

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ – REITORIA DE PÓS – GRADUAÇÃO  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

C 738433  
R 1509284  
02/07/02  
R\$ 11,00



# Abandono do Tratamento Clínico Fonoaudiológico: Estudo Exploratório em Fortaleza - Ceará

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestranda: Maria do Socorro Távora Soares  
Orientadora: Dra. Júlia Sursis Nobre F. Bucher

D  
616.855  
S655a  
2001

FORTALEZA, 2001

MARIA DO SOCORRO TÁVORA SOARES

# Abandono do Tratamento Clínico Fonoaudiológico: Estudo Exploratório em Fortaleza – Ceará

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Comunitária e Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Dra. Júlia Sursis Nobre F. Bucher

FORTALEZA  
2001

FICHA CATALOGRÁFICA:

S 655 a

Soares, Maria do Socorro Távora

Abandono do tratamento clínico fonoaudiológico:  
Estudo exploratório em Fortaleza-Ceará / Maria do  
Socorro Távora Soares - Fortaleza, 2001.

220 f.

Orientadora: Profa. Dra. Júlia Sursis Nobre F. Bucher  
Dissertação (Mestrado). Universidade federal do ceará.  
Departamento de Saúde Comunitária. Mestrado em  
Saúde Pública.

1. Fonoterapia. 2. Abandono do tratamento.

3. Título

CDD 616.855

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. 1500287	
02 / 07 / 02	

ABANDONO DO TRATAMENTO CLÍNICO FONOAUDIOLÓGICO: ESTUDO  
EXPLORATÓRIO EM FORTALEZA – CEARÁ

**Maria do Socorro Távora Soares**



Dissertação submetida à Banca Examinadora do Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

DATA DE APROVAÇÃO: 02/09/2001

BANCA EXAMINADORA:

---

Profª. Dra. Júlia Sursis Nobre F. Bucher  
Orientadora

---

Profº. Dr. José Cleirton de Oliveira Martins  
1º Examinador

---

Profª. Dra. Helena Claudia Frota de Holanda  
2ª Examinadora

Fortaleza  
2001

Este trabalho é dedicado a todos os pacientes com dificuldades de comunicação, pelo fato de mostrarem, a cada dia, o quanto pode ser gratificante e enriquecedor, tudo que se fizer em seu proveito.

## AGRADECIMENTOS

De uma forma muito especial, estes agradecimentos são dirigidos a todas as pessoas que contribuíram para a realização do presente trabalho e, de forma particular,

- à Dra. Júlia Bucher, pela orientação, atenção e disponibilidade, representando uma luz neste caminho de crescimento;
- à Márcia Machado, pelos primeiros passos nesta investigação;
- ao Dr. Sebastião Diógenes, Chefe do Ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, por tornar possível este trabalho;
- à fonoaudióloga Alessandra Teixeira de Mendonça por todos os momentos compartilhados no Núcleo de Fonoaudiologia.
- às fonoaudiólogas e amigas Rejane Lima Barreto, Fabiola Vasconcelos, Carmem Fernanda Vasconcelos e Márcia Pinheiro, pela colaboração;
- a todos os pacientes atendidos no Núcleo de Fonoaudiologia do Hospital Universitário Walter Cantídio e em especial aos que participaram da pesquisa, sendo entrevistados, oportunidade em que transmitiram verdadeiras lições de vida;
- a todos os colegas do curso de mestrado, cuja convivência foi bastante para transforma-los em amigos;
- a coordenação, professores e funcionários que atuam no curso de Mestrado em Saúde Pública da UFC, em especial à Zenaide e Conceição;
- a toda a minha família, em especial ao meu marido Jáder, que incansavelmente me apoia em todos os momentos e também aos meus filhos Jáder e Rafael, pela generosa paciência e desculpas por minhas ausências.

“A única maneira de curar é ser curado.  
Ninguém pode pedir ao outro para ser curado.  
Mas pode deixar-se curar e assim oferecer ao  
outro o que recebeu. Quem pode oferecer a  
outro o que não tem? E quem pode compartilhar  
aquilo que nega a si mesmo? “

(Um Curso em Milagres, p.619)

## SUMÁRIO

Lista de Tabelas .....	10
Lista de Diagramas de Significações .....	12
Lista de Abreviações .....	15
Resumo – Palavras chaves .....	16
Abstract .....	17
1. Introdução .....	19
2. Revisão de literatura:	
2.1. O contexto da Fonoaudiologia .....	26
2.2. Dados epidemiológicos e obtidos em serviços de fonoaudiologia .....	33
3. Caracterização do Serviço .....	45
4. Objetivos:	
4.1. Objetivo Geral .....	48
4.2. Objetivos Específicos .....	48
5. Metodologia:	
5.1. Delineamento .....	50
5.2. Local de Estudo .....	50
5.3. Estudo Piloto .....	50
5.4. Coleta e Análise dos dados Quantitativos .....	52
5.5. Coleta e Análise dos dados Qualitativos .....	58
5.6. Trabalho de Campo na Abordagem Qualitativa .....	64
6. Resultados e discussão dos dados Quantitativos:	
6.1. Levantamento das atividades do núcleo de fonoaudiologia .....	67
6.1.1. Avaliação Audiológica .....	67

6.1.2. Atendimento Clínico Fonoaudiológico .....	74
7. Resultados e discussão dos dados Qualitativos .....	80
7.1. Caracterização Socioeconômica e Cultural dos Entrevistados .....	80
7.2. Discussão dos resultados sobre o atendimento	
Clínico fonoaudiológico .....	87
- Voz e fala .....	88
- Determinantes da voz .....	90
- Atendimento Clínico Fonoaudiológico .....	91
7.2.1. Problema na visão do usuário .....	92
• Sentimento e resolutividade do tratamento .....	131
7.2.2. Causas de abandono do tratamento .....	148
• Conciliação entre trabalho e tratamento .....	150
• Dificuldade no transporte e condição financeira .....	159
• Problemas psicológicos .....	161
• Doenças gerais associadas .....	163
• Fatores relacionados com o sujeito .....	165
• Melhora no quadro clínico .....	169
7.2.3. Acesso ao serviço de saúde .....	172
7.2.4. Estratégias para melhorias do serviço .....	183
8. Considerações finais .....	189
9. Referências Bibliográficas .....	198
10. Anexos: Coleta de dados – Instrumentos:	
10.1. Anexo 1: Ficha de Avaliação audiológica.....	213
10.2. Anexo 2: Ficha de Anamnese .....	214
10.3 Anexo 3: Ficha de avaliação vocal .....	215

10.4. Anexo 4: Questionário – Audiometrias .....	216
10.5. Anexo 5: Questionário – Fonoterapia .....	217
10.6. Anexo 6: Questionário – Entrevistas .....	218
10.7. Anexo 7: Roteiro de perguntas condutoras – Entrevista .....	219

## LISTA DE TABELAS

- TABELA 1. Levantamento das audiometrias realizadas no Núcleo de Fonoaudiologia, no período de 1994 a 1999, de acordo com o sexo..... 67
- TABELA 2. Levantamento das audiometrias realizadas no Núcleo de Fonoaudiologia, no período de 1994 a 1999, de acordo com a faixa etária..... 68
- TABELA 3. Levantamento das audiometrias realizadas no Núcleo de Fonoaudiologia no período de 1994 a 1999, de acordo com o acometimento dos ouvidos pela perda auditiva..... 69
- TABELA 4. Levantamento das audiometrias realizadas no Núcleo de Fonoaudiologia, no período de 1994 a 1999, de acordo com o tipo de perda auditiva.....72
- TABELA 5. Levantamento das audiometrias realizadas no Núcleo de Fonoaudiologia, no período de 1994 a 1999, de acordo com o grau da perda auditiva..... 73
- TABELA 6. Levantamento do atendimento clínico fonoaudiológico, no período de 1994 a 1999, de acordo com o sexo..... 75
- TABELA 7. Levantamento do atendimento clínico fonoaudiológico, no período de 1994 a 1999, de acordo com o diagnóstico em fonoterapia..... 76

TABELA 8. Levantamento do atendimento clínico fonoaudiológico, no período de 1994 a 1999, de acordo com o seguimento em fonoterapia..... 78

TABELA 9. Principais características das pessoas entrevistadas por apresentarem distúrbio vocal e que abandonaram o tratamento clínico fonoaudiológico no Núcleo de Fonoaudiologia de um hospital da rede pública de saúde, em Fortaleza-Ceará.....  
.....82

TABELA 10. Principais características das pessoas entrevistadas por apresentarem distúrbio vocal e que abandonaram o tratamento clínico fonoaudiológico em clínica particular de saúde em Fortaleza-Ceará ..... 83

## LISTA DE DIAGRAMAS DE SIGNIFICAÇÃO

Diagrama de Significações 01: Significações sobre o distúrbio vocal e rouquidão .....	93
Diagrama de Significações 02: Significações sobre os sintomas vocais associados a inflamações de garganta .....	98
Diagrama de Significações 03: Significações sobre os sintomas do distúrbio vocal.....	99
Diagrama de Significações 04: Significações sobre as causas do distúrbio vocal e o surgimento associado a abuso vocal .....	102
Diagrama de Significações 05: Significações sobre as alterações emocionais e o surgimento do distúrbio vocal .....	105
Diagrama de Significações 06: Significações sobre as causas do distúrbio vocal e o surgimento por inflamação da garganta .....	110
Diagrama de Significações 07: Significações sobre as causas do distúrbio vocal e o surgimento associado a problemas gástricos .....	114
Diagrama de Significações 08: Significações sobre as causas do distúrbio vocal e o surgimento associado a enfermidades neurológicas .....	117
Diagrama de Significações 09: Significações sobre a não identificação das causas do distúrbio vocal e o seu surgimento .....	121
Diagrama de Significações 10: Significações sobre as causas do distúrbio vocal e o surgimento associado ao uso profissional da voz .....	123
Diagrama de Significações 11: Significações sobre o agravamento do distúrbio vocal por uso profissional da voz .....	126

Diagrama de Significações 12: Significações sobre sentimento e resolutividade negativos no tratamento .....	134
Diagrama de Significações 13: Significações sobre melhora na sintomatologia e descrença na resolutividade do tratamento com a volta do distúrbio vocal .....	138
Diagrama de Significações 14: Significações sobre a descrença na resolutividade do tratamento com a volta do distúrbio vocal .....	141
Diagrama de Significações 15: Significações sobre sentimento e resolutividade com o abandono do tratamento .....	142
Diagrama de Significações 16: Significações sobre sentimento e resolutividade positivos no tratamento .....	144
Diagrama de Significações 17: Significações sobre sentimento e resolutividade positivos após o tratamento .....	147
Diagrama de Significações 18: Significações sobre o abandono do tratamento por excesso de trabalho .....	154
Diagrama de Significações 19: Significações sobre a dificuldade de conciliação entre trabalho e horário do tratamento .....	156
Diagrama de Significações 20: Significações sobre o abandono do tratamento por começar a trabalhar .....	158
Diagrama de Significações 21: Significações sobre o abandono do tratamento por dificuldades financeiras, representadas por dificuldade de transporte.....	160
Diagrama de Significações 22: Significações sobre o abandono do tratamento por problemas psicológicos .....	162
Diagrama de Significações 23: Significações sobre o abandono do tratamento por doença associada .....	164

Diagrama de Significações 24: Significações sobre o abandono do tratamento por fatores relacionados ao sujeito .....	165
Diagrama de Significações 25: Significações sobre o abandono do tratamento por melhora do distúrbio vocal .....	170
Diagrama de Significações 26: Significações sobre as dificuldades de acesso ao serviço e ao atendimento .....	174
Diagrama de Significações 27: Significações sobre as dificuldades de acesso ao serviço e caracterização do atendimento .....	175
Diagrama de Significações 28: Significações sobre as dificuldades de acesso ao serviço e a relação terapeuta/paciente .....	176
Diagrama de Significações 29: Significações sobre a relação terapeuta/paciente no atendimento de fonoaudiologia .....	178
Diagrama de Significações 30: Significações sobre as dificuldades de acesso ao serviço e a relação médico/paciente .....	179
Diagrama de Significações 31: Significações sobre o atendimento de fonoaudiologia .....	181
Diagrama de Significações 32: Significações sobre a insatisfação com o atendimento de fonoaudiologia .....	182
Diagrama de Significações 33: Significações sobre as estratégias para melhorias do serviço .....	184
Rede de Significações 01: Distúrbio vocal.....	131

## LISTA DE ABREVIações

AASI – aparelho de amplificação sonora individual

dB – decibel

dB NA – decibel nível de audição

dB NPS – decibel nível de pressão sonora

Hz – hertz

IRF – índice de reconhecimento da fala

LDF – limiar de detectabilidade da fala

LRF – limiar de recepção da fala

ORL – otorrinolaringologia

RGE – refluxo gastroesofágico

RLF – refluxo laringofaríngeo

SUS – sistema único de saúde

HUWC – Hospital Universitário Walter Cantídio

MEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand

HGF – Hospital Geral de Fortaleza

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

## RESUMO

Este estudo investiga o abandono do tratamento clínico fonoaudiológico em hospital de referência em Fortaleza-Ceará. Foi adotada uma abordagem qualitativa de produção de sentido no cotidiano, embasada no construcionismo social, para buscar entender os significados dos entrevistados sobre processo saúde-doença no distúrbio vocal, tratamento clínico fonoaudiológico, fatores associados ao abandono do tratamento, acesso aos serviços de saúde e estratégias para melhorias do serviço. Foram realizadas 17 entrevistas semi-estruturadas e organizado o material coletivo em mapas de associação de idéias, através dos argumentos construídos e a apresentação de trechos dos discursos, com a formação dos diagramas de significação, que refletem os objetivos da pesquisa e os sentidos oriundos do campo investigado, na tentativa de dar visibilidade ao processo de interpretação. O distúrbio vocal deve ser visto de forma genérica, tendo-se em mente, além da manifestação vocal, a dinâmica física, intelectual, emocional, cultural e social de cada pessoa. No campo investigado o abandono do tratamento clínico fonoaudiológico ocorreu por múltiplas razões: dificuldade de conciliação entre trabalho e tratamento; dificuldade de transporte até a unidade de saúde; dificuldades socioeconômicas; surgimento ou agravamento de distúrbios psicológicos; crise ou aparecimento de doenças gerais associadas; fatores pessoais; melhora no quadro clínico com a supressão dos sintomas; dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde além de outras na relação médico-paciente. Observa-se uma série de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos e de caráter pessoal associados ao abandono do tratamento.

**PALAVRAS CHAVES:** Fonoaudiologia, Abandono do tratamento.

## ABSTRACT

This study investigates the abandonment of the speech therapy clinical treatment in a reference hospital from Fortaleza-Ceará. A qualitative approach of sense production was adopted to quotidian, based in the social constructivism, searching for understand the interviewers's meanings on health-disease process in the vocal disturbance, speech therapy clinical treatment, associated factors about treatment abandon, access to health services and strategies to improve it. Seventeen semi-structured interviews were accomplished and the collective material were organized in ideas association maps, through the builted arguments and presentation of speeches spaces, with the significance diagrams formation that reflects the research objectives and the senses that comes from investigated field, trying to give visibility to the interpretation process. The vocal disturbance should be seen in a generic way, having in mind, besides the vocal manifestation, the physical dynamics, intellectual, emotional, cultural and social of each person. In the investigated field the abandonment of the speech therapy clinical treatment happened for several difficulties as: to conciliate work and treatment; the way to transport to health unit; social and economics reasons; appearance or worsening of psychological disturbs; crisis or emergence of associated general diseases; personal factors; the growing better in the clinical picture with the suppression of symptoms; access difficulties to the public health services, besides others problems in the doctor-patient relationship. A series of biological, psychological, social, economics and personal factors are observed and associated to the treatment abandon.

**KEY WORDS:** Speech therapy, Treatment abandon.

# INTRODUÇÃO

---

## 1. INTRODUÇÃO:

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1946), saúde é o completo bem estar biopsicossocial do indivíduo, e não apenas a ausência de doenças.

O equilíbrio entre a saúde e a doença depende da qualidade da inter-relação entre as condições pessoais (biológicas, psicológicas, espirituais, sociais próximas – família, trabalho, amigos) e meta-pessoais (condições sócio-econômico-culturais, políticas e ecológicas) (Andrade, 1995:65-6).

O homem tem como traço distintivo à habilidade de comunicação intra e interpessoal, utilizando sistemas biológicos, mentais e psicológicos que, através de códigos lingüísticos, lhe permite captar, processar e produzir informações. Deste modo, é fundamental que os aspectos da linguagem, fala, voz e audição, sejam consideradas como uma dimensão significativa do conceito de saúde, pelo ganho na saúde geral, e uma melhoria significativa na qualidade de vida pessoal e populacional (Andrade, 1995).

Qualidade de vida é uma construção multidimensional e inclui as atividades ou funcionamento do trabalho, o comportamento social, psicológico e a sintomatologia física, abrangendo também a comunicação, como um domínio adicional e um indicativo de qualidade de vida, principalmente para as pessoas com desordens vocais, em virtude da relevância que têm as funções comunicativas (Penteado et al., 1999).

Falar é um ato motor de movimentos coordenados que atuam sobre o ar contido nos tratos oral e respiratório, ou seja, pulmões, traquéia, laringe, faringe, nariz e boca. Para se falar, são executados movimentos que agem nesse espaço, os quais possibilitarão a produção dos sons da fala, sob a forma de corrente contínua,

para acontecer a emissão. A voz é produzida na laringe, através da vibração das pregas vocais que, ao se movimentarem, modificam a altura do tom laríngeo, tornam os sons audíveis e fornecem, juntamente com a ressonância do trato vocal, a impressão global deixada pela voz de um falante (Russo, 1997).

O indivíduo com distúrbio vocal, sofre limitações de ordem física, emocional e até mesmo profissional, dada à relevância do papel desempenhado pelas funções comunicativas, nos domínios profissional, social, emocional e físico, que contribuem para compor a qualidade de vida (Penteado et al., 1999).

O tratamento clínico fonoaudiológico atende às patologias de linguagem, fala, voz e audição. Esse atendimento, desenvolvido a nível ambulatorial, abrange a realização de anamnese, avaliação e terapia, com acompanhamento de no mínimo, 4 meses de seguimento, quando então é feita uma reavaliação para os procedimentos de seguimento ou alta. Tal atendimento tem, como objetivo, a reabilitação fonoaudiológica, localizando a assistência oferecida a nível terciário.

Na realidade do serviço público de saúde, mais precisamente na prática diária, observa-se o abandono do tratamento clínico fonoaudiológico, por questões que não são identificadas, haja vista, desde a criação do Núcleo de Fonoaudiologia, em 1993, não haver sido feita uma análise do que vem sendo desenvolvido nesse setor. De tal forma, não se tem um parâmetro que possa guiar as atividades, para melhor direcioná-las.

Conseqüentemente, o objetivo desta investigação é explorar as concepções e vivências das pessoas que abandonaram o tratamento clínico fonoaudiológico e determinar que fatores ou causas estariam associadas a esse processo.

Dada à complexidade do problema do abandono do tratamento, e pela falta de estudos em nossa área específica, justifica-se a presente investigação, como forma de contribuir para identificar os fatores causais dessa situação, buscando uma possível forma de intervenção.

O sucesso de um tratamento não depende apenas de um diagnóstico preciso e de uma terapêutica adequada, uma vez que muitos são os fatores envolvendo os pacientes, familiares e o próprio profissional de saúde, os quais podem contribuir tanto para o fracasso quanto para o sucesso de um tratamento. Esses fatores são estreitamente interligados e têm significativa abrangência, envolvendo não só o aspecto biológico, mas também o psicossocial e são capazes de determinar o não cumprimento de um programa terapêutico (Vilela & Costa, 1998).

Na realização da pesquisa bibliográfica foi possível verificar que os termos aderência, adesão e abandono por vezes se confundem e aparecem como sinônimos, sendo necessária uma diferenciação na terminologia empregada.

O termo aderência é conceituado por Alonso et al. (1991:148), como um "processo consciente de aceitar e seguir com persistência o tratamento proposto globalmente, visando ao restabelecimento ou à manutenção do estado de saúde". Ressalte-se que a aderência ao tratamento envolve um universo de fatores técnicos, biológicos, psicológicos e sociais, raramente isolados, e que devem ser considerados pelos profissionais de saúde para o sucesso da terapêutica. Dessa forma, enquanto não se concentram esforços na tentativa de aproximação do paciente para procurar compreender que razões o fazem ser ou não aderente, será difícil obter uma consciência individual que perceba o valor de sua saúde e a necessidade de promovê-la e conservá-la.

A “boa aderência é quando o paciente se integra inteiramente à prescrição, seguindo corretamente o tratamento”; a aderência terapêutica, por sua vez, envolve uma série de estratégias de educação e apoio aos pacientes e seus familiares; proporcionando-lhes uma melhor compreensão da doença e de seu tratamento, como forma de aumentar a adesão ao tratamento (Vilela & Costa, 1998:127).

Pessoa et al. (1996:73) referem que a adesão ou obediência ao tratamento corresponde à “utilização da prescrição pelo paciente, exatamente como foi indicada pelo médico”. A não-adesão apresenta, como principal problema, o risco de piora do quadro clínico, com conseqüente dano à saúde do paciente, em maior proporção. A não aderência ao tratamento é mais freqüente em pacientes ambulatoriais com doenças crônicas, mas também é observada em doenças agudas e, até mesmo, em pacientes hospitalizados.

A falta de adesão ao tratamento é apontada por Jardim et al. (1996) como um fator crucial para se obter uma resposta adequada a qualquer tipo de orientação.

O termo adesão deriva de “adherence”, “compliance”, palavras entendidas por muitos com o sentido de “fidelidade”, “obediência” do indivíduo a uma determinação terapêutica, atribuindo-se, assim, à não-adesão, um significado de “culpabilidade” do doente, pela ineficiência de seu tratamento. Mesmo que se saiba da necessária colaboração do paciente, esta atribuição de culpa e responsabilidade do doente é reducionista, por se considerar o problema passível de resolução individual. É assim que se amplia o significado da adesão ao projeto diagnóstico-terapêutico, como “fruto da compreensão da própria situação de saúde e qualidade da integração médico-paciente que mensura a adaptabilidade das intervenções a

fatores subjetivos, históricos e ambientais”. Acrescente-se aqui que o melhor programa terapêutico é aquele decidido em plena colaboração entre médico e paciente, através da estima e confiança entre os dois interlocutores, bem assim do senso de responsabilidade evidenciado por ambas as partes (Car, 1998:142).

Na presente investigação utilizou-se o termo abandono do tratamento que é conceituado, segundo Méndez et al. (1996:22) como “uma quebra no processo da busca de ajuda” envolvendo fatores internos e externos, que precisam ser compreendidos de acordo com as características psicológicas individuais, em um contexto social amplo. Dentre esses fatores, merecem destaque:

- fatores relacionados com o tratamento: tolerância aos medicamentos prescritos, percepção da efetividade do tratamento, etc;
- fatores relacionados com o ambiente: família, trabalho etc;
- fatores relacionados com o sujeito: motivação, vontade de recuperação, consciência da enfermidade etc.

Para avaliação da aderência terapêutica, são utilizados métodos diretos (marcadores e dosagens em líquidos biológicos) ou métodos indiretos, baseados em entrevistas, questionários, interrogatórios, relato espontâneo do paciente, resultado do tratamento, contagem de medicação ou cálculo do número de comprimidos ingeridos, frequência de reposição de receitas e comparecimento às consultas (Alonso et al, 1991; Pessoa et al, 1996; Vilela & Costa, 1998).

Há de se lembrar que ainda não existe um “padrão ouro” para avaliar a não-aderência, mas que, de uma forma geral, são utilizados métodos indiretos, pela dificuldade na realização dos diretos que apresentam, sem nenhuma dúvida, maior sensibilidade e especificidade (Pessoa et al., 1996).

Para fins desta investigação, optou-se por entrevistas semi-estruturadas, com o relato de pacientes com distúrbio vocal, através de mapas de associação de idéias, que permitem a organização das informações levantadas no diálogo, e da observação do conteúdo e dos núcleos temáticos. A intenção é favorecer a construção de sentidos e à associação de idéias, como forma de explorar os significados, concepções e vivências das pessoas que abandonaram o tratamento clínico fonoaudiológico, bem assim determinar quais os fatores ou causas que estariam associados a esse processo, buscando uma possível forma de intervenção...

## REVISÃO DE LITERATURA

---

## **2. REVISÃO DE LITERATURA:**

### **2.1. O CONTEXTO DA FONOAUDIOLOGIA:**

A fonoaudiologia é a ciência que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia na área da comunicação oral e escrita, voz e audição estudando os distúrbios ou alterações de fala, linguagem, voz, audição, órgãos fonoarticulatórios (lábios, língua, mandíbula, dentes, véu palatino e palato duro) e funções neurovegetativas (mastigação, sucção, deglutição e respiração), bem como buscando o aperfeiçoamento de seus padrões (Sacaloski et al., 2000).

