Behlau (1991), qualquer alteração no desenvolvimento da voz deve ser identificada, avaliada e tratada, para que não ocorra um impedimento no crescimento social e emocional da criança.

Muitos profissionais referem que os insucessos dos processos terapêuticos individuais com crianças disfônicas estão relacionados ao fato delas terem pouca conscientização sobre o problema vocal e por isso comprometerem-se pouco com a terapia. Além disso, “cobra-se” muito dos pais e familiares para que sejam mediadores da clínica em casa e “fiscalizem” se os exercícios estão sendo realizados e/ou se as orientações sobre saúde vocal estão sendo seguidas.

Considera-se, aqui, que o primeiro passo a ser dado é a mudança de posição do profissional, o distanciamento de uma postura que dite regras, prescreva hábitos, proíba abusos. Além disso, é importante que se tente criar novas alternativas de atuação, pensando em processos contextualizados, que possa ir ao encontro das reais necessidades das crianças.

Ainda são poucos e relativamente novos os trabalhos na área de voz que optam por uma visão mais dialética (Ferreira 1995; Anelli 1997; Andrada e Silva 1998; Martz 1999; Bonatto, 2002; Ferreira et al., 2003; Servilha, 2004; Penteado et al., 2005).

A visão dialética contribui para que a inserção do sujeito no mundo social seja valorizada e a principal preocupação frente à avaliação da voz consiste em captar, de modo particular, a inserção desse sujeito na realidade social.

De acordo com Bonatto (2002), a intervenção fonoaudiológica enquanto atitude comunicativa busca propiciar à criança disfônica, práticas de comunicação vocal para que ela possa se desenvolver sem dificuldades de interação social no que diz respeito aos aspectos psíquicos, da emoção e da personalidade.

Ferreira (1995) coloca que se a voz existe em função de um outro sujeito, num processo que resultou de um esforço histórico de funções readaptadas (alimentação e respiração), é em função desse mesmo outro que ela pode se modificar de forma consciente ou não.

Para Orlandi (1988), a voz pode ser definida como manifestação do próprio processo de comunicação e interação e representa a ação do sujeito sobre o outro e sobre o mundo. A interação permite que o fonoaudiólogo entenda o significado do "dizer", compreendendo que este tenha muito a ver com as condições em que foi produzido e com outros dizeres com os quais se relacionou. "Em suma: o dizer tem sua história".

Considerando a voz nas relações sociais e a importância do outro para que ela aconteça, o trabalho fonoaudiológico em grupo com crianças pode ter vantagens importantes sobre o atendimento individual.

Chun (2002) cita diversos estudos sobre grupos que têm sido desenvolvidos e que mostram o quanto estes podem favorecer transformações em um indivíduo. Os grupos permitem aos seus integrantes a partilha do processo vocal de si e dos outros, propiciando um espaço de negociação e emergência de condições de exploração, vivência e mudanças de voz de cada um.

Segundo Anelli (1997), que pesquisou um grupo de adultos disfônicos que estavam na lista de espera para serem atendidos na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, essa prática facilita a atuação fonoaudiológica dentro da perspectiva social da voz, já que permite ao paciente perceber sua voz na interação com as pessoas.

Para a autora acima, o grupo exerce influências no padrão vocal dos indivíduos, podendo modificar o seu comportamento vocal voluntariamente ou não. As situações vividas no grupo permitem que o disfônico tome consciência de sua participação social e da interferência da sua voz nas situações de comunicação como um fator positivo e que permite uma troca mais efetiva com as pessoas com quem se comunica.

No contexto terapêutico grupal, a criança vivencia ações socioculturais; nele, ela está *envolta* por ações mediadas, nas quais são veiculados experiências e conhecimentos. Aí, mecanismos internos que revelam a complexidade do ser

humano são acionados e manifestos. Segundo Santos (1993), é o desenvolvimento do jogo interacional que proporciona a constituição da grupalidade, ao mesmo tempo em que possibilita a percepção dos sujeitos por eles mesmos.

Analisar um grupo terapêutico de crianças disfônicas sob a ótica da perspectiva social, é contribuir para o desenvolvimento dos estudos na área de voz norteados pela perspectiva da Promoção de Saúde e também contribuir para impulsionar a revisão de paradigmas no meio fonoaudiológico.

1.1- A voz e as disfonias

Muito mais do que a coaptação das pregas vocais e a projeção do som para o ambiente, a voz é expressão de sentimentos, anseios, vontades. Ela pode revelar estados emocionais, físicos e de personalidade. É muito comum, por exemplo, ao telefone, podermos perceber essas características no outro sem sequer precisar vê-lo.

A voz é o som que mais caracteriza o indivíduo, na medida em que ele tem a necessidade de comunicar, socialmente, a linguagem com emoção. Quando estamos alegres, deprimidos ou irritados, alteramos a nossa voz expressando esses sentimentos (Mello, 1972; Bloch, 1980; Pinho, 1998).

Assim, a voz é fundamental para a comunicação e para as relações sociais. Ela expressa a “posição” do sujeito no mundo, sua realidade social, suas experiências anteriores de vida. Enfim, através dela, podemos mostrar quem realmente somos.

Behlau et al. (2001) afirmam que voz e disfonia são conceitos negociáveis e dependentes da cultura na qual o indivíduo está inserido. Alguns desvios vocais são aceitos socialmente, enquanto outros se constituem verdadeiras alterações de voz, as chamadas disfonias. Por outro lado, disfonia é

conceituada como toda e qualquer dificuldade que impede a produção natural da voz.

Como é comum a associação da voz com a personalidade e tipo físico, muitas pessoas disfônicas podem acabar sendo rotuladas. Assim, vozes com qualidades alteradas podem transmitir características equivocadas aos ouvintes. A rouquidão, por exemplo, deixa o *pitch* (percepção auditiva da freqüência vocal) mais grave e pode fazer, em casos extremos, que vozes femininas sejam confundidas com masculinas. Vozes infantilizadas em adultos podem transmitir a idéia de pessoas imaturas, vozes com *loudness* (percepção auditiva da intensidade vocal) diminuída dão a impressão que a pessoa é frágil ou insegura e assim por diante.

Pensando nisso, as disfonias podem fazer com que as identidades das pessoas sejam modificadas perante os outros. Isso pode causar, além de constrangimento, grande descontentamento, dificuldades nas relações sociais e modificações, inclusive, no estilo de vida.

Por conta dos fatores mencionados acima, dentre outros que repercutirão de maneira não saudável futuramente, o diagnóstico precoce da disfonia infantil é de grande importância.

Para que se entenda parte dos processos responsáveis pelo o desenvolvimento das disfonias, é relevante que se considerem os aspectos anatomo-fisiolófgicos da voz da criança.

Ao nascimento, a posição da laringe no pescoço é alta, a epiglote situa-se na altura da primeira vértebra cervical, e o limite inferior da cartilagem cricóidea está posicionada na altura da sétima vértebra cervical, onde ficará até os vinte anos, descendo leve e continuamente até a senescência (Aronson,1990).

As cartilagens da laringe infantis são delicadas e possuem ligamentos frouxos. As pregas vocais, de cumprimento inferior as dos adultos, não possuem ligamento vocal maduro, conferindo à túnica mucosa uma característica ainda mais gelatinosa (Aronson, 1990).

Na infância, em geral, a qualidade vocal é delgada, com freqüência fundamental acima de 250 hertz (hz), *pitch* agudo, extensão vocal reduzida, ataque vocal brusco, padrão respiratório superior e tempos máximos fonatórios inferiores a 12 segundos: sugere-se que o ideal seja 1 segundo (s) para cada ano de idade (Behlau et al., 2001).

As lesões de pregas vocais mais comuns na infância são os nódulos (Behlau e Gonçalves,1987), que são lesões de massa bilaterais, exofíticas, de natureza predominantemente edematosa, com variação de tamanho, que se localizam na junção dos terços anterior e médio. Há maior prevalência nos meninos, geralmente na faixa etária dos sete aos nove anos, podendo aparecer antes desse período (Behlau et al., 2001).

Atribui-se o aparecimento dos nódulos a comportamentos vocais inadequados, abuso ou mau uso da voz, além de pré-disposições anatômicas individuais como proporção glótica baixa e presença de fendas glóticas (Crespo,1995; Pontes et al., 1995).

Pela (1999), realizou uma pesquisa com prontuários e imagens laringológicas de cem crianças atendidas em um ambulatório de Otorrinolaringologia (ORL) e Fonoaudiologia (FONO), procurando identificar os principais diagnósticos. Como conclusão, obteve-se informações de que maior incidência ocorre no sexo masculino entre sete e doze anos. As alterações mais comuns também foram os nódulos, acompanhados de fenda triangular médio posterior e os cistos epidermóides com reação contralateral.

Os cistos, citados acima, são alterações estruturais mínimas, de origem congênita (Bouchayer et al., 1985). Porém, alguns autores afirmam que a origem adquirida, decorrente principalmente de trauma, é possível (Milutinovc e Vasiljevic, 1992).

Behlau et al. (2001), classificam as disfonias em: funcionais (relacionadas ao uso da voz), organofuncionais (lesões de pregas vocais de natureza predominantemente comportamental) e orgânicas (causas independem

do uso da voz). Assim, nódulos de pregas vocais caracterizam disfonias organofuncionais (lesão causada por comportamentos vocais inadequados) e cistos acarretam disfonias funcionais (mesmo que haja características genéticas, é o uso vocal que ocasiona a disfonia).

Além dos fatores relacionados ao uso da voz mencionados acima, fatores de personalidade também têm sido apontados como aspectos causais no desenvolvimento dos nódulos. Green (1989) afirma que a alteração isolada no comportamento vocal não é suficiente para o disparo dos nódulos, devendo ser associada a outros fatores, tais como distúrbios no relacionamento com colegas, distrabilidade e imaturidade.

No que se refere aos aspectos psicológicos relacionados às disfonias, há autores que acreditam que crianças com nódulos têm, muitas vezes, um histórico de ansiedade, perfeccionismo e agressividade (Toohil, 1975; Behlau & Gonçalves, 1987).

1.2- A intervenção fonoaudiológica

Segundo Azevedo (2004), o processo de terapia vocal é muito mais abrangente do que a mera repetição de exercícios que, embora importantes e muitas vezes indicados, nem sempre garantem a melhora e estabilidade do caso. A abordagem terapêutica deve incluir aspectos como orientação e higiene vocal, além do tratamento propriamente dito.

Behlau e Gonçalves (1987) colocam que, desde o início da intervenção fonoaudiológica, a criança disfônica apresenta alguma consciência de seu problema de voz, mesmo que seja distorcida. É importante que o fonoaudiólogo descubra qual é o grau de conscientização da criança e como a sua auto-imagem está contaminada.

Morrisson e Rammage (1994) afirmam que é muito comum ocorrer problemas vocais em crianças, por abuso e mau uso e que é necessário um programa que inclua a família, a escola ou ambos, para que possam integrar um

novo comportamento vocal. Para as autoras, a criança necessita de modelos apropriados de voz, jogos e exercícios com técnicas adequadas e pouco invasivas. A disfonia deve ser tratada adequadamente para que não afete a comunicação da criança por muito tempo.

Para Hersan (1997), a necessidade de intervenção terapêutica em crianças que apresentam alterações vocais, ainda hoje é tema de controvérsias. Com freqüência, debate-se o grau de prejuízo que a disfonia pode acarretar na vida dela e também a validade de se esperar que, com o desenvolvimento da criança, a alteração vocal regrida espontaneamente.

Sobre a disfonia infantil, Bonucci (1997) relata que a maioria dos autores que abordam o assunto não recomenda cirurgias em crianças e mesmo os que são favoráveis sempre encaminham anteriormente à terapia vocal. A terapia fonoaudiológica foi considerada a melhor forma de tratar crianças com disfonia.

Para Cooper (1974), a terapia fonoaudiológica deve ser um procedimento prazeroso e interessante, no qual ela participe ativamente e possa expressar os seus sentimentos e impressões, sem ser repreendida. Dessa maneira, o grupo terapêutico vai ao encontro dessas necessidades, pois possibilita que seus membros se expressem, tragam suas dúvidas, anseios, experiências anteriores e perspectivas em relação ao trabalho.

A terapia vocal para crianças difere da realizada com adultos em vários pontos. De acordo com Hersan (1995), o adulto que procura por atendimento, geralmente está consciente de seu distúrbio vocal, enquanto a criança apresenta dificuldades quanto a essa conscientização. Assim, raramente está motivada à terapia. A motivação é, em geral, dos pais, que muitas vezes mostram-se ansiosos com a recuperação vocal do filho. Particularmente, nos casos de nódulos infantis, os pais costumam recorrer ao tratamento fonoaudiológico, movidos pelo receio de uma possível indicação cirúrgica.

Segundo Hersan (1995), o critério de alta da terapia fonoaudiológica para a criança com alteração da voz, nem sempre é o mesmo do adulto. O sucesso da terapia depende de diversos fatores e os resultados variam muito. Em alguns casos, existem limitações (lesões congênitas ou distúrbios neurológicos). Não aconselha manter a criança com disfonia funcional por um período prolongado de atendimento (superior a seis meses), pois, em geral, acontece a desmotivação e, conseqüentemente, a estagnação do processo terapêutico que passa a não ser produtivo.

Um dos principais enfoques da terapia vocal com crianças disfônicas são as orientações a respeito de hábitos vocais e saúde da voz. Os cuidados com a voz, de maneira geral, vêm sendo chamados de higiene vocal pelos profissionais da área médica e fonoaudiológica.

Andrada e Silva (1998) refere que falar o termo “higiene” ao paciente, pode transmitir a idéia de que seus pregas vocais estão sujas, não cuidadas, não limpas. A idéia de falta de higiene em nosso corpo é algo muito inibidor, inclusive quando estamos falando de pregas vocais. A autora sugere a utilização de um outro termo para se referir a esses cuidados: o de Saúde Vocal.

O profissional deve se conscientizar, ainda, que apenas a modificação de nomenclatura não modifica a maneira com que o processo terapêutico está acontecendo. É importante que essa revisão terminológica seja acompanhada de importantes reflexões sobre as concepções de sujeito, de terapeuta e de voz.

Para Penteado et al. (2005), o conceito de “higiene”, entendido como preocupação relacionada ao processo saúde-doença de coletividades, comporta concepções de sujeito, educação e de saúde que se desenvolvem vinculadas nas relações de poder entre as classes sociais. Os resquícios da concepção “higienista” está presente, ainda hoje, em ações educativas em saúde e em campanhas sanitárias.

O importante é que, hoje em dia, Educação e Promoção já são entendidas por muitos pesquisadores como processos dinâmicos participativos, dialógicos, problematizadores e transformadores que envolvem toda a sociedade na formulação de políticas públicas e no desenvolvimento de ações que se traduzem em recursos para as pessoas enfrentarem e responderem aos desafios da vida, na formação de ambientes dignos e saudáveis e no desenvolvimento integral, fortalecimento e capacitação da população para o controle de sua saúde e ação sobre os seus determinantes, no sentido da equidade e melhoria da qualidade de vida (Bicudo-Pereira et al., 2000).

Behlau e Pontes (1993) definem que fazem parte da higiene vocal algumas normas básicas que auxiliam a preservar a saúde vocal e o aparecimento de alterações e doenças. Para eles, as normas devem ser seguidas por todos, particularmente por aqueles que se utilizam mais da voz ou que apresentam tendências a alterações vocais.

Se considerarmos que é muito comum crianças cometerem abusos vocais e que, dentre os itens da lista de higiene vocal, encontram-se até mesmo alguns referentes à poluição do ar ou à exposição ao ar-condicionado, é muito provável que essas normas não se adeqüem às concretas condições de vida dos sujeitos. Além disso, os sujeitos são diferentes e, conseqüentemente, as orientações devem ser individuais e de acordo com as necessidades específicas de cada um.

O fonoaudiólogo deve considerar que vários aspectos de ordem psíquica fazem parte da dinâmica vocal e isso pode repercutir nos hábitos de saúde vocal do paciente. Assim, a reflexão sobre o paciente não deve privilegiar mais o produto encontrado do que todo o processo que gerou aquele produto.

Segundo Ferreira (1995), o sujeito se percebe com problemas vocais na medida em que se defronta com diversas dificuldades em seu cotidiano. É claro que isso não significa reduzir todos os problemas vocais a um único fator causal: o

social. Mesmo porque, assim procedendo, comete-se o mesmo somatório de erros do determinismo orgânico.

Portanto, a terapia fonoaudiológica não deve fragmentar o sujeito e sim entendê-lo de forma integral, como um todo, valorizando o que ele traz e contribuindo para as novas descobertas durante todo o processo.

É interessante descrever, para fins de ilustração e para situar a posição filosófica defendida nesse estudo, como algumas orientações entendem o sujeito, a voz e as implicações para intervenção fonoaudiológica. As mais difundidas até o momento, de acordo com Behlau et al. (2005b), são: Terapia Vocal Comportamental (Wilson,1979; 1987; 1993), Terapia Vocal Cognitiva (Andrews, 1986;1991;1993;1998) e Terapia Vocal de Aconselhamento. Mais recentemente, Bonatto (2002) contribuiu de maneira interessante, propondo o "entendimento" da voz como parte da comunicação e importantíssima para as relações sociais, o que mostra uma importante transição a caminho de um trabalho norteado pela perspectiva Histórico – Cultural (Vygotsky, 1987;1988).

1.2.1- Terapia vocal comportamental

Faz parte desta abordagem a adaptação do comportamento ao meio social, valendo-se da noção de condicionamento. Há um rigoroso planejamento das condições ambientais para maior controle e previsão. Em relação à aprendizagem, tudo que reside no meio externo pode ser aprendido. A maneira de aprender depende das diferenças individuais e das condições ambientais criadas pelos outros (reforço).

As ações e habilidades são determinadas por suas relações com o meio. O fundador do movimento behaviorista na Psicologia foi Watson (1924) e Skinner (1982). O comportamento é a resposta do organismo (humano ou animal) a algum estímulo presente no meio ambiente.

A abordagem em questão considera que linguagem e voz são comportamentos. A criança é considerada tabula rasa, passível de condicionamento. O adulto é estimulador, modelador do comportamento verbal, por meio da modelagem (estímulo/reforço positivo e negativo).

Wilson (1979), o precursor dessa abordagem na área de voz, coloca que as alterações vocais na criança devem ser bem observadas, pois muitas vezes podem afetar sua auto-imagem, causando uma inadaptação social. Para ele, o êxito da terapia depende da motivação da criança para o tratamento, a conscientização dos abusos que geralmente causam os problemas e da participação familiar. Muitas crianças necessitam, além de técnicas para a voz, uma terapia centrada na comunicação, combinando os princípios de aprendizagem de diferentes áreas do conhecimento humano.

Essa abordagem defende a modificação ou eliminação dos padrões vocais adquiridos que não sejam saudáveis.

O principal aspecto trabalhado é a modificação do abuso vocal e de aspectos do comportamento de natureza psicológica, social e familiar. Aspectos como orientação familiar, higiene e treinamento vocal também são mencionados por Wilson (1979), porém com menos relevância no que se refere ao processo terapêutico como um todo.

A abordagem comportamental, como o próprio nome sugere, considera as disfonias como comportamentos resultantes de modelos inadequados de vozes adultas, em casa, na escola, ou no meio social. No tratamento proposto nessa abordagem, os adultos devem “modificar” esse comportamento, alterando sua rotina diária. É comum a ocorrência de resistência dos adultos. Além disso, envolve um número grande de pessoas que, no geral, já têm determinada característica há muito tempo.

A terapia vocal é organizada passo a passo. Exercícios e técnicas são trabalhados com a criança em ordem crescente de dificuldade. O papel do fonoaudiólogo é treinar os pacientes para a aquisição das habilidades vocais

escolhidas, caminhando passo a passo, do mais simples ao mais complexo. Planejamento do terapeuta é feito por etapas, pensando em estímulos interessantes e na modelagem de um comportamento inadequado: a disfonia.

1.2.2- Terapia vocal cognitiva

Piaget (1975) é um dos principais nomes quando se fala em cognitivismo/construtivismo. Para ele, linguagem e voz são funções da inteligência.

A orientação filosófica defende que as relações entre o organismo e o meio são relações de troca. O organismo adapta-se ao meio e ao mesmo tempo o assimila de acordo com suas estruturas, num processo de equilibração sucessivas. Experiência não equivale a conhecimento, a aprendizagem praticamente não interfere no curso do desenvolvimento.

O Cognitivismo entende a criança como construtora de seu conhecimento pela ação no meio (adaptação do organismo ao meio). O outro é provedor de objetos para a ação, para a troca com o meio, é agente facilitador e desafiador dos processos de elaboração da criança.

A principal representante dessa na área de voz abordagem é Andrews (1986; 1991;1993;1998), que menciona a necessidade de se atuar sobre aspectos relacionados à competência comunicativa (domínio das regras de comunicação). A terapia, nesse caso, preconiza a utilização de novas estratégias para a transmissão da mensagem, já que as utilizadas pela criança até o momento não foram adequadas e desencadearam a disfonia.

Andrews (1998) coloca que aspectos como intensidade da emissão, respeito às trocas de turnos, pausas respiratórias, velocidade e clareza de fala, padrão articulatório, freqüência vocal e padrão de ressonância, entre outros, devem ser trabalhados. No geral, o trabalho com a criança dentro da linha

cognitiva é desenvolvido de modo lúdico. Filmagens, desenhos com diferentes vozes em diferentes pessoas ou animais são mostrados às crianças, para o desenvolvimento da percepção para os diferentes tipos vocais e também para a psicodinâmica.

O pressuposto teórico para essa abordagem é que o desenvolvimento de um bom padrão de comunicação envolve a aquisição de regras que podem ser modificadas e adaptadas. “Higiene vocal” e orientação também são trabalhadas, porém de maneira gradual e sem enfoque principal.

Para Andrews (1993), o terapeuta deve estar atento às queixas de desconforto físico ou emocional de crianças e pré-adolescentes, que usam a voz profissionalmente e que cometem abuso vocal por períodos prolongados. A autora coloca que é importante que o fonoaudiólogo some às observações perceptuais da voz, informações sobre a variação de peso, menstruação, etc. Além disso, devem ser estabelecidas regras de higiene vocal, deve haver a definição do problema, a motivação do tratamento e a elaboração de um contrato terapêutico simples.

O esforço excessivo e a tensão durante a vocalização, além da respiração ineficiente, são tendências que a criança leva para a vida adulta. Assim, a falta de intervenção precoce pode resultar em conseqüências de alto custo e longo prazo, que afetarão o desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo (Andrews, 1998).

1.2.3- Terapia vocal de aconselhamento

A Terapia Vocal de Aconselhamento tem suas bases associadas às abordagens Comportamental e Cognitiva mencionadas anteriormente. O trabalho associa idéias tanto de uma orientação quando de outra.

Como o próprio nome sugere, esse tipo de terapia aborda a orientação ao paciente, aos pais, familiares e à escola. As orientações envolvem aspectos de controle de abusos vocais e informa as pessoas ligadas à criança sobre alternativas que podem favorecer sua redução. No geral, a terapeuta faz uma investigação minuciosa sobre o dia-a-dia da criança para identificar os "problemas" e, assim, poder propor atividades específicas.

A terapia de aconselhamento entende que é mais difícil conscientizar a própria criança do que os adultos que a rodeiam.

Além do controle de abusos, essa abordagem também pode seguir para o caminho de orientações visuais, por exemplo, para que as crianças "assimilem" ao dia-a-dia novas regras e hábitos. Mensagens com lembretes podem ser colocadas por toda a casa, em meio ao material escolar para que a criança se lembre das orientações dadas pelo profissional, como por exemplo: "Não gritar", "Falar baixo".

O parágrafo anterior relaciona-se às concepções de sujeito, voz e disfonia propostas pelas abordagens Comportamental e Cognitiva. Ainda é comum muitos processos terapêuticos associarem o aconselhamento ao treino e às habilidades cognitivas.

1.2.4- A voz na comunicação e nas relações sociais

Embora ainda não haja uma terapia vocal entitulada histórico-cultural e nem profissionais da área de voz que considerem-se representantes desta abordagem, alguns trabalhos sobre a atuação fonoaudiológica mostram um importante período de transição e um novo olhar para o paciente disfônico.

Bonatto (2002), em trabalho com crianças disfônicas, defende uma ótica que entende a voz como parte da comunicação e fundamental para as relações sociais. Para a autora, o fonoaudiólogo, em sua interação comunicativa

com a criança disfônica, deve oferecer condições adequadas para que ela possa operar com a linguagem quer por meio dos tradicionais exercícios, quer com a mudança de postura vocal.

Ao atender crianças disfônicas, o fonoaudiólogo deve dispor de uma série de atributos, mas acima de tudo, compreender e entender o aspecto comunicativo da voz. Este deve ser o elemento criador, motivador e propulsor do trabalho com crianças disfônicas. Ou seja, os pontos de partida para a elaboração de estratégias avaliativas e clínicas devem ser os próprios recursos expressivos da criança disfônica e dos sentidos construídos na interação comunicativa entre o terapeuta e o paciente.

Nessa linha de raciocínio, Mc Luhan (1964) já afirmava que a voz é decorrente de um processo de evolução que foi determinado pela necessidade de comunicação e, por ser o único a possuí-la, o homem se distingue dos outros animais. A voz é um veículo de inter-relação de comunicação que só existe porque há o outro para atingir.

Quando o fonoaudiólogo só trabalha com a técnica, cobrando se a criança treinou em casa os exercícios propostos, verificando excessivamente o controle de abusos, ele não está efetivamente vivenciando a relação de terapia e, conseqüentemente, a comunicação não estará sendo trabalhada.

Mediante às colocações dos parágrafos anteriores, pode-se associar o assunto “Voz e Relações Sociais” à abordagem Histórico-Cultural, cujo principal idealizador foi Vygotsky (1987;1988). A orientação filosófica acredita que a criança é ativa, transforma o meio, se apropria dos fenômenos criados por gerações precedentes pelas relações sociais e práticas culturais. Assim, a função da linguagem e da voz nada mais é do que regular ações e conferir sentido às coisas.

Chun (2000), sugere que aspectos sociais e culturais devem ser incorporados ao processo terapêutico fonoaudiológico, rompendo as fronteiras do orgânico. A mesma autora, em 2002, coloca que embora a voz de cada um

apresente características individuais fixas, as quais correspondem aos aspectos "extralingüísticos" da fala, o ser humano pode, também, fazer ajustes no trato vocal que resultam em mudanças na qualidade da voz.

Esses ajustes ocorrem por interferência de diversos aspectos como a sociedade e a cultura em que o sujeito se insere, isto é, seu padrão lingüístico e cultural, o que remete ao segundo ponto colocado por Sapir[1], de que a voz tem uma qualidade social. O autor pretendia mostrar a qualidade social além da individual, na voz de cada um (Chun, 2002).

Sobre o assunto, Penteado et al. (2005), dão enfoque ao "sujeito social" e à valorização do saber e da cultura popular no processo terapêutico fonoaudiológico.

Bonatto (2002) refere que a criança disfônica deve ser considerada em suas particularidades, ou seja, como esta, enquanto sujeito, vê a questão da voz e da sua própria voz. Importa avaliá-la e acompanhá-la nos processos lingüísticos utilizados para produzir os sentidos esperados em episódios de interação dialógica, por meio de perguntas e respostas. É dessa atividade verbal da criança em relação com o fonoaudiólogo que o avalia e acompanha, que emergem as possibilidades de formas de atuação (de ambos os envolvidos), no sentido de, juntos, reelaborarem as dificuldades da comunicação vocal.

Em relação à intervenção fonoaudiológica, a abordagem Histórico-Cultural defende que o terapeuta interfere no desenvolvimento proximal dos seus pacientes, ao fazer junto, fornecer pistas, instruir, analisar as situações para e com a criança (nos processos que não ocorreriam espontaneamente).

Portanto, para que se fale em voz e comunicação, é importante que também se fale de relações sociais. Dessa maneira, a terapia fonoaudiológica em grupo com crianças disfônicas pode ser uma possibilidade de trocas de experiências, trocas lingüísticas e vivências comunicativas bastante relevantes e

[1] Sapir (1972) *apud* Chun (2002).

importantes ao processo de superação de dificuldades e de descobertas da criança sobre sua voz, sua auto-imagem vocal e sua "posição" enquanto sujeito social.

1.3- O grupo terapêutico fonoaudiológico

Como já dito anteriormente, a terapia grupal na Fonoaudiologia surgiu devido à necessidade de se atender a uma grande demanda de pessoas, não tendo a possibilidade de atendê-las individualmente. Com o passar do tempo, estudos mostram que muito mais do que uma opção para atender a demanda, o grupo terapêutico pode ser um importante "lugar" de trocas, vivências culturais e partilha de conhecimentos (Anelli, 1997; Leite e Panhoca, 2003; Marcucci e Panhoca, 2004).

Na Psicologia, Bion (1975), afirma que o grupo terapêutico só se constitui enquanto tal quando são observadas algumas condições básicas:

- Objetivos comuns;
- Um mínimo de três pessoas;
- Um reconhecimento comum, por parte de seus membros, de que há limite às atuações do grupo dada sua posição e sua função em relação às unidades ou grupos maiores;
- Flexibilidade, ou seja, capacidade do grupo absorver ou perder membros sem perder a individualidade grupal;
- Valorização de cada membro pelas contribuições que ele dá ao grupo;
- Liberdade de movimentos dentro do grupo. Cada membro do grupo deve ter liberdade de movimento dentro dele, sendo limitada apenas pelas condições geralmente aceitas, esperadas e impostas pelo grupo;

- Necessidade de enfrentar descontentamentos surgidos em seu interior e gerar meios capazes de resolvê-los.

A partir deste estudo, o interesse por atividades em grupo propagou-se por vários países. Suas definições foram sustentadas e/ou combatidas o que só fez com que a terapia grupal fosse ganhando cada vez mais espaço.

Pichon-Riviere (1988) afirma que podemos falar em grupo quando existe um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma tarefa específica.

Freire (1992, p.64) refere que:

> *"Grupo é o resultado da dialética entre a história do grupo (movimento horizontal) e a história dos indivíduos com seus mundos internos, suas projeções e transferências (movimento vertical) no suceder da história da sociedade em que estão inseridos".*

Liebmann(2000) afirma que antes de falar de aspectos práticos de condução de grupos, é bom lembrar que a finalidade do grupo é fornecer um ambiente aconchegante e seguro para que as pessoas se sintam à vontade para revelar assuntos pessoais. Essa autora coloca como prioritário o cuidado e o respeito pelo outro, por seus sentimentos e pontos de vista e considera que os objetivos dos grupos subdividem-se em objetivos pessoais e objetivos sociais, sendo eles:

Objetivos pessoais:

1. Criatividade e espontaneidade;

2. Construção da auto-confiança, validação pessoal, percepção de seu próprio potencial;

3. Aumento de autonomia e motivação pessoais, desenvolvimento individual;

4. Liberdade para tomar decisões, fazer experiências e testar idéias;

5. Expressar sentimentos, emoções, conflitos;

6. Trabalhar com a imaginação e com o inconsciente.

7. *Insight*, autoconfiança, reflexão;

8. Organização visual e verbal das experiências.

9. Relaxamento.

Objetivos sociais:

1. Consciência, reconhecimento e apreciação do outro;

2. Cooperação, envolvimento na atividade em grupo;

3. Comunicação;

4. Compartilhar problemas, experiências e *insight*

5. Constatação da universalidade da experiência/singularidade do indivíduo.

6. Relacionar-se com os outros em grupo, compreendendo o quanto afetamos os outros e os relacionamentos;

7. Apoio e confiança social;

8. Coesão de grupo.

9. Análise das questões do grupo.

Para Anelli(1997), o atendimento terapêutico em grupo vai ao encontro da vida das pessoas, que acontece sempre dentro de grupos.

Chun (2002) relata que é necessário um cuidado por parte do profissional ao atuar em grupo quanto às heterogeneidades e singularidades de cada participante e do grupo como um todo, respeitando as necessidades, limites e potencialidades de cada integrante. Como qualquer outra prática, requer do profissional um olhar analítico e criterioso, a cada momento do trabalho, para que

cada participante possa avançar nas propostas realizadas sem prejuízo individual nem coletivo.

Fundamentados numa perspectiva histórico-cultural, alguns autores sugerem uma nova leitura a respeito das propostas de atendimento em grupo e dos processos a elas inerentes, no sentido de identificar alguns potenciais que favoreçam o desenvolvimento integral do sujeito social. Estudos como o de Leite e Panhoca (2003) e Marcucci e Panhoca (2004) aprofundam reflexões acerca de algumas concepções implicadas nos atendimentos fonoaudiológicos e focalizam as contribuições dos grupos terapêuticos na construção de processos favoráveis ao desenvolvimento da linguagem e da subjetividade.

Levando-se em conta que a convivência em grupo é necessária para que nos constituamos como sujeitos e que grande parte de toda a nossa vida baseia-se em experiências grupais. Busnello (1986, p. 15) afirma:

> *"É característico do ser humano o reunir-se em grupos: nascem, crescem e morrem dentro de grupos sociais. Em grupo trabalham, se divertem e descansam, e em grupo atravessam os momentos de alegria e crescimento, de tristeza e involução de seus ciclos vitais. Em grupos vivem a paz e fazem a guerra, constroem e destroem. Do bom funcionamento dos grupos de trabalho e de lazer depende o progresso físico, psicológico e social das sociedades humanas".*

Segundo Del Rio e Álvarez (1997, p.112):

> *"El niño viaja por la vida de grupo en grupo, participando de la funciones de conciencia de diversas mentes sociales y, eventualmente, incorporándolas a su yo, interiorizándolas. Cuando esa incorporación ha sido poderosa a lo largo del desarrollo, habrá dado lugar a una "fuerte vida interior", un socius interno, permanente, con el que perfeccionar el diálogo interno de un pensamiento cada vez más elaborado".*

No grupo, as crianças têm diante delas (e anteriormente a elas) um cenário completo, em que os protagonistas falam com suas próprias *vozes* e com as *vozes da história*, já que trazem internalizado o legado da cultura (Bakhtin, 1995).

Assim sendo, como remete Servilha (2004) na terapia fonoaudiológica de grupo, as atividades a serem desenvolvidas têm por objetivo incitar o conhecimento sobre a voz e podem ser viabilizadas pelo uso de histórias inventadas ou lidas, ouvidas e recontadas, dramatizações, elaboração de painéis, etc. de modo que as crianças tenham a oportunidade de se manifestarem sobre suas concepções sobre a voz e seus usos nos diferentes espaços sociais. O fonoaudiólogo, sem o costumeiro repreender os maus hábitos e abusos vocais, usará sua própria voz para estruturar a linguagem e a voz das crianças.

Importante destacar, aqui, a diferença que se pode haver entre um grupo terapêutico fonoaudiológico e outro, de acordo com a abordagem que se segue. Embora não seja um problema formar-se grupos para suprir a demanda (considerando principalmente serviços públicos), torna-se um problema agrupar vários sujeitos, os considerando como vários "indivíduos" (esse é o melhor termo para o exemplo), agindo individualmente, sendo vistos individualmente, que apenas dividem o mesmo espaço. O grupo terapêutico é muito mais do que isso, é um espaço amplo, riquíssimo, que possibilita trocas e construções conjuntas fundamentais para o processo de superação das dificuldades de seus membros.

1.4- A construção da imagem/identidade através da voz e da comunicação no grupo terapêutico fonoaudiológico

A clínica terapêutico-fonoaudiológica grupal pode proporcionar tanto a reprodução quanto a transformação dos processos de identificação de cada membro do grupo; tanto a reafirmação quanto a rejeição/alteração da identidade de cada um.

Defende-se, aqui, um fazer clínico que vise uma “mudança de posição” do sujeito no (seu) mundo, através da valorização de suas capacidades e potencialidades ao mesmo tempo em que lhe são oferecidas possibilidade de re-significação não só de sua voz mas, de si próprio através dela.

Para Leite & Panhoca (2003), a clínica terapêutico-fonoaudiológica pode proporcionar a transformação dos processos de construção/reconstrução da identidade dos sujeitos que chegam até ela.

Segundo Perez (2000), desde pequena, a criança busca ser reconhecida dentro de seu grupo social imediato, em especial a família e a escola, ampliando esse espectro social à medida que se desenvolve sócio-psico-linguisticamente.

As identidades sociais não estão prontas nos indivíduos, mas emergem na relação entre os indivíduos agindo em práticas discursivas particulares nas quais estão posicionadas. Assim, trocar experiências com outras crianças que também têm alterações vocais e também podem estar passando por privações sociais, repressões familiares, etc, pode ser importantíssimo quando se fala em construção de imagem/identidade vocal e pessoal.

Essencial aqui, também, é dizer que o sujeito não pode ser reduzido ao individual; ao contrário, deve ser entendido como o indivíduo agindo com instrumentos culturais (Wertsch, 1985).

Segundo Kleiman (1998), no grupo as interpretações socioculturais podem ser produzidas de forma nova e criativa, nas interações. Mesmo quando a interação está determinada por regras institucionais, a criatividade e a espontaneidade na produção local de significados sociais seriam possíveis e desejadas. Porém, deve-se considerar que determinadas condições de existência, a cultura e as relações sociais, podem estar vinculadas à construção das identidades (Penna, 1998).

Quando as pessoas falam, elas estão agindo sobre o mundo e não apenas transmitindo mensagens. O discurso tem natureza social. Lopes (1998) afirma que o discurso tem sido cada vez mais representado como um processo de construção social no sentido de que o significado é um constructo negociado pelos participantes, a construção social do significado é situada em circunstâncias sócio-históricas particulares e é mediada por práticas discursivas específicas.

Isso confirma a importância de uma avaliação global, que entenda a criança em sua individualidade e em suas particularidades, a fim de que o processo terapêutico seja mais do que a "adequação" vocal ou a "minimização" de um problema, mas a possibilidade de crescimento pessoal, superação de dificuldades e construção de novas posturas e novos hábitos.

Assim, considerando a voz como parte da comunicação e fundamental no processo das relações sociais, o grupo terapêutico fonoaudiológico com crianças disfônicas pode favorecer esse processo de (re)significações, vivências e construções sociais conjuntas de seus membros.

O grupo terapêutico, além dos processos citados anteriormente, pode ser considerado um lugar de escuta da terapeuta. Para Tassinari (1995), a condição para que o fonoaudiólogo esteja neste lugar de escuta é ter suficiente confiança no seu "não saber" e suportar a angústia de ter que aguardar, pacientemente, que na relação terapêutica se desobstrua alguma via de significação para a circulação do sentido. Portanto, deixa-se de lado a posição de poder (infelizmente ainda adotada por algumas abordagens e profissionais) e adota-se uma postura de "membro" do grupo, como outro qualquer, com a diferença de ser a pessoa que propõe reflexões, discussões e "intermedia" as colocações, considerado que o terapeuta, além de ter o conhecimento científico, tem mais experiências de vida e de relações interpessoais.

Crianças com alterações vocais funcionais ou organo-funcionais, embora existam exceções, têm características de personalidade semelhantes: são ansiosas, extrovertidas, impacientes e, segundo Vallancien (1986), essas crianças manifestam seu temperamento através da voz.

Além disso, por causa da disfonia, muitas vezes essas crianças têm impedimentos sociais, dificuldades em se expressar em casa, com a família, na escola, com outras crianças. Sofrem, em geral, as mesmas repressões: “Pare de gritar”, “Fale baixo”, etc. Assim, quando se fala em possibilidade de (re)construção da imagem vocal e individual das crianças, o grupo pode ser um “lugar” bastante favorável e facilitador, considerando as trocas de experiências e as (re) significações do “eu”, da própria voz e do mundo que as cercam.