A fonoaudiologia estuda a comunicação ou o compartilhar de conteúdos de informações, pensamentos, idéias, desejos e aspirações na busca de novas experiências e conhecimentos, sendo um ato social, em sua essência. A comunicação é realizada através da linguagem, que é a representação de conteúdos de elaboração e simbolização do pensamento, e abrange tanto formas de expressão não-verbal, como expressão facial e corporal, gestos, riso, choro, quanto outras de natureza verbal ou fala, com a exteriorização do pensamento através de palavras contidas na língua falada, ou código; essa é a representação concreta da linguagem humana, constituída por instrumentos convencionais, no caso os signos, sinais e símbolos que formam a língua. A linguagem falada é uma atividade complexa que envolve pensamento, emoção, percepção auditiva, visual, cinestésica e vibratória, organização têmporo-espacial, análise/síntese, figura/fundo, fechamento e memória (Russo,1997). Ainda segundo a autora, para que os sinais da fala sejam compreendidos é necessário que algumas condições sejam estabelecidas, como as a seguir discriminadas:

- atenção à mensagem;

- intensidade da mensagem, sons da fala audíveis para que possam ser percebidos;
- intensidade do ruído ambiental, sempre inferior ao do sinal de fala, para possibilitar sua compreensão;
- tipo de material e fala empregados, com domínio do código, além de vocabulário simples e familiar;
- co-articulação e fatores supra-segmentais em obediência às pausas e com variação da entonação;
- sensação de freqüência: agudo e grave;
- sensação de Intensidade: forte e fraco;
- fatores temporais, ritmo e velocidade da fala, com o falante dando à sílaba o tempo necessário para ser detectada e entendida;
- qualidade vocal do falante;
- articulação e pronúncia, clareza na fala e o modo como são utilizados os regionalismos.

Segundo Andrade (1996), o Comitê *da American Speech and Hearing Association* (ASHA), em 1982, estabeleceu critérios definindo as desordens e variações da comunicação, a seguir descritas:

- as desordens e variações da comunicação são os impedimentos na habilidade para receber e/ou processar o sistema simbólico; bem assim para representar conceitos e/ou sistemas simbólicos, ou ainda, para transmitir e usar sistemas simbólicos. Os portadores desses impedimentos podem apresentá-los isoladamente, ou em combinação com esses fatores;
- as desordens comunicativas podem ser variáveis em graus de severidade, indo do leve ao profundo;

- as desordens e variações da comunicação podem ter origem no desenvolvimento ou ser adquiridas ao longo do tempo;
- as desordens comunicativas podem resultar de deficit primário (idiopatia – doença que não é conseqüência de outra), constituindo condição de manifestação primária;
- as desordens podem resultar de deficit secundário, ocorrendo em conseqüência de outra patologia, constituindo condição de manifestação secundária;
- os impedimentos são observados nas desordens de audição, linguagem e /ou processos de fala.

Os Distúrbios de linguagem podem ser o retardo na aquisição da linguagem, distúrbios de leitura e escrita (dislexia) e afasias. Os distúrbios de fala podem ser: distúrbios da motricidade oral, distúrbio articulatorio (dislalia), disfluência ou disfemia e disartria. Os distúrbios de voz são as disfonias funcionais, orgânicas e orgânico-funcionais; já os distúrbios auditivos podem ser acompanhados de perdas auditivas transitórias ou permanentes (Sacaloski et al., 2000).

Para Guerra et al. (2000:28), “a linguagem é antes de tudo, a capacidade que o indivíduo tem de se comunicar e estruturar as suas idéias, de compreender e ser compreendido”.

Segundo Zorzi (1997), os distúrbios de linguagem comprometem o curso evolutivo de aquisição da linguagem, que deve ocorrer por volta de 1 e 2 anos de idade. Tais distúrbios podem se manifestar na forma de ausência de linguagem verbal ou por uma evolução não satisfatória ou dificultosa caracterizada por vocabulário restrito, dificuldade de elaborar frases, dificuldade de compreensão, inabilidade de narrar fatos, linguagem verbal apoiada em gestos, fala ininteligível, geralmente acompanhada de distúrbios articulatorios.

A afasia é caracterizada por “alterações de processos lingüísticos de significação, de origem articulatória e discursiva, produzidas por lesão focal adquirida no sistema nervoso central, em zonas responsáveis pela linguagem, podendo ou não estarem associadas a alterações de outros processos cognitivos”. Existem também as disartrias ou “articulação Imperfeita”, provocadas por lesões no sistema nervoso central ou periférico, e caracterizadas por fraqueza, incoordenação ou paralisia do aparelho fonador (Ortiz, 1997:939).

O código gráfico (leitura e escrita) é uma das formas mais aprimoradas da comunicação humana e necessita, para a sua aquisição, uma integridade dos órgãos sensoriais (audição e visão), do sistema nervoso central e de saúde geral, além dos aspectos afetivo-emocionais, motivacionais, além de uma prontidão para a alfabetização e uma fala correta. Os distúrbios do aprendizado da leitura e escrita são determinados pela existência de sinais e sintomas que comprometem a forma e a funcionalidade da comunicação gráfica, caracterizada por trocas grafêmicas e dificuldade de compreensão da leitura (Sacalowski et al., 2000).

Os distúrbios da motricidade oral são provocados pela imprecisão dos movimentos das funções neurovegetativas ou estomatognáticas de mastigação, deglutição, sucção e respiração, que podem afetar o crescimento ósseo da face, as arcadas dentárias e a própria fala, bem como pela postura inadequada das estruturas usadas na fala ou órgãos fonoarticulatórios, como os lábios, língua, bochechas e palato mole (Sacalowski et al., 2000).

Bassetto & Natalini (2000) referem que a fala é produzida pela corrente de ar que sai dos pulmões (expiração) através da laringe, passando, em seguida, aos órgãos da cavidade oral, onde há a modificação do som, através da articulação,

necessitando, além da integridade física desses órgãos, uma integridade neurológica e psicológica.

O distúrbio articulatorio acontece quando “o padrão articulatorio da criança esta desviado, foneticamente, do padrão aceito pela comunidade lingüística adulta daquela língua”; sendo caracterizado por trocas, omissões e distorções dos fonemas na fala (Issler, 1996:13). De acordo com Guedes (1997), este distúrbio pode ser provocado por problemas anatômicos (fissura labial palatina, hipoacusia, macro ou microglossia), por problemas emocionais (psicoses infantis, desajustes psicológicos graves) ou por causas funcionais, ou, ainda, pode aparecer sem fator etiológico definido. O distúrbio articulatorio é citado como a alteração mais comum na população infantil e adulta, representando 75 % dos problemas de fala (Lopes Filho, 1997).

Disfluência, disfemia ou gagueira representam uma quebra de ritmo ou interrupção no fluxo da fala, com a presença de bloqueios, perseverações, caretas, esforços, repetições ou prolongamentos sem causas orgânicas comprovadas, e tendo como característica a preservação da capacidade fonoarticulatória (Sacaliski et al., 2000). A gagueira é uma condição natural ao ato de falar, sendo determinada por fatores motores, cognitivos e emocionais que podem agir de forma separada ou simultânea, mas sempre de acordo com as características da situação em que o indivíduo se encontra. De tal modo, a fala é uma atividade composta pelos movimentos motores mais finos do corpo humano, pelas determinações cognitivas de elaboração do pensamento em linguagem, pela expressão através da articulação e pelas determinações emocionais ou do conceito sobre si mesmo e das situações sociais que enfrenta, de acordo com seus próprios valores e crenças sobre o mundo e as coisas (Friedman, 1997).

A disфонia “é um distúrbio de comunicação em que a voz não consegue cumprir o seu papel básico de transmissão da mensagem verbal e emocional de um indivíduo; assim é que a voz produzida não é harmônica, sendo obtida com esforço e sem a possibilidade de variação de seus atributos, impedindo a produção natural do som vocal”. As disfonias podem ser funcionais, por alterações no processo de emissão da voz, decorrentes do seu próprio uso, e quando não apresenta lesão observável na laringe. As disfonias orgânicas ocorrem quando há alguma alteração nas estruturas responsáveis pela produção da voz, como a laringe, cavidade oral, nasal e audição (Behlau et al., 1997: 608).

Perda auditiva é, como o próprio nome indica, a perda ou diminuição considerável do sentido da audição, com um impedimento na capacidade de detectar sons, podendo variar de intensidade, possuindo um caráter transitório ou definitivo, estacionário ou progressivo, e, ainda, provocar uma desordem no processamento auditivo central, com uma dificuldade na interpretação dos sons detectados pelo sistema auditivo (Hungria, 1987; Costa et al., 1994; Gordo, 2000).

As perdas auditivas possuem etiologias diversas e, segundo Costa (1994), podem ter causas pré-natais que afetam o embrião, como a rubéola materna, citomegalovírus, uso de medicamentos ototóxicos, alcoolismo materno, hipóxia, sífilis, toxemia gravídica, diabetes, avitaminoses, irradiação, toxoplasmose, infecções bacterianas e alterações genéticas. Por outro lado, há também causas perinatais, que podem atingir o recém-nascido desde o trabalho de parto até 8 dias após o nascimento, como a eritroblastose fetal, anóxia, parto prolongado, sofrimento fetal, prematuridade e o Kernicterus. Já as causas pós-natais, são adquiridas no decorrer do desenvolvimento e podem atingir o ouvido externo, servindo de exemplo as infecções, exostoses, traumatismos, tumores, cerume; as alterações do ouvido

médio estão relacionadas a traumatismo, obstrução tubária, otite média aguda, serosa ou secretora, crônica simples e colesteatomatosa e, ainda, a timpanosclerose e otosclerose. As alterações do ouvido interno apresentam, como principais causas, as viroses como o sarampo, gripe, rubéola, parotidite epidêmica, drogas ototóxicas, infecções bacterianas como meningites, encefalites, traumatismos, sífilis, labirintites, distúrbios metabólicos, esclerose múltipla e tumores.

O ouvido é formado por uma parte sensorial - o ouvido interno, com o órgão de Corti e as conexões neurais, e uma parte condutiva, com o ouvido externo e médio, que fazem a condução do som até o ouvido interno. Nas perdas auditivas condutivas, há o comprometimento do aparelho transmissor do som, ouvido externo e/ou ouvido médio, pelo que as ondas sonoras não podem atingir o ouvido interno; nas perdas sensorineurais, a lesão pode se localizar no ouvido interno ou órgão de Corti e/ou conexões neurais do nervo coclear com o tronco cerebral; nas perdas mistas há comprometimento dos componentes condutivos e sensorineurais no mesmo ouvido (Ballantyne et al., 1995; Costa et al., 1994; Lopes Filho & Campos, 1994; Hungria, 1987).

A perda auditiva é classificada de acordo com a localização topográfica da lesão ou sua extensão clínica, podendo ser condutiva, sensorineural e mista, e ainda de acordo com o nível de audição: normal: até 20 dB; perda leve: de 25 a 40 dB; moderada: de 45 a 70 dB; severa: de 75 a 90 dB e profunda: maior que 95 dB (Lopes Filho & Campos, 1994).

## 2.2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E OBTIDOS EM SERVIÇOS DE FONOAUDIOLOGIA:

No cenário mundial, as estatísticas americanas de 1980 apontam que 34 % da população com idade abaixo de 15 anos, apresentavam alterações de linguagem e/ou fala e 4 % de alterações Auditivas (Andrade, 1988).

O “*Joint Committee of the American Speech-Language-Hearing Association*” e o “*Council on Education of the Deaf*”, estimaram, no ano de 1998, que 28 milhões de americanos possuíam perda auditiva, em tipo e grau heterogêneos, sendo a maioria constituída por adultos e uma minoria representada por cerca de 1.224.000 jovens com menos de 18 anos de idade (ASHA, 1998).

A Organização Mundial de Saúde estima que, no mundo, 42 milhões de pessoas, com idade acima de 3 anos, são portadoras de algum grau de perda auditiva. Este número deveria chegar aos 57 milhões até o ano 2000, abrangendo cerca de 10 % da população mundial. Em casos dessa natureza, é necessário o uso de aparelho auditivo, pela própria dificuldade produzida na comunicação oral; entretanto, apenas 1 ou 2% têm acesso a essa tecnologia, da mesma forma que, se 75 % deveriam usar dois aparelhos, somente 25 % o fazem. A estimativa é de que 1,5 % da população brasileira seja portadora de algum grau de perda auditiva, ou, ainda que existam mais ou menos 15 milhões de pessoas, no país, com algum tipo de perda auditiva; desses seriam 350 mil indivíduos que nada ouvem, ocupando essa patologia, entre todas as deficiências identificadas, um triste segundo lugar (OMS, 1993; Campanha, 1999).

Segundo estudos realizados na Nigéria, estima-se que 47.022 pessoas, ou cerca de 2% da população geral apresentem problemas auditivos, em

graus variados, representando o fato sério agravado, em termos de doenças crônicas no país (Eleweke, 1997).

Rupani (1997) situa a África como o país que apresenta o maior número de pessoas com problemas auditivos, os quais, em 50 %, são reversíveis, por serem causados pela otite média.

Wallhagen (1997) em uma coorte estabelecida na Califórnia, de 1965 até 1994, para identificação da prevalência e dos fatores de risco para a perda auditiva, ressalta que essa patologia está fortemente associada a múltiplas atitudes negativas, incluindo a depressão, solidão, alteração da auto-estima, diminuição do estado funcional, sendo, portanto, um significativo problema de saúde pública. Observa-se nesse estudo, uma incidência de perda auditiva de 9,2 % em 1965, passando para 18,0 %, em 1994, praticamente o dobro dentro de quase uma década. É oportuno ressaltar que essa proporção foi mais significativa entre os homens, que, de 11,7 %, passaram para 23,7 %, com apresentação desse problema.

De acordo com Northern & Downs apud Sacaloski et al. (2000), 1 (uma) criança em cada 1000, nasce com perda auditiva profunda. Além disso, 2 (duas) crianças em 1000, adquirem a deficiência auditiva na infância. Enquanto isso, nas crianças que possuem fatores de risco para a deficiência auditiva, essa proporção chega a 1 criança em 50.

No Brasil não há dados, em nível populacional, acerca dessa questão, mas apenas alguns estudos concentrados em populações específicas. Não obstante, de acordo com o relatório final da I Semana Nacional de Prevenção da Surdez, acontecida em novembro de 1997, com a realização de exames de triagem auditiva em todo o Brasil, alcançando um total de 60.263 exames, mostrou que

desse total 38.369 ou 63,37 % apresentavam algum tipo de alteração (Intensidade de 30 dB ou mais, em uma ou mais freqüências) e que os 21.894 ou 36,33 % restantes tinham limiares normais (todas as freqüências testadas em 25 dB ou menos). No Ceará, especificamente em Fortaleza, representando 4,25 % do país, foram realizados 2560 exames, dos quais 1446 ou 56,48 % estavam alterados e 1114 ou 43,52 % eram considerados normais. Mesmo levando em conta o fato dessa demanda espontânea ser preferencialmente composta por pessoas com suspeita de problemas auditivos, o número é por demais significativo (Campanha, 1997).

Para identificar os problemas auditivos em escolares brasileiros, foi deflagrada, recentemente uma campanha inserida no Programa Nacional de Saúde Escolar, intitulada "Quem ouve bem aprende melhor" oportunidade em que foram avaliados 2.484.180 alunos, na faixa etária de 6 a 10 anos, de 10.532 escolas, em 480 municípios brasileiros. Na segunda fase do Programa foram avaliados 117.730 alunos, sendo que 5,2% apresentaram problemas leves de audição, com perda variando de 31 a 50dB; 1,6% com perda auditiva moderada ou de 51 a 70dB; e 1% com perda auditiva severa e acima de 70 dB, levando ao encaminhamento de 1388 crianças para a protetização auditiva. Na região Nordeste, 1,7% das crianças apresentaram perda leve; 0,5% perda moderada e 0,3% perda severa. É de se ressaltar que o percentual de crianças com problemas auditivos é semelhante nas diversas regiões do Brasil, e, ainda os problemas severos tiveram alta incidência, chegando a 30% nos alunos com idade acima de 10 anos (Campanha, 1999).

Ribeiro (1993) cita a otite média como a patologia otológica mais comumente encontrada nas crianças. Em seu estudo, o autor faz uma comparação desta patologia, em diferentes faixas etárias, com crianças de audição supostamente

normal, observando que 10,8 % apresentavam mau funcionamento tubário e que 8,04 % apresentavam algum tipo de alteração auditiva; acrescenta, ainda que a prevalência de otite média secretora foi diferente nas duas faixas estudadas, sendo de 6,9% para a faixa de 4 a 7 anos e de 0,63% para a faixa de 7 a 11 anos, evidenciando o caráter transitório da doença.

Marone & Miniti (1993) referem que a otite média provoca, normalmente, uma perda condutiva, o que, com a repetição dos episódios, pode levar a um comprometimento neurossensorial. Nos pacientes deste estudo 100 % apresentavam perda condutiva e, destes, 3,3 % vieram a sofrer perda neurossensorial, com uma média de idade de 10,03 anos.

A avaliação do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Taubaté, São Paulo, em 1991, aponta as doenças otológicas como principal motivo de consulta, com 42,32 %, uma alta incidência de otite média crônica com 31,43 % e uma menor incidência de otite média aguda, com 28,95 %, fatos que se justificam pela dificuldade de acesso da população ao sistema de saúde. A otite média aguda é, inclusive, responsável por cerca de 30 milhões de consultas/ano nos Estados Unidos, com gastos de dois bilhões de dólares, o que faz com que essa enfermidade seja vista como um problema de saúde pública, em qualquer parte do planeta (Souza, 1996).

Zamperlini et al. (1997), em um estudo sobre a comunicação na terceira idade, ressalta que todos os indivíduos avaliados apresentaram perda auditiva do tipo neurossensorial simétrica descendente, de grau variando entre o leve e o profundo. Na avaliação vocal, 85% apresentaram redução do tempo máximo de fonação e da capacidade vital; 75% apresentaram presbifonia ou aumento da frequência fundamental no sexo masculino e diminuição no sexo

feminino, e 78% dos indivíduos apresentaram alterações nos parâmetros vocais e auditivos, sendo que essa relação entre pista auditiva e controle das características vocais, obteve resultados estatisticamente significantes.

No Serviço de Pediatria do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, 13,6 % do número total de casos novos apresentavam alterações da comunicação, enquanto no Programa de Audiologia de Atenção Primária 55,3 % das crianças atendidas falharam em pelo menos um dos testes de Screening audiológico com otoscopia, tom puro, timpanometria ou testagem de reflexo (Lauermann & Wertzner, 1995).

Tedesco et al. (1997), em triagem auditiva com crianças que freqüentam creches em São Paulo, mostrou que 18,9% apresentaram curva característica de oclusão, com necessidade de retirada de cerume em 7,4% das orelhas, e 59,4% apresentaram alguma alteração na avaliação audiológica, sendo 4% com otite média serosa; outros 2,3% se apresentaram com disfunção tubária e 0,57% com otite média aguda.

No Programa Creche do Curso de Fonoaudiologia da FMUSP, 44,02 % das crianças atendidas, apresentam alterações de linguagem e/ou fala e audição (Andrade, 1988).

Em estudo da atuação fonoaudiológica na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Santo Eduardo – Embu - São Paulo e no Programa de Acompanhamento de Crianças Desnutridas, verificou-se que 28,8 % das crianças deste programa tinham um desvio do desenvolvimento da audição e da linguagem esperado para a sua idade, enquanto 52,8 % apresentavam distúrbios da comunicação, considerados leves em 39,4 % dos casos e moderados em 13,4 %.

As alterações fonoaudiológicas mais freqüentes foram os distúrbios articulatorios, distúrbios de leitura e escrita e atraso de aquisição da linguagem (Ortiz et al., 1995).

O Setor de Terapia Fonoaudiológica da Santa Casa de São Paulo mantém os grupos de orientação a pacientes disfônicos, como forma auxiliar de atendimento à grande demanda. Por conta da orientação recebida, 49,3 % alcançaram consciência de suas modificações relacionadas ao aspecto vocal influenciando, positivamente, a evolução do processo terapêutico, viabilizado pela participação nesses grupos. Implícito nisso, está também uma preocupação com a demanda espontânea nesse atendimento específico (Anelli, 1995).

Uma determinada Unidade Básica de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, pôs à mostra, como alternativa de atendimento à grande demanda, a criação das palestras de fonoaudiologia para os funcionários da própria UBS, a criação de um plantão fonoaudiológico de atendimento ao público, a formação de grupos de orientação aos pais, a criação da oficina de leitura e escrita, a realização de ações coletivas de saúde em fonoaudiologia, além do atendimento terapêutico, ressaltando a necessidade contínua e mutável de modificações, conforme as necessidades apresentadas na comunidade (Simão & Chun, 1995).

O Serviço de Fonoaudiologia do Hospital A.C. Camargo concentra suas atividades na área de oncologia, particularmente nas ressecções laríngeas com seqüelas na comunicação oral e nas funções neurovegetativas, a sua maior demanda tem, como foco maior, casos de cabeça e pescoço e, em escala menor, casos de origem neurológica e de lesões benignas de laringe (Angelis et al., 1997).

Pesquisa realizada em um serviço de fonoaudiologia de uma Unidade Básica de Saúde em São Paulo, observou uma predominância dessa demanda na faixa etária de cinco a dez anos, com encaminhamentos feitos por psicólogos,

terapeutas ocupacionais e educadores, com prevalência de hipóteses diagnósticas de distúrbios articulatorios, alterações do sistema miofuncional oral, atraso de aquisição e/ou desenvolvimento da linguagem e distúrbios de leitura e escrita. Ao momento em que o serviço toma, como ponto importante, o registro dos dados para reavaliações freqüentes, confirma-se a busca de aprimoramento desse serviço, em coerência com as necessidades locais (Gomes & Remencius, 1997).

Em triagem fonoaudiológica realizada em escolas de educação infantil em São Paulo, 78% das crianças apresentaram alguma alteração fonoaudiológica, sendo que desse total, 83% evidenciaram deglutição atípica e 23% alteração vocal (Paixão et al., 1997).

Barbosa (1997), em pesquisa realizada na pré-escola municipal de Taboão da Serra - São Paulo, refere que, não raro em classes de crianças na faixa de 3 a 4 anos e meio, observa-se que cerca de 60% delas apresentam tendência à deglutição atípica, desvios e/ou distúrbios fonoarticulatorios, além de problemas auditivos.

De acordo com Carvajal et al. (1992), a disfonia funcional apresenta baixa incidência na população, de um modo geral; já nos grupos que procuram ambulatórios especializados, para consulta, este diagnóstico se confirma em uma população que alcança 2/3 dos casos.

Em avaliação procedida no ambulatório de ORL, da Santa Casa de São Paulo, envolvendo pacientes de ambos os sexos, com idade entre 20 e 82 anos, que apresentavam queixa otorrinolaringológica, principalmente faringolaríngeas, foi observado que os sintomas digestivos faziam parte da queixa clínica de 77% desses pacientes. Esse índice elevou-se a 100%, quando os

sintomas faringolaríngeos se tornaram intensos, deixando evidente a integração entre a porção alta e baixa do trato gastrointestinal (Costa et al., 1997).

Na análise de 300 professores que apresentavam distúrbio vocal no Chile, foram estudados os parâmetros gerais de idade, sexo, fatores associados ao trabalho, anos de docência, demanda vocal e tipo de técnica vocal, além de antecedentes de patologia psíquica, pressão ambiental, patologias das vias aéreas superiores e tabagismo. A amostra foi constituída por 49 homens e 251 mulheres, em uma proporção de 1 homem para cada 5 mulheres, ressaltando a preponderância de transtornos vocais no sexo feminino. A idade dos pesquisados variou de 19 a 55 anos, com um predomínio para as faixas etárias de 30 a 40 anos e de 40 a 50 anos. A maioria dos professores tinha menos de 20 anos de docência. Do total 37% estavam submetidos a uma demanda vocal classificada de excessiva, com 44 horas ou mais de trabalho semanal. Em 21% dos casos, houve registro de antecedentes psíquicos. A pressão ambiental excessiva, por conta de problemas socioeconômicos, instabilidade no trabalho, problemas familiares e/ou conjugais, configurando um quadro de tensão, apareceu em 30% dos pacientes. Antecedentes de patologia das vias aéreas superiores, tais como: amidalites, bronquites, sinusites, rinites alérgicas e/ou resfriados freqüentes, foram encontrados em 67% deles. Com relação ao uso do cigarro, 60% apareceram como não fumantes; 30% como fumantes moderados (até 10 cigarros por dia); e 10% como fumantes abusivos (mais de 10 cigarros por dia). Com relação ao diagnóstico, 62% apresentavam disfonia funcional, sem alterações nas pregas vocais; 23%, com patologia orgânica de ordem funcional, como nódulo, pólipos e laringites inflamatórias crônicas; 6% com disfonia orgânica; e 10% sem patologia vocal, no momento do exame. Os resultados considerados relevantes no estudo, foram atribuídos aos seguintes fatores: pressão

ambiental, patologias das vias aéreas superiores e o tipo de técnica vocal; não foram tidos como importantes, o compromisso psíquico, os anos de docência, a demanda vocal excessiva, o grau de disфонia e o tabagismo. Sendo o distúrbio vocal uma patologia vista pela legislação Chilena como relacionada ao trabalho, os autores preconizam que o transtorno vocal seja enquadrado nas enfermidades multifatoriais relacionadas à atividade laborial, que pode resultar das condições de trabalho, ou ainda sofrer influência de fatores pessoais, ambientais, socioculturais que atuam em conjunto nessa patologia (Brunetto et al., 1986).