2- OBJETIVOS

Objetivo geral

- Analisar o processo terapêutico fonoaudiológico de um grupo de seis crianças disfônicas entre a faixa etária de seis a nove anos.

Objetivos específicos

Analisar o grupo como modalidade de intervenção fonoaudiológica junto a crianças disfônicas, bem como as possibilidades de atuação que ele propicia.

- Analisar o grupo terapêutico fonoaudiológico como “lugar” de trocas de experiências fundamentando-se na abordagem histórico-cultural, considerando que as ações humanas são entendidas e significadas (de forma dialética) por quem a produz e por quem a ouve/recebe;

- Verificar possíveis modificações vocais nas crianças de acordo com os diferentes tipos e graus da disfonia, pré e pós terapia fonoaudiológica através de avaliações individuais no início e no final do processo terapêutico.

- Verificar possíveis modificações quanto à conscientização das crianças sobre a saúde vocal (hábitos, produção vocal, etc.) pós process terapêutico com principal enfoque em atividades coletivas e de construções conjuntas.

3- MATERIAL E MÉTODOS

3.1- Seleção e caracterização dos sujeitos

Fizeram parte da pesquisa seis crianças disfônicas, na faixa etária entre seis e nove anos (três meninas e três meninos), que encontravam-se na lista de espera para serem atendidas na Clínica- Escola de Fonoaudiologia da Universidade Metodista de Piracicaba – SP. (**Anexo 1**).

3.2- Critérios de Inclusão

Foram incluídas no estudo uma criança com diagnóstico otorrinolaringológico (ORL) de fenda triangular médio posterior (disfonia funcional), uma com diagnóstico interrogado entre cisto e nódulos de pregas vocais (disfonia funcional) e quatro com diagnóstico de nódulos de pregas vocais (disfonia organofuncional) – (**Anexo 2**).

A criança com diagnóstico de fenda triangular médio posterior havia passado por cirurgia de exérese de nódulos de pregas vocais e freqüentado aproximadamente seis meses de terapia fonoaudiológica individual em serviço particular.

Fendas e nódulos de pregas vocais (PPVV) têm estreita relação com o abuso vocal e hábitos vocais inadequados, aspecto considerado de grande relevância para o prognóstico e planejamento do processo terapêutico, considerando que estes tipos de lesão têm melhores "respostas" à terapia, podendo a intervenção fonoaudiológica ser suficiente para a reabsoração, no caso de nódulos, ou fechamento glótico completo, no caso de fendas (Aronson, 1990).

Porém, estudos afirmam que existem predisposições individuais na infância que fazem com que determinadas laringes sejam mais suscetíveis do que outras a desenvolverem nódulos de pregas vocais por fatores como: proporção glótica baixa e a presença de fenda glótica (Crespo, 1995).

A idéia de também incluir no estudo uma criança com diagnóstico interrogado de alteração estrutural mínima (cisto de prega vocal), que teoricamente é uma lesão que tem respostas piores à terapia fonoaudiológica por ter etiologia congênita (Bouchayer et al., 1985) ocorreu porque foram levantadas as seguintes hipóteses:

- Estudos apontam que a etiologia dos cistos de prega vocal também pode ser adquirida (Milutinovc e Vasiljevic, 1992)

- É muito comum o diagnóstico de cisto de prega vocal ser interrogado durante a primeira avaliação laringológica. Isso porque o aspecto do mesmo, quando acompanhado de reação contralateral, em avaliação laringoscópica é muito semelhante ao dos nódulos bilaterais. Por isso, a terapia diagnóstica é bastante utilizada nesses casos (Behlau et al. 2005b).

- A idéia de formar um grupo, vai ao encontro da possibilidade de se ter sujeitos com características diferentes, seja pelas experiências anteriores de vida, condições sócio-econômicas e, nesse caso, por lesões de pregas vocais diferentes. As necessidades e os objetivos das crianças são semelhantes, no contexto do grupo, mesmo com as diferenças mencionadas acima. E é exatamente isso que caracteriza um grupo de verdade.

Para serem inclusas na pesquisa, as crianças, ainda, deveriam ter a disponibilidade de comparecer à clínica por uma hora semanal, no período da tarde, durante seis meses para o atendimento fonoaudiológico em grupo. A faixa etária inclusa foi entre seis e nove anos. Crianças menores de seis anos, que ainda não haviam iniciado o processo de alfabetização, poderiam ter dificuldades quanto as atividades propostas e, além disso, teriam uma diferença de idade grande das crianças mais velhas. Crianças com idade superior à estipulada para o trabalho, poderiam estar em início do processo de muda vocal e a voz poderia estar tendo modificações decorrentes desse processo.

Os pais ou responsáveis assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (**Anexo 3**), segundo os termos da resolução 196/96 do CONEP.

O projeto de pesquisa, de número 593/2004, foi aprovado em 07/01/2005 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

3.3- Coleta de dados

Inicialmente, as crianças foram selecionadas da lista de espera e convocadas a comparecerem à clínica para avaliação fonoaudiológica e otorrinolaringológica (**Anexo 2**).

A partir daí, o processo terapêutico em grupo foi iniciado. A duração foi de seis meses, totalizando vinte sessões, uma por semana. Desse total, dezessete sessões ocorreram com as crianças e três com os pais ou responsáveis (início, meio e final do processo).

Algumas das sessões foram filmadas ou gravadas em fita cassete, de acordo com os equipamentos disponíveis na Clínica-Escola. Após assisti-las ou ouvi-las, os trechos considerados mais interessantes foram transcritos ortograficamente.

O processo terapêutico foi norteado pela perspectiva da Promoção da Saúde. Assim, durante o período de trabalho, foram propostas atividades que valorizassem a conscientização das crianças quanto à produção da voz e saúde vocal, pensando na importância da capacitação das mesmas para serem agentes de sua própria saúde pós processo terapêutico. Técnicas e/ou exercícios vocais individuais que potencializassem esta conscientização (de maneira lúdica), também foram realizados.

Atividades com valorização da construção conjunta de conhecimento e de trocas de experiências por parte dos membros do grupo foram priorizadas em todas as sessões, inclusive nos encontros com os pais, que também puderam

expor suas angústias e necessidades e, ao longo do processo, perceber e avaliar as mudanças positivas observadas nas crianças.

As atividades propostas foram dramatizações, jogos, desenhos, brincadeiras, montagens, elaboração de painéis, etc, que envolvessem a troca de experiências e a (re)construção de conceitos e concepções das crianças sobre a produção da voz, hábitos vocais, criação de alternativas e estratégias para uma produção vocal mais saudável .

Os encontros realizados com os responsáveis pelas crianças durante o processo terapêutico, priorizou orientações sobre aspectos de Saúde Vocal, produção da voz e hábitos, considerando o importante papel dos familiares na mediação entre a clínica e a criança, em casa.

O estudo tem caráter qualitativo. Segundo Minayo (2002), a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Os dados foram analisados de acordo com as seguintes categorias:

- A avaliação fonoaudiológica e os dados trazidos pelos responsáveis: a possibilidade de se atribuir sentidos aos dados trazidos por eles a respeito das crianças, suas vozes e seus hábitos, suas personalidades e suas relações sociais (família, escola, com outras crianças, etc). Assim, o processo terapêutico pode “entender” que não só os sintomas vocais, mas também toda a história da criança é importante para que se entenda o surgimento e o gerenciamento da disfonia.

- O grupo como lugar de trocas de experiências e construções conjuntas: como as crianças partilham suas experiências anteriores, seus conhecimentos, etc, e podem construir conceitos sobre a voz e a disfonia de maneira conjunta.

- O papel do terapeuta: como o fonoaudiólogo compreende e entende o aspecto comunicativo da voz e como este elemento cria, motiva e proporciona o trabalho com crianças disfônicas; como o terapeuta se coloca frente às discussões, construções conjuntas e incitações.

- A repercussão dos conceitos trabalhados na vida das crianças: como elas passam a "transferir" para o cotidiano novos hábitos a partir do que foi discutido e trabalhado no grupo.

- A realização de exercícios e técnicas individuais no contexto grupal: quais os resultados desse tipo de atividade e como ela acontece no decorrer do processo.

- Modificações de dinâmica vocal com o decorrer do processo: de que maneira as atividades de conscientização e promoção de saúde vocal podem modificar a dinâmica da voz das crianças durante o processo terapêutico.

Foram realizadas reavaliações fonoaudiológicas e otorrinolaringológicas que, tendo os achados confrontados com as avaliações iniciais, contribuíram para a elaboração das conclusões da pesquisa (**Anexo 2**)

Ao final do processo, as crianças que ainda necessitavam de acompanhamento fonoaudiológico, foram encaminhadas para serem atendidas por estagiárias de Fonoaudiologia da Clínica-Escola.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análises foram realizadas a fim de se observar a relevância do processo terapêutico grupal junto às crianças disfônicas e os processos que o tornam um lugar de trocas e (re)significações. Nos episódios abaixo, crianças são mencionadas através das siglas (S1, S2, S3, S4, S5, S6) e os responsáveis através de siglas respectivas (R1, R2 R3, R4/5, R6 – Considerando que R 4/5 era responsável pelos sujeitos S4(filho) e S5 (sobrinha)). A terapeuta é referida através das iniciais (TE). As categorias de análises foram organizadas de acordo com a ordem cronológica das sessões terapêuticas. Seguem, abaixo, alguns achados:

A avaliação fonoaudiológica e os dados trazidos pelos responsáveis

Sessão: Avaliação Individual

Contexto: Responsáveis falam a respeito das crianças

R1: *A S1 é muito ansiosa...a professora dela até me falou que vai encaminhar ela para a psicóloga porque quando ela não consegue fazer a lição ela fica desesperada, chora. Você acredita que ela roe até a unha do pé? Não tem o que falar pra ela...já tentei fazer de tudo pra ela parar...até pimenta eu já passei...*

R1: *Mas eu não sei...ela se apega muito às pessoas, mas a adulto do que a criança...então eu tenho medo dela ir na psicóloga e se apegar demais, depois ficar dependente.....não sei, estou pensando ainda....*

R2: *O S2...a voz já melhorou do que era depois da cirurgia, .mas, não sei....*

R2: *Meu outro neto, irmão dele, de 9 anos, fala bem melhor que ele....ele parece que ainda continua com a voz fininha e fraquinha...*

R3: *O S3, com ele é tudo na base do grito...ele é de gritar, de impor as coisas pra você...ele grita quando quer uma coisa.No supermercado, eu morro de vergonha, ele quer tudo e fica pedindo. Como ele vê que não dou bola porque não dá pra comprar tudo né (ênfase interrogativa), ele começa a grita,.quando ele vê que não*

tem jeito ele vai pedir para a moça do caixa o que ele quer...ele fala " Me dá esse salgadinho", Me dá esse kinder ovo"... e eu fico com a cara no chão.

R4/5: *O S3 é tímido, mas quando ele está no futebol ele fala que tem que falar alto porque senão os outros não vão escutar ele pedindo a bola. Quase ninguém percebe que ele tem problema de voz, mas eu percebo , né? E eu morro de medo de um dia ele perder a voz pra sempre igual dizem que acontece. A minha sogra já fez uma cirurgia de calos nas cordas vocais,não sei,eu acho que ele puxou pra ela...*

R 4/5: *Você vê, eu estou achando que é de família ser rouco...rsrsrs...quando você falou do grupo eu lembrei dela. A minha irmã não dá muita importância para essas coisas, e também trabalha o dia inteiro, coitada...nem tem tempo de reparar, .mas eu vou atrás sim, se precisar passar pelo médico pra ver isso da alergia também, eu passo sem problemas, eu venho com ela mais cedo...*

R6: *Ela é atentada. Na escola, a professora não reclama dela, só fala que ela é muito quietinha, que ninguém entende direito o que ela fala porque ela fala muito baixo...não sei como...em casa ela é o cão...fala pelos cotovelos, tem dia que eu tenho que dar umas "varinhadas" nela pra ela ficar quieta...acho que esse negócio na escola é porque ela é jacu.*

O encontro inicial com as crianças e com os responsáveis permitiu que eles falassem abertamente a respeito de suas experiências anteriores ou fatos, situações e acontecimentos relacionados à voz, à comunicação e às relações sociais das crianças.

Questionados de maneira ampla e aberta a respeito dos filhos, seus hábitos cotidianos e vocais e das características relacionadas à psicodinâmica da voz, os responsáveis relatam aspectos importantes a serem considerados no processo terapêutico fonoaudiológico.

Ferreira (1995) fala da importância do profissional reconhecer que o sujeito disfônico, tanto quanto o fonoaudiólogo, estão inseridos num mundo social.

Assim posto, a primeira preocupação frente à avaliação de voz, deve consistir em captar, de modo particular,a inserção desse sujeito na realidade social.

Os trechos extraídos das avaliações mostram que as múltiplas manifestações sociais estão estritamente relacionadas ao surgimento das alterações vocais. Mostram ainda, que as disfonias são muito além do que alterações de qualidade vocal e/ou lesão de pregas vocais.

A atribuição dos sentidos feita pelo fonoaudiólogo aos relatos dos familiares é de grande importância para que se compreenda a criança, suas posturas, suas manifestações no decorrer do processo. Para Orlandi (1988), os sentidos não nascem nem se extinguem no momento em que se fala. São efeitos da troca de linguagem. Os sentidos são partes de um processo. Realizam-se num contexto, mas não se limitam a ele. Têm historicidade, tem um passado e se projetam no futuro.

A avaliação de voz proposta no presente trabalho procurou considerar a história dos sujeitos, de suas relações, de suas experiências e não somente ater-se a história pregressa da disfonia, à instalação e ao processo de desenvolvimento da alteração vocal.

Os discursos permitem que se extraia características muito importantes a respeito do histórico do paciente e permitem, ainda, que várias reflexões comecem a ser feitas no sentido de se "compreender" o problema vocal dentro de um contexto muito mais amplo.

Afirmações como " *meu outro neto fala bem melhor do que ele*", "*ele começa gritar...eu não dou bola...eu morro de vergonha*", "*acho que esse negócio na escola é porque ela é jacu*", podem demonstrar a maneira como estas crianças tem sido "vistas" pela família e o "lugar" que elas têm ocupado dentro do grupo que mais estão inseridas até o momento: a família.

Outras expressões como *"minha irmã não dá muita importância pra isso...trabalha o dia inteiro", "mas eu vou atrás, o que precisar fazer"*, mostram a diferença dos responsáveis a respeito dos conhecimentos sobre a voz e as

alterações vocais. Além disso, são evidentes alguns mitos trazidos (*"E eu morro de medo de um dia ele perder a voz pra sempre igual dizem que acontece").* Essas dúvidas, questionamentos e idéias podem ser discutidas durante o processo terapêutico, para que os assuntos sejam refletidos e compreendidos.

A avaliação fonoaudiológica é um importante instrumento para que o profissional planeje o processo terapêutico através da compreensão que se faz das crianças em suas relações sociais e de todos os fatores que podem ter contribuído para o "surgimento" e para a persistência das alterações vocais.

Pensando nas possibilidades de atuação proporcionadas pelo grupo terapêutico, saber sobre as experiências anteriores das crianças e seus familiares, seus conhecimentos, suas expectativas em relação ao trabalho é muito importante. Isso permite que haja trocas, e que o terapeuta possa, seguindo os pressupostos da abordagem histórico-cultural, ouvir/entender cada sujeito em suas diferenças e particularidades. Isso é extremamente importante para que o grupo seja uma real possibilidade de intervenção fonoaudiológica a crianças disfônicas.

O grupo como lugar de trocas de experiências e construções conjuntas de conhecimentos

1ª sessão terapêutica

Contexto: Apresentação inicial dos participantes e primeiro contato do grupo. Terapeuta e crianças conversam a respeito do objetivo da terapia, como será o trabalho, etc.

TE: O que vocês acham que vieram fazer na clínica de Fono?

S1: Ver a voz.

TE: Ver a voz? Porque ver a voz?

S2: Por que a voz está ruim.

S3: Está rouca!!!! (com tom de correção ao que S2 havia dito)

TE: E o que vocês acham que vão fazer aqui?

S2: Fono.

TE: Pra que fazer fono?

S2: Quem é gago faz fono. Meu tio é gago e eu também sou um pouco gago.

TE: Então, a fono trabalha com quem é gago mas também trabalha com pessoas que têm dificuldade de voz.

TE: E aqui nós vamos trabalhar para melhorar...

S1: Sabia que eu vou ter que operar a voz?

TE: A voz ou aquela carninha esponjosa do nariz? O que o Dr. Pedro te falou?

S2: Ah, é mesmo.

TE: Quando a S1 fez o exame, o médico viu que tem uma carninha que está dificultando a respiração e vai ter que tirar.

S4: Eu já fiz essa operação....é ruim.

TE: Ah, mas eu aposto que você agora está respirando melhor, não está?

S4: responde que sim movimentando a cabeça.

TE: Quem aqui acha que respira pela boca?

S1: Eu respiro.

S4: Minha prima fica. Eu já respirei

TE explica a importância da respiração nasal e as funções do nariz

TE: De onde vocês acham que sai a nossa voz?

S1: Do pulmão!

TE: Isso, a gente precisa encher os pulmões de ar antes de falar, para que esse ar possa se transformar em voz quando passar na nossa garganta (mostra as maquetes e as estruturas às crianças).

TE: Vocês já ouviram falar nas cordas vocais?

S4: Já...fica na garganta.

TE: Isso e quantas vocês acham que são as cordas vocais?

S4: Duas

TE: Isso mesmo...são duas cordinhas que quando estamos respirando elas ficam abertas e quando falamos elas fecham e fazer o som. A semana que vem vou mostrar para vocês um filme na TV com as cordas vocais.

(...)

TE: *Quem me fala pra que serve a voz?*

S2: *Pra falar, pra chamar os outros...*

TE: *Isso, que mais?*

S6: *Pra falar com a professora, com a mãe...*

TE: *Isso mesmo...*

TE: *O que mais a gente pode fazer com a nossa voz...*

S1*: Tem gente que canta...*

TE: *Olha, muito bem! Cantar também, né?Quem aqui gosta de cantar?*

S2: *Eu gosto...*

TE: *O que você gosta de cantar? Músicas de quem?*

S2: *Ah,Bruno e Marrone, Daniel...eu canto as da igreja também, mas é minha avó que gosta...*

Crianças riem

TE: *Ah, você vai à igreja com a sua avó?*

S2: *Às vezes...*

TE: *E você gosta de ir?*

S2: *Mais ou menos. Gosto, mas demora muito.*

TE: *E essas sertanejas que ele falou...vocês conhecem?*

Crianças manifestam-se positivamente

S6: *Tem a do guarda, do banco da praça...*

TE: *Ah, é mesmo eu conheço essa* (terapeuta canta trecho da música e convida as crianças para cantarem também)

Crianças riem. S2 canta juntamente com a terapeuta.

TE: *Quem mais aqui gosta de cantar?*

S1: *eu não...minha voz é feia...*

TE: *Por que você acha sua voz feia?*

S1*: Porque ela é grossa...*

TE: *Ah, mas tem um monte de cantoras de voz grossa que cantam muito bem!!!*

S1*: Eu não canto....*

S6: *A minha mãe tem a voz grossa e eu acho ela bonita...Minha prima também, a prima da minha mãe... é cantora...ela tem cd...*

TE: *Que legal...o que ela canta S6? Que estilo?*

S6: *Ah, eu acho que é música de igreja também...*

S6: *Bastante música legal...*

TE: E por que você falou que gosta da voz da sua mãe, o que você mais gosta na voz dela?

S6: Ah, não sei...é forte...eu e meu irmão ficamos com medo dela...

Crianças riem

Logo na primeira sessão terapêutica, as crianças demonstram já trazer de casa, experiências anteriores a respeito da Fonoaudiologia, da Voz e da Respiração Oral, etc.

Quando S1 menciona que terá de fazer cirurgia para a voz e a terapeuta direciona para o correto motivo da mesma, que seria a respiração oral da paciente, outras crianças se manifestam. S4, havia realizado a mesma cirurgia há cinco anos, e colocou sua opinião. Além disso, as crianças começam a construir juntas a partir de conhecimentos que trazem, como por exemplo o momento em que S2 fala sobre o trabalho da Fonoaudiologia, S1 sobre um órgão participante do processo de fonação, S3 menciona que as crianças vieram à clínica porque estão roucas e S4 já sabe que as pregas vocais localizam-se na região laríngea. As trocas acontecem a todo momento e as experiências vivenciadas pelas crianças anteriormente contribuem para a construção da primeira idéia do grupo sobre a produção vocal.

Desde o início do processo terapêutico, foi possível observar que o grupo pode ser um grande facilitador no processo de construções coletivas sobre conceitos como a produção da voz e hábitos de saúde vocal.

Importante também foi a discussão sobre as "funções" da voz. Fica claro que as crianças já trouxeram noções da voz como comunicação, importante nas relações sociais ("*para chamar o outro*", "*para falar com a mãe*"). As próprias crianças descrevem a voz sendo fundamental para o diálogo e a interlocução. Além disso, vão aprimorando a idéia a medida que S6 refere, por exemplo, que a voz também pode ser cantada, etc.

Outro dado importante é a maneira com que as crianças podem começar serem "descobertas" a respeito de suas colocações. S2, por exemplo, fala sobre suas preferências musicais e é complementado por S6, que descreve parte de uma música.

S2, ainda, refere cantar também músicas que são de preferência da sua avó, embora não sejam as suas preferidas. Assim, traz ao conhecimento do grupo alguns dos valores e crenças de sua família.

S1 diz que considera sua voz feia por ser grossa, transmitindo a idéia que mulheres devem ter vozes agudas. A terapeuta desencadeia reflexão a respeito de mulheres que gostam de suas vozes e são cantoras mesmo com vozes mais graves. S6 refere que acha a voz da mãe (que é realmente grave) bonita. Quando questionada porque gosta de vozes graves, a criança refere admirar uma característica da personalidade da mãe ("*Ah, não sei...é forte...eu e meu irmão morremos de medo dela")*, o que mostra que as crianças também já fazem associações às pessoas de acordo com a voz que elas têm.

Durante toda a sessão, as crianças vão complementando as idéias umas das outras e formam, em conjunto, conceitos importantíssimos que merecem ser trabalhados e discutidos no decorrer do processo.

3ª sessão terapêutica

Contexto: Terapeuta retoma noções de produção vocal dadas na semana anterior.

TE: O que a gente tem que fazer antes de falar?

S1: Respirar

TE: E o ar tem que entrar por onde?

S5: Pelo nariz

TE: Isso gente...mas algumas crianças falaram que acham que respiram pela boca....é verdade?

S1: Eu respiro

S5: Eu também.

TE explica a importância da respiração nasal e retoma com as crianças

TE: Jóia..então o ar tem que ir pelo nariz até chegar aonde?

S1: No pulmão

TE: E quando ele volta e chega aqui em cima? (Mostrando a região laríngea)

S3 faz com os braços um gesto mostrando as cordas vocais abertas

TE: Gente, olha só...o S3 ta mostrando por onde o ar vai passar....

S2 e S6: Pelas cordas vocais..

S1: As cordas se juntam e fazem a pessoa falar...

TE: Isso mesmo

No trecho acima, as crianças auxiliam-se umas as outras para que o assunto retomado pela terapeuta pudesse ser relembrado em conjunto. Cada criança resgatava da memória um ponto da discussão e contribuía para a construção do conhecimento cujo tema era produção vocal.

Além disso, começa o processo de identificação das crianças umas com as outras, com a questão da respiração oral. Isso permite que as crianças comecem a perceber que o outro também tem dificuldades e, a partir disso, encarem o grupo como o "lugar" para a superação em conjunto.

Os trechos transcritos anteriormente mostram que a concepção de sujeito e de trabalho fonoaudiológico adotada no trabalho permite que as crianças sejam valorizadas dentro de suas possibilidades e considerados fundamentais para o processo. O grupo terapêutico não só facilita como impulsiona o trabalho para esse caminho, possibilitando uma atuação ampla, livre, com grande riqueza de trocas, que permite ao sujeito reflexões imprescindíveis para o processo de superação de suas dificuldades.

O papel do terapeuta no contexto grupal

5ª sessão terapêutica

Contexto: Terapeuta havia solicitado, na semana anterior, que as crianças escrevessem, em casa, "coisas" que achavam fazer bem e fazer mal para a voz. Apenas S4, S5 e S6 trouxeram a atividade feita.

TE: Olha só pessoal, o S4 e a S5 fizeram a atividade juntos.

TE: Posso ver? Ah...eles escreveram que falar baixo faz bem pra voz. Vocês acham?

Crianças fazem movimento afirmativo com a cabeça.

TE: Isso, quando a gente fala baixo as nossas cordas vocais estão se tocando suavemente e isso não tem problema. Ah...e eles colocaram que gritar faz mal pra voz. Quem acha a mesma coisa erga a mão?

Crianças erguem a mão.

TE: E você S6, também trouxe?

S6 faz sinal afirmativo com a cabeça.

TE: Olha gente, a S6 escreveu que alimentar-se bem faz bem para a voz. Quem concorda erga a mão.

Crianças erguem a mão.

TE: Isso...ela colocou também que dormir cedo também faz bem...quem acha?

S3 e S5 erguem a mão

TE: É...quando a gente dorme as nossas cordas vocais também descansam e isso é super importante pra que elas possam trabalhar no dia seguinte.

TE: E ela colocou, como a S5 e o S4 que gritar faz mal. Além disso ela colocou que cantar faz mal...o que vocês acham?

S2: Aqueles cantores de Rock cantam tudo assim...(imita voz com grande esforço e com loudness aumentada).

TE: Olha gente o S2 ta falando uma coisa interessante...que os cantores de Rock forçam as cordas vocais porque gritam muito. O que vocês acham?

S1: Eu também acho.

TE: Pois é...e nem é bom a gente imitar se não estaremos fazendo mal também para as nossas cordas vocais.

TE:Mas, por exemplo, a Sandy, será que força a voz?Quem conhece a Sandy?

TODOS: Eu.

TE: O que vocês acham?

S6: Não força

TE: Isso...porque ela canta suave, sem colocar força e as cordas vocais se tocam suavemente...isso quer dizer que nem sempre cantar faz mal mas se a gente colocar força pode fazer sim.

TE: Então, a S6, a S5 e o S4 estão de parabéns por terem trazido a atividade.

TE: A Ma também colocou que beber líquido muito gelado faz mal. Quem concorda?

TODOS erguem a mão.

TE: Por que?

S6: Porque água gelada arde tudo a garganta. Uma vez eu chupei um halls e depois bebi água e ardeu muito.

TE: É...líquidos muito gelados dificultam a movimentação das cordas vocais porque as veinhas ficam todas tensas....a nossa corda vocal tem veia passando nela, sabia?

TE: Alguém aqui já comeu maçã?

TODOS respondem que sim.

TE: Que legal. Pessoal, agora nós vamos procurar figuras nas revistas sobre o que a gente discutiu.

S1: As coisas sobre a voz.

TE: Isso...vamos fazer um cartaz e vamos procurar coisas que fazem bem e que fazem mal para a voz.

TE: A...Ninguém escreveu uma coisa importante. Vocês sabiam que água faz bem pra voz?

LA: Água quente.

TE: É em temperatura ambiente...

TE distribui as revistas. *Então vocês tem que procurar várias coisas, ta???*

TE: Gente, olha na revista do S3 tem um menino lendo em voz baixa...o que vocês acham????

S1: Faz bem.

TE: Por que faz bem para as cordas vocais?

S5: Porque elas estão devagar.

TE: É...elas estão abertas, sem trabalhar, descansando....jóia, pode recortar.

(...)

S6: Aponta para a figura de um sorvete.

S2: Faz mal.

TE: Isso...lembra quando eu falei da água gelada...o sorvete é ainda pior..ele dificulta a produção da voz. Mas todas as crianças gostam de sorvete, né?. Mas não é que a gente nunca vai poder tomar sorvete...de vez em quando pode, mas sem ficar falando muito junto.

No trecho acima, a terapeuta resgata aspectos importantes trazidos pelas crianças na atividade e acrescenta pontos que considera necessários para a compreensão dos hábitos saudáveis ou não para a produção vocal. Como membro do grupo com mais experiência em relação aos temas enfocados, ela desencadeia discussões e incita as crianças a refletirem sobre os aspectos discutidos. Junto com elas, vai estruturando idéias e conceitos.

Pode-se observar claramente a terapeuta refletindo junto, fornecendo pistas, instruindo e analisando as situações para e com as crianças. Há a interferência no desenvolvimento proximal das crianças, ou seja, processos que não aconteceriam espontaneamente são trazidos à tona e descobertos.

S2 traz um dado bastante interessante a respeito dos cantores de Rock, inclusive simulando como seria uma voz tensa e prejudicial. Terapeuta procura associar o assunto com uma cantora que é bastante conhecida pelas crianças (Sandy), a fim de que as crianças pudessem “comparar” as diferentes vozes e

cantas, refletirem sobre isso e poderem entender que cantar pode ser saudável e prazeroso. Contudo, a discussão só foi possível porque as próprias crianças possibilitaram a discussão e participaram dela e isso é extremamente importante quando se pensa na efetividade de um trabalho em grupo.

É importante mencionar ainda a relevância da desmistificação de alguns conceitos equivocados trazidos pelas crianças, como por exemplo de que a água deve ser tomada "quente", que não se deve tomar sorvete, etc e que cantar faz mal para a voz.

Sempre colocando-se como membro do grupo, a terapeuta tenta criar alternativas como por exemplo a possibilidade de tomar sorvete, sem que isso ocasione prejuízos à voz. Assim, as crianças podem deixar de temer algumas atitudes e passam a refletir sobre as mesmas.

A terapeuta, seguindo a abordagem histórico-cultural (Vygotsky, 1987;1988), que valoriza o sujeito como um todo e acredita que é através da linguagem que o homem significa e é significado, incentiva as colocações das crianças, ouve, entende, interpreta e significa os assuntos mencionados, permitindo que o ambiente grupal seja enriquecido cada vez mais. Se é através da linguagem que o sujeito se constitui e se a linguagem só existe porque há o outro, terapeuta e crianças vivem, durante o trabalho, importantes momentos que contribuem, pouco a pouco, para o processo de constituição de cada um.

15ª sessão terapêutica

Contexto: Encontro com os pais. Terapeuta questiona responsáveis sobre possíveis modificações de hábitos.

TE: E você, R4/5, tem observado modificações nos hábitos?

R4/5: Ah...pouca....

R4/5: Mas esses dias eu fui no futebol assistir, achei que ele está mais comportado (Referindo-se a S4) *(rs). Antes de longe eu via as veias "saltar". Achei que deu uma maneirada.*

TE: Ah, isso é bom, né? Porque pelo que você falava, era onde você percebia maior abuso dele né?

R4/5: É, então...e ele está maneirando no futebol e dividindo com o videogame.

R4/5: Outra coisa é a maçã...agora toda sexta quando eu vou no varejão ele pede pra comprar...ele odiava maçã mas aprendeu a comer por causa da voz.

(...)

TE: E a S5?

R4/5*: Ah, não sei...quase não vejo a mãe dela e só pego ela pra trazer aqui...*

R4/5: *Dela eu não posso falar ...*

R4/5: *Só quando a gente vai embora que eles vão conversando, contando as historinhas daqui....*

TE: *Ah, é...qual que eles já contaram?*

R4/5*: Ah, aquela das amiguinhas que formavam os calos... e a dona delas ficava sem voz.*

TE: *Ah, teve essa história mesmo...foi sobre os abusos vocais e a formação dos nódulos...era sobre as duas pregas vocais que eram amigas da Bia...*

TE: *Eles gostaram então?*

R4/5: *Ah, foram reformulando toda a história*...(risos). *A S5 falou que as crianças que tem que vir na fono não estão tratando bem as amiguinhas e elas se revoltam* (risos*).*

No trecho acima, é possível observar que, inicialmente, a mãe relataria poucas modificações em relação aos hábitos do filho. Porém, a medida que a "discussão" vai acontecendo, ela percebe que, de fato, aconteceram mudanças. Auxiliada pela terapeuta, ela passa a enxergar mudanças que podem, no dia a dia,

terem passado despercebidas, talvez por não significarem a melhora imediata da qualidade vocal, algo que seria mais facilmente notado.

Em relação à sobrinha, R4/5, embora referindo que não tenha contato diário com a criança, menciona discussões importantes que ela tem com o primo a respeito dos assuntos tratados no grupo terapêutico. O relato da tia a respeito de S5 também aconteceu após a tentativa da terapeuta de desencadear uma reflexão de R4/5 em relação a isso. Inicialmente, ela menciona que não poderia falar sobre a sobrinha pois não teria contato diário com ela e depois refere dados importantes a respeito da repercussão do trabalho terapêutico quando as crianças deixam a clínica.

A transcrição mostra que os conceitos discutidos e negociados no espaço grupal foram colocados em prática no dia-a-dia. Portanto, é de grande importância o papel da terapeuta em resgatar observações dos pais que ainda eram latentes e passam a ser percebidas a medida em que as discussões acontecem.

Nesse contexto, confirma-se que uma das possibilidades oferecidas pelo grupo terapêutico fonoaudiológico são as discussões constantes, desencadeadas pela terapeuta a fim de que se contribua para a obtenção dos objetivos propostos.

Os conceitos trabalhados em grupo e a repercussão deles vida das crianças

9ª sessão terapêutica

Início da sessão, antes do começo da atividade semanal.

S5: Tia...a minha professora....ela grita

TE: A...Você pode falar pra ela as coisas que você está aprendendo aqui

S4: A minha grita mais que a sua

S5: A minha é mais...eu falei pra ela...

TE: O que você falou, S5?

S5: Que a garganta dela vai ficar cansada de tanto gritar.

TE: E ela respondeu o que pra você?

S5: Nada

TE: Você falou que você está vindo na Fono?

S5: Falei.

TE: Ah, legal...

O trecho acima mostra o início da "aplicação" do que está sendo discutido no contexto grupal à vida como um todo. S5, no caso, começa a observar em suas relações sociais (neste caso, na escola), aspectos discutidos em terapia. Mostra-se atenta ao que se refere a abusos vocais (percebeu que a pessoa utiliza tom de voz alto para falar com as crianças) e certamente passa a se "incomodar" com isso. Além disso, sente-se capaz de orientar a professora da maneira com que foi orientada no grupo.

S4 também se manifesta em relação a sua professora, o que indica que ele também tem observado as vozes que estão ao seu redor, tendo-as como exemplos.

Importante destacar o episódio, já que ele mostra as crianças sendo capacitadas a serem agentes de sua própria saúde, possibilitando, inclusive, que elas sintam-se seguras para orientar outras pessoas a respeito disso.

O grupo terapêutico, sendo um "micro" em relação aos diversos grupos com quem as crianças se relacionam no dia-a-dia (família, escola, amigos), possibilita que seus membros realmente o considerem como um importante lugar para trocas de experiências, aquisição de novos conhecimentos e importantes conscientizações (nesse caso, sobre Saúde Vocal).

15ª sessão terapêutica.

Contexto: Encontro com os pais. Terapeuta questiona responsáveis sobre possíveis modificações de hábitos.

TE: Faz tempo que não te vejo, R1! E a S1, o que você acha?

R1: A S1 continua comendo de boca aberta, muito rápido, com dificuldade pra respirar...isso é o que está me incomodando mais, e acho que só vai melhorar mesmo quando fizer a cirurgia.

R1: Mas agora todo dia na hora de escovar os dentes ela mesma lava o nariz porque eu acho que ela percebe melhora, ela acha que dá uma melhorada sim.

TE: É no caso dela a limpeza é muito importante, pelo menos de maneira paliativa até a cirurgia, pelo menos dá uma amenizada na sensação ruim que ela deve sentir né?

Na discussão acima, a mãe de S1 menciona que a garota tem realizado, por si própria, em casa, um procedimento que havia sido orientada em terapia a fazer. Esse hábito saudável, no caso, foi incorporado ao dia-a-dia de maneira bastante benéfica, considerando que S1 tem grandes dificuldades de respiração nasal. Vê-se, portanto, no que se refere à conscientização para a vida, que as crianças demonstram apropriar-se de conceitos construídos em grupo e os transformam em hábitos diários saudáveis.

Portanto, na 15ª sessão terapêutica, através de discussão com os responsáveis, é possível observar que as crianças se conscientizaram a respeito de muitas dos assuntos trabalhados, co-relacionando seus hábitos diários com sua saúde vocal. Para crianças cujas disfonias provavelmente tenham sido desencadeadas por hábitos vocais não saudáveis, esse é um passo importantíssimo para o processo de superação das dificuldades e melhora na qualidade vocal.

A realização de técnicas e exercícios vocais individuais no contexto do grupo

4ª sessão terapêutica.

Contexto: Terapeuta propõe atividade de pintura de figura e o caminho que ela fariam até chegar ao ponto final.

TE: *Gente, é o seguinte: para que a voz melhore, vai ser importante a gente fazer alguns exercícios também.*

S4*: Como?*

TE: *Fazendo alguns sons que fazer com que as cordas vocais vibrem de maneira bem suave* (terapeuta demonstra com as mãos).

S2: *Eu sei como é, eu já fiz na outra fono.*

S2: *Eu tinha uma lista com uns dez pra fazer em casa...*

S2 demonstra a vibração de língua

TE: *É então, nós não vamos ter que fazer em casa mas aqui nós vamos fazer juntos...*

TE: *Então pessoal, o que tem nesse desenho?*

S6: *Uma abelhinha*

TE: *Isso é onde ela tem que chegar?*

S5*: No lugar de mel....*

TE: *Isso, na colméia. Quem sabe como é o som da abelha?*

S2 faz um “s” prolongado”

TE: *Isso, é esse som que o S2 fez mas com as pregas vocais vibrando..*

TE demonstra o som do “z”

TE: *Vamos fazer juntos o som até a abelha chegar?*

(...)

Crianças começam a fazer o som...

TE explica o modo respiratório, pede para que as crianças sintam no momento do exercício e gerencia individualmente a realização.

TE: *Olha gente, me ajuda a cronometrar aqui, vamos fazer 3 minutos, ta?*

S5*: Posso ir no banheiro?*

TE: *S5, nós estamos no meio do exercício, faça até acabar e daí você vai. É importante fazermos os três minutos sem falar no meio*.

S3 pára de fazer o exercício e terapeuta explica novamente a importância da realização.

S1: *Ah, já tá bom! Já deu tempo da abelha rodar o mundo inteiro.*

Crianças riem

TE*: Ah você hein? Mas falta mais um pouquinho...*

13ª sessão terapêutica

Contexto: Terapeuta dá continuidade a atividade iniciada na semana anterior. Crianças deveriam, de maneira lúdica, associar desenho com exercícios vocais.

TE: O que tinha no primeiro caminho que a gente fez pessoal?

S5: Ela ia sair de casa e ir para uma chácara

TE: E qual foi o 1º exercício que a gente fez?

S2 faz a vibração de íngua

TE:Quem fez com a língua?

S2 e S4: Eu.

TE: quem fez com os lábios?

S1 e S5 E S6: Eu.

TE: E quem fez o 'z'?

S3: Eu não fiz nada.

TE: Não fez, Vi? Então tenta fazer agora ó...TE demonstra o som do "z".

S3 repete o som por pouco tempo

TE: Isso...vamos lá.

TE: Vamos ligar o carro então? Todo mundo em pé.

TE: O carro vai demorar três minutos para chegar no outro ponto da estrada.

Crianças começam a fazer o som

S6: AP, ela não está fazendo, referindo-se a S1

TE: S1, fazer esses exercícios também faz parte das nossas atividades, vamos fazer....

TE explica e demonstra para as crianças a maneira correta da respiração.