Em estudo sobre a disфонia em professores de pré-escola da rede particular de ensino de Campo Grande/MS, com uma população estudada de 311 professores de 130 escolas, foi identificada uma incidência da ordem de 30,87%, com outros 16,08% apresentando risco de desenvolver disфонia, face à descrição de queixas relacionadas com a voz, mesmo que, até então não houvesse manifestação de alteração vocal. Os sintomas auditivo e sensorial mais freqüentes foram, respectivamente, rouquidão, com 25,72% dos casos e garganta seca, citada por 16,72% dos professores. A maior incidência de alteração vocal verificou-se entre pessoas que trabalhavam de 4 a 5 horas por dia e que se encontravam na faixa etária entre 21 e 30 anos. Dos 311 professores pesquisados, 146 foram encaminhados para avaliação otorrinolaringológica, sendo que apenas 47 compareceram à consulta. Dentre esses examinados, a lesão orgânica mais encontrada foi nódulo (38,89%), seguida de edema de prega vocal (22,22%). Das alterações funcionais, 80,85% apresentaram hiperconstrição medial (Bacha et al., 1999).

De acordo com o Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do Ceará, conta-se atualmente com 8 Instituições que prestam atendimento, em Fortaleza,

através do SUS: UNIFOR, Santa Casa, APAE, Assembléia Legislativa, Hospital Universitário Walter Cantídio, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Hospital Albert Sabin e Hospital Geral. Constata-se, assim que só algumas poucas instituições prestam atendimento clínico em fonoaudiologia, nesta capital, pelo que o atendimento vem se mantendo sempre em nível inferior à demanda espontânea.

Andrade (1988:20) ressalta que embora "as estatísticas brasileiras disponíveis sejam incompletas, os índices parciais sobre a prevalência dos distúrbios da comunicação são preocupantes, principalmente porque o sistema de saúde, neste país, não está preparado para prestar assistência aos portadores dessas patologias, seja no que se refere aos recursos humanos, seja em relação aos equipamentos". O autor complementa, dizendo que o atendimento oferecido não atende à demanda, pois somente 10 % dos órgãos públicos de saúde mantêm fonoaudiólogos em seus quadros profissionais, fazendo com que se tenha um alcance mínimo em termos populacionais. Há de se enfatizar que é uma obrigação do estado assegurar ao cidadão o direito à saúde, através da implantação de programas efetivos de planejamento, coordenação e execução de medidas que possibilitem à população um atendimento fonoaudiológico completo, ao nível de atenção primária, secundária e terciária.

A prevenção fonoaudiológica consiste na eliminação dos fatores que interferem na aquisição e desenvolvimento dos padrões de fala, articulação, fluência, linguagem oral e escrita, voz e audição, na suposição de que tais alterações se desenvolvam em estágios progressivos de severidade, que aconteçam em fases e níveis contínuos e flexíveis, dependentes do contexto geral de cada país, comunidade e/ou indivíduo envolvido (Andrade 1988; 1995).

Ainda, segundo Andrade (1988; 1995), é importante atentar para os aspectos preventivos dessa questão, que envolve níveis diferentes de atenção:

- **Prevenção Primária:** prevenir, eliminar ou inibir os fatores responsáveis pela ocorrência e desenvolvimento das alterações da comunicação, com atuação no período da pré-patogênese, através da:
  - promoção da saúde: medidas para aumentar a saúde e o bem-estar geral da população;
  - proteção específica: atuação para que doenças específicas não atinjam a população, pela proteção contra agentes patológicos.
- **Prevenção Secundária:** Consiste na detecção e tratamento precoces das alterações da comunicação, visando à interrupção do processo da doença, evitando ou retardando complicações e seqüelas, compreende:
  - diagnóstico e tratamento precoces: meios de limitar o decurso da patologia;
  - limitação da invalidez; tratamento adequado para evitar a invalidez e a morte.
- **Prevenção Terciária:** refere-se à fase mais conhecida e estudada pela fonoaudiologia, que é a reabilitação. Esta presente em atividades de vigilância e manutenção do potencial subjacente ao episódio patológico, consistindo na redução das incapacidades e no restabelecimento efetivo da funcionalidade, na tentativa de minimizar ou sanar os resíduos advindos de alterações de comunicação, procurando, por outro lado, evitar o desajuste psicossocial do indivíduo.

## CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

### **3. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO:**

O Núcleo de Fonoaudiologia funciona desde de dezembro de 1993, integrado ao ambulatório de otorrinolaringologia (ORL) do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará (UFC), em Fortaleza-CE. De acordo com a descrição de cargos, compete ao fonoaudiólogo identificar problemas ou deficiências ligadas à comunicação oral, audição, voz e fala, fornecer orientações, realizar avaliações e encaminhar a especialistas pessoas que apresentam tais dificuldades, tendo como objetivo a reabilitação fonoaudiológica, localizando a assistência oferecida a nível terciário.

O Núcleo conta com uma sala para diagnóstico e atendimento clínico às patologias de linguagem, fala, voz e audição. Para o diagnóstico audiológico, dispõe de um audiômetro clínico de dois canais Beltone 2000 e uma cabina acústica, para a realização de audiometria tonal e vocal, que tem por finalidade a obtenção do limiar mínimo de audição do paciente e o nível de comunicação e compreensão da fala, sendo de grande importância no direcionamento dos procedimentos clínicos, cirúrgicos e na indicação de aparelhos auditivos.

A terapia fonoaudiológica é feita mediante encaminhamento médico, psicológico, pedagógico ou de outros profissionais afins. De início faz-se a anamnese, avaliação e orientação, passando em seguida à terapia que exige um período mínimo de 4 meses, pontuado por avaliações subseqüentes, para direcionamento dos procedimentos de seguimento ou continuidade por até mais dois meses de tratamento ou alta.

O seguimento dos procedimentos fonoaudiológicos é feito através de fichas de SPA ou prontuários, além de outras padronizadas para anamnese, avaliação clínica e avaliação audiológica.

O Núcleo de Fonoaudiologia presta atendimento, a nível clínico ambulatorial, priorizando a demanda espontânea do serviço e ainda deixando uma importante lacuna nesse atendimento, para desenvolvimento a nível hospitalar e preventivo.

As atividades desenvolvidas estão centradas principalmente no atendimento clínico individualizado e na realização de audiometrias, contando, para isso, com duas fonoaudiólogas. Essa prática sempre se pôs em confronto com uma realidade vista em todos os serviços públicos de saúde: uma demanda maior do que a capacidade de atendimento do serviço.

No período de janeiro/1994 a julho/1999, o atendimento clínico nesse Núcleo, era centrado, principalmente, nas patologias de voz de pacientes encaminhados, diretamente, do ambulatório de otorrinolaringologia do mesmo hospital. Dessa forma, como alternativa para a diversidade no atendimento, nasce o "Programa de Estágio de Extensão em Fonoaudiologia", em julho de 1999, com a participação de mais duas fonoaudiólogas, permitindo uma ampliação na área de atuação do núcleo, através do atendimento clínico a todas as áreas da fonoaudiologia: linguagem, fala, voz e audição. Apesar dessa ampliação inicial no número de atendimentos, percebe-se, de logo, o retorno progressivo da falta de vagas para novos atendimentos, mostrando o quanto ainda se está longe de resolver o problema, mesmo ao nível de demanda espontânea.

**OBJETIVOS**

---

## **4. OBJETIVOS:**

### **4. 1. OBJETIVO GERAL:**

Explorar as concepções e vivências das pessoas com distúrbio vocal buscando a compreensão das razões e significados do abandono do tratamento clínico fonoaudiológico.

### **4. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar o perfil socioeconômico e cultural da população atendida.
- Caracterizar o perfil auditivo e o diagnóstico fonoaudiológico dos pacientes.
- Calcular os índices de consulta inicial, seguimento, abandono e alta dos pacientes que freqüentaram o serviço de fonoaudiologia no período de 1994 a 1999.
- Obter, através de estudos de casos, dados sobre os fatores que levaram os pacientes ao abandono do tratamento.
- Apresentar estratégias de ações que contribuam para o desenvolvimento de processos de intervenção no problema de abandono do tratamento.

## METODOLOGIA

---

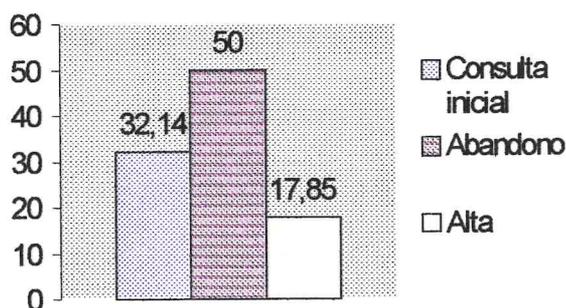
- 10 % das audiometrias realizadas
- Análise geral sobre o número de fonoterapias

A amostra dos procedimentos audiométricos foi constituída de forma sistemática, sendo a primeira ficha ou exame sorteado aleatoriamente, e os demais em obediência a uma seqüência de 10, de acordo com questionário padronizado.

No ano de 1998 foram realizadas 600 audiometrias, sendo a amostra estudada de 60 exames, com um predomínio de 28,3% para os problemas de ouvido externo e médio e um considerável número de casos de presbiacusia com 16,6%. O acometimento dos ouvidos pela perda auditiva bilateral, segundo levantamento realizado, chega a 55% , com 26,6% para os ouvidos com perdas unilaterais e 18,3% dentro da faixa de normalidade. A perda auditiva sensorineural varia, por sua vez, de 30 a 40%, enquanto o grau leve tem variação em torno de 30% nessa população.

O número de atendimentos em fonoterapia, realizados durante o ano de 1998, foi de 297 sessões, sob a responsabilidade de duas fonoaudiólogas do Núcleo. Tais atendimentos foram distribuídos entre 28 pacientes, dos quais 9 ou 32,14 % fizeram apenas só a consulta inicial; 14 ou 50 %, abandonaram o tratamento, sem receber alta, e 5 ou 17,85 % tiveram alta durante o ano de 1998. Houve um índice de concentração de 15,6 sessões por paciente.

## Fonoterapias -1998



### 5.4. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS:

A coleta dos dados foi procedida através de fontes primárias, com a revisão de fichas de audiometrias (Anexo 01), anamnese (Anexo 02) e avaliação (Anexo 03) em fonoterapia e prontuários, junto ao Arquivo do Núcleo de Fonoaudiologia e ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística, em hospital público.

Na terapia vocal é feita a avaliação, orientação e tratamento dos aspectos envolvidos no processo fonatório, como:

**Respiração:** avaliando a provisão de ar e o controle neuromuscular para uma comunicação eficaz, com adequação do tipo respiratório para a fonação, aumento da capacidade respiratória e coordenação pneumofonoarticulatória, visando ao equilíbrio das forças expiratórias, mioelásticas da laringe e musculares da articulação.

**Ressonância:** com a modificação e enriquecimento do sinal laríngeo, podendo ser equilibrada ou com predomínio nasal, oral, faríngeo ou laringofaríngeo.

**Articulação:** com a formação e produção dos sons da fala, podendo ser adequada, desviada, exagerada, reduzida ou travada.

Intensidade Vocal: dependente do volume e velocidade da corrente expiratória e pressão subglótica podendo ser forte, mediana ou fraca.

Altura Vocal: servindo de parâmetro ligado à frequência de vibração das pregas vocais, podendo ser grave, mediana ou aguda.

A audiometria é um teste supraliminar, da área de audiologia, realizado com sons puros, ruídos e voz humana, para determinação do local de uma lesão auditiva, objetivando a pesquisa dos limiares auditivos e estabelecendo o mínimo de intensidade sonora necessária para provocar a sensação auditiva.

A audiometria tonal é realizada em crianças a partir de 4 anos e em adultos, tendo por objetivo determinar o limiar mínimo de audição em várias frequências, e assim detectar a existência, o grau da deficiência auditiva e o lado afetado, auxiliando no topodiagnóstico das lesões auditivas e, ainda, para a indicação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).

A pesquisa dos limiares auditivos estabelece o mínimo de intensidade sonora necessária para provocar uma sensação auditiva, sendo o limiar definido como a intensidade de som, na qual o paciente apresenta resposta a, aproximadamente, 50% das apresentações.

O equipamento usado para a realização das audiometrias é o audiômetro de dois canais, Beltone 2000, que possui, como elementos básicos, os seguintes: um gerador de frequências, que produz tons puros, de 125 a 20.000 Hz; um gerador de ruídos, que gera sons mascarantes; atenuadores, que modificam a intensidade do tom puro em cada frequência e está calibrado em decibel Nível de audição (dB NA); um par de fones e um vibrador ósseo, que transformam a corrente elétrica, respectivamente em tom puro e energia vibratória; e os circuitos acessórios, que possibilitam a realização dos testes de fala. Além do audiômetro, é usado, como

acessório, uma cabina de isolamento acústico, para impedir a interferência de sons estranhos ao teste, medindo 1,00 x 0,80 cm.

Para a pesquisa dos limiares, o paciente, logo ao início, é informado de que ouvirá uma série de sons que ficarão menos intensos e que ele deverá acusar a presença de cada um deles, por mais fraco que seja. A forma de sinalização da resposta varia de acordo com o nível socioeconômico, intelectual, motor e auditivo do paciente, podendo ser apenas um levantar a mão, pressionar um botão que faz acender uma lâmpada no painel do audiômetro, ou ainda, informar verbalmente, que está ouvindo.

A pesquisa dos limiares aéreos é feita nas frequências de 1000, 2000, 3000, 4000, 6000, 8000, 500 e 250 Hz. Essa pesquisa dos limiares auditivos, só é feita por via óssea, quando os limiares aéreos apresentam valores acima do padrão de normalidade, e são pesquisados nas frequências de 1000, 2000, 3000, 4000 e 500 Hz.

A pesquisa do limiar é feita a partir da apresentação de um estímulo, em uma intensidade audível, e a cada resposta positiva do paciente, é diminuída a intensidade de 10 em 10 dB, até que não mais haja resposta, para, em seguida, subir de 5 em 5 dB, até o paciente apresentar novamente uma resposta.

Os resultados obtidos nos testes básicos da avaliação auditiva, permitem determinar o seguinte: nível de audição (normal, leve, moderada, severa e profunda); tipo de deficiência auditiva (condutiva, mista e sensorineural); e classificação do nível de audição, através da média das frequências de 500, 1000 e 2000 Hz. Dentre as diversas classificações apresentadas na literatura, optou-se pela proposta de Lopes Filho & Campos (1994), que classifica em:

Normal: limiares até 20 dB;

Perda Leve: de 25 a 40 dB;

Perda Moderada: de 45 a 70 dB;

Perda Severa: de 75 a 90 dB;

Perda Profunda: maior que 90 db.

Os limiares auditivos são colocados em um gráfico, em cuja abscissa estão representadas as frequências em Hertz, e na ordenada, a intensidade, cuja variação vai de - 10 a 120 dB NA. Para a marcação é usada uma simbologia internacional:

O – Via aérea da orelha direita;

X – Via aérea da orelha esquerda;

< - Via óssea da orelha direita;

> - Via óssea da orelha esquerda.

As anotações referentes à orelha direita, são grafadas em vermelho, e as da esquerda na cor azul. Os símbolos da via aérea da orelha direita são unidos por linhas contínuas e os da esquerda por linhas tracejadas. Quando não existe resposta no máximo de intensidade produzida pelo aparelho, em uma determinada frequência, esta ausência é indicada acrescentando uma seta à simbologia anterior.

Em seguida são feitos os testes de fala, para avaliar, também, como o indivíduo se comunica e consegue ouvir e compreender a fala. Servem de testes básicos o limiar de recepção da fala (LRF) ou o limiar de detectabilidade da fala (LDF), usados em pacientes com deficiência auditiva acentuada, ou dificuldade de compreensão da palavra e o índice de reconhecimento da fala (IRF).

O IRF é um teste supraliminar, utilizado para topodiagnóstico, com capacidade para confirmar o local da lesão revelado pelo audiograma, detectar perdas auditivas funcionais, além do rendimento auditivo-social do paciente com

indicação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI). Seus resultados são expressos em percentuais de acerto na identificação das palavras, e cada acerto equivale a 4% do total, variando o resultado de 0 a 100 %.

No IRF para monossílabos, são apresentadas listas de 25 palavras para cada ouvido, com vocábulos familiares e com iguais significados, comumente usados na língua. A apresentação é feita em uma intensidade de 30 a 40 dB, acima da média, por via aérea, nas freqüências de 500, 1000 e 2000 Hz. De acordo com Santos & Russo (1988), é definida uma classificação, com os seguintes índices:

Excelente: de 92 – 100 % de acertos;

Bom: de 82 – 90 %;

Regular: de 72 – 80 %;

Ruim: de 52 – 70 %;

Muito ruim: de 25 – 50 %;

Extremamente ruim: de 0 – 20 %.

Para a pesquisa do LRF são usadas palavras trissilábicas ou polissilábicas, em um nível de intensidade que o ouvinte pode identificar 50% de um sinal de fala simples, devendo estar situado entre 5 e 10 dB NS, acima da média dos limiares tonais por via aérea. Para o LDV, é usada a repetição de uma sílaba “pa, pa, pa”, devendo o resultado coincidir com a média dos limiares tonais, por via aérea, nas freqüências de 500, 1000 e 2000 Hz.

Os aspectos da sintomatologia apresentada são também registrados. Dentre esses, é possível enumerar a presença de: zumbido, que é um barulho ou som desagradável, que varia em freqüência, intensidade e duração; plenitude auricular, ou sensação de ouvido “cheio”, provocada pelo acúmulo de líquido no ouvido médio; otorréia, otalgia e tontura ou vertigem.

O levantamento dos dados foi procedido inicialmente, de forma manual, através da análise das fichas, com o auxílio de instrumento de referência ou questionário padronizado (Anexos 4 e 5).

A população de referência foi constituída pelos pacientes de demanda espontânea e atendidos em fonoterapia e avaliação audiológica, durante o período que vai de 1994 a 1999.

As variáveis pesquisadas tiveram como base, as informações contidas nas fichas e prontuários; serviram de objeto de análise as atividades e resultados alcançados, via audiometrias com o acometimento dos ouvidos, perfil auditivo com tipo e grau da perda auditiva; e o perfil do diagnóstico fonoaudiológico, índices de consulta inicial, alta e abandono de tratamento, e caracterização da população de acordo com sexo e faixa etária.

Na realização da pesquisa foram utilizado os seguintes conceitos:

- Índice de Consulta Inicial, que é dado pelo número de pacientes que compareceram apenas à consulta inicial e não começaram o tratamento / Ano.
- Índice de Alta do tratamento, que é dado pelo número de pacientes que receberam alta do tratamento clínico fonoaudiológico / Ano.
- Índice de Seguimento, que representa o número de pacientes que, ao final da pesquisa, ainda estavam em tratamento clínico / Ano.
- Índice de Abandono, que é dado pelo número de pacientes que abandonaram o tratamento clínico fonoaudiológico, antes do recebimento da alta / Ano.

Os dados obtidos através do levantamento das atividades desenvolvidas no núcleo de fonoaudiologia, foram arquivados e analisados com

utilização do Epi info, versão 6.0. Esta primeira análise permitiu a descrição das atividades desenvolvidas neste serviço público de saúde, o mesmo acontecendo em relação aos aspectos socioeconômicos e culturais da população atendida no período de 1994 a 1999.

### **5.5. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS:**

Diante dos primeiros resultados alcançados no estudo piloto, foi possível verificar o nascimento de uma questão norteadora importante: o índice de abandono em fonoterapia, na marca de 50 %. Essa marca gera um questionamento maior, por parte do pesquisador: que fatores ou causas estariam associadas ao abandono do tratamento em fonoterapia? - Será que nas clínicas particulares ocorrem os mesmos índices de abandono de tratamento? - Que estratégias poderiam diminuir esses índices de abandono?

A questão, nascida nos primeiros momentos da investigação, não podia ser respondida através do delineamento proposto inicialmente, pois não permitia uma análise dos significados, valores, opiniões e atitudes dos sujeitos envolvidos no estudo. Conseqüentemente, despontou um segundo momento investigativo, tendo como base um delineamento qualitativo, que, em sua maior parte, são voltados para a descoberta, identificação, descrição aprofundada e geração de explicações, buscando o significado e a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais, permitindo um maior aprofundamento e detalhamento dos dados (Santos, 1999).

Considerando-se que o objeto deste estudo passou a pertencer ao âmbito das idéias, para que se pudesse identificar o que se passa no ideário

popular, fez-se necessário o uso de uma abordagem metodológica qualitativa que, segundo Minayo (1998:11) “propõe a subjetividade como fundamentação do sentido, para explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional que pode ser apreendida através do cotidiano da vivência e da explicação do senso comum”.

Ainda segundo Minayo (1998:134), a pesquisa qualitativa torna-se importante para:

- compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos;
- compreender as relações entre atores sociais, no âmbito das instituições e movimentos sociais;
- avaliar as políticas públicas e sociais em sua formulação, aplicação técnica e dos usuários a quem se destina.

Desse modo, na tentativa de responder aos questionamentos da investigação, é proposta uma abordagem teórica metodológica de produção de sentidos no cotidiano, para a análise das práticas discursivas que, na verdade, constituem o foco central de análise na abordagem construcionista, e implicam ações, seleções, escolhas, contextos, posicionamentos, linguagens, discursos, narrativas, conversas, argumentações, repertórios utilizados, além de uma variedade de produções sociais das quais são expressões e constituem um caminho privilegiado para entender a produção de sentidos no cotidiano (Spink & Frezza, 2000).

A prática discursiva é, pois, “a linguagem em ação, ou a maneira a partir da qual as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas”. São elementos básicos dessa prática, a dinâmica ou enunciados

orientados por vozes; as formas que são os discursos; e os conteúdos, que são os repertórios interpretativos (Spink & Medrado, 2000: 45).

Os enunciados são as expressões (palavras e sentenças) articuladas que, associadas à noção de vozes, constituem uma unidade do ato de comunicação. Os discursos constituem os momentos ativos do uso da linguagem, representados pelos conceitos utilizados no cotidiano e gerados pelos processos de institucionalização. Os repertórios interpretativos são as unidades de construção das práticas discursivas, ou o conjunto de termos, descrições, lugares comuns, figuras de linguagem ou dispositivos lingüísticos utilizados para construir versões das ações, eventos e outros fenômenos que estão por perto para, desse modo, produzir os sentidos no cotidiano (Spink & Medrado, 2000).

O sentido nas práticas discursivas é uma “construção social, coletiva e interativa, por meio do qual as pessoas constroem os termos, a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos à sua volta” (Spink & Medrado, 2000:41).

Para recolhimento das informações dos atores sociais envolvidos no processo em investigação, optou-se pelo método indireto de entrevistas semi-estruturadas, que tiveram um eixo de orientação baseado nas questões condutoras da investigação.

Na tentativa de apreensão dos sentidos sobre o processo de saúde e doença na alteração vocal; tratamento clínico fonoaudiológico; fatores associados ao abandono do tratamento; acesso aos serviços públicos de saúde e estratégias para melhorias do serviço, foi elaborado um instrumento de coleta de dados, com um roteiro de perguntas condutoras para as entrevistas semi-estruturadas (Anexos 06 e Anexo 07).

A entrevista é entendida como prática discursiva “pela ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual são produzidos sentidos e construídos versões da realidade,” sendo fruto da interação pesquisador/sujeito, no caso pessoas ativas no processo de produção de sentidos (Pinheiro, 2000:186).

Para Minayo (1998:109-10) a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de dados, pela “possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.”

Haguette (1987) define entrevista na pesquisa qualitativa como um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas tem, por objetivo, conseguir informações da parte do outro, pelo que o entrevistador deve usar um “roteiro de entrevista”, que se acredita não precisar ser muito rígido, mas apenas constituir um apoio, principalmente para os iniciantes nessa arte. O conhecimento desses pormenores leva a uma preferência pelo tipo de entrevista semi-estruturada ou não-estruturada.

A entrevista é a principal via de investigação para a apreensão dos sistemas de valores, de normas e representações de símbolos próprios a uma cultura ou subcultura, ou seja, é capaz de revelar a ideologia, já que cada indivíduo é representativo delas ( Kandel ,1972; Maitre ,1975; Michelat, 1975).

O discurso das pessoas interrogadas exprime a sua relação com o objeto social e revela o seu outro lado psicológico, individual e afetivo, cabendo ao pesquisador atingir o seu lado sociológico e cultural, para a reconstrução dos modelos culturais da sociedade. Obviamente que cada indivíduo passa por experiências diversas, que constituem a formação da sua personalidade, mas,

quando se tem acesso aos modelos produzidos por diversos indivíduos, pode-se visualizar o aparecimento de profundas semelhanças, podendo essas “constantes”, em forma de recorrência nos discursos, ser consideradas reveladoras dos modelos culturais (Michelat, 1975).

O processo de interpretação corresponde à produção de sentido, sendo esse, portanto, meio e fim da tarefa de pesquisa; para entendê-los, recorre-se às categorias, hipóteses e informações contextuais variadas, resultando no processo de interpretação e apresentação dos resultados da pesquisa (Spink & Lima, 2000).

As entrevistas foram gravadas com posterior transcrição no editor de textos Windword 7.0 e após uma leitura exaustiva do material, foram construídas as categorias analíticas que serviram de base entre material empírico e referencial teórico.