TE monitora as crianças, que em alguns momentos se dispersam.(...)

S3: Já chegou...

TE: É já deu 3 minutos

TE:Todo mundo fez direitinho?

S1: Ele ficou parado (falando de S3)

TE: Porque que a gente tem que fazer esses exercícios?

S1: Pra voz ficar boa

S5: Mas cansa....(...)

TE: agora nós chegamos a uma árvore de maçã...todo mundo agora pode desenhar a árvore(...)

TE: então vamos descer do carro e pegar uma maça bem gostosa no pé...

TE: Todo mundo já pegou?

Crianças fazem gesto como se estivessem retirando a fruta do pé.

S3 não desenha.

TE: Agora nós vamos comer e adorar a maça fazendo assim: terapeuta demonstra o "humming" (som do "m" mastigado).

Crianças começam fazer...

TE: S2, você está colocando muita força na garganta, o som do "m" tem que subir pra boca e pro nariz...

S2 começa a fazer mais suave...

TE: você não vai comer a maçã?

S3 faz sinal de negação com a cabeça

Ao longo do processo terapêutico, exercícios foram realizados em aproximadamente sete sessões. A prioridade de trabalho era a realização de atividades de conscientização das crianças a respeito da produção da voz, saúde vocal, comunicação e relações sociais, afim de que elas pudessem se tornar agentes de sua própria saúde pós processo terapêutico.

Nas sessões referente às transcrição acima, como em todas as outras, foram propostos exercícios vocais de maneira lúdica.

Na 4ª sessão a terapeuta inicia trabalho com realização de exercícios, iniciando trabalho de conscientização das crianças a respeito dos mesmos. S2 auxilia pois, na terapia fonoaudiológica que havia feito anteriormente, já havia realizado exercícios vocais. O exercícios do som fricativo "z" foi proposto e as crianças, com exceção de S3, realizam o exercício até o final. Porém, há algumas interrupções e demonstrações de descontentamento principalmente em relação ao tempo de realização ("*Posso ir no banheiro"* e "*Já deu tempo da abelha rodar o mundo inteiro* ")

No segundo trecho transcrito, da 13ª sessão, um caminho feito através do desenho tinha alguns "obstáculos" e as crianças deveriam cumpri-los.

Inicialmente, as crianças aderem bem à proposta. Porém, a medida em que os exercícios deveriam ser realizados por um período determinado de tempo, para que pudessem ser efetivos, a atividade parece ser cansativa, como as próprias crianças relatam. Era necessário, a todo momento, que a terapeuta retomasse a maneira correta da realização, a importância dos exercícios durante o trabalho, etc. As crianças interrompiam a realização, se dispersavam facilmente durante a atividade.

As crianças preocupam-se com a maneira que as outras fazem, muitas vezes realizam emissões tensas e há dificuldade da terapeuta no monitoramento individual durante os exercícios.

As provas terapêuticas coletivas realizadas após a realização com emissões de vogais sustentadas e automatismos simples foram neutras (sem modificações na dinâmica vocal).

É possível que um processo terapêutico mais longo possa ser suficiente para que a realização de exercícios e técnicas individuais seja incorporada de maneira saudável e efetiva. Além disso, um processo em que esse tipo de atividade seja trabalhado com maior freqüência, os resultados podem ser melhores.

É possível, ainda, que as crianças, por terem tido outras atividades consideradas por elas mais prazerosas, tenham considerado a realização dos exercícios algo mais exaustivo. As análises deste processo terapêutico em grupo, apontam maior possibilidade para atividades coletivas de conscientizações e trocas.

As modificações de dinâmicas vocais das crianças durante o processo terapêutico

Foram realizadas avaliações Fonoaudiológicas e Otorrinolaringológicas iniciais e finais, já que modificações positivas poderiam auxiliar na conclusão que se tem sobre a relevância do grupo como opção terapêutica. A **tabela 1** evidencia alguns dos achados. O **anexo 3** tem dados completos sobre as avaliações e reavaliações fonoaudiológicas.

Em relação a modificações na dinâmica vocal, uma criança (S4) que tinha disfonia de grau leve teve alta terapêutica. A diminuição da rouquidão, equilíbrio ressonantal, modificação no tipo respiratório para médio torácico, adequação da *loudness*, e melhora na projeção vocal foram acompanhada de uma grande consciência em relação ao que havia sido discutido durante o processo terapêutico.

S2, que inicialmente apresentava disfonia leve, também teria alta caso não desistisse do processo (na 16ª sessão). Ele havia passado por cirurgia para exérese de nódulos e já havia feito fonoterapia individual. Porém, a maneira com que o grupo abordou aspectos de conscientização e conhecimento sobre a produção vocal foi suficiente para que a criança adquirisse uma qualidade vocal adaptada/neutra*, também com equilíbrio ressonantal e melhora na flexibilidade articulatória, que inicialmente encontrava-se reduzida.

As três crianças com disfonia de grau moderado ou moderado/severo não tiveram modificações quanto à qualidade vocal ao final do processo, embora uma delas (S1) tenha tido participação ativa no grupo. S6, que tinha diagnóstico interrogado entre cisto e nódulos de pregas vocais e disfonia de grau moderado, teve muitas faltas e a participação no processo grupal foi razoável, ainda assim teve melhora em relação à velocidade de fala (que inicialmente encontrava-se bastante aumentada) e *loudness* (que encontrava-se diminuída nas primeiras sessões).

S3, que tinha a disfonia mais importante do grupo (severa), mostrou-se muito pouco durante o processo todo, embora tenha freqüentado todas as sessões. Realizou poucas das atividades solicitadas e relacionou-se pouco com as outras crianças e também com a terapeuta. Era a criança mais nova do grupo, ainda em início de processo de alfabetização (pré-escola). Não teve modificações quanto à dinâmica vocal pós processo terapêutico.

S4 foi a única criança com disfonia de grau leve que não teve modificações positivas na qualidade vocal. É importante ressaltar que a respiração oral e a rinite alérgica acompanhadas de alterações no sistema sensório motor oral (flacidez de língua e lábios) e nas funções neurovegetativas (deglutição atípica), têm influência direta no processo e podem ser fatores limitantes no processo de reabilitação vocal.

Mesmo tendo sido encaminhada ao médico ORL e iniciando tratamento medicamentoso, não houve melhoras significativas no quadro com o decorrer do processo. È importante frisar, aqui, a importância de uma intervenção

multidisciplinar nestes casos, considerando que é a soma de fatores que tem contribuído para o quadro atual e, portanto, todos os aspectos alterados devem ser tratados.

Boone(1989) refere uma melhora positiva do trabalho vocal com a modificação da posição da língua. Portanto, a posição relativamente adequada desta seria um componente importante para a produção de uma voz sem esforço e de qualidade agradável. O autor reforça, ainda, que a posição adequada de língua permitiria um bom funcionamento das cavidades de ressonância oral e uma amplificação da freqüência fundamental produzida pela laringe.

Segundo Hersan (1998), muitas crianças com alterações vocais apresentam dificuldades respiratórias e infecções repetitivas de vias aéreas. O desvio e a redução do fluxo aéreo da cavidade nasal, decorrentes da hipertrofia de adenóides, processos infecciosos ou mais freqüentemente de processos alérgicos das via aéreas, acarretam desequilíbrio ressonantal e de coordenação penumofonoarticulatória.

Segundo Behlau et al. (2005b), alguns quadros de disfonia infantil não são uma manifestação vocal pura, mas podem estar associados a outros problemas, por isso esses casos podem manter-se sem melhora dos sintomas. Em casos de disfonias associadas a presença de distúrbio articulatório, com imprecisão e distorção dos sons da fala, deglutição atípica e desequilíbrio da musculatura orofacial, uma atuação fonoaudiológica mais focalizada no processo da musculatura perioral e na deglutição parece ser mais efetiva do que o foco vocal. A observação clínica de alguns casos sugere o equilíbrio da musculatura e o desenvolvimento de uma melhor competência articulatória favorecem uma produção vocal mais harmônica.

Seguindo essa linha de raciocínio, S1 também pode ser mencionada. Embora com disfonia mais significativa, também é respiradora oral e possui alterações de sistema sensório motor oral (SSMO): flacidez de lábios, língua e bochechas; ceceio anterior) e funções neurovegetativas (deglutição atípica,

adaptada à mordida aberta anterior) e não teve modificações qualidade vocal (embora tenha tido discreta melhora em relação ao tipo respiratório médio-torácico e à coordenação pneumofonoarticulatória). Pensando nisso, ao final dos trabalhos, S1 e S5 foram encaminhadas para um trabalho que envolvesse mais especificamente os aspectos da motricidade oral. Embora tenhamos, durante o trabalho, discutido alguns aspectos como a importância da respiração nasal e a limpeza do nariz para uma melhor respiração, é necessário um trabalho de fortalecimento da musculatura, adequação da postura dos órgãos fonoarticulatórios e de funções neurovegetativas.

O trabalho fonoaudiológico em grupo com enfoque em atividades voltadas à Saúde Vocal, além de grandes modificações relacionadas às conscientizações das crianças, também apontam mudanças em relação à dinâmica vocal das mesmas ao final do processo terapêutico. Portanto, as atividades propostas tiveram relação com melhoras, seja na qualidade vocal, seja em aspectos importantes relacionados a ela como ressonância*, pitch*, *loudness*, articulação, etc.

Portanto, as modificações de dinâmica vocal observadas mostram que o grupo é importante, de grande relevância e permite que tudo o que foi trabalhado se transforme em importantes ferramentas para que as crianças lidem com suas próprias dificuldades dali em diante.

Tabela 1- Comparação entre diagnóstico ORL inicial e final e qualidade vocal inicial e final. Participação da criança no grupo e conduta pós processo terapêutico.

Sujeito	Diagnóstico ORL inicial	Qualidade Vocal (QV)Inicial	Diagnóstico ORL final	Qualidade Vocal (QV)Final	Conscientização e Construção de Conhecimentos	Conduta
S1	Nódulos de PPVV Hipertrofia Adenóide com Conduta Cirúrgica	Rouco Soprosa Moderada	Idem ao inicial	Idem à inicial	Grande.	Continuar em Terapia em Grupo: Voz e MO. Orientação quanto a importância da adenoidectomia
S2	Fenda Triangular Médio Posterior	Soprosa Leve	Não realizou	Neutra / Adaptada * (depois de 15 Sessões)	Grande	Desistência
S3	Nódulos PPVV	Rouco Severa, Soprosa Moderada	Idem ao inicial	Idem a inicial	Dificuldade de relacionamento, pouca exposição no grupo.	Terapia em grupo com período total maior.
S4	Nódulos de PPVV	Rouco Soprosa Leve	Micronódulos de PPVV	Soprosa Leve	Grande	Alta terapêutica
S5	Nódulos de PPVV Hipertrofia Adenóide com TTO Médico	Rouco Soprosa Leve	Idem ao inicial	Idem à inicial	Grande	Continuar em Terapia Voz e MO em grupo
S6	Interrogado (cisto ou nódulos)	Rouca Moderada Áspera Soprosa Leve	Não realizou	Idem a inicial	Média (algumas faltas)	Continuar terapia em Grupo. Nova avaliação ORL

• Os termos “neutra” e “adaptada” foram criados a partir do momento em que os fonoaudiólogos, deparando-se a expansão das Propostas de Promoção de Saúde, sentiram necessidade de rever conceitos diretamente relacionados a patologia como “voz normal”. Porém, ainda não há consenso sobre a utilização dos mesmos.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise do processo terapêutico, além de conclusões a respeito do trabalho em grupo com crianças disfônicas, também surgiram algumas dúvidas e questionamentos.

Esperava-se ter tido, por exemplo, resultados melhores em relação à participação do grupo na realização de exercícios vocais e em relação à conscientização das mesmas sobre a importância desse tipo de atividade. Porém, ao final do trabalho, levantou-se a hipótese de que, para isso, o número de sessões que abordaram o assunto deveria ter sido maior. Além disso, foi possível observar que, realmente, para um trabalho que tenha esse enfoque, é necessário um período terapêutico maior.

É importante ressaltar, sobre o assunto discutido acima, que quando o profissional propõe-se a desenvolver um trabalho em grupo com crianças disfônicas, independente da abordagem filosófica que ele adote, não pode deixar cair por terra os inúmeros e importantíssimos trabalhos anteriores e as descobertas científicas na área de voz. È indiscutível que o fonoaudiólogo deva se respaldar de contribuições e estudos de outros autores.

Dessa maneira, trabalhar exercícios e técnicas no contexto grupal é, de certa forma, imprescindível em alguns casos e isso pode ser realizado de maneira coletiva, independente da visão de grupo terapêutico que o profissional tenha. Se existem, por exemplo, grandes nódulos nas pregas vocais, somente os exercícios podem fazer com que eles sejam reabsorvidos.

Mais uma questão de grande importância é discutir que o grupo não deixará de ter ganhos ou perderá seu propósito somente porque atividades mais dirigidas são propostas. Afinal, exercícios e técnicas também são construídos coletivamente, permite que a criança se “veja” no outros, troque com as outras as sensações que tem durante a realização dos mesmos, etc.

Como qualquer outro grupo, este teve potencialidades e limitações. As potencialidades e possibilidades, no entanto, se sobrepõe, evidenciando quantos ganhos as crianças tiveram durante o processo terapêutico. Portanto, quando

fala-se aqui da dificuldade da realização de exercícios e do “tempo” que pode ser repensado e modificado, tem-se a idéia de que próximos trabalhos podem aprofundar essa questão, fazer modificações interessantes relacionadas à dinâmica para esse tipo de atividade e, assim, contribuir para o delineamento de ações fonoaudiológicas com grupos de crianças disfônicas.

Ao final das análises, interessante foi confirmar ainda mais a idéia de que os “objetos” e os “objetivos” diferenciam os grupos entre si e permitem que cada um seja trabalhado de acordo com suas necessidades e especificidades. A experiência com crianças disfônicas é diferente de um trabalho em grupo com afásicos, gagos ou crianças com dificuldades de leitura e escrita, por exemplo, embora hajam ganhos e construções comuns em todos eles.

O período total do trabalho (seis meses) foi adotado considerando que processos terapêuticos muito longos podem ser desmotivadores para as crianças e deixarem de ser produtivos (Hersan, 1995), o enfoque principal (conscientização a respeito da voz, hábitos e capacitação das crianças para serem agentes de sua própria saúde) poder ser suficientemente abordado e a necessidade de se adequar ao cronograma e aos prazos da pós graduação.

Em relação à evolução clínica das crianças do grupo quanto à dinâmica vocal, o tempo de trabalho também merece ser questionado. Crianças com disfonias de grau moderado não tiveram modificações relevantes relacionadas à qualidade vocal. Porém, isso não quer dizer que o grupo terapêutico deva selecionar somente crianças com alterações de grau leve. Pelo contrário, é importante que se repense sobre isso, no sentido de que alterações mais significativas requerem um tempo maior de trabalho, considerando a importância da realização de exercícios e técnicas. Ainda assim, o grupo certamente deve continuar sendo a opção terapêutica.

Um outro dado não “esperado” foi observado pós processo terapêutico. O profissional fonoaudiólogo teve de refletir sobre sua própria dinâmica e utilização vocal ao longo das sessões.

O trabalho com o grupo durante seis meses exigiu uma grande demanda vocal do profissional. Crianças disfônicas, no geral, a medida que o processo vai acontecendo, falam bastante durante as atividades, afinal é a voz que está sendo trabalhada. Isto também nos remete aos parágrafos anteriores que falam sobre a diferença de “objetos” dos diferentes grupos.

A utilização vocal acontecia por cerca de uma hora e meia por sessão e a terapeuta era responsável pelas mediações, contribuições para as construções das idéias, desencadeamento das discussões, etc.

Como já mencionado anteriormente, crianças com alterações vocais têm perfis semelhantes de ansiedade, de fala em demasia e com *loudness* aumentada (mesmo porque alguns tipos de alterações exigem que façam isso para que possam ser ouvidas). Assim, deve haver grande perspicácia e profissionalismo para que se consiga conduzir o grupo para que as atividades aconteçam de acordo com o esperado.

Ao final de algumas sessões, houve sensação de fadiga vocal e, durante duas sessões, pôde-se observar disfonia no profissional. Em um desses episódios (17ª sessão), as próprias crianças questionaram a terapeuta sobre a modificação de sua qualidade vocal, o que embora indique evolução quanto à percepção auditiva das vozes, pode transmitir, indiretamente, descredibilidade, já que o fonoaudiólogo não deixa de ser um modelo para as crianças.

Segundo Behlau et al., (2005a), alguns fatores da atuação do profissional fonoaudiólogo que podem interferir para um quadro geral de fadiga vocal é postura corporal inadequada, especialmente de pescoço e cintura escapular na reabilitação de crianças e a exigência de uma articulação um pouco mais exagerada na produção dos sons da fala, fatores de solicitações musculares fora dos padrões comuns de fala coloquial.

As autoras acima reconhecem que o fonoaudiólogo precisaria submeter-se a um treinamento vocal de expressão verbal para melhor atuação profissional, porém, embora isso não seja priorizado nos cursos de graduação em

Fonoaudiologia, sendo necessário que esses profissionais sejam autodidatas quanto às melhores estratégias a serem utilizadas.

Portanto, deve-se considerar que o fonoaudiólogo que tem sua atuação preferencialmente com grupos (principalmente de crianças), deve preocupar-se ainda mais com sua saúde vocal, conscientizando-se que a demanda que terá será maior do que a habitual, tida em atendimentos clínicos individuais.

Além da demanda vocal, é importante ressaltar os vários outros atributos que o profissional deve ter e compreender para trabalhar com grupos.

No geral, a formação que ainda se dá ao estudante de Fonoaudiologia o dirige para atendimentos quase que exclusivamente individuais. Os poucos atendimentos em grupo, muitas vezes são agrupamentos que ainda refletem os primórdios da atuação Fonoaudiológica em grupo no Brasil.

Assim, considera-se importante levantar este questionamento acerca do preparo de jovens graduados para a atuação com grupos. Essa visão dialética, que entende o sujeito em suas relações sociais e no contexto em que estão inseridos, que defende a superação de dificuldades através de trocas e construções conjuntas, merece ser abordada e discutida de maneira séria entre educadores e alunos, afim de que se forme profissionais sensíveis e comprometidos com o desenvolvimento integral de seus pacientes.

Um outro ponto que merece ser mencionado nessas considerações finais é que apenas uma das seis crianças desistiu do processo antes que ele chegasse ao fim, e ainda assim na 16ª sessão terapêutica. Fonoaudiólogos que trabalham com grupos, principalmente quando se trata de uma Clínica-Escola, onde os pacientes têm, muitas vezes, dificuldades sócio-econômicas, freqüentemente deparam-se com desistências ao longo do processo.

Considera-se, assim, que para as crianças o grupo era um lugar prazeroso. Isso é o que podia ser sentido pela terapeuta, considerando as poucas faltas, a disposição que tinham para a realização de atividades coletivas, a

ansiedade em que ficavam na sala de espera antes de serem chamados para entrar na sala, etc. Além disso, até o final do processo, os responsáveis mostravam-se interessados, questionadores e satisfeitos com o trabalho.

A desistência de S2 na 16ª sessão desencadeou reflexões importantes a respeito, principalmente, de como e quando deve acontecer a alta terapêutico-fonoaudiológica no processo terapêutico grupal.

Uma das crianças do grupo, S4, que tinha uma disfonia leve teve alta mesmo tendo a qualidade vocal soprosa leve ao final do processo. É importante que a reavaliação das crianças disfônicas não atenham-se a um modelo vocal ideal ou uma qualidade vocal totalmente neutra. Isso porque foi observado que essa criança adquiriu hábitos mais saudáveis com o decorrer do processo e conscientizações importantes sobre aspectos bastante relevantes se pensarmos no gerenciamento da saúde vocal pós terapia.

Segundo a avaliação ORL final, os nódulos ainda permaneciam, embora menores. A dinâmica vocal estava melhor, com modificações importantes na dinâmica vocal, seja quanto à qualidade vocal (diminuição da rouquidão), equilíbrio ressonantal e aumento da *loudness*. Assim, não há porque manter por mais tempo essa criança em terapia.

De acordo com Penteado et al. (2005), os trabalhos fonoaudiológicos com heranças "higienistas", não escondem uma concepção idealizada de saúde, que levam os sujeitos a buscar, insistentemente, uma produção vocal ideal, a voz educada, impostada e bem colocada que mantenha sempre suas melhores características, de maneira invariável e permanente.

Para Hollien (2000), o fonoaudiólogo tem buscado o conceito de "qualidade de voz ideal", porém, o que o autor observa é que esses profissionais, não fazem essa definição ou, quando fazem, apresentam uma lista do que "não é esperado" para uma qualidade de voz ideal. O mesmo autor acrescenta que a qualidade de voz é um dos atributos primordiais na análise de voz, mas também,

dos mais difíceis de ser abordado. Portanto, trata-se de aspecto fundamental que a Fonoaudiologia necessita se deparar em trabalhos futuros.

Outro caso interessante seguindo essa linha de raciocínio foi o de S2. Ele apresentava, inicialmente, uma disfonia bastante leve (soprosidade), com ressonância laringo-farígea e compensação nasal. O diagnóstico ORL inicial mostrava ausência de lesões com fenda triangular médio-posterior.

Após 15 sessões terapêuticas, a voz de S2 estava neutra/adaptada, com poucos momentos de soprosidade e melhora ressonantal no que se referia a compensação nasal. Houve a desistência da terapia nesse período, o que pode sugerir que para a família (que inicialmente o levava com disciplina e periodicidade constante), a queixa pode deixar de ter sido significativa.

S2 já havia passado por fonoterapia individual e já tinha alguns conhecimentos sobre a produção e saúde vocal que puderam ser aprimorados durante o processo terapêutico em grupo. Certamente, ao final das 15 sessões, ele já poderia ter alta. Porém, isso não foi feito pois tinha-se como regra que todas as crianças participariam do processo todo, ou seja, das 20 sessões.

Considerando os fatos acima, é muito importante que o fonoaudiólogo não busque vozes “perfeitas”, mas consiga perceber, dentro da evolução de cada um, quais mudanças significativas ocorreram e se a criança tem condições de seguir a diante, pós terapia, transferindo para a vida o que foi trabalhado durante o processo terapêutico.

Analisando o processo terapêutico como um todo e considerando todos os aspectos mencionados nesse item, constata-se que os resultados esperados pelo profissional foram atingidos parcialmente. Uma nova atuação com grupos de crianças poderá contemplar o que ainda são dúvidas e questionamentos, a fim de que esse tipo de trabalho possa ser cada vez melhor.

Considerando-se a amplitude do tema “grupo terapêutico e disfonia infantil” e a escassez de pesquisas científicas entendendo a voz como aspecto comunicativo e de grande importância nas relações sociais, espera-se que o

presente trabalho tenha apresentado reflexões importantes aos fonoaudiólogos, no que se refere, principalmente ao olhar clínico e às concepções de sujeito, de profissional e de processo terapêutico.

O especialista em voz deve entender que muito mais do que a realização de exercícios e técnicas, listas de tarefas para casa, controle de abusos, etc, o processo terapêutico da criança disfônica precisa entende-la como alguém em processo de crescimento e expansão, numa fase da vida em que as relações sociais aumentam a cada dia e o aspecto comunicativo se torna mais importante e valioso.

6- CONCLUSÕES

O grupo terapêutico fonoaudiológico mostrou-se importante no atendimento a crianças disfônicas. Como todo processo grupal, este teve potencialidades e limitações. No entanto, as potencialidades e possibilidades sobrepõem-se, mostrando que os ganhos do grupo são muito maiores.

O grupo possibilita a realização de atividades coletivas envolvendo aspectos da produção da voz e a importância dela para a comunicação e relações sociais, orientações e discussões sobre a saúde vocal e hábitos, trocas de experiências, etc.

Num grupo, há todos os mecanismos de uma sociedade. Crianças disfônicas passaram por importantes trocas de experiências, partilhas de novos conhecimentos e agregação de novos conceitos e hábitos. A atuação acontece de maneira ampla, considera a criança em suas particularidades, valoriza as potencialidades de cada um, e vê o sujeito como agente de sua própria saúde. Conceitos e idéias são (re)significados, dificuldades são superadas em conjunto e dinâmicas vocais são repensadas e modificadas.

No que se refere às atividades desenvolvidas, para que a realização de exercícios e técnicas possa acontecer de maneira efetiva, é importante que se repense na dinâmica proposta para a realização dos mesmos. Um processo terapêutico mais longo, por exemplo, pode ser importante para que esse tipo de atividade seja realizada, considerando que a conscientização das crianças no grupo vai aumentando a medida que os trabalhos vão acontecendo, e elas podem, aos poucos, descobrir, em conjunto, a importância desse tipo de trabalho. Além disso, pode-se repensar sobre a distribuição desse tipo de atividade ao longo do processo a fim de que a mesma não se torne uma atividade cansativa ou pouco interessante para as crianças.

Crianças com disfonias leves têm melhor evolução terapêutica quanto à dinâmica vocal durante processo terapêutico em grupo que tenha como base atividades coletivas de conscientização norteadas pela perspectiva de Promoção da Saúde.

Crianças com disfonia de grau moderado e severo podem necessitar de atendimento fonoaudiológico mais longo, ou seja, com tempo superior aos seis meses propostos no presente trabalho. Nesses casos, é provável que as lesões de pregas vocais sejam maiores e/ou mais antigas e o enfoque na realização de exercícios e técnicas pode ser fundamental para melhora nas dinâmicas vocais pós processo terapêutico. O trabalho em grupo, por ter se mostrado de grande importância, merece continuar sendo priorizado.

Crianças com quadros de disfonia associados a alterações no sistema sensório motor oral necessitam de um trabalho que priorize igualmente estes dois aspectos e o grupo terapêutico, que já se mostra favorável por todas as trocas de experiências e construções conjuntas, é a melhor opção. Além disso, a intervenção multiprofissional é fundamental.

Alterações vocais severas podem fazer com que a criança tenha dificuldades de relacionamento no contexto grupal. Nesse caso, também é importante que a dinâmica seja repensada para que a criança possa mostrar-se no grupo.

As relações de troca e construções conjuntas são fundamentais para as modificações de noções que as crianças têm da voz, desenvolvimento da percepção a respeito da mesma e das disfonias, agregação de hábitos saudáveis e condições de seguirem por si só pós processo terapêutico.

O processo terapêutico em grupo embasado na abordagem histórico-cultural permite que as crianças despertem para assuntos até então desconhecidos, discutam, reflitam e transfiram para a vida conhecimentos importantíssimos que as auxiliarão a serem agentes de sua própria saúde após o período de terapia fonoaudiológica.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrada e Silva MA. Saúde Vocal. In: Pinho SMR, org. *Fundamentos em Fonoaudiologia: Tratando os Distúrbios da Voz.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.120-25.

Andrews ML. *Voice therapy for children.* New York: Longman; 1986.

Andrews ML. *Voice therapy for children: the elementary school years.* San Diego: Singular; 1991.

Andrews ML. Intervention with young voice: Users: A clinical Perspective. *J. Voice*, 1993; 7(2): 160-4.

Andrews ML. *Terapia Vocal para Crianças: os primeiros anos escolares.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

Anelli W. Atendimento em grupo ao disfônico. In: Lopes Filho O, org. O *Tratado de Fonoaudiologia.* São Paulo: Roca; 1997. p. 717-22.

Aronson AE. *Clinical Voice Disorders*: *An Interdisciplinary Aprooach*. 3ª ed. New York: Thieme Inc; 1990.

Azevedo R. Procedimentos Terapêuticos na Disfonia: Enfoque Fisiológico. In: Ferreira LP et al., org. *Tratado de Fonoaudiologia.* São Paulo: Roca; 2004. p. 34-41.

Bakhtin, M. *Marxismo e a filosofia da linguagem.* São Paulo: Hucitec; 1995.

Behlau M. O desenvolvimento da voz na criança. In: *Temas sobre desenvolvimento.* 1991; Ano I, nº 3, nov./dez.

Behlau M,Gonçalves MIR. Considerações sobre Disfonia Infantil. In: Ferreira LP, org *Trabalhando a Voz.* São Paulo: Summus; 1987. p. 99-107.

Behlau M Pontes P*. Higiene Vocal: informações básicas*. Lovise: São Paulo; 1993.

Behlau M, Azevedo R e Pontes P. Conceito de voz normal e classificação das disfonias. In: Behlau M, org. *Voz O livro do Especialista.* Vol. I. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 54-84.

Behlau M, Feijó D, Madazio G, Rehder MI, Azevedo R, Ferreira AE. Voz profissional: aspectos gerais e atuação fonoaudiológica. In: Behlau, org. *Voz O Livro do Especialista.* Rio de Janeiro: Revinter; 2005a. vol. II. p. 287-407.

Behlau M, Madazio G, Feijó D, Azevedo R, Gielow I, Rehder MI. Aperfeiçoamento Vocal e Tratamento Fonoaudiológico das Disfonias. In: Behlau M, org. *Voz O Livro do Especialista.* Rio de Janeiro: Revinter, 2005b. vol II. p.410-564.

Bicudo-Pereira IMT, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável, *Mundo Saúde* 2000; 24(1):39-44.

Bion WR. *Experiências com grupos.* São Paulo: EDUSP; 1975.

Bloch P. *Falar é viver*. Rio de Janeiro: Nórdica; 1980

Bonatto MTRL. *A intervenção fonoaudiológica como fator modificador da noção que a criança disfônica tem da voz* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2002.

Bonucci AK. *O que fazer com as crianças disfônicas* [monografia]. São Paulo: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC); 1997.

Boone DR. *La voz y el tratamiento de sus alteraciones.* Buenos Aires: Panamericana; 1989.

Bouchayer M, Cornut G, Loire R, Witig E, Roch JB, Bastian RW. Epidermoid Cysts, sulci, and mucosal bridges of the true vocal cord: a report of 157 cases. *Laryngoscope* 1985; 95: 1087-1094.

Busnello ED. Dinâmica de Grupo. In: Osório LC et al., org. *Grupoterapia hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1986. p.15.

Brasil. *Ministério da Saúde*. Promoção da Saúde , 2001.

Chun, RYS. Atuação Fonoaudiológica em uma Unidade Básica de Saúde. In: Marchesan IQ, Bolaffi C, Gomes ICD, Zorzi JL, org. *Tópicos em Fonoaudiologia.* Vol. II. São Paulo: Lovise; 1995. p. 415-21.

Chun RYS. *A voz na interação. Como a interação transforma a voz* [Tese Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2000.

Chun RYS. Voz profissional: Repensando Conceitos de Prática na Promoção da Saúde Vocal. In: Ferreira LP, Andrada e Silva MA, org. *Saúde Vocal: Práticas Fonoaudiológicas.* São Paulo: Roca; 2002.p.19-31

Cooper, M. *Modernas Técnicas de Rehabilitacion Vocal.* Buenos Aires: Panamericana, 1974.

Corrêa MB. Considerações sobre terapia de grupo na clínica fonoaudiológica. In: Lier-De-Vitto MF, org. *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem.* 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1994. p.39-46.

Crespo NA. Coaptação Glótica, proporção glótica e ângulo de abertura de pregas vocais em crianças [Tese Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina; 1995.

David RHF. *A fusão das cores: o sentido terapêutico na clínica fonoaudiológica em grupo* [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2000.

Del Rio P, Alvarez A. "Saber comportarse? El desarrollo y la construcción de la directividad" In: Alvarez A, org. " *Hacia un curriculum cultural " : La vigencia de Vygotsky en la educación*. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje; 1997. p.112.

Ferreira LP. A avaliação de Voz: O sentido pode ser outro? In: Ferreira LP, org. *Um pouco de nós sobre voz.* 4ª ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1995. p. 29-38.

Ferreira LP, Giannini S, Figueira S, Silva EE, Karmann DF, Souza TMT. Condições de produção vocal de professores da Prefeitura do Município de São Paulo. *Revista Distúrbios da Comunicação*. 2003; 14(2):275-307.

Filter MD, Brandell ME. Screening children with voice disorders: a team approach, *J. Mich. Speech Hear. Assoc.*1973; 9:121-24.

Freire RM. O que é um grupo? In: Grossi EP, Bordini J, org. *Paixão de aprender*. Rio de Janeiro: Vozes; 1992. p.64.

Green G. Psychobehavioral characteristics of children with vocal nodules: WPBIC rating, *J. Speech Hear Disord* 1989; 54: 306-12.

Hersan RCP. Terapia de voz para crianças. In: Ferreira LP, org. *Um pouco de nós sobre voz.* 4ª ed. Carapicuíba, Pró-Fono; 1995. p. 39-51.

Hersan RCP. Disfonia infantil. In: Lopes Filho O, org. *Tratado de Fonoaudiologia.* São Paulo: Roca; 1997. p. 697-716.

Hersan RCP. Laringe infantil: In: Pinho SMR, org. *Fundamentos em Fonoaudiologia: Tratando os distúrbios da voz.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 57-59.

Hollien H. The concept of ideal voice quality. In: Kent RD, Ball MJ. *Voice quality Measurement.* Califórnia Singular Publishing Group 2000; 13-24.

Kleiman AB. A construção de identidades em sala de aula: um enfoque interacional. In: Signorini I, org. *Linguagem e Identidade.* Campinas/SP: Mercado de Letras. São Paulo: Fapesp (Letramento, Educação e Sociedade); 1998. p.272-297.

Liebmann M. *Exercícios de arte para grupos.* Tradução Rogério Migliorini. São Paulo: Summus, 2000.

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

Lopes LP da M. Discursos de identidade em sala de aula de leitura de L1: A construção da diferença. In: Signorini I, org. *Linguagem e Identidade.* Campinas/SP: Mercado de Letras. São Paulo: Fapesp (Letramento, Educação e Sociedade); 1998. p.304-310.

Mc Luhan M. *Understanding Media The Extensions of Man. Nova York:* Ed. Mac Graw Hill Book Company, 1964.

Marcucci VC, Panhoca I. A constituição do sujeito no grupo terapêutico fonoaudiológico – linguagem e identidade. *Anais da 2ª Mostra Acadêmica da Universidade Metodista de Piracicaba – Congresso de Iniciação Científica* [CD ROM]. Piracicaba, 2004, CO 06.

Martz M L W. Algumas reflexões sobre a terapia de voz. *Revista Distúrbios da Comunicação*. 1999; 10(2): 205-211.

Mello EB de S. *Educação da Voz falada.* São Paulo: Gernasa; 1972.

Milutinovc Z, Vasiljevic, J. Contribuition to the understanding of the etiology of vocal fold cysts: a functional and histologic study, *Laringoscopy 1992;* 102: 568-571.

Minayo MCS(org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.* São Paulo-Rio de Janeiro: Vozes; 2002.

Ministério da Saúde. *Promoção de Saúde.* Brasília (DF), 2001.

Morrisson M, Rammage L. *The management of voice disorders.*San Diego, Califórnia: Singular Publishing Group INC. ;1994.

Orlandi EP. *Discurso e Leitura*. São Paulo: Cortez; 1988.

Pela SM. *Disfonia infantil: Estudo retrospectivo de aspectos diagnósticos* [Dissertação]. São Paulo: Universidade Feseral de são Paulo/ Escola Paulista de Medicina;1999.

Penna M. Relatos migrantes: questionando as noções de perda de identidade e desenraizamento. In: Signorini I, org. *Linguagem e Identidade.* Campinas/SP: Mercado de Letras; São Paulo: Fapesp (Letramento, Educação e Sociedade), 1998, p.90-108.

Penteado RZ, Chun RYS, Silva RC. Do higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal, *Distúrbios da Comunicação* 2005; 17(1): 9-17.

Perez RLV. Com lápis de cor e varinha de condão...um processo de aprendizagem da leitura e da escrita. In: Garcia RL, org. *Revisitando a pré-escola.* 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2000. p. 95-105.

Piaget J. *A construção do real na criança.* Rio de Janeiro: Zahar; 1975.

Pinho, SMR. Avaliação e tratamento da voz. In: *Fundamentos de Fonoaudiologia*: *Tratando os Distúrbios da Voz.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1998.p. 3-37.

Pichon-Riviere. *O processo grupal.* São Paulo: Martins Fontes;1988.

Pontes P, Behlau M, Crespo A, Kiryllos L, Pedroso JE e Pontes A. Glottic Proportion and vocal fold opening angle. *Analls I World Voice Congress.* Voice Consortium, Oporto, 1995.

Ramig L, Verdolini K. Treatment efficacy: voice disorders. *J. Speech Lang Hear Res.* 1998; 41: S101-16.

Santos VR. *Fonoaudiologia e Grupo: construção de um processo terapêutico*[dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1993.

Servilha EAM. Voz na infância. In: Ferreira, L. et al. (org). *Tratado de Fonoaudiologia.* São Paulo: Roca; 2004. p. 118-126.

Silverman EM, Zimmer CH. Incidence of chronic hoarseness among school-age children, *J. Speech*. *Dis*., 1975; 40:211-15.

Skinner BF. *Sobre o Behaviorismo.* São Paulo: Cultrix;Edusp; 1982.

Tassinari MI. Relação terapêutica na clínica de linguagem: o país de Alice nas vizinhanças da teoria psicanalítica [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1995.

Toohil RJ. Psychosomatic aspects of children with vocal nodules. *Arch Olaryngol* : 1975.101: 591-5.

Vallancien B. Disfonia Funcional da Infancia. In: Launay C, Borel-Maisony S. *Distúrbios da Linguagem, da Fala e da Voz na Infância.* São Paulo: Rocca; 1986.p. 340-350.

Vygotsky LS. *Pensamento e Linguagem.* São Paulo: Martins Fontes, 1987.

Vygotsky, LS *A formação social da mente.* São Paulo: Martins Fontes, 1988.

Wertsch JV. *Vygotsky and the social formation of mind*. Cambridge: Harvard University Press, 1985.

Watson JB. *Behaviorism*. New York: Norton; 1924.

Wilson KD. *Voice Problems of Children.* USA: The Williams & Wilkins Company; 1979.

Wilson DK. *Voice Problem of children.* 3ª ed. Florida: Williams e Wilkins; 1987.

Wilson K. *Problemas de voz em crianças*. 3ª ed. São Paulo: Manole; 1993.

8- ANEXOS

ANEXO 1

DADOS DOS COMPONENTES DO GRUPO

S1

Sexo feminino, com sete anos de idade, cursava a 2ª série do ensino fundamental. Foi encaminhada à clínica com hipótese diagnóstica (HD) de disfonia por estagiárias de Fonoaudiologia que fizeram triagem na escola onde estuda. Desde o início, era uma garota extrovertida e bastante falante. Participava das discussões, no início queria que a terapeuta desse atenção individualizada a ela; com o tempo foi entendendo a proposta do trabalho e a relação com o grupo foi se tornando mais saudável. Vinha à clínica sozinha, pois a mãe trabalhava o dia todo, até à noite. No tempo em que não está na escola, fica sozinha em casa, faz seu próprio almoço, etc. A mãe embora tenha mostrado interesse na terapia e na superação da dificuldade de S1, tinha pouco tempo para participar ou ver "os ganhos" da filha, já que o contato pessoal diário entre as duas era bastante pequeno. Os pais são separados, é filha única e moram somente ela e a mãe. Tem contato esporádico com o pai. Talvez por todas essas questões mencionadas acima, era uma criança bastante carente, que necessitava de atenção a todo tempo, gostava de dar beijos, abraços e ficava triste quando, por algum motivo, a terapia não acontecia. A mãe relatou que S1 sempre foi uma criança muito ansiosa e muito apegada aos adultos que têm contato (professora, tias, etc). A disfonia apresentada por ela na avaliação era de grau moderado, com *pitch* grave e importante incoordenação penumofonoarticulatória. Tinha um quadro importante de alteração de sistema sensório motor oral; respiração oral, flacidez de estruturas da face, com indicação cirurgia de adenoidectomia. Participou de 15 das 17 sessões que aconteceram com as crianças.