A amostragem estabelecida ficou baseada na recorrência das categorias discursivas do material empírico e, ao final, foram realizadas 17 entrevistas com pessoas que apresentavam alteração vocal e haviam abandonado o tratamento clínico fonoaudiológico. Desse total, 15 haviam recebido atendimento em Hospital da rede pública de saúde, através do SUS e apenas 2 pessoas foram atendidas em clínicas particulares, através de convênios particulares de saúde. Diante das primeiras interrogações formuladas para o estudo, foram feitas várias tentativas de aproximação com o tema, em instituições particulares de atendimento clínico fonoaudiológico, tendo-se observado que essa investida não encontrou eco no seio dessas instituições, nem mesmo no corpo clínico profissional, fato que se atribui ao espírito científico ainda pouco desenvolvido nos dias atuais, o que acaba por mascarar as reais condições de saúde, doença, tratamento e atendimento em saúde da população. Esta constatação torna-se mais lamentável quando se sabe

que a fonoaudiologia é uma ciência nova, e que, por isso mesmo, precisa ser reforçada através de estudos científicos.

Ressalta-se que todo o material coletado nas entrevistas foi analisado e organizado na tentativa de identificar o processo do distúrbio vocal, seu tratamento e atendimento. Para tanto, os resultados das entrevistas foram transcritos, lidos e organizados em mapas de associação de idéias, de acordo com a temática, e como tentativa para uma melhor compreensão dos sentidos, através dos argumentos construídos e da apresentação de trechos do diálogo; esse modo de proceder permitiu a formação dos diagramas de significação, visando ao entendimento da construção dos argumentos e a produção do sentido, no contexto do diálogo (Spink & Lima, 2000).

A construção dos diagramas de significações é feita a partir de categorias gerais ou temas, que refletem os objetivos da pesquisa e procuram dar visibilidade ao processo de interpretação, além de oferecer subsídios à compreensão dos processos de produção de sentidos, a partir das práticas discursivas (Spink & Lima, 2000).

Segundo o pensamento de Minayo (1998), em primeiro lugar, foi feita uma leitura flutuante, sendo essa a oportunidade em que o pesquisador toma contato com o material levantado nas entrevistas, permitindo a impregnação, pelo seu conteúdo, para compreender os sentidos dos fenômenos sociais e facilitar a apreensão dos sentidos que podem ser construídos, a partir da interpretação, e não apenas o real enquadramento, a partir das categorias teóricas estabelecidas, através da literatura científica.

## **5. 6. TRABALHO DE CAMPO NA ABORDAGEM QUALITATIVA:**

A seleção de pessoas, para entrevistas, foi antecedida pela definição de dois critérios básicos: residir em Fortaleza ou na região metropolitana, e ter abandonado o tratamento clínico fonoaudiológico.

Como tentativa de aproximação ao tema proposto, procedeu-se, de início, a um levantamento em instituição pública de saúde, e, em seguida, foram feitas várias tentativas de localização de pacientes, com a mesma patologia, e que haviam passado por instituições particulares de atendimento clínico à saúde, para fins de tratamento. Logo no primeiro momento, sentiu-se não ser fácil o acesso ao material disponível nas instituições particulares, dificultando uma possível comparação entre os dados, sendo, porém necessário ressaltar que foram realizadas 2 (duas) entrevistas com pacientes que haviam sido tratados em duas diferentes clínicas particulares, pelo que, não se pode deixar de apresentar esses dados.

O levantamento inicial foi feito com pacientes que haviam abandonado o tratamento durante o ano de 1999, justo para facilitar a localização dos mesmos, considerando os dados mais recentes. Através de contato feito por telefone, foram localizadas 17 (dezessete) pessoas que abandonaram o tratamento clínico fonoaudiológico e que aceitaram participar do estudo. Desse total, 15 (quinze) pessoas tinham recebido atendimento em Hospital da rede pública de saúde, através do SUS e 2 (duas) outras pessoas, haviam sido atendidas em clínicas particulares, através de convênios particulares de saúde.

Após terem sido acertados local, data e horário do encontro, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, as quais tiveram um eixo de orientação baseada em questões condutoras da investigação.

Na primeira entrevista foi utilizado um roteiro provisório que, após análise, converteu-se em roteiro definitivo, servindo de base para as entrevistas seguintes (Anexos 6 e 7).

Ao final, foram realizadas 17 (dezesete) entrevistas, todas com pessoas que haviam abandonado o tratamento clínico fonoaudiológico e apresentavam um distúrbio vocal. Assim, através do processo de recorrência, visualizado nas entrevistas, foi possível recuperar o universo simbólico focalizado nesta investigação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS:

### 6.1. LEVANTAMENTO DAS ATIVIDADES DO NÚCLEO DE FONOAUDIOLOGIA:

De princípio, foi feito um levantamento das atividades desenvolvidas no Núcleo de Fonoaudiologia, durante o período compreendido entre 1994 e 1999.

Estas atividades abrangem a avaliação audiológica ou audiometria e o atendimento clínico fonoaudiológico ou fonoterapia.

#### 6.1.1. Avaliação Audiológica:

TABELA 1.: Levantamento das audiometrias realizadas no Núcleo de Fonoaudiologia, no período de 1994 a 1999, de acordo com o sexo:

AUDIOMETRIAS												
ANO	1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Freq	%	Freq	%								
SEXO												
Masculino	179	40	173	45	156	39	168	45	249	44,5	195	40,5
Feminino	267	60	213	55	244	61	205	55	311	55,5	285	59,5
TOTAL	446	100	386	100	400	100	373	100	560	100	480	100

Observa-se, na realização de audiometrias, um predomínio do sexo feminino, variando de 55% em 1997, a 61% em 1996, em relação ao sexo masculino, que obteve uma variação de 45%, em 1997, a 39% em 1996.

O nítido predomínio de pacientes do sexo feminino pode ser atribuído, segundo Costa et al. (1984), à disponibilidade da mulher em procurar o serviço de saúde.

TABELA 2.: Levantamento das audiometrias realizadas no Núcleo de Fonoaudiologia, no período de 1994 à 1999, de acordo com a faixa etária:

AUDIOMETRIAS												
FAIXA ETÁRIA	1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
0 -- 10	41	9	38	10	33	8	33	8,5	39	7	33	7
11 -- 20	67	15	58	15	60	15	73	18	90	16	85	18
21 -- 30	60	13,5	48	12,5	63	16	81	21	92	16,5	61	13
31 -- 40	56	12,5	53	13,5	75	19	57	14,5	80	14	75	15
41 -- 50	67	15	52	16	45	11	39	10	64	11,5	67	14
51 -- 60	56	12,5	38	10	34	8,5	35	9	65	12	55	11,5
61 -- 70	55	12,5	57	14,5	48	12	38	9,5	70	12,5	54	11
71 -- 80	35	8	25	6,5	28	7,5	31	8	46	8	35	7
81  --	9	2	7	2	14	3,5	5	1,5	14	2,5	15	3
TOTAL	446	100	386	100	400	100	373	100	560	100	480	100

Com relação à faixa etária dos pacientes atendidos para a realização de audiometrias, observa-se um predomínio da faixa de idade que vai de 21 a 30 anos, em 1994, seguido da que fica entre 31 e 40 anos, nos anos de 1995, 1996 e 1997, voltando a prevalecer à faixa de 21 a 30 anos, em 1998, para depois cair no ano de 1999, dando lugar à faixa de idade entre os 11 e os 20 anos.

Tabela 3.: Levantamento das audiometrias realizadas no Núcleo de Fonoaudiologia, no período de 1994 a 1999, de acordo com o acometimento dos ouvidos pela perda auditiva:

AUDIOMETRIAS												
PERDA AUDITIVA	ANO											
	1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Freq	%										
NORMAL	128	28,5	133	34,5	104	26	80	21,5	116	20,5	97	20
PA Unilateral	211	47,5	182	47,5	99	24,5	93	25	123	22	108	22,5
PA Bilateral	107	24	71	18	197	49,5	200	53,5	321	57,5	275	57,5
TOTAL	446	100	386	100	400	100	373	100	560	100	480	100

O acometimento dos ouvidos pela perda auditiva detectada através das audiometrias, revela que nos anos de 1994 e 1995 a faixa de normalidade foi de

28,5 % e 34,5%, respectivamente, com uma manutenção de 47,5% para as perdas unilaterais nesses dois anos e perdas bilaterais de 24%, em 1994 e 18%, em 1995.

Em relação ao acometimento dos ouvidos pela perda auditiva, observou-se, um predomínio das perdas unilaterais nos dois primeiros anos de atendimento do Núcleo de Fonoaudiologia. Verificou-se, em seguida uma tendência constante no aumento da faixa de perdas auditivas bilaterais, com conseqüente decréscimo nas faixas de perdas auditivas unilaterais e de normalidade. A faixa de perdas auditivas bilaterais varia em um crescente que vai de 49,5% em 1996 a 53,5% em 1997, chegando a 57,5%, em 1998 e 1999. Este agravamento no quadro clínico dos pacientes, segundo Souza (1996), pode ser justificado pela dificuldade de acesso da população ao sistema único de saúde, que funciona com consultas agendadas, e com marcação feita com antecedência, variando de 2 a 4 semanas, impossibilitando o atendimento imediato e dificultando o controle dos casos agudos, que acabam se cronificando e piorando o quadro da maioria dos pacientes.

Em um estudo da avaliação clínico-cirúrgica do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário de Taubaté - São Paulo, Souza (1996) apresenta o Setor Otológico, como responsável por 42,3% do total de consultas do ambulatório; dentre as consultas do setor otológico, 60,38% apresentavam algum grau de perda auditiva provocada por otite média aguda e otite média crônica, e 11,37% de casos de surdez, 2/3 dos quais de natureza sensorineural.

Sousa et al. (1998) referem que dentre todos os distúrbios da comunicação, a surdez é o que apresenta maior prevalência, uma vez que em 60% dos casos, há uma relação direta ou indireta com problemas auditivos. Acrescentam os autores que:

- 60 % dos distúrbios de comunicação são provocados por perda auditiva.

- 1 em cada 1000 crianças nasce surda.
- 2% das crianças, em idade escolar, são portadoras de perda auditiva que exigiriam o uso de aparelhos de amplificação sonora individual.
- 10 a 15 % das crianças, em idade escolar, são portadoras de perda auditiva leve e flutuante.
- 7 a 12% de todos os recém-nascidos têm, pelo menos, um fator de risco para perda auditiva.
- 2,5 a 5% dos recém-nascidos do grupo de risco são portadores de perda auditiva moderada ou severa.
- 50 a 75% das perdas auditivas são passíveis de serem diagnosticadas no berçário, através da triagem audiológica.

TABELA 4.: Levantamento das audiometrias realizadas no Núcleo de Fonoaudiologia, no período de 1994 a 1999, de acordo com o tipo de perda auditiva:

AUDIOMETRIAS												
TIPO DE PERDA AUDITIVA À DIREITA												
	1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Normal	131	29,5	173	45	152	38	122	32,5	178	32	162	34
Condutiva	74	16,5	38	10	65	16	75	20	106	19	82	17
Mista	35	8	30	7,5	33	8	29	8	50	9	46	9,5
Sensorioneural	206	46	145	37,5	170	38	147	39,5	226	40	190	39,5

TIPO DE PERDA AUDITIVA À ESQUERDA												
	1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Normal	166	37	163	42,5	155	39	131	35	176	31	137	28,5
Condutiva	56	12,5	42	11	69	17	69	18,5	94	17	92	19
Mista	31	7	30	7,5	25	6	29	8	55	10	50	10,5
Sensorioneural	193	43,5	151	39	151	38	144	38,5	235	42	201	42

O tipo de perda auditiva observada como prevalente nos exames audiométricos é a do tipo sensorioneural para as duas orelhas, com uma variação também crescente. Em 1994, houve 46% de perda auditiva sensorioneural à direita; 37,5% em 1995; 38% em 1996; 39,5% em 1997; 40% em 1998; e 39,5% em 1999. Já na orelha esquerda foram 43,5% de perda auditiva sensorioneural em 1994; 39% em 1995; 38% em 1996; 38,5% em 1997; e 42% em 1998 e 1999.

TABELA 5.: Levantamento das audiometrias realizadas no Núcleo de Fonoaudiologia, no período de 1994 a 1999, de acordo com o grau da perda auditiva:

AUDIOMETRIAS												
GRAU DA PERDA AUDITIVA À DIREITA												
	1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Normal	181	40,5	173	45	152	38	122	32,5	178	32	162	34
Leve	139	31	53	14	137	34	124	33,5	196	35	184	78
Moderada	75	17	86	22	85	21	87	23,5	134	24	95	20
Severa	23	5	45	11,5	11	3	16	4	27	4,5	21	4,5
Profunda	28	6,5	29	7,5	13	3,5	22	6	18	3	15	3
Anacusia	--		--		2	0,5	2	0,5	7	1,5	3	0,5

GRAU DA PERDA AUDITIVA À ESQUERDA												
	1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Normal	215	48,5	163	42,5	155	39	131	35	176	31	137	28,5
Leve	125	28	58	15	138	34,5	115	31	190	35	187	39
Moderada	65	14,5	95	24,5	83	20,5	83	22	135	24	109	22,5
Severa	18	3,5	39	10	11	2,5	18	5	27	4	24	5
Profunda	23	5,5	31	8	13	3,5	22	6	28	5	17	3,5
Anacusia	--		--		--		4	1	4	1	6	1,5

Com relação ao grau da perda auditiva, observa-se uma manutenção na faixa de normalidade, seguida de perda auditiva de grau leve. Verifica-se que durante os três primeiros anos, houve um predomínio da faixa de normalidade na orelha direita, com 40,5% em 1994; 45% em 1995; e 38% em 1996. No ano seguinte, passou a prevalecer o grau de perda leve na orelha direita, com 33,5% em 1997; 35% em 1998; e 78% em 1999. A orelha esquerda obedece à mesma tendência, quando se observa que nos quatro primeiros anos o predomínio na faixa de normalidade foi de 48,5% em 1994; 42,5% em 1995; 39% em 1996; e 35% em 1997. Voltou a prevalecer, em seguida, a perda auditiva de grau leve, com 35% em 1998; e 39% em 1999.

#### **6.1.2. Atendimento Clínico Fonoaudiológico:**

O atendimento clínico fonoaudiológico, no período compreendido entre 1994 e 1998, deu prioridade aos principais casos apresentados através da demanda espontânea e encaminhados diretamente do ambulatório de otorrinolaringologia, ao qual o Núcleo de Fonoaudiologia é vinculado. De tal forma, foi possível contar com uma população, em sua maioria composta por casos de disfonia funcional e orgânica. Somente em 1999, com a criação do estágio de extensão em fonoaudiologia, com conseqüente ampliação do número de profissionais, permitiu-se estender o atendimento clínico a todas as áreas da fonoaudiologia, atendendo às patologias da linguagem, fala, voz e audição.

TABELA 6.: Levantamento do atendimento clínico fonoaudiológico, no período de 1994 a 1999, de acordo com o sexo:

FONOTERAPIA												
ANO	1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
SEXO												
Masculino	4	14,5	6	14,5	9	18	3	17,5	8	21,5	16	24,5
Feminino	23	85,5	35	85,5	41	82	14	82,5	29	78,5	50	75,5
TOTAL	27	100	41	100	50	100	17	100	37	100	66	100

A análise do atendimento clínico põe à mostra que, essa variação para o sexo feminino, é maior ainda, e vai de 75,5% em 1999, a 85,5% em 1995, contra 24,5% em 1999, e 14,5% em 1995, para o sexo masculino.

Anelli & Xavier (1995) em um estudo sobre o atendimento a pacientes disfônicos em uma determinada Instituição, verificaram um predomínio de 84% para o sexo feminino e 16% para o sexo masculino sendo de se ressaltar, no entanto, que esse dado não é conclusivo nesta investigação.

Ehara et al. (1995), em uma análise dos aspectos levantados por pacientes disfônicos, em grupos de orientação, referem um predomínio de 56,6%, para o sexo feminino, e de 43,4%, para o sexo masculino, além de uma faixa etária de 41 a 60 anos, em um total de 30 pacientes.

TABELA 7.: Levantamento do atendimento clínico fonoaudiológico, no período de 1994 a 1999, de acordo com o diagnóstico em fonoterapia:

FONOTERAPIA												
Diagnóstico	1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Dislexia	--		1	2,5	--		--		1	2,5	1	1,5
Atraso Lgg	--		--		--		--		--		2	3
Dislalia	1	3,5	2	4,5	1	2	1	6	4	11	5	7,5
Disfemia	--		--		--		--		--		1	1,5
Dist. Mot. Oral	--		--		2	4	--		2	5,5	2	3
Disf Funcional	17	63	19	46,5	15	30	8	47	15	40,5	14	21,5
Disf Orgânica	9	33,5	19	46,5	32	64	8	47	15	40,5	41	62
Total	27	100	41	100	50	100	17	100	37	100	66	100

Em 1994, com a criação do Núcleo de Fonoaudiologia, foi oferecido atendimento clínico há 27 pessoas, sendo que 17 ou 63% apresentava disfonia funcional, 9 ou 33,5% disfonia orgânica e apenas 1 caso ou 3,5% distúrbio da fala.

Em 1995, foram atendidas 41 pessoas, dos quais 19 ou 46,5% por disfonia funcional e o mesmo número por disfonia orgânica e 2 casos ou 4,5% por patologias da fala e apenas 1 caso por patologia da linguagem.

Em 1996, foram atendidas 50 pessoas, sendo que desse total 32 ou 64% apresentava disfonia orgânica, 15 ou 30% disfonia funcional, e 3 ou 6% patologias da fala.

Em 1997, foram atendidos apenas 17 novos pacientes, dos quais 8 ou 47% por disfonia funcional, e igual número por disfonia orgânica, com apenas 1 caso ou 6%, por patologia da fala. Esse fato vem demonstrar um nível de saturação no atendimento clínico.

Já em 1998, o número de atendimentos voltou a crescer novamente, chegando a 37 pessoas atendidas, sendo que 15 ou 40,5% por disfonia orgânica, igual número por disfonia funcional, 6 ou 15% por patologias da fala, e 1 ou 2,5% por patologia da linguagem, evidenciando uma crescente necessidade de maior abrangência no atendimento clínico oferecido no núcleo.

Em 1999, com a criação do já citado estágio de extensão, o atendimento sofreu considerável elevação, registrando-se o número de 66 pessoas. Foi observado ainda, a mesma tendência para patologias da voz, com 41 casos ou 62%, por disfonia orgânica; 14 ou 21,5% por disfonia funcional; 7 ou 12% por patologias da fala; e 3 ou 4,5% por patologias da linguagem.

O atendimento clínico fonoaudiológico aparece com uma curva de variação no número de consultas. Em 1994, foram feitos 535 atendimentos clínicos; em 1995, eles chegam a casa dos 936; e em 1996 esses números se mantêm equilibrados com 943 atendimentos. Já em 1997, houve uma queda brusca nos atendimentos, tanto assim que somente 386 foram efetivados. Referida queda pode ser justificada pelo fato do ambulatório de otorrinolaringologia e núcleo de fonoaudiologia se encontrarem, à época, passando por uma reforma física por um período de 6 meses, fato que acabou por reduzir a área de atuação, prejudicando os

atendimentos. Em 1998, foram realizados 429 atendimentos, e em 1999, esse número chegou a ser triplicado, atingindo 1211 atendimentos. Mostra-se aí um crescimento na demanda espontânea por atendimento clínico especializado, a qual ficava retida na porta de entrada da unidade de saúde. Sabe-se, no entanto, que essa demanda sempre obedecerá a um número crescente, muito embora se tenha consciência de que, face às limitações impostas pela realidade atual, não há como oferecer atendimento condizente, sendo necessário um planejamento das atividades oferecidas pelo serviço, de acordo com o universo dos usuários.

O que mais chamou a atenção, no que se refere ao atendimento clínico, foram os índices de consulta inicial, abandono, alta e seguimento.

TABELA 8.: Levantamento do atendimento clínico fonoaudiológico, no período de 1994 a 1999, de acordo com o seguimento em fonoterapia:

FONOTERAPIA												
Seguimento Fonoterapia	1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Cons. Inicial	13	48	11	27	6	12	5	29,5	13	35	21	32
Abandono	13	48	23	56	33	66	8	47	16	43,5	26	39,5
Alta	1	4	7	17	11	22	4	23,5	8	21,5	9	13,5
Em Seguimento	--		--		--		--		--		10	15
Total	27	100	41	100	50	100	17	100	37	100	66	100

Em 1994, houve um índice de consulta inicial de 48%, seguido por igual número de abandono, e apenas 4% de alta do tratamento.

Em 1995, o acréscimo no índice de abandono chegou aos 56%, enquanto o índice de consulta inicial foi 27%, e o de alta do tratamento igual a 17%.

Em 1996, observou-se a mesma tendência, com um índice de abandono do tratamento, chegando aos 66%; o índice de consulta inicial foi de 12% e o referente à alta, de 22%.

Em 1997, o índice de abandono sofreu uma redução, ficando em 47%; seguiram-se a esse, o índice de consulta inicial, com 29,5%, e o de alta do tratamento, com 23,5%.

Em 1998, registrou-se mesma tendência, com índice de abandono de 43,5%, índice de consulta inicial de 35% e índice de alta de 21,5%.

Em 1999, o índice de abandono do tratamento foi de 39,5%, a esse se seguindo o índice de consulta inicial, com 32%; o índice de alta, com 13,5%; e ainda, o índice de seguimento, com 15%.

A partir desses dados, observou-se uma pequena variação crescente no índice de alta do tratamento, com uma conseqüente diminuição no índice de abandono ao tratamento, fazendo-se necessário ressaltar que, desde 1999, esse índice permanece em torno de 39,5%, considerado realmente alto, dentro do contexto estudado.

## **7. RESULTADOS E DISCUSSÃO NA ABORDAGEM QUALITATIVA:**

Na tentativa de aproximação com o tema proposto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 17 pessoas que apresentavam distúrbio vocal, e que haviam abandonado o tratamento clínico fonoaudiológico, 15 das quais tinham recebido atendimento em hospital da rede pública de saúde, através dos SUS, e 2 outras, haviam sido atendidas em clínicas particulares, através de convênios particulares de saúde.

### **7.1. Caracterização Socioeconômica e Cultural dos Entrevistados:**

Ao final da pesquisa, foram entrevistadas 15 (quinze) pessoas que apresentavam um distúrbio vocal, sendo que dessas, 7 ou 46,5% apresentavam disfonia orgânico-funcional; 5 ou 33,5% uma disfonia funcional; e 3 ou 20% uma disfonia orgânica. Quanto ao gênero, 12 ou 80% eram do sexo feminino e 3 ou 20% do sexo masculino, com idade variando de 21 a 67 anos.

A pesquisa do nível de escolaridade revelou que, apenas 1 ou 6,6% das pessoas entrevistadas, havia concluído o nível superior de ensino e era professor de matemática; 5 ou 33,3% das entrevistadas possuíam o 2º grau completo; 2 ou 13,3% o 2º grau incompleto; 3 ou 20%, tinham o 1º grau completo; e 4 ou 26,6% possuíam o 1º grau incompleto.

Quanto ao estado civil, 8 ou 53,3% eram casados; 4 ou 26,6% eram solteiros; e 3 ou 20% apresentavam-se em estado de viuvez.

Quanto à situação de trabalho, 6 ou 40% das mulheres entrevistadas não tinham atividade laborativa fora de casa, ocupando-se de tarefas domésticas:

dessas, 2 ou 13,3%, assim o faziam por se encontrarem aposentadas, e 4 ou 26,6%, nunca haviam exercido um trabalho remunerado; 8 ou 53,3% das pessoas entrevistadas tinham alguma ocupação fora do lar, sendo necessário ressaltar que 6 ou 40% exerciam uma profissão que requeria o uso da voz como instrumento de trabalho, ao exemplo de: professor, cantor, radialista e vendedor; 3 ou 20% dos entrevistados, no entanto, não necessitavam usar a voz de forma profissional.

A investigação sobre a renda familiar mostrou o seguinte: 8 ou 53,3% dos entrevistados tinham renda familiar inferior a 3 salários mínimos; 2 ou 13,3%, igual a 3 salários mínimos; e 5 ou 33,3%, superior a 3 salários mínimos. Desta forma, 10 ou 66,6% das famílias possuíam renda familiar inferior ou igual a 3 salários mínimos, o que se considera insuficiente para suprir as necessidades básicas de uma família.