S2

Sexo masculino, com sete anos de idade, cursava a 2ª série do ensino fundamental. Foi encaminhado à clínica com HD de disfonia por uma fonoaudióloga que o atendia em serviço particular. Aproximadamente um ano antes do início do trabalho, passou por cirurgia de adenoidectomia, amidalectomia e exérese de nódulos de pregas vocais, segundo o encaminhamento trazido pelo paciente. Desde o início, era um garoto extrovertido e bastante falante. Porém, tinha certa dificuldades em respeitar os turnos lingüísticos, momentos de conversação. Participava das discussões ativamente. Vinha à clínica trazido pela avó, pois a mãe trabalhava o dia todo. Apresentava disfonia leve. Como já havia feito fonoterapia em serviço particular, trouxe muitas contribuições ao grupo em relação às experiências anteriores que havia tido. A queixa trazida pela avó, pessoa bastante humilde, era de "voz fraca e fina", comparando-o com o irmão mais velho, que, segundo ela, com a mesma idade dele, tinha a voz mais grossa (SIC). Os pais são separados. Mora com a mãe, a avó e o irmão mais velho.

S3

Sexo masculino, com seis anos de idade, cursava a pré-escola . Foi encaminhado à clínica por estagiárias de Fonoaudiologia que estiveram em sua escola. Apresentava disfonia severa. Vinha à clínica acompanhado pela mãe. Morava com os pais e a irmã mais velha. Segundo a mãe, em casa ele falava bastante e na escola tinha amigos. Porém, no grupo, teve pouca participação durante o processo, inclusive com a terapeuta. Ainda não escrevia e fazia desenhos ainda mais abstratos, que necessitavam de interpretações da terapeuta. A mãe tinha participação razoável quanto às discussões, questionamentos, etc, porém tinha pouca paciência com o filho e referia não saber como lidar com o problema vocal apresentado por ele (SIC).

S4

Sexo masculino, com oito anos de idade, cursa a 3ª série do Ensino Fundamental. Foi a própria mãe quem procurou a clínica por achar que o filho era "rouco". Inicialmente, S4 era um garoto tímido, porém, desde o início do processo terapêutico, participava das discussões, inclusive auxiliando as outras crianças em determinadas tarefas, por exemplo (por ser mais velho, escrever com maior facilidade). Um fator que o auxiliava era ter sua prima, que já tinha contato anterior, no mesmo grupo. Considero que isso o deixou mais a vontade durante o processo. Vinha à clínica trazido pela mãe, que era uma pessoa muito interessada, responsável e comprometida com o processo terapêutico. Apresentava disfonia de grau leve. A mãe era empenhada, participava ativamente dos encontros com os responsáveis e considerava a terapia fonoaudiológica de grande importância ao filho. S4 mora com a mãe e duas irmãs. Os pais são separados, mas ele S4 visita freqüentemente. Segundo a mãe, S4 gosta de "aprontar" na escola mas não tem dificuldades de alfabetização. Em terapia, ele se mostrava bastante interessado realizar as atividades propostas. Considero que a mãe contribuía muito em casa, sendo uma "mediadora" do processo terapêutico.

S5

Sexo feminino, com sete anos de idade, cursa a 1ª série do Ensino Fundamental. Foi a tia quem procurou a clínica por achar que a sobrinha era "rouca". Vinha à clínica trazido pela tia, que era uma pessoa muito interessada, responsável e comprometida com o processo terapêutico. A mãe trabalhava o dia todo e a tia, passava a ela as informações referentes ao processo terapêutico para que ela pudesse acompanhar a criança em casa. Apresentava disfonia de grau leve associada a alteração de sistema sensório motor oral e respiração oral, realizando tratamento medicamentoso para a rinite alérgica. A tia era empenhada, participava ativamente dos encontros com os responsáveis e considerava a terapia fonoaudiológica de grande importância a sobrinha. S5 mora com os pais. Desde o início do trabalho, mostrou-se interessada, realizando todas as atividades que eram propostas. Era inteligente, contribuía muito para as construções conjuntas, auxiliando os colegas quando às conscientizações e "aprendizados" quanto aspectos relacionados à produção vocal, etc.

S6

Sexo feminino, com oito anos de idade, cursa a 2ª série do Ensino Fundamental. Foi encaminhada à Clínica- Escola com o diagnóstico de disfonia por estagiárias do curso que estiveram em sua escola fazendo uma triagem nos alunos. Inicialmente, era uma garota tímida e reservada, com pouco contato com a terapeuta e outras crianças do grupo. Vinha à clínica trazida pela mãe, que era uma pessoa que falava muito, inclusive por ela e se mostrava ser bastante rígida em casa. S1 mora com a mãe e com um irmão mais novo. Não tem contato com o pai. Segundo a mãe, S1 é muito responsável na escola, não tendo nenhuma dificuldade. Em terapia, ela realmente se mostrava bastante atenta, comprometida e disposta a realizar as atividades propostas. Considero que a mãe, reprimia um pouco as atitudes, "falas" e desejos da garota. A mãe também era disfônica (não tinha consciência disso), falava muito alto e participava bastante durante os encontros com os responsáveis. Porém, não parecia fazer a mediação em clínica/casa, não encarando a disfonia da filha com algo significativo ou importante. Ao final do processo, considero que S1 era uma garota carente; queria sempre atenção, que eu desse a mão a ela para ir para a sala, por exemplo. Gostava das outras crianças; trazia balas, bombons para distribuir eventualmente. A mãe relatava que em casa ela conversa bastante, tem bom relacionamento com as crianças da escola (embora a professore relate que é tímida) e da rua e é uma criança descontraída e extrovertida. Teve muitas faltas, o que dificultou um pouco o processo de evolução em relação à participação no grupo e apropriação dos conceitos discutidos e trabalhados.

ANEXO 2

Acompanhamento Fonoaudiológico – abril a setembro 2005

Identificação do paciente
Nome: TGS (S1)
DN:23/12/97 7 anos
Encaminhada por: Estagiárias Fonoaudiologia Comunitária

Queixa e duração

Mãe refere rouquidão freqüente, há três anos, que tem piorado com o passar do tempo.

História

S3 compareceu à clínica acompanhada da mãe para avaliação fonoaudiológica.

Segundo a mãe, a alteração vocal da filha mencionada acima, tem "piorado" com o tempo. R1 refere que já houve aproximadamente três episódios de afonia, pós grande utilização vocal.

A mãe refere que S1 é uma criança amável e carinhosa, porém é muito ansiosa, preocupando, inclusive a professora com essa característica. A criança rói as unhas (tenta roer até mesmo as unhas do pé).

Segundo R1, em uma reunião da escola, a professora mencionou que a criança é muito ansiosa na sala de aula, principalmente quando há tarefas individuais. Quando não consegue faze-las, S1 fica ansiosa, nervosa e, em algumas situações, chega a chorar.

Segundo a mãe, S1 sempre foi assim. Tem bom relacionamento com as crianças na escola mas prefere ficar sempre com os adultos (familiares, professora, etc).

Desde pequena, S1 já tem várias responsabilidades domésticas. Auxilia a mãe nos afazeres, pois a mesma trabalha o dia todo. Volta da escola a pé, sozinha. Prepara sua própria alimentação. Mora com a mãe. Os pais são separados desde que era bebê. Tem contato esporádico com o pai.

Sobre os hábitos de saúde vocal, a mãe refere que S1 bebe muita água, aproximadamente 8 copos ao dia. Quanto ao comportamento vocal, R1 diz que a filha fala em alta intensidade e em demasia, mas que não tem o hábito de gritar.

R1 desconhece outros casos de alteração vocal na família e nega quaisquer tratamentos anteriores para a disfonia.

A mãe relata que S1 tem o hábito freqüente de estar com a boca aberta. Ronca muito à noite, come muito rápido e tomando, no mínimo 2 copos de suco. Nega outros problemas de saúde geral.

A mãe refere se incomodar muito com a disfonia de S1, por estar percebendo que ela tem ficado muito cansada por conta da alteração vocal. Considera importante a terapia fonoaudiológica e demonstrou grande interesse pelo processo terapêutico

AVALIAÇAO

Avaliação corporal
Postura corporal – ombros anteriorizados
Postura de cabeça – anteriorizada

Estruturas da fonação
Face: simétrica
Lábios: Entreabertos. Tônus reduzido. Mobilidade adequada.
Língua: Tônus e mobilidade diminuídos.
Bochechas: Tônus diminuído. Mobilidade adequada.
ATM: ndn
Dentes: Bom estado de conservação. Trocas dentárias.
Oclusão: Classe 2 - MAA
Palatos duro e mole: ndn
Laringe em Repouso: posição elevada

Funções Neurovegetativas
Mastigação: unilateral à direita
Deglutição: atípica (adaptada à MAA).
Respiração: oral

Linguagem
Adequada em relação aos aspectos sintático, semântico, pragmático e discursivo. Projeção lingual na emissão do fonema / s / (ceceio anterior).

Dinâmica Vocal
QV: Rouco Soprosa
Grau de alteração: Moderada
Escala GRBASI (grau global da disfonia):
G – 2
R – 2
B – 2
A - 0
S- 2
I - 1
Ressonância: Laringo-faríngea (LF)
Pitch: Agravado.
Loudness: reduzida
Coordenação Pneumofonoarticulatória (CPFA): Incoordenação: IPFA (importante)
TMF: Reduzidos (em torno de 4 segundo em emissões sustentadas).
Relação s/z: 1.3 (indicativo de falta de coaptação glótica)
Articulação: flexibilidade adequada.
Velocidade de fala: adequada
Ataque vocal: brusco
Tipo respiratório: superior (com respiração invertida).

Avaliação ORL inicial

Hipertrofia Adenoideana, ocupando 80% das coanas. Pregas Vocais (PPVV) móveis e simétricas, edemaciadas e hiperemiadas, recobertas por muco com nódulos bilaterais com fenda dupla à fonação. **Conduta:** Encaminhamento para cirurgia de adenóides (SUS) e terapia fonoaudiológica.

Hipótese Diagnóstica (HD) FONO:

Disfonia organo funcional e alteração de SSMO.

Reavaliações FONO e ORL pós processo terapêutico

Inicialmente, S1 mostrava pouquíssimo conhecimento sobre a produção vocal, etc. Aos poucos, mostrou-se apropriar dos conceitos trabalhados, demonstrando construir o conhecimento junto com as outras crianças e a terapeuta. A criança incorporou hábitos para o dia-a-dia, como a limpeza do nariz com soro fisiológico.

Ao final do processo, observo estabilidade da QV, ressonância e tempos máximos fonatórios (TMF) iniciais,com discreta melhora em relação ao tipo respiratório (alternância entre o superior e o médio-torácico) e à CPFA (uma das principais queixas trazidas pela mãe).

Em reavaliação ORL, o diagnóstico também manteve-se estável: PPVV móveis e simétricas, edemaciadas e hiperemiadas, recobertas por muco com nódulos bilaterais e fenda dupla à fonação. Hipertrofia Adenoideana, ocupando de 70 a 80% das coanas.

Conclusão e Conduta

Provavelmente, a alteração do SSMO apresentada por S1 seja um fator importantíssimo para considerarmos ao tentarmos reabilitar a disfonia, já que isso pode ser um limite ao processo . Assim, sugiro continuidade da terapia em grupo, para continuidade no trabalho enfocando conscientização e melhor utilização vocal. Porém, é importante conversar com a mãe a respeito da cirurgia, se tem se informado a respeito na UBS, ou seja. Como está o processo. S1 teve bom relacionamento grupal e demonstrou construção conjunta de conhecimento. A voz ainda tem uma alteração de moderada, por isso deve-se acompanhar o caso com cautela.

<u>Acompanhamento Fonoaudiológico – abril a setembro de 2005</u>

Dados de Identificação

Nome: R. A .S. (S2)
Idade: 7 anos
Data de Nascimento: 24/01/1998
Escolaridade: 1ª série Ens. Fundamental – Colégio Zagato
Encaminhado por: Fonoaudióloga Cristina Menegali (serviço particular)

Queixa e Duração

Avó refere rouquidão há aproximadamente 2 anos e que a voz, às vezes, é muito fina e fraca.

História

Há aproximadamente 2 anos, S2 começou fazer tratamento com um médico ORL (Dr. Eloy). Há um ano, realizou cirurgia de amídalas, adenóide e pregas vocais para retirada de nódulos (de acordo com o encaminhamento trazido). Fez fonoterapia pré e pós cirúrgica em serviço particular, mas interrompeu o tratamento por questões financeiras. Então, a fonoaudióloga o encaminhou para a clínica.

A avó refere que a voz melhorou um pouco após a cirurgia.

Durante várias vezes na anamnese, comparou S2 com seu outro neto de nove anos (irmão dele), o inferiorizando. Refere que a mãe do garoto trabalha o dia todo e é ela quem cuida dele.

A avó mencionou, ainda, que S2 tem amigos na vizinhança e na escola, e que dá um pouco de trabalho em relação às tarefas escolares e comportamento em sala de aula (SIC).

Mora com a mãe (que está grávida), avó e irmão. Os pais são separados.

Em relação aos hábitos de saúde vocal, a avó refere que S2 tem hábito de gritar, falar alto e em demasia e fazer freqüentemente competição sonora. Avó acredita que S2 toma, em média, 4 copos de água por dia.

Sobre outros hábitos, avó refere que S2 ainda bebe leite na mamadeira, várias vezes ao dia.

R2 refere que não sabe de nenhum caso de alteração vocal na família.

Observo que a avó não traz dados detalhados a respeito do cotidiano de S2. É uma pessoa bastante humilde. Demonstrou interesse na terapia fonoaudiológica e referiu que trará o neto semanalmente, sem problemas.

AVALIAÇAO

Avaliação corporal

Postura corporal – Ombros levemente rodados e anteriorizados
Postura de cabeça adequada

Estruturas da fonação

Face: ndn
Lábios: ocluídos
Língua: No soalho da boca durante repouso. Discreta diminuição de tônus. Mobilidade preservada.
ATM: ndn
Dentes: Diastema anterior /Mordida Aberta Anterior - MAA/ Regular estado de conservação/ Ainda não fez nenhum tratamento com dentista ou ortodontista. Oriento sobre a importância de uma avaliação especializada.
Oclusão: Classe 1
Palato duro : Discretamente ogival
Laringe em Repouso: posição adequada
Membrana Tireóidea: sem dores ou desconfortos à palpação

Funções Neurovegetativas
Mastigação: Bilateral alternada
Deglutição: atípica (adaptada à MAA)
Respiração:
Modo :Predominantemente nasal
Tipo: Superior
Distorções fonêmicas e disfluência (repetições) discretas

Linguagem
Discreta disfluência. Velocidade de fala aumentada. Certa dificuldade em respeitar os tópicos de conversação, introduzindo assuntos descontextualizados durante a avaliação.

Dinâmica Vocal
QV: Soprosa
Grau de alteração: Leve
Escala GRBASI (grau global da disfonia):
G - 1
R – 0
B – 1(maior durante emissão espontânea)
A - 0
S- 1
I -1
Ressonância: LF com foco compensatório nasal
Pitch: adequado
Loudness: adequada
CPFA: IPFA
TMF: aumentados em emissão sustentada (aproximadamente 11 segundos durante emissão do “a”)
Relação s/z: 0.89 (tensão laríngea)
Articulação: Flexibilidade reduzida
Velocidade de fala: aumentada
Ataque vocal: brusco

Resultado da avaliação laringológica:
PPVV móveis, hiperemiadas, recobertas por muco com fenda triangular médio posterior à fonação.

HD FONO:
Disfonia funcional.

Reavaliações FONO e ORL pós processo terapêutico

Em relação à dinâmica vocal, observo evoluções importantes nos seguintes aspetos: melhora na CPFA (mais pausas respiratórias e respeito aos turnos de conversação), velocidade de fala e flexibilidade articulatória.

Os tempos TMF continuam aumentados (embora agora em torno de 9 segundos) e a qualidade vocal que era soprosa leve, agora tem-se mantido

neutra/adaptada em praticamente todos os momentos de fala espontânea. Em emissão sustentada, ainda ouve-se discreta soprosidade.

Paciente com melhor dinâmica vocal em relação à avaliação inicial. Observo importante conscientização em quanto à saúde vocal, hábitos e utilização vocal. Paciente abandonou o processo na 16ª sessão, mas teria alta caso permanecesse até o final. Não realizou reavaliação ORL em virtude da desistência.

Acompanhamento Fonoaudiológico – abril a setembro de 2005

Dados de identificação
Nome: VFT (S3)
DN:17/04/99 - 6 anos
Responsável: MFT (R3)
Encaminhado por: Estagiárias Fonoaudiologia Comunitária

Queixa e Duração

Mãe refere rouquidão há aproximadamente dois anos, que tem piorado com o passar to tempo. Não refere piora vocal pós uso intenso.

História

Segundo a mãe, S3 sempre foi uma criança agitada. Tem a personalidade forte, impõe as coisas para as outras pessoas. A própria mãe refere que é uma criança mimada. Tem uma irmã mais velha, que já é adolescente.

R3 refere que S3 tem bom relacionamento com as crianças da escola e com os vizinhos. Gosta de brincar na rua, de pega-pega, pique-esconde, etc.

S3 mora com os pais e com a irmã. Teve desenvolvimento motor e de linguagem normal, segundo a mãe, porém até pouco tempo tinha algumas trocas articulatórias (SIC). Não tem problemas de saúde.

Em relação aos hábitos de saúde vocal, a mãe refere que tem que forçá-lo a beber água e que ele sempre quer substituí-la por suco ou refrigerante. Refere que S3 fala alto, grita constantemente e faz competição sonora também com freqüência.

R3 nega que o filho tenha quaisquer problemas de saúde geral. Nega haver outros casos de alteração vocal na família e já ter procurado por quaisquer tratamentos anteriormente pensando na alteração vocal do filho.

R3 demonstra interesse razoável pelo processo terapêutico, mas relata que considera importante “que a voz do filho melhore” (SIC).

AVALIAÇAO
Avaliação corporal
Postura corporal adequada
Postura de cabeça adequada

Estruturas da fonação
Face: nada digno de nota (ndn)
Lábios: tônus e mobilidade adequados
Língua: tônus e mobilidade adequados
ATM: ndn
Dentes: Dentição decídua. Oclusão normal; bom estado de conservação.
Palato duro e mole: ndn
Laringe em Repouso: posição elevada
Membrana Tireóidea: sem dores ou desconfortos à palpação

Funções Neurovegetativas
Mastigação: Unilateral à direita.
Deglutição: ndn
Respiração:
Modo -predominantemente nasal

Linguagem
Pouco diálogo com a terapeuta no momento da avaliação. Respostas curtas. Adequação em relação ao respeito dos turnos de conversação.

Dinâmica Vocal:
QV : rouca soprosa
Grau da alteração: Severo
Escala GRBASI (grau global da disfonia):
G - 3
R – 3
B – 1-2
A - 0
S- 2
I -1
Ressonância:
Pitch: discretamente agravado
Loudness: reduzida
CPFA: IPFA (importante)
TMF: diminuídos
Relação s/z: 1.23 (falta de coaptação glótica)
Articulação: Flexibilidade adequada
Velocidade de fala: adequada
Ataque vocal: brusco (em emissão espontânea)

Resultado da avaliação laringológica inicial:
PPVV móveis, hiperemiadas, recobertas por muco c/ fenda triangular médio posterior à fonação.

Hipótese diagnóstica (HD) fonoaudiológica:
Disfonia Organo funcional.

Reavaliação Fonoaudiológica pós processo terapêutico

S3, em avaliação final, manteve apresentava QV rouco áspera severa, soprosa leve para moderada, além de manter importante incoordenação pneumofonoarticulatória, *loudness* reduzida, restrição de modulação principalmente para agudos, flexibilidade articulatória adequada, relação s/z indicando falta de coaptação glótica e significativa tensão de musculatura extrínseca à fonação.

S3 teve grande dificuldade de participar do grupo, permanecendo na maioria das sessões sem interagir com os demais integrantes. Era o mais novo do grupo. Demonstrava pouca apropriação dos conceitos construídos em grupo e se mostrava bastante ansioso quando tentava falar. Ao final do processo, observo pouca evolução em termos de construção conjunta de conhecimento, mudanças de hábitos e conscientização.

Em algumas sessões, recusava-se a participar das atividades, mesmo sendo incentivado pelas outras crianças. Observo discreta melhora em relação ao conhecimento sobre o que é a voz, como ela é utilizada e quais cuidados devem ser tomados.

A reavaliação ORL se mantém estável em relação à inicial, diagnosticando Nódulos bilaterais de PPVV localizados na junção entre os terços anterior e médio e fenda dupla à fonação.

Conclusão e Conduta

Paciente com qualidade vocal estável em relação à avaliação inicial. Mãe refere que grupo foi bom para que a criança desenvolvesse mais sua linguagem oral (que segundo ela apresentava trocas fonêmicas) em casa.

Sugiro continuidade ao processo terapêutico, preferencialmente com grupo de crianças de tenham alterações mais significativas, como a dele, considerando que S3 pode ter se mostrado pouco devido a uma dificuldade de relacionamento que pode ser ocasionada pela disfonia. Além disso, para casos como o de S3, um processo terapêutico mais longo pode ter resultados positivos, considerando que a criança pode ir se mostrando aos poucos até que possa ter um relacionamento promissor com os outros integrantes do grupo.

Acompanhamento Fonoaudiológico – abril a setembro de2005

Dados de Identificação

Nome: L.M. (S4)
Idade: – 8 anos
Data de Nascimento: 10/09/1996
Responsável : E. (mãe) / R4/5
Escolaridade: 3ª série
Encaminhado por: Estagiárias Fonoaudiologia Comunitária.

Queixa e Duração

Rouquidão desde bebê e quando fala muito o ouvido tapa (segundo a mãe).

História

Desde bebê, já chorava rouco. Depois dos 4 anos piorou. Na maioria dos dias já acorda rouco. Não há fatores de melhora e piora em relação a abuso vocal (SIC/mãe).

S4 é tímido, reservado,e , segundo a mãe, só fala mais alto mesmo quando está jogando futebol (momento em que refere que o filho comete grande abuso). Tem bom relacionamento familiar e com as irmãs mais velhas. Mora com a mãe e irmãs. Pais são separados.

Segundo R 4/5, S4 vai bem na escola e gosta de fazer as tarefas. Acredita que a alteração vocal não o impede de se comunicar com outras pessoas. Quando está em casa, brinca com a prima (que mora próximo) ou sozinho (de carrinho, bola, etc).

A mãe demonstra grande interesse pela terapia fonoaudiológica, demonstrando ter consciência do problema vocal do filho. Refere que quer que S4 possa se comunicar melhor pois a voz é muito importante para isso (Sic).

A mãe refere que quando vai assistir aos treinos de futebol do filho (2 x por semana) fica muito preocupada pois chega a ver as “veias do pescoço saltarem” por conta do abuso vocal que ele comete, chamando os colegas, pedindo a bola, etc.

Segundo R 4/5, a timidez faz com que às vezes S4 fique tenso diante de algumas situações. Referiu que a criança chegou à clínica bastante tensa para avaliação fonoaudiológica.

Segundo R4/5, S4 não tem hábito de falar alto ou fazer competição sonora (com exceção do futebol como mencionado anteriormente). Bebe aproximadamente 5 copos de água por dia. A mãe refere já ter lido que água faz bem para a voz, por isso incentiva o filho a tomar. Mesmo assim, considera que o filho é resistente a esse hábito e “esquece” de tomar água durante o dia.

Em relação à saúde geral, a mãe refere que S4 tem rinite alérgica e já fez cirurgia, há três anos, por ter hipertrofia de amídalas, adenóides e cornetos. Hoje em dia, segundo ela, S4 respira bem pelo nariz, mantendo a boca fechada durante todo o dia. A criança também tem bronquite, que está controlada, sem crises há um ano aproximadamente.

R 4/5 refere que a avó paterna de S4 é disfônica e já fez cirurgia para a retirada de “calos nas cordas vocais” (SIC).

AVALIAÇAO

Avaliação corporal

Postura corporal adequada
Postura de cabeça adequada

Estruturas da fonação

Face: mais volumosa a direita
Lábios: ocluídos . Tônus e mobilidade adequados.
Língua: tônus e mobilidade adequados
ATM: ndn
Dentes: Mordida cruzada. Oriento sobre importância da avaliação ortodôntica

Palatos duro e mole: ndn
Laringe em Repouso: postura adequada
Membrana Tireóidea: sem dores ou desconfortos à palpação

Funções Neurovegetativas
Mastigação: unilateral à esquerda
Deglutição: atípica (adaptada à mordida cruzada)
Respiração: predominantemente nasal

Linguagem
Adequada em relação aos aspectos sintático, semântico, pragmático e discursivo.

Dinâmica Vocal
QV: Rouco Soprosa
Grau de alteração: leve
Escala GRBASI (grau global da disfonia):
G – 1
R – 1
B – 1
A - 0
S- 1
I -1
Ressonância: LF
Pitch: adequado
Loudness: discretamente reduzida (característica de personalidade)
CPFA: IPFA
TMF: adequados
a – aproximadamente 9 s
Relação s/z: tensão laríngea
Articulação: flexibilidade discretamente reduzida
Velocidade de fala adequada
Ataque vocal: brusco
Modo respiratório: predominantemente nasal
Tipo respiratório: superior

Resultado da avaliação ORL:
Nódulos bilaterais localizados entre o terço médio e anterior, ocasionando discreta fenda dupla + hiperconstrição supraglótica de grau moderado.

HD Fono:
Disfonia organo-funcional

Reavaliação Fonoaudiológica pós processo terapêutico

S4 e sua mãe, R4/5, eram bastante comprometidos com o processo terapêutico. Desde as primeiras sessões, S4 participava das discussões do grupo, demonstrava real apropriação dos conceitos trabalhados. Ao longo do processo, teve mudança significativa de hábitos tanto em terapia como em casa e na escola

(jogando futebol principalmente). A QV também teve modificação significativa. Ao final do processo observo QV soprosa leve, ressonância equilibrada, *pitch* e loudness adequados e respiração médio-toracica alternada com respiração ainda superior. Voz estável, funcional e adaptada. Ainda havia discreta incoordenação pneumofonoarticulatória.

Mãe relata significativas mudanças em relação à hidratação, abusos e alimentação.

A reavaliação ORL descreveu PPVV móveis e simétricas com micronódulos bilaterais e discreta fenda dupla à fonação.

Conclusão e Conduta

Paciente com qualidade vocal com significativa melhora em relação à avaliação inicial. Observo grande conscientização em relação à saúde vocal, hábitos e utilização vocal com voz adaptada e funcional, com discreta alteração. Recebeu alta fonoaudiológica.

Acompanhamento Fonoaudiológico – abril a setembro de 2005

Dados de Identificação

Nome: L.C. (S5)
Idade: – 7 anos
Responsável : E., tia, R 4/5
Escolaridade: 1ª série

Queixa e Duração

Rouquidão há aproximadamente 2 anos. Informante era a tia, já que a mãe trabalha e não poderia comparecer à clínica. Por isso, algumas informações não puderam ser dadas.

História

Segundo a tia, S5 é uma menina alegre, com bons relacionamentos (crianças vizinhas, primos, colegas de escola).

É filha única, mora com a mãe, que trabalha o dia todo e por isso não pôde comparecer à clínica. A tia relata que a mãe não dá muita importância à alteração vocal da filha mas que ela a convenceu da importância de levá-la para fazer uma avaliação.

S5, com freqüência, está na casa de R 4/5 para brincar com S4. Eles se dão bem. Brincam de jogos e vídeo game, principalmente.

Em relação aos hábitos alimentares e mais específicos de saúde vocal como hidratação, a tia não soube relatar. Informou que pegaria essas informações com a irmã e traria na semana seguinte. S5 relata que ingere aproximadamente 2 copos de água por dia.

A tia relata que S5 é tranqüila, às vezes um pouco mimada por ser filha única e “ter tudo na mão” (Sic). Segundo R4/5, ela sofre com a separação dos pais.

A tia relatou que a criança tem hábito de falar em demasia, em alta intensidade e fazer competição sonora.

Em relação à saúde geral, a tia refere rinite alérgica com crises constantes. S5 nunca fez tratamento médico para a rinite e o nariz está sempre congestionado (SIC).

R 4/5 nega outros problemas de saúde. Desconhece pessoas na família de S5 que tenham alterações vocais.

Durante a avaliação, S5 mostrou-se disposta a realizar as atividades propostas pela terapeuta. Demonstra ter alguma consciência sobre sua alteração vocal.

S5 e R 4/5 demonstraram interesse pelo processo terapêutico. A menina, pelo fato do primo já ter passado por avaliação e também participar do grupo, demonstrou grande vontade de também iniciar o processo juntamente com as outras crianças. S5 começará a freqüentar o grupo na 2ª sessão terapêutica.

AVALIAÇAO

Avaliação corporal

Postura corporal adequada
Postura de cabeça adequada

Estruturas da fonação

Face: ndn
Lábios: entreabertos, tônus diminuído
Língua: tônus diminuído, mobilidade adequada
Bochechas: tônus e mobilidade adequados
ATM: ndn
Dentes: Alteração ortodôntica
Palatos duro: em ogiva
Laringe em Repouso: adequada
Membrana Tireóidea: sem dores ou desconfortos à palpação

Funções Neurovegetativas

Mastigação: predominantemente unilateral à direita
Deglutição: atípica/ adaptada à forma (Mordida aberta anterior)
Respiração: predominantemente oral

Linguagem

Adequada em relação aos aspectos sintático, semântico, pragmático e discursivo.

Dinâmica Vocal

QV: Rouco soprosa
Grau de alteração: leve
Escala GRBASI (grau global da disfonia):
G – 1
R – 1
B – 1
A - 0

S- 1
I -0
Ressonância: LF
Pitch: adequado
Loudness: adequada (embora a tia relate que a criança fala muito alto em casa).
CPFA: IPFA
TMF: reduzidos (em torno de 4 a 5 segundos)
Relação s/z: provável falta de coaptação glótica (1.23)
Articulação: flexibilidade adequada
Modulação - adequada
Velocidade de fala: adequada
Ataque vocal: brusco
Tipo respiratório: superior

Resultado da avaliação ORL:
Nódulos Vocais Bilaterais (ver relatório ORL anexo). Rinite alérgica. Conduta: Tratamento medicamentoso.

HD FONO:
Disfonia organo funcional

Reavaliação Fonoaudiológica pós processo terapêutico

S5 e sua tia, R 4/5, eram bastante comprometidas com o processo terapêutico. Desde as primeiras sessões, S4 participava das discussões do grupo, demonstrava apropriação dos conceitos trabalhados. Ao longo do processo, teve melhora de hábitos tanto em terapia como em casa e na escola. Observo que a rinite alérgica com crises constantes e a conseqüente respiração oral, contribuíram para que a QV não tivesse modificações significativas. Ao final do processo observo QV, ressonância e TMF estáveis em relação ao início do processo. Modo respiratório, ao final, teve discreta evolução clínica, alternando entre superior e médio-toracico.

A reavaliação ORL mantém-se estável, evidenciando novamente pequenos nódulos bilaterais com fenda dupla à fonação e rinite alérgica.

Conclusão e Conduta

Paciente com qualidade vocal estável em relação à avaliação inicial. Observo certa conscientização em relação à saúde vocal e a produção da voz, porém acredito que a questão respiratória seja fator que contribui para o quadro disfônico. Por isso, sugiro continuidade do processo terapêutico em grupo para que se possa priorizar tanto os aspectos vocais quanto os de motricidade oral, relacionados à respiração oral e à alteração do sistema sensório motor oral.

Acompanhamento Fonoaudiológico – abril a setembro2005

Dados de Identificação
Nome: M. S. D. (S6)
Idade: 7 anos
Data de Nascimento: 13/09/1996
Responsável : P./R6 (mãe)
Escolaridade: 2ª série
Encaminhado por: Fonoaudiologia Comunitária

Queixa e Duração
Mãe refere velocidade de fala aumentada. Não tem queixas significativas quanto a rouquidão embora relate que S6 esteja constantemente rouca.

História

R6 refere que não tem queixas significativas em relação ao problema vocal da filha.

S6 foi encaminhada pelas estagiárias de Fonoaudiologia Comunitária, que fizeram uma triagem na escola da criança e constataram disfonia.

A mãe foi mãe solteira. S6 com a ela e com um irmão mais novo (1 ano). O namorado da mãe freqüenta a casa constantemente. A avó materna mora perto da casa de S6.

Segundo R6, S6 é uma criança extrovertida em casa. Fala bastante, tem boa relação com o irmão. Refere que a filha faz bagunça e freqüentemente apanha de chinelos, cinta, varinha.

A mãe me pareceu alguém de temperamento forte. Fala com intensidade vocal bastante aumentada, quis demonstrar ter autoridade absoluta.

Relatou que a filha é boa aluna, tem boas notas, mas que a professora refere que ela é tímida e “fala muito baixo”. (SIC).

Em relação à voz, R6 refere que S6 sempre foi rouca (a mãe também é disfônica), desde bebê, mas nunca achou importante procurar por auxílio fonoaudiológico. A mãe não soube referir fatores de melhora ou piora na dinâmica vocal de acordo com as situações e atividades do cotidiano.

Em relação à saúde vocal, além do abuso vocal que a mãe refere que a filha comete (fala em demasia, alta intensidade e competição sonora), R6 menciona que S6 não tem hábito de beber água com frequência.

A mãe não se considera disfônica e relata que ninguém da família, além de S6, tem alteração vocal.

R6 se mostrou disposta a participar dos encontros com outros responsáveis e mencionou, de imediato, interesse pelo grupo fonoaudiológico, referindo que será bom para S6, considerando inclusive o que a professora refere da criança (que ela é tímida em sala de aula). A mãe refere que poderá ser uma boa oportunidade para que S6 perca a timidez (SIC).

Mãe nega quaisquer problemas de saúde geral e tratamentos anteriores para a disfonia.

AVALIAÇAO
Avaliação corporal
Postura corporal adequada
Postura de cabeça adequada

Estruturas da fonação
Face: mais volumosa a direita
Lábios: ocluídos com discreta tensão de mentual. Tônus e mobilidade adequados
Língua: tônus e mobilidade adequados
ATM: ndn
Dentes: Período de trocas dentárias. Razoável estado de conservação
Oclusão: Não visualizada pela falta de alguns dentes (mãe relata que dentista extraiu dentes de leite por causa do mal estado). Além disso, teve uma queda há dois anos e perdeu os dentes da frente, que agora estão nascendo tortos (SIC).
Palatos duro e mole: ndn
Laringe em Repouso: posição adequada

Funções Neurovegetativas
Mastigação: unilateral à esquerda (do lado esquerdo há maior ausência de dentes).
Deglutição: atípica (adaptada à ausência dentária)
Respiração: nasal

Linguagem
Adequada em relação aos aspectos sintático, semântico, pragmático e discursivo.

Dinâmica Vocal
QV: Rouco Áspera Moderada Soprosa leve
Grau de alteração: Moderada
Escala GRBASI (grau global da disfonia):
G – 2
R – 2
B – 1
A - 0
S- 1
I - 0
Ressonância: Laringo-faríngea (LF)
Pitch: Discretamente agravado. Adequado para idade e sexo.
Loudness: reduzida
CPFA: IPFA
TMF: Adequado (em torno de 7 segundos em emissão de “a” e “e”)
Relação s/z: 1.21 (indicativo de falta de coaptação glótica)
Articulação: flexibilidade adequada.
Velocidade de fala: aumentada
Ataque vocal: aspirado
Tipo respiratório: superior

Resultado da avaliação ORL inicial

PPVV móveis e simétricas, edemaciadas e hiperemiadas com abaulamento em terço médio (nódulos? Cisto com reação contralateral?) c/ fenda e hiperconstrição supraglótica à fonação.

HD FONO:

Disfonia funcional? Organofuncional?

Reavaliações FONO e ORL pós processo terapêutico

S6, ao final do processo, demonstrou apropriação de parte dos conceitos discutidos e trabalhados pelo grupo. Manteve bom relacionamento grupal, embora sempre tenha sido mais reservada e tenha faltado em 5 sessões. Trouxe relatos à sessão de transmissão do conhecimento adquirido em terapia para a vida cotidiana. Realizava os exercícios em terapia sem grandes dificuldades e gostava de participar das discussões. Em relação à dinâmica vocal, observo estabilidade de qualidade de voz em relação ao início do trabalho, além de ter mantido a IPFA e a ressonância LF. Observo melhoras em relação à velocidade de fala e à "loudness" vocal. É certo que algumas alterações ainda se mantenham pela limitação ocasionada pela lesão, ainda existente. Em relação ao diagnóstico interrogado, sugiro exames periódicos para a tentativa de se fechar o diagnóstico e , assim, aprimorarmos o raciocínio fonoaudiológico sobre o caso.

Embora tenha sido convocada duas vezes para a reavaliação ORL, S6 não compareceu. Avaliação final, portanto, não foi realizada.

Conclusão e Conduta

Paciente com dinâmica vocal com discreta melhora em relação à avaliação inicial (velocidade de fala e "loudness"). Observo conscientização razoável em relação à saúde vocal, hábitos e utilização vocal. Sugiro continuidade ao processo terapêutico em grupo, para reforçar trabalho com aspectos ainda alterados (qualidade vocal, ressonância e coordenação pneumofonoarticulatória). Sugiro, ainda, nova avaliação mais detalhada do SSMO (para que se possa fazer encaminhamento formal ao ortodontista). Importante a continuidade do trabalho com a mãe, que tem certa resistência em relação à conscientização a respeito da importância do trabalho fonoaudiológico no caso de S6.

ANEXO 3

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ ,RG._____,na condição de responsável, autorizo_____a participar da pesquisa "O GRUPO TERAPÊUTICO COMO POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO JUNTO A CRIANÇAS DISFÔNICAS: ANÁLISE DE UM PROCESSO", que será desenvolvida pela fonoaudióloga ***Ana Paula Dassie Leite*** sob orientação da ***Profa. Dra. Ivone Panhoca***. Dessa maneira, o(a) autorizo a participar de terapia semanal, num período de aproximadamente 6 meses juntamente com outras 5 crianças que apresentam alterações de voz, assim como ele(a). Concordo, ainda, participar de aproximadamente 5 sessões durante o processo que serão destinadas para a orientações aos responsáveis.

O objetivo desta pesquisa, além de verificar possíveis melhoras na voz das crianças que participarem do grupo é verificar que a terapia em grupo é bastante favorável para a conscientização das crianças sobre as suas próprias vozes, seus hábitos vocais, etc. É garantido a mim por parte das pesquisadoras sigilo que assegure a privacidade quanto aos dados confidenciais e a liberdade de abandonar a pesquisa em qualquer momento.

Declaro, ainda, ter ciência de que algumas sessões terapêuticas serão filmadas, gravadas em fitas cassetes e que os dados coletados poderão vir a ser usadas para fins científicos, incluindo publicações e participações em congressos, nos limites da ética e do proceder científico íntegro e idôneo. Serão cumpridos todos os preceitos da resolução 196/96.

Receberei uma cópia deste documento .

Assinatura_____

Fga. Ana Paula Dassie Leite -Pesquisadora Responsável Fone: (11) 33630927

_____

Prof. Dra. Ivone Panhoca - Orientadora Fone: (19) 31241832/31241833

Comitê de ética em Pesquisa – Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP

Fone: (19) 3788-8936