TABELA 9.:Principais características das pessoas entrevistadas por apresentarem alteração vocal, e que abandonaram o tratamento clínico fonoaudiológico, no Núcleo de Fonoaudiologia de um Hospital da rede pública de saúde, no município de Fortaleza – Ceará :

Entrevistada	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Trabalho	Renda Familiar
01. M.B.S.	F	44	1º Grau comp.	Casada	Comerciante	+ 3 S.M.
02. B.O.A.	F	50	2º Grau comp.	Solteira	Aposentada	2 S.M.
03. M.L.S.S.	F	32	2º Grau comp.	Solteira	Professora	+3 S.M.
04. T.J.M.C.	F	57	1º Grau comp.	Casada	Vendedora	- 3 S.M.
05. E.S.S.	F	21	2º Grau comp.	Solteira	Não	- 3 S.M.
06. M.F.M.V	F	45	1º Grau comp.	Casada	Vendedora	- 3 S.M.
07. M.M.C.A.	F	36	1º Grau incomp	Viúva	Não	- 3 S.M.
08. R.B.S.	F	33	1º Grau incomp	Casada	Manicure	+ 3 S.M.
09. M.C.S.	F	44	1ºGrau Incomp	Viúva	Comerciante	- 3 S.M.
10. M.C.L.	F	67	1ºGrau Incomp	Viúva	Aposentada	1 S.M.
11. M.F.C.G.	F	46	2º Grau comp.	Casada	Não	3 S.M.
12. N.G.R.F.	M	31	2º Grau comp.	Casado	Cantor	3 S.M.
13. A.C.S.F.	M	42	Superior	Casado	Professor	+ 3 S.M.
14. T.M.C.	F	45	2º Grau incomp.	Casada	Não	+3 S.M.
15. P.S.S.L.	M	23	2º Grau incomp.	Solteiro	Radialista	- 3 S.M.

A pesquisa sobre os fatores associados ao abandono do tratamento clínico fonoaudiológico, pôs a mostra que 7 ou 46,6% dos entrevistados abandonaram o tratamento, atribuindo o fato à dificuldade de conciliação entre trabalho e tratamento; 3 ou 20% citaram dificuldades no transporte, associadas à condição financeira; 2 ou 13,3% por problemas de cunho psicológico, como

depressão e síndrome do pânico; e o restante, 1 ou 6,6%, por julgar que se encontrava de alta, 1 por problemas pessoais, e outro por doença associada que necessitou de internação hospitalar. Assim sendo, observou-se como causa maior do abandono do tratamento, uma série de fatores associados, incluindo os sócio-econômicos, biológicos, psicológicos e até de caráter pessoal.

TABELA 10.: Principais características das pessoas entrevistadas por apresentarem alteração vocal, e que abandonaram o tratamento clínico fonoaudiológico, em Clínica de Saúde Particular, no município de Fortaleza-Ceará:

Entrevistada	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Trabalho	Renda Familiar
01. R.	F	55	2º Grau comp.	Solteira	Aposentada	+ 10 S.M.
02. W.S.	F	32	Superior	Casada	Professora	+ 10 S.M.

Apenas 2 (duas) pessoas que apresentavam distúrbio vocal, com disfonia orgânico-funcional e que abandonaram o tratamento clínico fonoaudiológico em clínica particular, foram entrevistadas, dentre as características apresentadas, as que diferenciavam dos pacientes atendidos em instituição pública de saúde, no caso a renda familiar, como já seria de se esperar. Quanto ao restante das características estudadas, não foram observadas diferenciações que mereçam atenção especial. De tal forma, todos os dados serão analisados em conjunto, de acordo com a temática discutida na investigação.

Em pesquisa na literatura sobre as taxas de abandono de tratamentos, na área de saúde, poucos foram os dados localizados em nossa área específica de

estudos. Assim sendo, foi feito um apanhado em áreas de alta incidência e conversão em características, tratamentos clínicos, com seguimento adequado, com faixa etária capazes de servir de suporte ao estudo e com acesso a uma larga

No Departamento de Oncologia, foram atendidas várias pacientes com carcinoma de nasofaringe que iniciaram tratamento de radioterapia de 17,7% (Chen et al., 2000).

Estudo realizado no Chile, sobre a dependência econômica, mostrou um índice de abandono do tratamento de 25,8%, sendo que os motivos de abandono não estavam associados à idade e ao tipo de droga (Méndez et al., 1996).

Em estudos sobre a tuberculose, no Hospital Rural de Metepec, no México, foi constatada incidência de abandono de 42%, sendo necessário ressaltar que a maioria dos abandonos ocorreu nos primeiros dias de tratamento (Morales et al., 1993).

Já nos dados obtidos, a nível nacional, o programa de tuberculose da cidade de Pelotas-RS, evidenciou uma taxa de abandono de tratamento de 20% no período estudado, com taxas de não-adesão acima de 15%, consideradas inaceitáveis (Costa et al., 1998). No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi registrado, por sua vez, um índice de abandono de 33,85% de pacientes com tuberculose, os quais deixaram o tratamento antes dos seis meses iniciais, que é o tempo mínimo recomendado, valendo ressaltar que essa taxa é bem maior que a média de 12,9% apontada pelo ministério da saúde (Deheinzelin et al., 1996).

No Ceará, estudo sobre o abandono do tratamento da tuberculose, no período de 1984 a 1987, mostrou taxas em torno de 7,5%, segundo Olinda (1990). Já no período de 1995 e 1996, Lima & Mello (2000) apontam percentuais de

estudos. Assim sendo, foi feito um apanhado em áreas afins, que possuíssem, como características, tratamentos clínicos, com seguimentos de longo e médio prazos, capazes de servir de suporte ao estudo e comparação com os dados levantados.

No Departamento de Oncologia do Hospital de Taiwan, no caso de pacientes com carcinoma de nasofaringe, foi registrada uma taxa de abandono do tratamento de radioterapia de 17,7% (Chen et al., 2000).

Estudo realizado no Chile, sobre a dependência de álcool e drogas, mostrou um índice de abandono do tratamento de 25,8%, sendo que os motivos de abandono não estavam associados à idade e ao tipo de droga (Méndez et al., 1996).

Em estudos sobre a tuberculose, no Hospital Rural de Metepec, no México, foi constatada incidência de abandono de 42%, sendo necessário ressaltar que a maioria dos abandonos ocorreu nos primeiros dias de tratamento (Morales et al., 1993).

Já nos dados obtidos, a nível nacional, o programa de tuberculose da cidade de Pelotas-RS, evidenciou uma taxa de abandono de tratamento de 20% no período estudado, com taxas de não-adesão acima de 15%, consideradas inaceitáveis (Costa et al., 1998). No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi registrado, por sua vez, um índice de abandono de 33,85% de pacientes com tuberculose, os quais deixaram o tratamento antes dos seis meses iniciais, que é o tempo mínimo recomendado, valendo ressaltar que essa taxa é bem maior que a média de 12,9% apontada pelo ministério da saúde (Deheinzelin et al., 1996).

No Ceará, estudo sobre o abandono do tratamento da tuberculose, no período de 1984 a 1987, mostrou taxas em torno de 7,5%, segundo Olinda (1990). Já no período de 1995 e 1996, Lima & Mello (2000) apontam percentuais de

abandono do tratamento nos distritos sanitários de Fortaleza, variando de 13,5% a 18,4% em 1995; sendo que em 1996, o menor percentual observado foi de 8,3% e o maior de 18,8%.

No que tange a estudos realizados no Brasil, na área de saúde mental, verificou-se em um serviço de emergência psiquiátrica em Ribeirão Preto-SP, uma taxa de abandono de 20% (Vilela et al., 1999), considerando os autores a existência do favorecimento na adesão ao tratamento, pela facilidade de acesso ao serviço, nos períodos de crise da doença. Em um ambulatório de psiquiatria de um hospital geral de São Paulo, obteve-se índice de alta de 21,85% e um índice de abandono de 33,2% (Botega et al., 1988). O maior índice de abandono encontrado, teve registro no ambulatório de psiquiatria do CEIBF/FFFCMPA, em Porto Alegre-RS, chegando a 68,6% de ausência ou abandono do tratamento, em contraposição a um índice de alta de 21,8%, sendo desconhecida, no caso, a razão para tal índice de abandono (Iserhard & Freitas, 1993).

Oyarzun et al. (1984), estudando a disfonia em professores, tiveram uma amostra constituída por 7 homens ou 14,3% e 42 mulheres ou 85,7%. Dos 49 pacientes analisados, 13 ou 26,5% apresentavam uma alteração orgânica nas pregas vocais e 36 ou 73,5% tinham aspecto normal, sendo que desse total, 19 ou 52,7% apresentavam técnica vocal deficiente, 7 ou 19,5% disfonia hipocinética, 6 ou 16,5% disfonia de causa psicológica e 4 ou 11,3% disfonia hiperkinética. Dos professores que iniciaram o tratamento fonoaudiológico, 28 ou 57% apresentavam uma disfonia de moderada a grave, estando a sua capacidade de trabalho seriamente comprometida, sendo referido também um alto índice de abandono do tratamento, com 25% dos pacientes comparecendo a menos de 5 sessões.

Brunetto et al. (1990), no estudo "Somatizacion y conversion em pacientes disfonicos", constituído por 10 mulheres e 3 homens, com faixa etária entre 13 e 58 anos, relatam que todos os pacientes apresentavam uma larga evolução de sua patologia vocal, considerando que a maioria já havia feito várias consultas otorrinolaringológicas e realizado mais de um tratamento, ou iniciado várias terapias de reabilitação, sem dar continuidade a nenhuma delas. Como fator determinante para o abandono precoce da iniciativa terapêutica, aparece um fator psicológico coadjuvante e mal definido.

Em estudo sobre a disfonia funcional, tratando das variáveis clínicas e terapêuticas Carvajal et al. (1996), estudaram a disfonia por uso profissional da voz, em 77 mulheres, com idade média de 41,3 anos, destacando, em relação aos resultados, que 87% da amostra era constituída por professores; 26% dos pacientes tiveram indicação de tratamento psicológico concomitante ao tratamento fonoterápico; e 19,5% dos pacientes abandonaram o tratamento de saúde mental.

Analisando as conseqüências do refluxo gastroesofágico (RGE) em otorrinolaringologia e os sintomas laríngeos, Salazar et al (1996) reportam-se a uma estimativa, segundo a qual 44% dos americanos adultos apresentam RGE sintomático, ao menos uma vez ao mês, e que 18 milhões de americanos adultos possuem transtornos gástricos, fazendo uso de antiácidos duas ou mais vezes por semana. O RGE é apontado como causador de inflamação laríngea crônica, em um número de pacientes com distúrbios vocais e com lesões típicas da laringe. A laringite posterior é a mais comum, apresentando como dificuldade resolutive os altos custos e duração do tratamento, favorecendo, assim, o abandono do mesmo, por parte do paciente.

Os estudos sobre o abandono do tratamento clínico fonoaudiológico, são escassos, além do que, não fazem um aprofundamento da questão, evidenciando a necessidade de um paralelo entre outras áreas de atendimento, como a psicologia e a psiquiatria. Atendimentos dessa ordem se estendem às doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial e tuberculose, que exigem tratamentos com seguimentos de médio e longo prazos, para que possam servir de suporte aos dados, desse estudo, através da comparação de índices de abandono do tratamento e, no caso, dos fatores em associação ao tema estudado.

## **7.2. Discussão dos Resultados sobre o Atendimento Clínico Fonoaudiológico:**

O atendimento clínico fonoaudiológico, no período de 1994 a 1998, deu prioridade aos casos de disfonia funcional e orgânica, apresentados através da demanda espontânea e encaminhados, diretamente, do ambulatório de otorrinolaringologia ao qual o Núcleo de Fonoaudiologia é vinculado. Mesmo em 1999, quando houve possibilidade de atendimento em todas as áreas da fonoaudiologia, essa patologia ainda se apresenta como dominante no número de casos atendidos

O tratamento clínico, nesse período, abrangeu principalmente as patologias da voz, tanto assim que todos os entrevistados possuíam uma disfonia, ou seja, um distúrbio de comunicação por qualquer dificuldade na emissão vocal, onde a voz não consegue cumprir o seu papel básico de transmissão da mensagem verbal e emocional. Acrescentando-se aqui que as disfonias podem ser funcionais, quando não apresentam lesões ao nível de laringe, mas decorrem de um distúrbio

da função de fonação ou do comportamento vocal do indivíduo, pelo uso incorreto da voz, inaptações vocais e alterações psicogênicas. As disfonias orgânicas aparecem quando se encontra uma lesão observável na laringe, em decorrência de quadros inflamatórios ou infecciosos agudos, doenças neurológicas, quadros de pós-operatório e carcinoma de laringe; existem ainda, as disfonias orgânico-funcionais, provocadas por lesões que podem ser decorrentes do uso inadequado ou abusivo da voz, as quais vêm acompanhadas de alterações orgânicas secundárias, como nódulos, edemas e pólipos, favorecendo distúrbios vocais mais acentuados. Além dos sintomas vocais evidentes, a limitação de comunicação, criada pela dificuldade vocal, favorece o aparecimento de reações psicológicas secundárias, principalmente quando o instrumento de trabalho é a voz (Behlau et al, 1997; Pinho, 1993).

Por oportuno, faz-se necessário uma breve discussão sobre a voz, a fala e seus determinantes:

- **Voz e fala:**

A voz é resultante de uma complexa seqüência de movimentos comandados pela vontade do homem, através do uso de sistemas pneumofonoarticulatórios, comandados pelo sistema nervoso periférico e central. A fisiologia vocal é multidimensional e possui, como elementos básicos à respiração, o mecanismo de produção da freqüência fundamental, a nível laríngeo, as cavidades de ressonância e a atividade do sistema nervoso central (Augsach, 1993).

A voz é o som básico produzido pela laringe, por meio de vibração das pregas vocais, sendo reforçado em harmônicos e amplificado através da

ressonância, para então ser transformado em fala, pela articulação dos órgãos fonarticulatórios e organizado em palavras. A qualidade vocal normal, ou eufonia, “permite ao falante expressar as emoções e sentimentos subjacentes à mensagem verbal e situação de comunicação, visto que, mediante inflexão da voz e representação vocal, os conteúdos e mensagens são enfatizados, destacados, fornecendo “brilho”, “cor” e “dinamismo” à emissão, ou seja, o som da voz atribui “vida” às palavras.” (Penteado & Pereira, 1999:112).

A voz é parte integrante da fala e tem, como principal fonte de som as pregas vocais, que produzem um som, modificado para produzir a fala. A voz encontra-se presente em todas as vogais normalmente produzidas e para a metade das consoantes. A voz não transmite apenas a mensagem, acrescenta também algo ao seu sentido; para tanto, não é suficiente apenas conhecer o seu funcionamento mecânico, mas é necessário também reconhecer as importantes informações que a voz transmite sobre o falante (Colton & Casper, 1996).

A voz é ainda, uma das extensões mais fortes da nossa personalidade, exibindo sentido de inter-relação na comunicação interpessoal, um meio essencial de atingir o outro. É um produto duplo da laringe e da personalidade, é um produto mecânico apenas em sua realização muscular, pois há um processo existencial complexo relacionado à produção do som, que atua antes, durante e depois da emissão vocal. Embora a fonação seja uma função neurofisiológica inata, “a voz é o resultado de vida de cada indivíduo e grande parte desse processo é realizado por imitação de padrões e por desejo de comunicação” (Behlau et al, 1997:609).

De acordo com Salles (1985), o som vocal varia em altura, timbre e intensidade. A altura ou tom, é a classificação do som em grave e agudo, e dependendo do número de vibrações, por segundo, ou ainda, da frequência. Na voz

humana essa variação é dada pela ação dos músculos intercosto-abdominais-diafragmáticos e da laringe, modificando a posição e tensão das cordas vocais, sem assim e a pressão do ar expirado. A intensidade depende da amplitude de vibração das cordas vocais e da pressão subglótica do ar expelido na respiração, sendo a intensidade física da voz medida em decibéis. O timbre é a característica individual de cada voz, e resulta do número e da variedade de sons harmoniosos emitidos no momento de um som complexo. Depende, o timbre da constituição de todo o aparelho fonador, e também, da modificação do som laríngeo, através dos ressonadores, para o reforço dos harmônicos, pelo que a sua produção é inata a cada pessoa.

- **Determinantes da voz:**

O som da voz representa o indivíduo em todos os seus aspectos, e tem como determinantes do comportamento vocal, os fatores físicos, psíco-emocionais, sócio-culturais e ambientais.

Isso equivale dizer que, a voz é determinada pelas características físicas, tais como tipo de musculatura, com habilidade contrátil e capacidade de cooperação na sinergia dos movimentos; tamanho e forma da caixa torácica; comportamento, conformação e textura das cordas vocais. A voz é determinada também pelo dinamismo emocional e intelectual, formando uma imagem vocal, que tanto pode ser positiva, para esta - som ou voz agradável, em que há uma identificação, quanto negativa ou desagradável, com a qual não se quer identificar. Essa imagem é formada com base nos parâmetros de tom, entonação, timbre, volume, apoio respiratório e velocidade. Inclui-se nisso, também, o contexto da

comunicação interpessoal, com as emoções, nervosismo, medo, ansiedade, tristeza, perfeccionismo, disputa, rancor ou raiva, bem como, os desejos, intenções, motivação ou desinteresse e, ainda os sentimentos de satisfação ou frustração. Como fatores ambientais, determinantes do comportamento vocal, aparecem todos os tipos de influências culturais, sócio-econômicas, familiares, além de outros gerados pelos meios de comunicação de massa (ciência, rádio, televisão, teatro), bem como pelo ambiente profissional ao qual o indivíduo está exposto e que é capaz de modelar sua forma de ser, agir e pensar (Salles, 1985; Penteado & Pereira, 1999).

- **Atendimento Clínico Fonoaudiológico:**

Ao final das entrevistas, usando uma metodologia qualitativa, julgou-se ter acessado o material focalizado nesta investigação através do diálogo, das concepções e vivências dos entrevistados que apresentavam um distúrbio vocal e que abandonaram o tratamento clínico fonoaudiológico, sugerindo, esse fato, a criação de categorias empíricas em torno dos temas:

1. Problema na visão do usuário;
2. Acesso ao serviço de saúde;
3. Causas do abandono do tratamento;
4. Estratégias para melhorias do serviço.

A apresentação e discussão dos temas se faz através dos mapas de associação de idéias, que permitem a organização das informações levantadas no diálogo, mediante a observação do seu conteúdo e dos núcleos temáticos, visando à construção dos sentidos e à associação de idéias.

Inicialmente, são definidas categorias gerais, e contemplados os objetivos da pesquisa, literatura científica sobre o assunto e campo investigado. Seqüencialmente, vem a identificação de categorias específicas de cada unidade de significação analisada, com posterior apresentação através dos mapas de significação.

### **7. 2.1. Problema na visão do usuário:**

Na fala das pessoas entrevistadas, observou-se uma variação sobre a sintomatologia e causas do problema vocal, além de um direcionamento correto na hora de procurar ajuda especializada. Isso ocorreu quando 1 paciente ou 6% procurou diretamente a fonoaudióloga; 12 ou 70,5% foram diretamente ao otorrinolaringologista; e 4 ou 23,5% passaram pelo clínico geral, para encaminhamento ao otorrinolaringologista e, posteriormente, à fonoaudióloga.

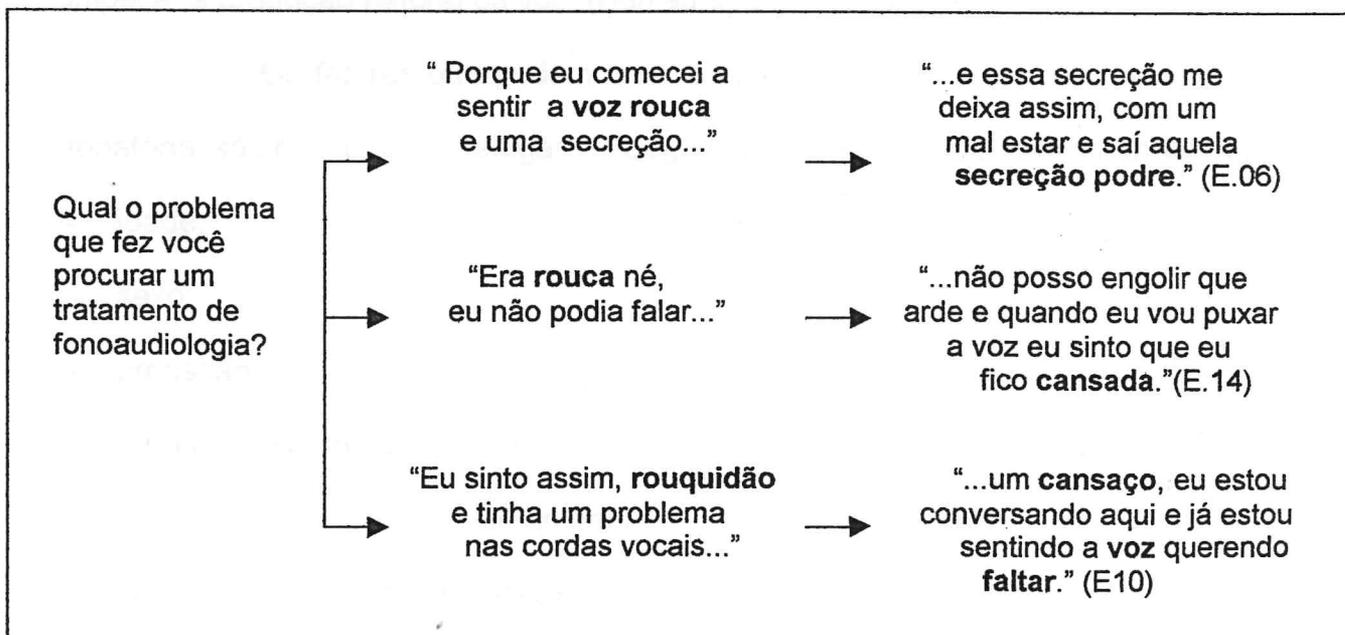
**Diagnóstico:** A prega vocal é um conjunto formado por mucosa e músculo. A mucosa é constituída por epitélio de revestimento e pela lâmina própria. Na borda livre da prega vocal, o epitélio é plano, estratificado, escamoso, com a lâmina própria apresentando três camadas: superficial, intermediária e profunda. A camada superficial, é chamada de espaço de Reinke, é frouxa, móvel e vibra mais intensamente durante a fonação; a camada intermediária constitui as fibras elásticas, sendo rica em fibroblastos; enquanto a profunda possui fibras colágenas. Estas duas últimas camadas formam o chamado "ligamento vocal", intimamente conectado com o músculo vocal ou tireoaritenoídeo, formando o principal corpo da prega vocal (Steffen et al., 1995; Colton & Casper, 1996)

O distúrbio vocal ou disфонia é popularmente conhecido como rouquidão, e segundo a etimologia da palavra, o termo "dysphonia", quer dizer

alteração na produção da voz (dys - prefixo grego: afastamento); phon é fon – radical grego: som; ia – desinência que se refere ao som ou timbre da voz. Assim, disfonia é uma alteração no padrão normal da voz (Salles, 1985).

Ao tempo em que se inicia a apresentação das significações, manifestadas através do diálogo nas entrevistas, faz-se oportuno mostrar algumas respostas dadas à pergunta: - Qual o problema que fez você procurar um tratamento de fonoaudiologia? Observa-se que muitos foram os sinais e sintomas vivenciados e apresentados como objeto principal da doença, freqüentemente associados as disfonias, e determinantes na procura de ajuda especializada, visto que, a doença passa a fazer parte da realidade das pessoas, através do que é sentido e vivido. A rouquidão aparece como sinal, sintoma e sinônimo do distúrbio vocal, como se pode inferir do que está representado no diagrama a seguir:

#### Diagrama de Significação 01: Significações sobre o distúrbio vocal e rouquidão:



Neste primeiro momento, tomou-se conhecimento das significações apresentadas sobre o problema vocal, em que a doença é percebida, primariamente, através dos sintomas, principalmente a rouquidão, que passa a ter uma importância muito grande no momento do diagnóstico, tratamento e resultados alcançados. De acordo com Colton & Casper (1996), os sinais, ainda que subjetivos, possuem uma realidade psicológica e podem ser avaliados objetivamente e comparados no auxílio do diagnóstico.

Na disfonia é possível encontrar uma voz rouca, com a presença de irregularidade vibratória da mucosa das pregas vocais, com qualidade vocal ruidosa, altura e intensidade, diminuídas e com maior presença de ruídos independentes do tom fundamental e sons harmônicos no sinal sonoro (Salles,1985; Behlau et al.,1997; Pinho, 1998)

A disfonia é “um distúrbio de comunicação, no qual a voz não consegue cumprir o seu papel básico de transmissão da mensagem verbal e emocional do indivíduo, e representa qualquer dificuldade na emissão vocal que impeça a produção natural da voz” (Behlau et al., 1997:608).

Os fatores que podem levar a uma quebra no equilíbrio da produção fonatória, são múltiplos e interligados. Segundo Augsach (1993), eles compreendem:

- idade;
- sexo;
- profissão;
- horas de uso da voz por dia;
- características do ambiente de trabalho;
- personalidade e características emocionais do paciente;

A idade aparece como origem de uma disfonia, pela distinção que há entre voz infantil, em que predomina a agressividade e a necessidade reprimida de expressão, voz do adulto e voz do idoso, onde há a debilidade das estruturas anatômicas. Em relação ao sexo, pela distinção da atividade fonatória entre homens e mulheres. Com referência à atividade profissional, por haver uma exigência vocal distinta para cada profissão. Quanto às características do ambiente de trabalho, por conta de o ambiente ser acusticamente preparado, ou se apresenta ruído de fundo, dentre outras características. Já personalidade e as características emocionais, de acordo com os perfis psicológicos dos pacientes, estão diretamente relacionados com o padrão de fala.

As disfonias não devem ser encaradas de uma forma genérica, pois se deve ter sempre em mente, além da manifestação vocal, a dinâmica física, intelectual, emocional e social de cada pessoa (Salles, 1985).

O processo diagnóstico dos distúrbios vocais envolve o exame de muitos componentes individuais, tais como a descrição do problema e as informações a ele relacionadas, os sintomas, além de um conjunto de sinais observados e medidos pelo examinador. O sintoma é uma queixa relatada pelo paciente sobre o problema e suas características, enquanto os sinais são características da voz, que podem ser observadas ou testadas em exames e medições (Colton & Casper, 1996).

Os sintomas ocorrem, freqüentemente em combinação e segundo Colton & Casper (1996), são basicamente oito:

- rouquidão com a vibração aperiódica das pregas vocais, provocando a falta de clareza e a desarmonia;
- fadiga Vocal ou cansaço, após a fala prolongada;

- soprosidade, que é caracterizada pela presença de escape de ar audível durante a fonação;
- extensão fonatória reduzida;
- afonia ou ausência da voz;
- quebras de frequência, com oscilações entre tons graves e agudos;
- voz tensa ou comprimida pela dificuldade ou esforço ao falar, incapacidade em começar ou manter a vocalização, muita tensão e fadiga devido ao esforço na fonação; e
- tremor, pela incapacidade de produzir um som estável e sustentado.

Para Salles (1985), os sintomas podem ser sensoriais, com as sensações experimentadas e responsáveis pela procura de atendimento especializado, e ainda visuais ou que aparecem ao exame físico.

Os sintomas negativos apresentados nas disfonias podem ser sensoriais, auditivos e visuais. Os sensoriais são as sensações que o paciente experimenta, como pigarro, fadiga vocal progressiva, irritação ou dor aguda ou crônica na laringe, na faringe e arredores, ingurgitação das veias ou artérias do colo, dor no esterno, tensão na nuca, garganta ressecada, ardor na garganta e outros. Os auditivos são os sintomas escutados, como rouquidão aguda ou crônica, gama tonal reduzida ou limitada, incapacidade para falar de forma prolongada, flutuações do tom, falhas e perda da voz. Os visuais são os sintomas confirmados através do exame otorrinolaringológico, sejam eles orgânicos ou funcionais (Bacha et al., 1999).

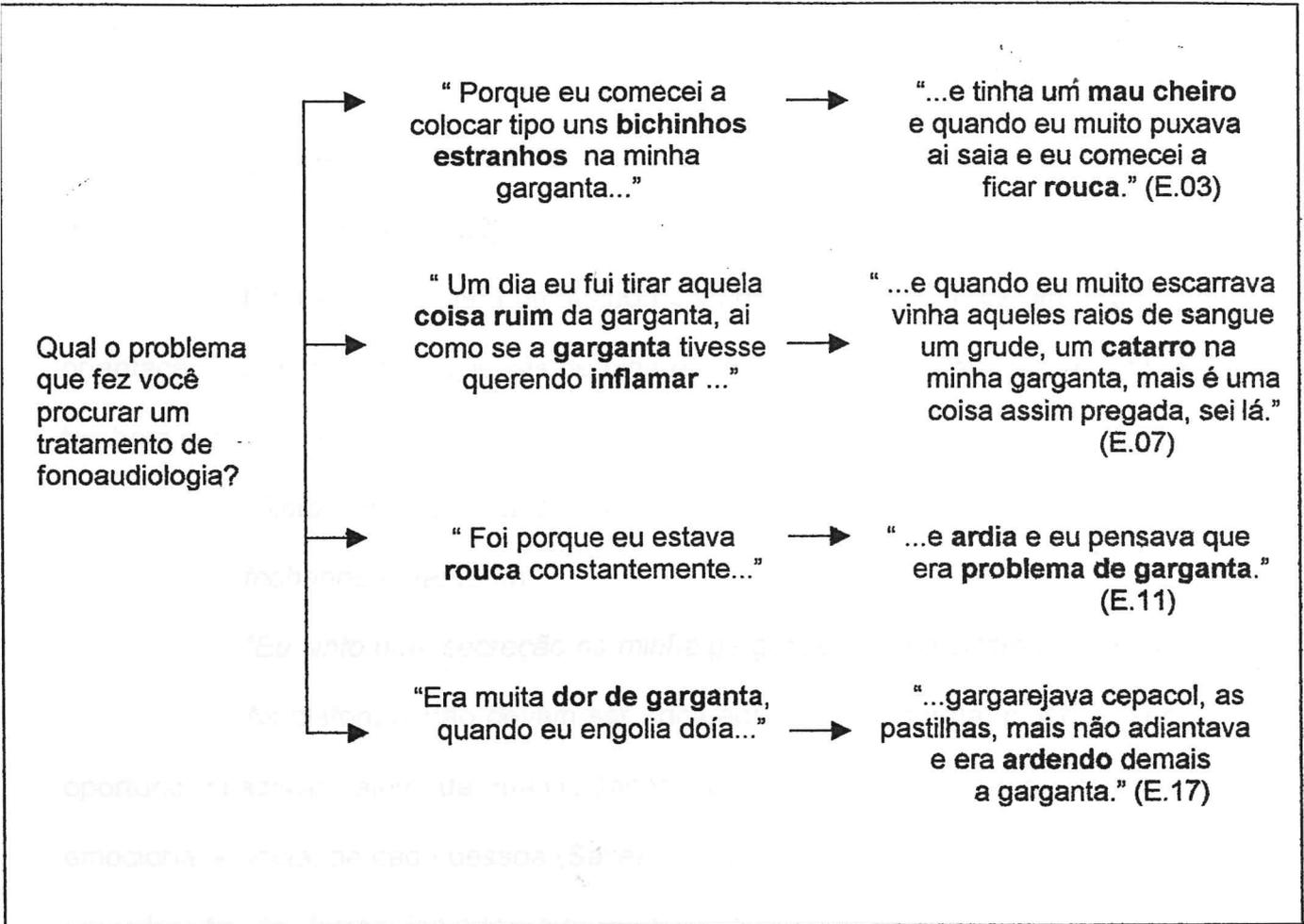
Os sinais dos distúrbios vocais são agrupados em perceptuais, acústicos e fisiológicos. Os sinais perceptuais são: o pitch ou correlato perceptual de frequência fundamental; o loudness, ou a percepção da intensidade; qualidade com rouquidão, soprosidade, tensão, tremor, quebra de sonoridade; comportamento

de tensão / compressão e diplofonia; comportamentos não fonatórios, com estridor ou ruído na respiração e pigarro; e a afonia, caracterizada pela ausência de fonação. Os sinais acústicos abrangem: a freqüência fundamental ou freqüência de vibração das pregas vocais; amplitude, ou força do som produzido pelas cordas vocais; ruído espectral ou energia aperiódica aleatória na voz; tempo de início e fim de sonorização; início e fim da emissão, tempo de fonação; quebras de sonorização; quebras de freqüência e acústica normal. Os sinais fisiológicos são aerodinâmicos (fluxo de ar e pressão), de comportamento vibratório com forma, fases, tempo, irregularidade ou assimetria, além de alterações e desequilíbrios da atividade muscular (Colton & Casper, 1996).

Na apresentação das significações, manifestadas através do diálogo nas entrevistas, em respostas dadas à pergunta: - Qual o problema que fez você procurar um tratamento de fonoaudiologia? Novos sintomas figuram como representação dos significados do distúrbio vocal.

No diagrama de significações 02, são apresentados algumas falas dos entrevistados, com os sinais e sintomas vinculados a problemas inflamatórios agudos ou crônicos da laringe e/ou vias respiratórias:

**Diagrama de Significação 02: Significações sobre os sintomas associados a Inflamações de garganta:**



As falas descritas no diagrama de significações 02, guardam uma íntima relação entre os problemas inflamatórios agudos ou crônicos e as manifestações vocais, o que está de acordo com Hungria (1987), quando coloca os processos inflamatórios da mucosa laríngea, como provocados por infecções locais ou como reações das infecções das vias aéreas superiores ou inferiores. As laringites agudas apresentam, como sintomas, a disfonia, afonia, dispnéia, asfixia e os reflexos naturais de tosse e espasmos. Nas laringites crônicas, há o agravamento

o uso da voz. Inclui-se nisso, também: esforço à emissão; dificuldade em manter a voz; variação na qualidade vocal; cansaço ao falar; variações na frequência fundamental habitual ou na intensidade; rouquidão oscilante ou temporária; falta de volume e projeção; perda da eficiência vocal; pouca resistência ao falar; dor na nuca, ombros e pescoço; escape nasal excessivo; e sopro na voz (Behlau et al., 1997; Sacaloski et al., 2000).

Ehara et al. (1995) em estudo com pacientes disfônicos em grupos de orientação, referem que as queixas de pigarro, dor ao deglutir e aperto na garganta também surgiram através dos seguintes discursos:

*“Sinto uma dificuldade de engolir, uma dor, a sensação de algo fechando a garganta.”*

*“Eu sinto uma secreção na minha garganta que me incomoda muito”.*

As disfonias não devem ser encaradas de uma forma genérica, sendo oportuno observar, além da manifestação vocal, a dinâmica física, intelectual, emocional e social de cada pessoa (Salles, 1985). Dessa forma, a voz não pode ser considerada de forma isolada, até porque sempre produz influência sobre o comportamento, em sua totalidade (Carvajal et al., 1996).

Assim sendo, esta análise dos sintomas do ponto de vista biológico e orgânico, respaldada nos diagramas anteriormente apresentados, pode ser integrada a outras dimensões. Uma delas é a dimensão psicológica, considerando que, nas falas dos sujeitos, emergem os sentimentos subjetivos relacionados à necessidade da procura de tratamento, bem como os que fazem referência a um “mal-estar físico, através do cansaço e da ausência de voz, além do sentimento de podridão, deterioração, entalo, aperto e bichinhos na garganta”, o que leva a pensar

na importância de considerar a dimensão psicológica junto com a dimensão orgânica.

Na análise da produção vocal deve-se levar em conta a natureza das estruturas da fala, suas condições e seu uso, como reporta Brackett apud Salles (1985). Assim é que:

- uma estrutura normal de fala pode ser usada de diversas formas, variando, potencialmente, segundo diferentes estímulos acústicos, ou seja, uma estrutura não tem apenas uma determinada função;
- a forma com que a estrutura é usada, pode afetar a própria estrutura;
- condições anormais de uma estrutura, podem restringir seu uso potencial.

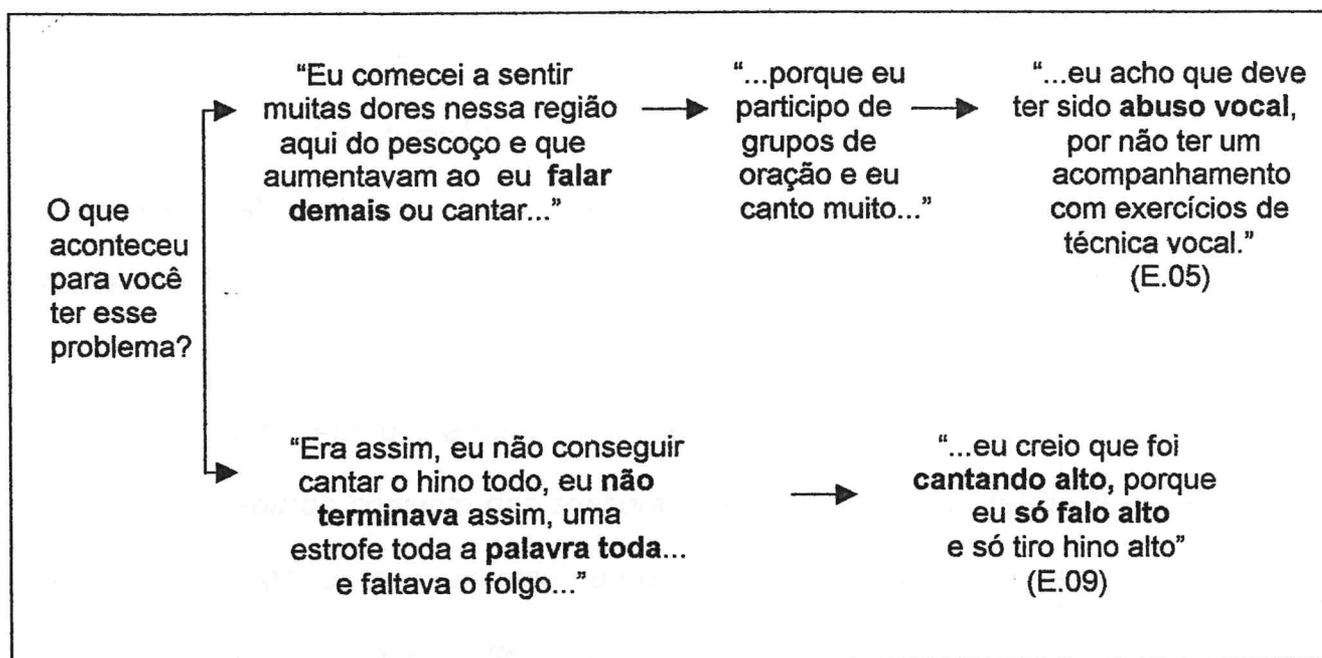
O distúrbio vocal pode se manifestar sob forma de uma disfonia funcional, em que são encontradas “as alterações no processo de emissão vocal, decorrentes do uso da própria voz, isto é da função de fonação da laringe”. Essa disfonia pode ter, como mecanismo causal, o uso incorreto da voz, as inaptações vocais e as alterações psicoemocionais (Behlau et al., 1997:609).

O uso incorreto da voz é favorecido pela falta de conhecimento sobre a produção vocal, ausência de noções básicas sobre a voz, e possibilidades do aparelho fonador, levando a ajustes motores impróprios, com desvios do processo básico de produção natural da voz. Esses, podem ocorrer, também, por abusos vocais, modelos familiares inadequados, falar em ambientes ruidosos, falar com competição vocal, gritar, além do pouco apoio inspiratório ou incoordenação pneumofônica (Behlau et al., 1997; Pinho, 1998; Penteado & Pereira, 1999).

Nas entrevistas, que foram feitas, observou-se uma associação entre o abuso vocal e as atividades de canto, e apesar das pessoas referirem uma

associação entre o desconforto vocal e esta atividade, nem por isso deixam de praticá-la.

#### Diagrama de Significações 04: Significações sobre as causas do distúrbio vocal e o surgimento associado a abuso vocal:



As falas descritas no diagrama de significações 04, enquadram-se nas síndromes do abuso vocal, que apresentam, como características, dores na região do pescoço após uso da voz ou síndromes tensionais músculo-esqueléticas; padrão respiratório inadequado e/ou incoordenação respiratória, redução da extensão dinâmica da voz e fadiga vocal. A qualidade vocal apresenta características de sopro e aspereza, sonoridade pobre, “quebras” na voz, pitch geralmente agravado e ataque vocal brusco (Navas & Dias, 1998).

Ehara et al. (1995), em estudo com disfônicos, mencionam que muitos pacientes queixaram-se da dificuldade vocal interferindo nas relações pessoais e no canto. Principalmente entre os pacientes que freqüentam os cultos de igreja (a

maioria crente), os quais se sentiam angustiados, pelo fato de que não conseguiam acompanhar as canções da missa, e apesar da queixa de rouquidão, esta aparece como um empecilho nas atividades de uso vocal, e não como algo que está sendo decorrente desses abusos vocais realizados nessas atividades:

*“Eu quero que a minha voz fique boa logo para eu voltar a **cantar** no coral da igreja”.*

Esse fato, também está retratado no aludido diagrama de significações, e pode ser reforçado através do discurso de uma paciente evangélica, a seguir apresentado:

*“Eu acho que pra mim fazer o tratamento eu tenho que abandonar a igreja, porque a gente deixa de ir pra deixar de cantar, mais veja só eu sou do conjunto das senhoras, ali eu tando lá, **eu tenho que cantar**, tudo louva e mesmo que eu saia do conjunto e eu vá me sentar lá atrás, logo que a gente chega tem que cantar três hinos da arca, e todo mundo vai cantar e eu vou ficar ali parada? O pessoal vai dizer assim: Valha esta mulher é muda. E se eu me afastar da igreja vão dizer que eu estou desviada, que eu fiquei viúva não to mais querendo seguir o senhor ai fica um negócio difícil, né.” (E.09)*

São causas de disfonias funcionais, as inaptações fônicas, que são alterações orgânicas pequenas e podem ser laríngeas, toraco-respiratórias e de cavidades anexas. Tais inaptações englobam: as assimetrias de massa e extensão das pregas vocais, as fendas vocais, lesões nas coberturas das pregas vocais, desequilíbrios entre o tamanho da laringe e as caixas de ressonância; o

tamanho e configuração da caixa torácica; as características das cavidades oral, nasal, e outras alterações estruturais mínimas (Behlau et al., 1997; Pinho, 1998).

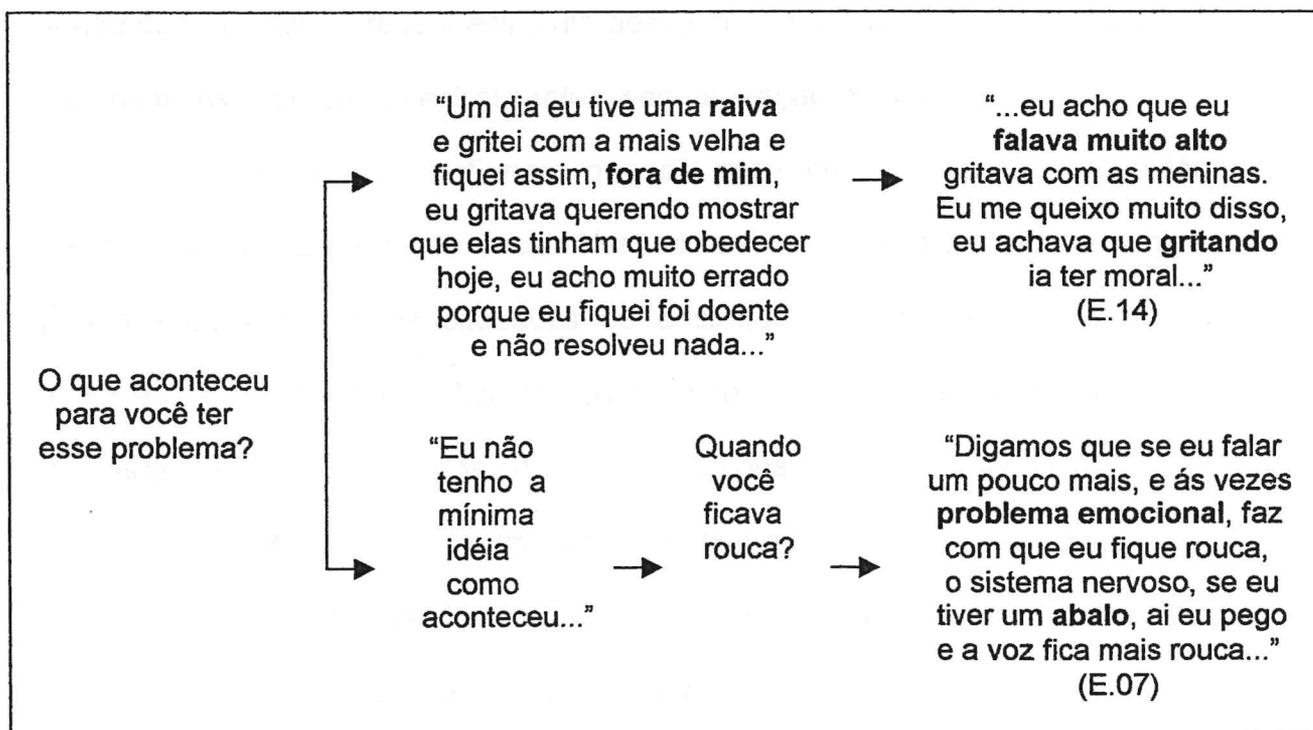
Helman (1994) faz referência ao fato do médico geralmente procurar algum processo fisiológico em seu paciente, e, quando não consegue estabelecer exata relação, o sintoma pode ser rotulado de “psicogênico” ou “psicossomático”, após a exclusão de qualquer causa física. Alerta-se para o fato de que os sintomas subjetivos tornam-se mais “reais”, quando podem ser explicados através de mudanças físicas objetivas. Ressalta-se, no entanto, que essa perspectiva não inclui as dimensões sociais e psicológicas dos problemas de saúde, nem o contexto em que aparecem.

As alterações psicoemocionais decorrem da influência das emoções na voz, já que segundo Behlau et al. (1997:611), “comunicar emoções é um dos eventos mais importantes do ser humano, a base da sobrevivência psicológica e social, sendo a voz o seu principal portador”. Conseqüentemente, as desordens vocais resultantes de estresse emocional devem ser consideradas na complexidade da interação de fatores mecânicos e psicoemocionais, a serem incorporados na fonoterapia, como resultado de análise de elementos que podem repercutir sobre a voz, como: auto-imagem, competitividade, perfeccionismo, nível de estresse relacionado à comunicação, à ansiedade e aos problemas da vida diária (Penteado & Pereira, 1999).

Conforme o apresentado no diagrama de significação 05, há uma estreita relação entre as emoções e a produção vocal. Uma das pacientes que ali marcaram presença, atualmente se encontra em terapia psicológica por “síndrome do pânico” com acompanhamento há cerca de um ano, desde o abandono do tratamento fonoterápico, pois não conseguia se deslocar sem acompanhante.

Atualmente ela apresenta uma piora no quadro disfônico, pois, como deixa transparecer, fala e voz são os principais meios usados para descarregar as tensões, mostrar os sentimentos e a autoridade dentro da relação familiar. Esses aspectos são reiterados por Carvajal et al. (1992) quando dizem que a disфонia pode ser considerada um sintoma neurótico das neurastenias, histerias e neuroses obsessivas, em que algumas pacientes, ou 1/3 dos casos, utilizam a conversação como via de resolução de conflitos, e nos outros 2/3, aparecem como a via de somatização escolhida. Não é desnecessário enfatizar que o registro vocal faz parte da personalidade.

**Diagrama de Significações 05: Significações sobre as alterações emocionais e o aparecimento do distúrbio vocal:**



Inferre-se daí que a garganta passa a ser uma área do corpo onde a dimensão psicológica parece estar intimamente ligada com a fonte sintomática. Falar

demais, falar alto ou gritar, cansaço, rouquidão e falta de identidade vocal apresentam-se como uma impossibilidade da pessoa se colocar como um ser, integralmente. Isto fica mais evidente quando se observa o diagrama anterior, onde a “raiva”, o “fora de mim” o “abalo” e até a identificação explícita do “problema emocional”, deixam bem claro, que há uma integração entre os sintomas e os aspectos emocionais.

Ehara et al. (1995), em estudo sobre a análise dos aspectos levantados por pacientes disfônicos em grupos de orientação, citam como principais fatores que interferem na produção vocal, a emoção e o nervoso. Veja-se, por exemplo, as queixas dos pacientes à ansiedade, ao nervosismo, aos conflitos emocionais, quase sempre provocadores de alguma alteração vocal, como a rouquidão ou afonia, sendo que, apesar de reconhecimento dessa interferência, porém não sabiam como lidar com essas situações estressantes, sem alteração da voz.

As autoras confirmam que os pacientes relacionam a questão do nervoso/emoção à produção vocal. Nesses casos, a voz é atingida e acontecem períodos de afonia após situações de ansiedade e preocupação, revelando a inexistência de equilíbrio das emoções, pelo que o paciente desconta o seu nervosismo na voz, como pode ser evidenciado nos discursos a seguir:

*“Minha voz fica ruim quando eu fico **nervosa**, fica entalada”.*

*“Eu acho que é o **medo** que atrapalha, uma vez eu fiquei com medo do meu marido e a minha voz sumiu”.*

*“Em casa ninguém me escuta, eu fico **nervosa** e grito para todo mundo me ouvir”.*

Os transtornos funcionais da laringe caracterizam-se por uma alteração na produção da voz, ou sensação de distorção desta, na ausência de alterações

orgânicas na mucosa, existindo um movimento total das pregas vocais, com uma completa adução na fonação. As denominadas disfonias funcionais têm sido associadas tradicionalmente a pessoas que apresentam problemas emocionais ou alterações de personalidade (Serrano et al., 1985; Carvajal et al., 1992).

Serrano et al. (1985), estudando os fatores psicológicos associados as disfonias funcionais, afirmam que o grupo de pacientes disfônicos diferencia-se, significativamente, do grupo não disfônico, em relação à maior incidência de sintomas ansiosos, depressivos e psicossomáticos, existindo, no grupo com disфонia, uma maior suscetibilidade, em termos de apresentação de distúrbios emocionais do tipo neurótico. As manifestações psicológicas identificadas seriam: depressão, ansiedade, sintomas psicossomáticos e fisiológicos.

O fenômeno da voz não pode ser analisado de forma isolada, haja vista influenciar o comportamento, de uma maneira geral. A voz é um elemento de expressão corporal e a qualidade do gesto fonatório repercute de acordo com a natureza e o clima das relações humanas, onde a energia utilizada na expressão irá variar de acordo com o estado emocional, produzindo influências na mobilidade e tônus corporal, na respiração, postura, atividade secretora das mucosas ou sistema nervoso vegetativo, além do que refletem as perturbações emocionais (Carvajal et al., 1996).

Anelli & Xavier (1995), em estudo sobre grupos de orientação a pacientes disfônicos, comentam que os pacientes passaram a perceber o quanto a emoção influi na voz, pelo que admitem que as emoções precisam ser vividas de alguma forma, não sendo oportuno tratar de fazê-las “desaparecer”, diante da impossibilidade de vivê-las em plenitude. Na verdade a expressão sempre acontece,

quer seja através de uma manifestação no organismo, ou simplesmente da voz, como é relatado nos discursos:

*“Esta semana fiquei muito rouco e percebi que foi por causa do emocional”.*

*“A voz fica mais difícil de sair quando tenho dificuldade de **expressar o que sinto**”.*

*“Tenho a sensação de que a **voz está presa**, a sensação de tensão no pescoço, como se estivessem puxando meu pescoço para cima e para baixo...”.*

Em razão do caráter fisiológico e psicológico da voz, autores como Attoni et al. (1998), preconizam um enfoque psicossomático na avaliação vocal, face às interações entre fatores psíquicos, sociais e biológicos na saúde, doença e tratamento, através de uma assistência globalizada e centrada no paciente, viabilizada por uma equipe multidisciplinar.

Figueiredo & Campiotto (1998) referem que apesar do trabalho fonoaudiológico utilizar abordagens psicoemocionais para proporcionar ao sujeito uma melhor compreensão de sua dinâmica emocional, incluindo a influência que esta produz na voz, é preciso avaliar a necessidade da interferência de um profissional especializado, dependendo do grau de comprometimento psicológico.

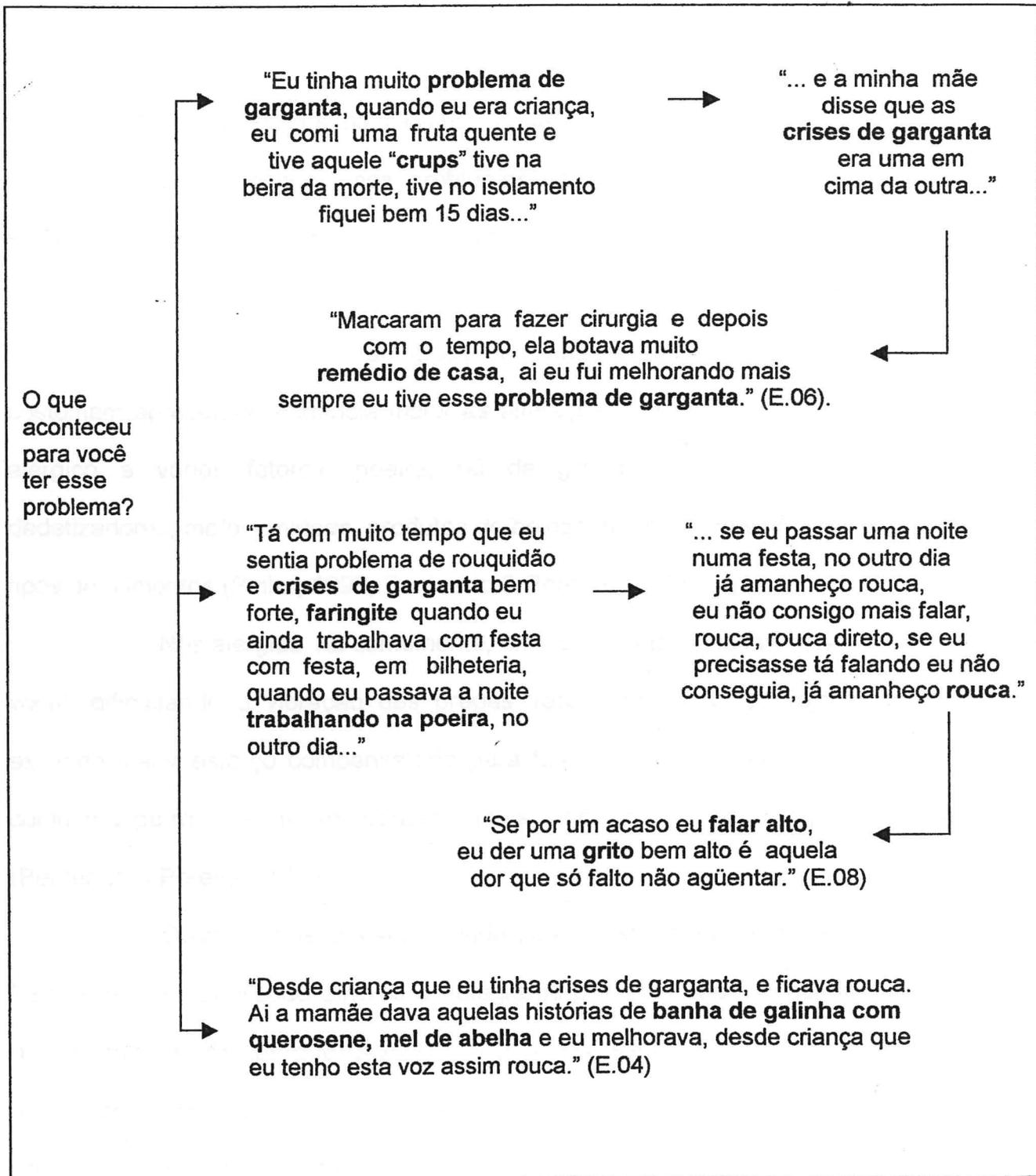
No distúrbio vocal, não se pode claramente diferenciar os termos orgânico e funcional, uma vez que as condições de uso da estrutura são determinantes da avaliação dos distúrbios da fonação. Como sugerem Costa et al. (1987), uma alteração funcional conduz, freqüentemente, a uma alteração orgânica e vice-versa. Ainda que as alterações na produção vocal possam ser provenientes

de inúmeros fatores, é possível por consequência, encontrar alterações em qualquer um dos setores envolvidos (Salles, 1985).

O distúrbio vocal pode ser ainda orgânico, quando aparece independente do uso inadequado da voz, porém com consequência direta sobre esta. As disfonias orgânicas podem ser: laríngeas, por malformações (membrana congênita, inflamações, infecções, neoplasias, traumatismos, distúrbios cicatriciais e de inervação; de cavidades anexas, com obstrução nasal, fissura lábio-palatina etc; e toraco-respiratórias, por tuberculose, asma, bronquite, neoplasias, etc. Há também, manifestações vocais associadas a algumas disfunções do sistema nervoso, como mal de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica, miastenia gravis, esclerose múltipla, etc (Behlau et al., 1997; Pinho, 1998).

Quando se pergunta: - O que aconteceu para você ter esse problema, tenta-se, simplesmente, obter significações quanto ao surgimento da doença e aos conhecimentos vivenciados pelos entrevistados. Alguns, no entanto, conseguem fazer uma associação entre o distúrbio vocal e os problemas inflamatórios da laringe e/ou vias aéreas superiores, com crises freqüentes que agravam, não raro, o problema vocal.

**Diagrama de Significações 06: Significações sobre as causas do distúrbio vocal e o surgimento por inflamação da garganta:**



Dessa forma, passa-se, então, a tomar conhecimento da história pregressa da doença, com relatos de crises de repetição e surtos freqüentes de laringites agudas, como causas dos distúrbios da função laríngea. Segundo Hungria (1987) esses agravos podem ser provocados por uso exagerado de fumo e álcool, inalação de substâncias irritantes, respiração bucal de suplência ou infecções das vias respiratórias superiores, além do uso inadequado da voz e enfermidades gerais.

Em associação aos problemas de inflamação do trato respiratório, estão os distúrbios alérgicos, citados na entrevista, quando é feita referência à “poeira”, como forma irritativa e agravante do quadro estabelecido. Via de regra, as pessoas com manifestações, alérgicas nas vias aéreas superiores e inferiores, costumam apresentar tendência maior às alterações vocais. O indivíduo pode ser alérgico a vários fatores: poeira, pó de giz, perfumes, inseticidas, flores, dedetizadores, mofo, umidade, produtos de beleza, pólen ou mesmo a determinados tipos de alimentos (Pinho, 1998; Penteado & Pereira, 1999).

Nas alergias, há comumente, um edema das mucosas nasais e do trato vocal, dificultando a vibração das pregas vocais, abafando a projeção vocal e exigindo maior esforço compensatório para falar, donde a ocorrência de reações como o pigarro e a tosse, agravam mais ainda a irritação das pregas vocais (Penteado & Pereira, 1999).

Outra dimensão a ser considerada no estudo das doenças é a cultural. Isso pode ser visualizado através do diagrama 06, onde são destacadas algumas das crenças e práticas que envolvem o processo saúde-doença, tipo comer uma fruta quente e ficar doente; além de fazer uso de remédios caseiros, como banha de galinha com querosene e mel de abelha.

A dimensão cultural deve ser considerada através do contexto imediato de vida, rede social, estrutura familiar, organização social e sistema coletivo de normas e valores que colaboram na atribuição de significados aos diversos eventos e situações da vida. A experiência da doença, na perspectiva cultural, não considera apenas o sentido biomédico; ela é concebida como uma construção que se expressa em formas específicas de pensar e agir. Dessa forma, o estudo das características sociais e culturais de populações específicas, pode introduzir variações importantes na sintomatologia, etiologia e nos comportamentos adotados pelos indivíduos, para fazer face às doenças (Uchoa, 1997).

Caprara (1996), citando diversos autores, refere que a doença é um produto culturalmente determinado, possuidor de uma estreita relação com os fatores econômicos e sociais. É de se ressaltar a visão do autor, segundo a qual, a medicina estuda principalmente os aspectos físicos e patológicos da doença, sendo que a dimensão “experencial”, ligada ao paciente e à sua maneira de perceber e viver o sofrimento e a dor, é geralmente ignorada. Por conta disso, sugere que o médico deve procurar compreender como o paciente e seus familiares vivem e interpretam a origem e o significado da doença, considerando as dimensões física, emocional, social e comportamental.

Helman (1994) complementa dizendo que o enfoque médico ocidental considera os aspectos biológicos como clinicamente mais significativos do que os aspectos psicológicos e socioculturais. Fatores como a personalidade, crença religiosa e status socioeconômico são considerados irrelevantes na realização do diagnóstico e na prescrição do tratamento das doenças. A doença, assim como outra adversidade qualquer, é, normalmente, parte integrante das dimensões psicológica, moral e social de uma cultura, em particular.

Ainda segundo Helman (1994), definir-se como doente, implica uma série de experiências subjetivas, a saber:

- percepção de mudanças na aparência corporal: perda de peso, alterações na pele, queda de cabelo;
- mudanças nas funções orgânicas regulares: freqüência urinária, menstruação abundante, ritmo cardíaco irregular;
- emissões orgânicas incomuns: sangue na urina, no escarro ou nas fezes;
- mudanças no funcionamento de um membro: paralisia, falta de coordenação motora ou tremor;
- mudanças nos cinco sentidos: surdez, cegueira, perda das sensações de cheiro ou gosto;
- sintomas físicos desagradáveis: dor de cabeça, dor abdominal, febre ou calafrio;
- estados emocionais exagerados ou incomuns: ansiedade, depressão, pesadelos ou medos exagerados;e
- mudanças de comportamento em relação a outras pessoas: problemas no casamento ou no trabalho.

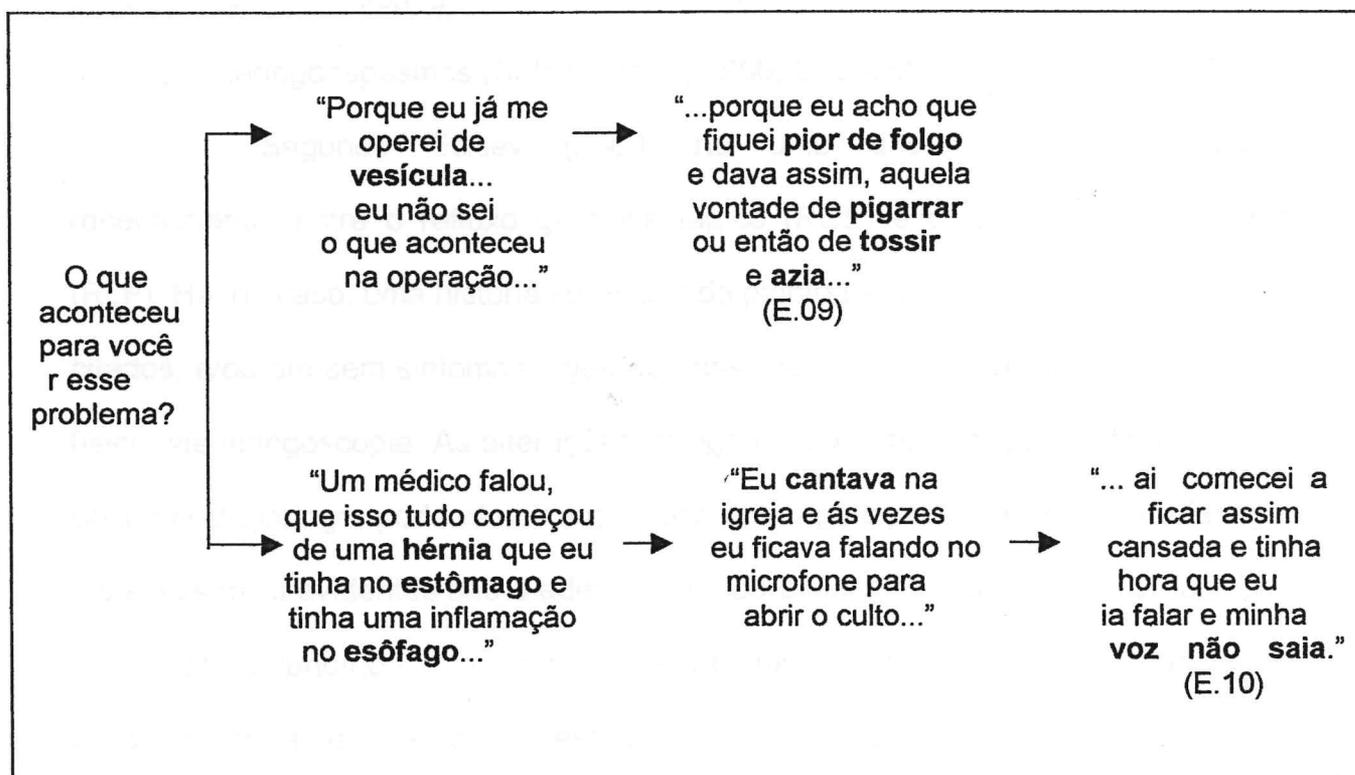
De tal forma, o processo de adoecer envolve experiências subjetivas de mudanças físicas ou emocionais que são confirmadas através dos outros membros da sociedade, enquanto os fatores culturais determinam quais sinais ou sintomas são percebidos como anormais (Helman, 1994).

Dentre as causas do distúrbio vocal, aparecem, também, em no campo desta investigação as provocadas por distúrbios gástricos.

A doença do refluxo gastroesofágico (RGE) é conceituada como sendo o escape do esfíncter inferior do esôfago, pela pressão intragástrica. Sua fisiopatologia é multifatorial, podendo ser provocada, inclusive, pelo tônus do

esfincter gastroesofágico, anormalidades na mobilidade esofágica e gástrica, além de defeitos anatômicos como hérnia hiatal e distúrbios neurológicos. O refluxo é constituído por substâncias como o ácido, a pepsina, a bÍlis e o suco pancreático, tidas como irritantes do esôfago, faringe e laringe. Esta é uma patologia que acomete cerca de 20 a 40% da população ocidental (Salazar et al., 1996; Costa et al., 1997)

**Diagrama de Significações 07: Significações sobre as causas do distúrbio vocal e o surgimento associado a problemas gástricos:**



O refluxo crônico do conteúdo gástrico pode levar a uma variedade de sintomas e complicações, muitas das quais envolvendo o trato pneumofonoarticulatório, podendo até passar despercebido, uma vez que em geral,

esses transtornos correspondem a alterações discretas, que não apresentam manifestações físicas, mas que no entanto, contribuem para a inflamação laríngea crônica, em diversos pacientes com distúrbios vocais (Salazar et al., 1996; Costa et al., 1997).

No campo objeto desta investigação, foi sentida a presença de RGE, caracterizada por sintomas como a azia, pigarro, tosse, cansaço e falhas na voz, aparecendo, ainda, sob forma de queimação retroesternal, disfagia e regurgitação, em associação a sintomas otorrinolaringológicos como a disфонia, halitose, odinofagia, gosto amargo, sensação de edema e corpo estranho na faringe, excesso de secreção, xerostomia, tosse noturna persistente e crônica, pigarro, dor no pescoço e laringoespasmos (Salazar et al., 1996; Costa et al., 1997; Eckley, 2000).

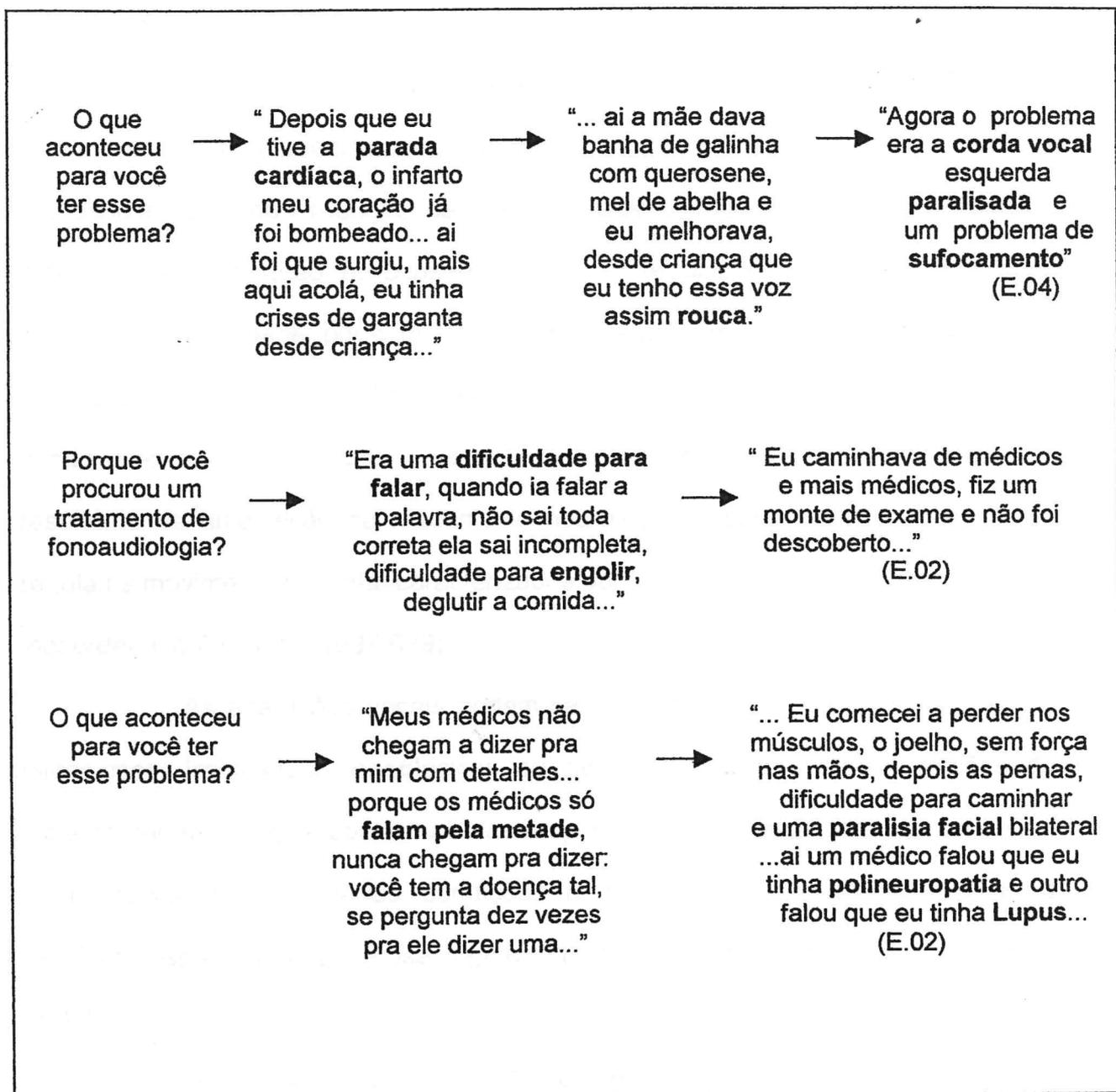
Segundo Eckley (2000) há uma diferenciação, estabelecida recentemente, entre o refluxo gastroesofágico (RGE) e o refluxo laringofaríngeo (RLF). Há, no caso, uma história sugestiva da patologia, calçada nos sintomas supra citados, e/ou até sem sintomas digestivos associados, mas caracterizado ao exame físico, via laringoscopia. As alterações laríngeas ocorrem, principalmente, na região posterior da laringe, podendo alcançar toda a laringe e parede posterior da faringe. Os sinais mais evidentes são o edema e a hiperemia, podendo apresentar também, hérnia interaritenóideia, úlceras de contato unilaterais, bilaterais nas pregas vocais ou cartilagem aritenóide, placas esbranquiçadas ou eritema da parede posterior da laringe, granuloma laríngeo, lesões múltiplas das pregas vocais como pólipos, nódulos, edemas de Reinke, estenose subglótica e até transformação maligna do epitélio (Salazar et al., 1996).

Aliado à fonoterapia, é necessário o tratamento do RLF, até pelo fato de ser este o principal agente causador do distúrbio vocal. A terapêutica inclui

dieta, além da mudança de hábitos alimentares dos pacientes com RGE, evitando-se o consumo de alimentos ácidos, gordurosos, condimentados, cafeína e seus derivados, nicotina e álcool, principalmente à noite. Esses pacientes devem ser ainda orientados para não cultivarem hábitos como deitar após as refeições, e usar roupas apertadas na cintura, pela facilidade do refluxo e dificuldade respiratória conseqüente. Tais orientações podem ser reforçadas em fonoterapia, tanto na confirmação diagnóstica e como medida preventiva do RLF, RGE e da produção vocal e fonação. É importante também um reforço, através de acompanhamento médico, com terapêutica medicamentosa, quando isso se fizer necessário (Eckley, 2000).

Dentre outras causas das disfonias orgânicas, destacam-se as disfunções do sistema nervoso, que no campo investigado, aparecem com duas manifestações: através de uma, paralisia de prega vocal, após parada cardíaca e enfarte em paciente, do sexo feminino, 57 anos e que trabalha como vendedora ambulante, sendo o distúrbio vocal descrito sob forma de uma voz rouca e da sensação de sufocamento, provocada pela paralisia; outra, relacionada a uma disartria, em paciente do sexo feminino, 50 anos, aposentada por invalidez e que não conta com um diagnóstico preciso, reclamando da quase impossibilidade de diálogo com os médicos, sendo a doença traduzida na dificuldade para falar, realizar os movimentos da fala ou articular, deglutir alimentos, havendo ainda, um comprometimento motor de todo o corpo.

**Diagrama de Significações 08: Significações sobre as causas do distúrbio vocal e o surgimento associado a enfermidades neurológicas:**



A fala é um ato motor fino e complexo que envolve diversos sistemas para sua execução, ao exemplo do sistema respiratório, e do sistema digestivo, envolvendo, no caso a boca, o maxilar e os dentes, além de um nível elevado de

coordenação entre o sistema mecânico, parede do tórax, abdômen, laringe, faringe, lábios, língua, dentes e mandíbula, de modo que todos funcionem no momento correto e pela duração de tempo necessária para a produção de sons individuais (Colton & Casper, 1996).

Os diferentes distúrbios da fonação nas doenças neurológicas atingem, geralmente, todo o mecanismo da fala: respiração, fonação, articulação, velofaringe e prosódia, causando redução na inteligibilidade da fala, o que pode limitar ou impedir a comunicação e, conseqüentemente, reduzir a capacidade plena do indivíduo na sociedade, podendo, por vezes levá-lo a um isolamento social. Essas alterações são comuns nas disartrias ou disartrofonias, quando associam alterações vocais e articulatórias. A disartria é definida como “um grupo de distúrbios da fala, resultante de uma lesão no mecanismo neurológico (central e/ou periférico) que regula os movimentos da fala, caracterizados por lentidão, fraqueza, imprecisão e/ou incoordenação” (Fazoli, 1997:689).

As alterações vocais podem ser provocadas por doenças vasculares, infecciosas, traumáticas, neoplásicas ou degenerativas que afetam regiões do sistema nervoso, o qual contém células responsáveis pela fonação e que tendem a uma associação com várias condições neuromusculares patológicas como a paralisia, espasticidade, atetose, rigidez, tremor, hipocinesia e flacidez (Angelis, 1998).

A paralisia de prega vocal pode resultar de lesão no sistema nervoso central e periférico. Quer seja unilateral ou bilateral, é possível acometer o nervo laríngeo recorrente, nervo laríngeo superior ou ambos. A doença muscular mais freqüente da prega vocal é a paralisia causada por lesões do nervo laríngeo recorrente, que pode ser de origem idiopática, resultante de lesões em cirurgias de

pescoço ou torácicas, entubação, cirurgias neurológicas e ainda neoplasias, traumas e distúrbios neurológicos. As neoplasias que podem estar associadas à paralisia de corda vocal são os carcinomas de pulmão, tireóide, esôfago e laringe. Os distúrbios neurológicos incluem poliomielite, paralisia pseudobulbar, paralisia bulbar, esclerose múltipla e esclerose lateral amiotrófica (Colton & Casper, 1996; Tsuji & Yokochi, 1998).

Há três tipos de paralisias de prega vocal: a neuropraxia, em que a condução dos impulsos é temporariamente interrompida, não apresenta atrofia muscular e o sistema recupera seu estado normal; a axonotmese, quando os axônios e nervos são seccionados; e a neurotmese, quando as fibras nervosas são inteiramente cortadas dos casos em que a porção do nervo degenera e o músculo torna-se desenergado, o nervo pode ou não se regenerar e o músculo pode ou não ser reinervado. Quando o músculo não é reinervado, ele atrofia. Geralmente o nervo é apenas parcialmente afetado, o que afeta algumas unidades motoras e outras não. Na maioria dos casos o fenômeno é unilateral, e o fechamento glótico prejudicado pela falta de adução da prega vocal afetada, provocando uma alteração na produção vocal (Colton & Casper, 1996).

As alterações vocais podem ser provocadas, segundo diversos autores (Sacaloski et al., 2000; Behlau et al., 1997; Pinho, 1993) por:

- incoordenação respiratória, pelo o uso do ar de reserva, falar na inspiração e respirar pouco;
- incoordenação entre a respiração e a fonação;
- uso freqüente de ataques vocais bruscos;
- ressonância desequilibrada;
- altura inadequada;

- articulação dos sons da fala imprecisa ou travada;
- velocidade da fala rápida ou muito devagar, capaz de interferir na compreensão da fala;
- fala em forte intensidade;
- emprego freqüente de práticas vocais inadequadas ou abuso vocal como: falar competindo com o ruído ambiental; gritar, tossir ou pigarrear constantemente; falar, rir ou chorar excessivamente, e falar muito ao telefone;
- uso inadequado da voz por modelo vocal deficiente, falta de conhecimento vocal ou por fatores psicológicos; ou ainda pela
- associação de todos esses fatores, em grau de severidade variável.

Como relatado através dos diagramas de significações, as causas e o próprio surgimento do distúrbio vocal, estão ligados a inflamações de garganta, problemas gástricos e ainda enfermidades gerais e neurológicas, sendo essa associação entre enfermidades apontada como uma relação de causa e efeito. Assim é que: inflamações de garganta, problemas gástricos com inflamação do esôfago, estômago, e vesícula biliar; parada cardíaca e enfermidades neurológicas, com paralisia facial, polineuropatia, lupus e paralisia de corda vocal, guardam íntima relação com os sintomas do tipo: rouquidão, pigarro, tosse, azia, falhas na voz, sufocamento e dificuldade para falar.

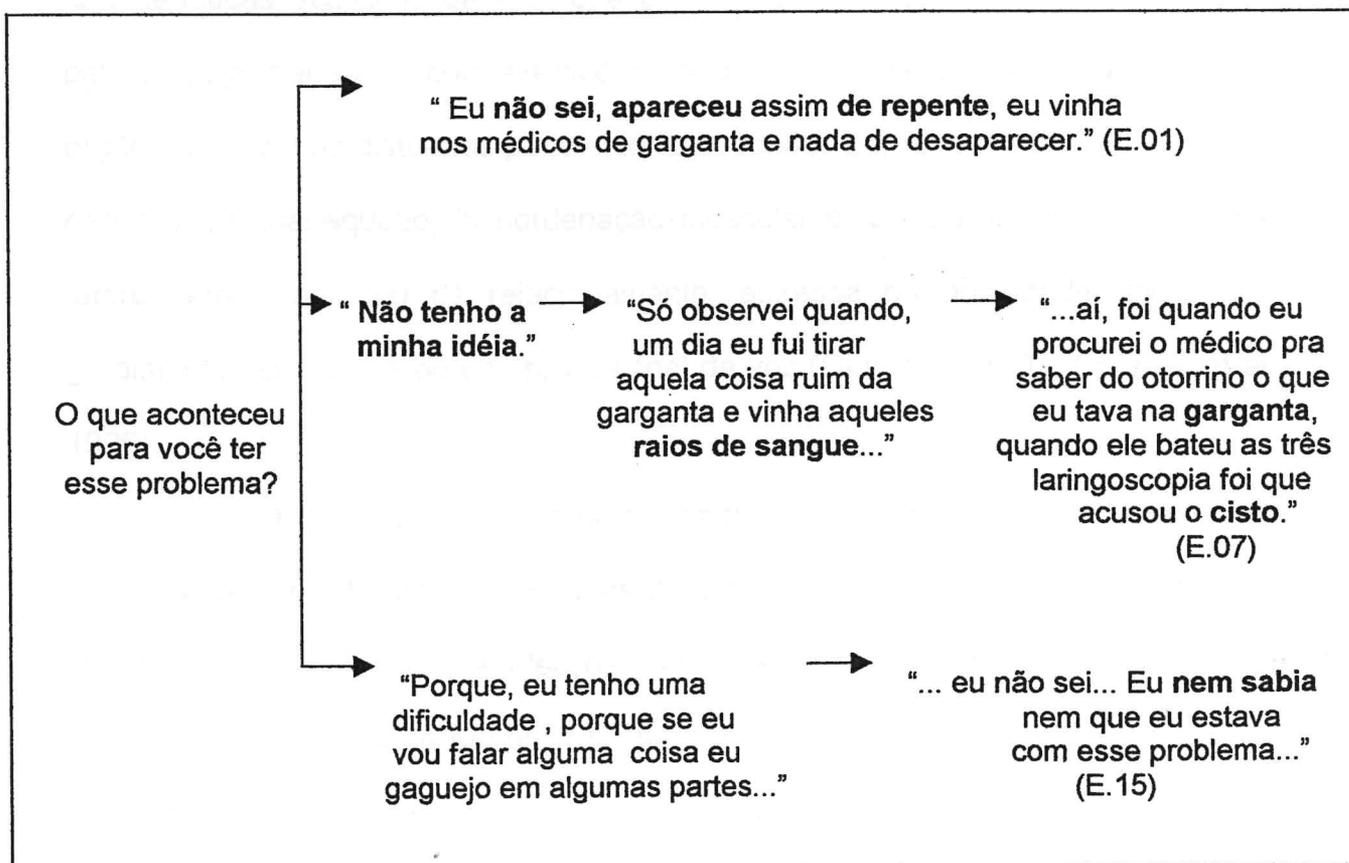
Ehara et al. (1995) referem que as queixas de problemas de saúde, em geral, aparecem, com muita freqüência, sob forma de dores de coluna, gastrite, hipertensão, problemas alérgicos e dores de cabeça, sintomas esses bastante citados por pacientes disfônicos.

Na tentativa de descobrir os conhecimentos a cerca do problema vocal e suas causas, foi feita a seguinte pergunta: O que aconteceu para você ter esse

problema? A intenção era identificar as causas do problema vocal, seu surgimento, os conhecimentos sobre hábitos vocais inadequados, higiene vocal, atitudes e comportamentos capazes de comprometer a produção e a qualidade vocal.

Ao serem realizadas as entrevistas, observou-se que algumas pessoas não tinham noção da causa da doença, apesar da identificação de alterações relacionadas aos órgãos pneumofonoarticulatórios. Não houve, por assim dizer, uma relação estabelecida entre os sintomas apresentados e o início do distúrbio vocal. Para um melhor conhecimento dos fatores associados ao aparecimento do problema vocal, são apresentadas, a seguir, as significações inseridas no diálogo.

#### **Diagrama de Significações 09: Significações sobre a não identificação das causas do distúrbio vocal e o seu surgimento:**



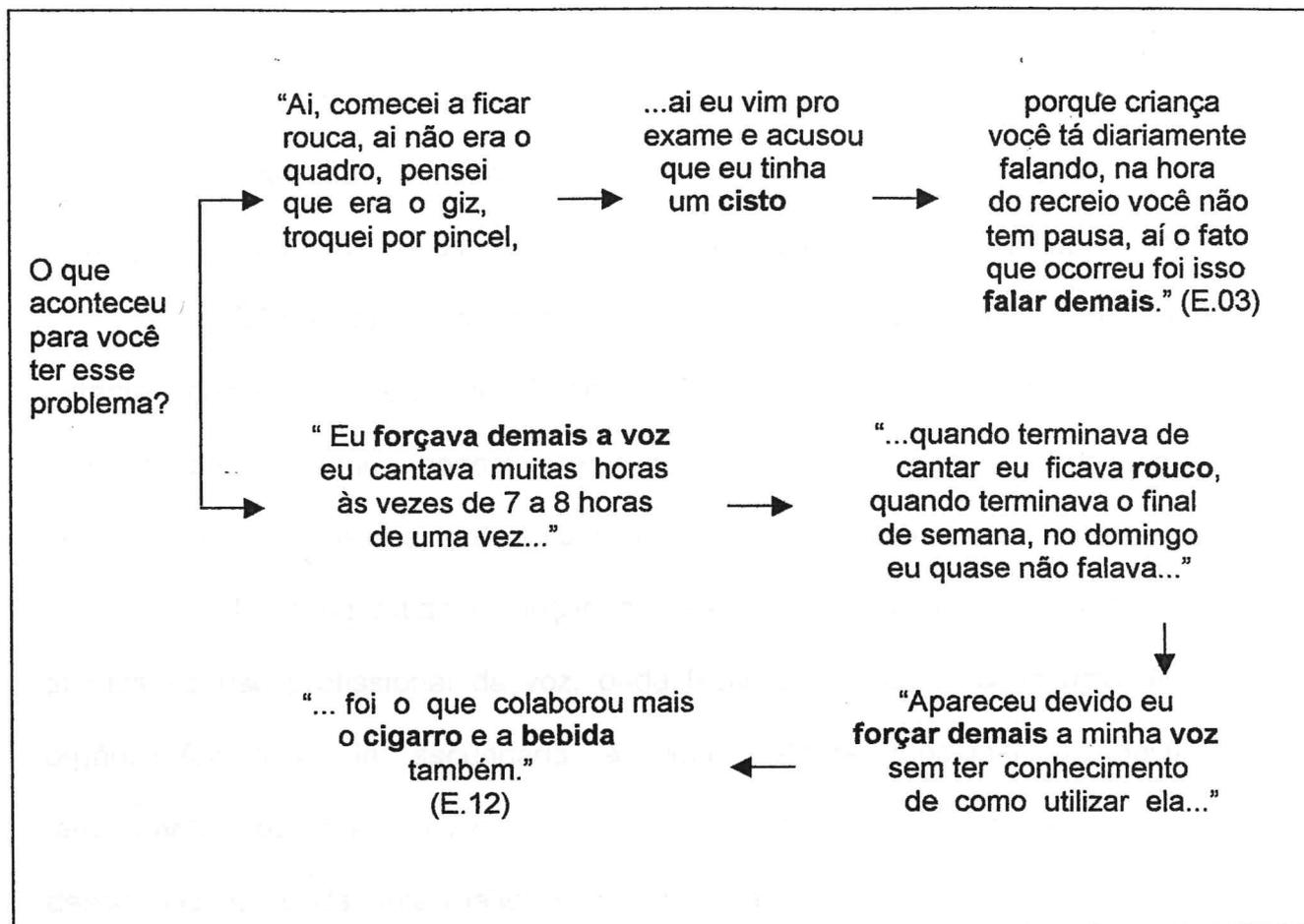
Observou-se, na prática clínica, um crescente número de profissionais que usam a voz como instrumento de trabalho e que procuram ajuda especializada, mas sempre em forma de terapia por distúrbio vocal, e nunca de forma preventiva. Isso acontece, principalmente, com os profissionais do magistério, em todos os níveis de atuação, passando pelo ensino infantil, ensino médio até professores universitários, ou profissionais do canto, abrangendo também todas as modalidades e ritmos musicais e ainda os profissionais do rádio, etc.

A voz, como fenômeno de comunicação oral e instrumento de trabalho, está presente em várias atividades ocupacionais como as de: professores, oradores, políticos, repórteres, atores, cantores populares, cantores de ópera, vendedores, clérigos ou pastores, profissionais das forças armadas, etc.

Os distúrbios ocupacionais da função vocal consistem na perda das características acústicas da voz, que podem se manifestar sem lesão anátomo-patológica primária e/ou com alterações do tônus muscular ou de coordenação dos órgãos da voz; tais distúrbios podem ser provocados por uma má adaptação de um hábito vocal inadequado, incoordenação muscular pelo mau uso ou abuso vocal, fatores emocionais ou de relacionamento, estresse ou ansiedade, todos eles geralmente associados ao uso profissional da voz (Giampiere, 1992; Carvajal et al., 1996).

Os inimigos da voz profissional podem ser: idade (com mudanças mínimas na voz entre os 20 e 50 anos de idade), aliada à diminuição da eficiência respiratória geral, alergias e infecções nas vias aéreas superiores, fadiga vocal e fadiga geral (pelo tempo prolongado de fala, falta de sono etc), medo, distúrbios hormonais, hidratação, medicamentos, drogas recreativas e refluxo esofágico na via aérea (Bacha et al., 1999).

**Diagrama de Significações 10: Significações sobre as causas do distúrbio vocal e o surgimento associado ao uso profissional da voz:**



Há uma íntima relação entre o uso profissional da voz, de forma incorreta, e o abuso vocal, como apresentado através do discurso dos entrevistados. Apesar de saberem identificar o que diretamente está afetando a produção vocal, ao exemplo de exposição a gentes irritantes, como o giz, falar excessivamente ou em ambiente aberto com ruído de fundo, cantar por horas seguidas, percebe-se que não é tomada nenhuma atitude positiva, na tentativa de diminuir ou eliminar tais comportamentos, o que põe à mostra a distância que há entre o que é preconizado na terapia, com a orientação de higiene vocal, seguida de mudanças de hábitos, e

as atitudes e costumes adotados no dia a dia, principalmente nas atividades que exigem o uso profissional da voz.

Os hábitos vocais inadequados são produto de um abuso vocal prolongado, levando a uma falha na voz em decorrência da fadiga, fazendo com que o indivíduo entre em um círculo vicioso de esforço vocal, por adotar hábitos inadequados, o que o leva a fazer esforço de compensação (Carvajal et al, 1996).

São, ainda citado no diagrama 10, o uso do cigarro, tido como um fator irritante e cancerígeno, e a ingestão de bebida alcoólica, ambos os hábitos, incluídos entre os costumes que podem alterar diretamente a laringe, principalmente se aliados ao uso profissional e abusivo da voz (Figueiredo & Campiotto, 1998).

Há uma nítida evolução no quadro das disfonias por abuso vocal, aliadas ao uso profissional da voz, onde facilmente é identificada uma disfonia orgânico-funcional, já secundária a uma disfonia funcional diagnosticada tardiamente, ou por atraso na busca de solução do problema, ou por desconhecimento da potencialidade de se desenvolver uma lesão. Essas lesões secundárias que tanto podem ser nódulos, como pólipos e edemas das pregas vocais, representam uma resposta inflamatória da túnica mucosa a agentes agressivos, quer sejam de natureza externa, quer sejam decorrentes do próprio comportamento vocal (Behlau et al. 1997; Penteado & Penteado, 1999).

A deficiência vocal é provocada pela quebra no processo mecânico quando as aritenóides giram e as apófises vocais se juntam na linha mediana para a tensão cordal. Assim, se as apófises vocais se tocarem antes que as bordas vocais estejam bem distendidas, a pressão pulmonar não dosada facilitará uma oscilação lateral excessiva das bocas vibráteis, e na incapacidade de fazê-lo, tentará o aumento de adução das cordas, elevando a pressão pulmonar, o que pode levar

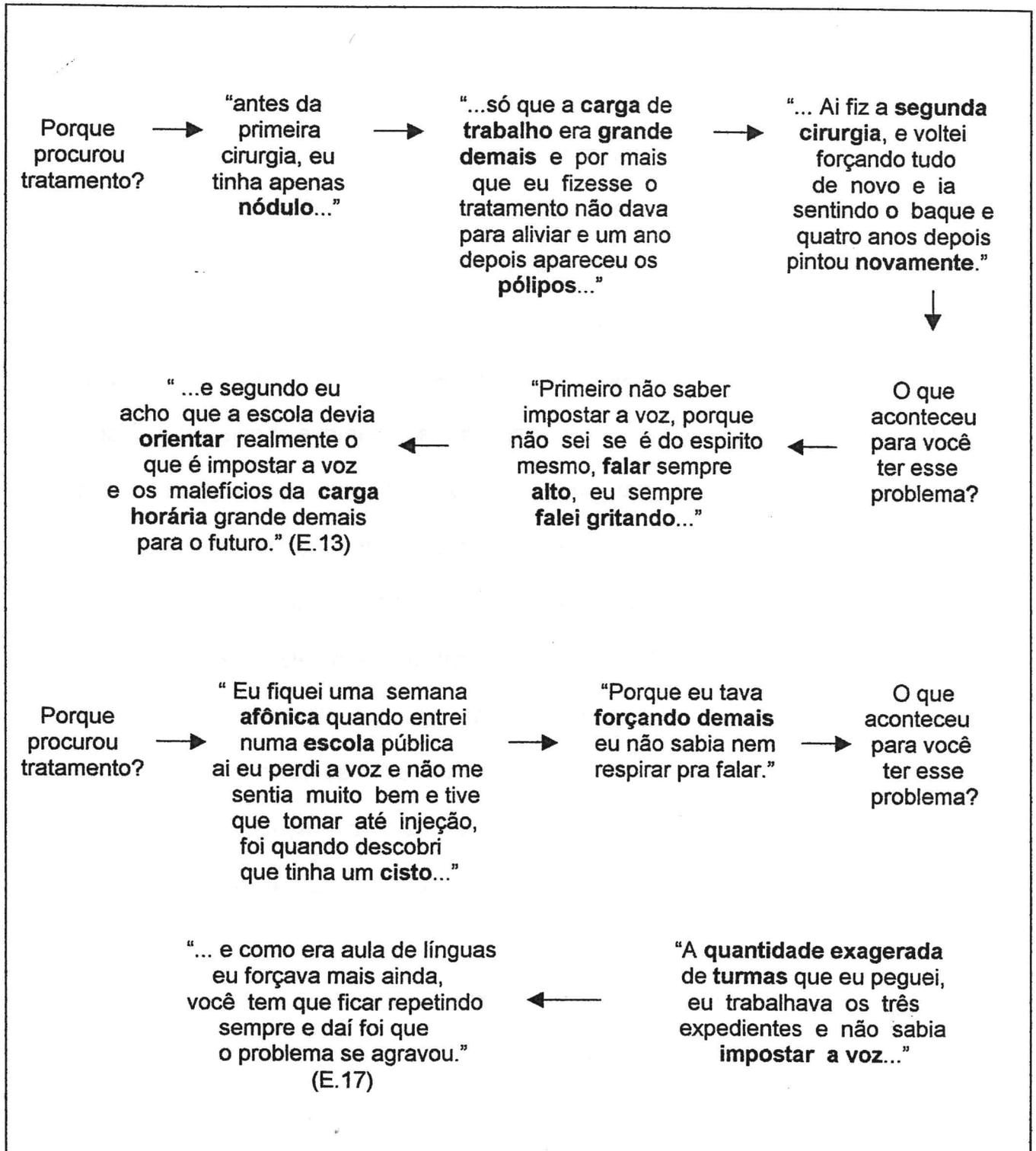
ao surgimento de variantes irregulares de abertura da glote, anomalias na ondulação das pregas vocais. Desta superoscilação advem hiperemia, edema e até nódulos nos pontos mais traumatizados do entrechoque das apófises vocais, passando a uma disfonia orgânico-funcional (Louzada,1988).

Um dos grupos de risco é constituído pelos professores, conforme citam Carvajal et al. (1996), fato que se confirma no incremento do número de consultas/ano no Departamento de Medicina del Trabajo, del Hospital del Trabajador de Santiago, em que se verificou um acréscimo de 47 pacientes, em 1990, para 284 pacientes em 1994.

A voz é um dos principais instrumentos de trabalho dos professores, pelo que deve ser bem projetada e adequada em intensidade, ocorre, no entanto, que nem sempre esta função adequada é conseguida, instalando-se assim a disfonia, configurada através do diagrama de significações 09, na conformidade da realidade clínica que se tem oportunidade de vivenciar.

A disfonia constitui, não só uma preocupação no desempenho normal dos professores, mas uma limitação no seu desempenho profissional e na continuidade de sua carreira, com implicações pessoais, sociais, profissionais e econômicas. Os professores estão ainda expostos a, praticamente, todos os fatores etiológicos de uma patologia vocal, uma vez que são submetidos a esforço vocal constante, sem um treinamento prévio e suportando tensões permanentes (Oyarzun et al.,1984).

**Diagrama de Significações 11: Significações sobre o agravamento do distúrbio vocal por uso profissional da voz em professores:**



Nas falas descritas no diagrama de significação anterior, tem-se a caracterização vocal do professor, com manifestações de rouquidão, perda da intensidade, falhas na voz e afonia. Segundo Penteado & Pereira (1999), pode-se acrescentar, mudança de tom e nasalidade compensatória à tensão laringo-faríngea.

No diagrama de significação sobre o agravamento do distúrbio vocal por uso profissional da voz, em professores, persiste a história do surgimento e evolução do distúrbio vocal, este agravado pelo uso profissional da voz. Serve de exemplo um paciente do sexo masculino, 42 anos, professor de matemática, com carga horária diária de 12 horas de trabalho, afastado por licença médica há 10 meses, sem melhora atual na produção vocal e, também, sem atendimento fonoaudiológico. Inicialmente o paciente apresentava uma alteração nodular nas pregas vocais, sendo submetido a uma cirurgia, sem o conseqüente afastamento do trabalho, o que provocou seu retorno, após um ano com lesão poliplóide. Evidenciava-se, então, o agravamento do quadro, através de lesões mais invasivas na prega vocal, sendo novamente submetido a novo procedimento cirúrgico, para retirada da lesão. De volta ao tratamento fonoterápico, mais uma vez veio a abandoná-lo. Atualmente apresenta nova lesão poliplóide, após quatro anos da anteriormente identificada. Presentemente demonstra consciência dos aspectos envolvidos na produção vocal e dos riscos decorrentes do uso abusivo da voz, e mesmo diante desse quadro, não há uma mudança significativa nos seus hábitos e atitudes.

É importante lembrar, com base nessa história clínica, que os nódulos têm gênese multifatorial, envolvendo fatores anatômicos predisponentes, personalidade e comportamento vocal inadequado, pelo que deve a mesma ser considerada em toda a sua extensão. No caso, trata-se de uma lesão de massa,

geralmente bilateral, de aparência simétrica ou não, de relevo edematoso ou puntiforme, típica de fonotrauma. O tratamento dos nódulos é fonoterápico, com indicação cirúrgica quando existe dúvida diagnóstica com relação a cisto vocal. Os pólipos são inflamações geralmente unilaterais decorrentes de traumas em camadas mais profundas da lâmina própria, de aparência vascularizada, cuja origem pode ser fonatória, por uso inadequado ou abusivo da voz, ou pela ação de agentes irritativos, tais como tabagismo ou alergias, infecções agudas, etc, sendo os mesmos sujeitos a tratamento cirúrgico. Já os edemas de prega vocal que se relacionam com o uso da voz, normalmente são localizados e agudos, enquanto os generalizados e bilaterais, ou edemas de Reinke, são encontrados em pessoas expostas a fatores irritantes externos, especialmente o tabagismo e o etilismo, bem assim ao uso excessivo e abusivo da voz. Os edemas podem ser tratados com medicamentos e fonoterapia e, quando muito volumosos, necessitam remoção cirúrgica, seguida de reabilitação fonoaudiológica (Behlau et al. 1997; Penteado & Pereira, 1999).

A segunda história clínica contida no diagrama de significações sobre o agravamento do distúrbio vocal, por uso profissional da voz em professores, é de uma paciente do sexo feminino, 32 anos, professora de inglês, com carga horária diária de 12 horas. De início foi diagnosticado um cisto intracordal, que apareceu logo após o aumento da carga horária de trabalho. Submetida a tratamento fonoterápico, abandonou-o pós melhora na produção vocal, revelada pela ausência da rouquidão. Atualmente está assintomática, mas ainda apresenta a lesão cística nas pregas vocais.

Os cistos de cordas vocais, algumas vezes confundidos com os nódulos, localizam-se basicamente, na camada superficial da lâmina própria, e ocasionalmente, apresentam uma abertura para o lúmen laríngeo, e/ou se inserem

no ligamento vocal. Geralmente são unilaterais, mas podem causar lesão na prega vocal contralateral, devido ao contato. São massas preenchidas por fluido. As estruturas vibrantes são geralmente assimétricas. O fechamento glótico é, muitas vezes, impedido. A massa e a rigidez aumentam. As propriedades mecânicas das camadas de transição e do corpo da prega vocal, de um modo geral, não são afetadas (Colton & Casper, 1996; Tsuji & Yokochi, 1998). Há, quase sempre indicação de fonoterapia, como forma inicial de tratamento, se houver melhora na produção vocal, é mantida a fonoterapia, e quando não há melhora nessa produção, é feita a indicação cirúrgica, com retorno à fonoterapia.

Comparando-se a história clínica desta paciente, que apresenta cisto intracordal, tem-se a revisão de 96 pacientes com diagnóstico final de cisto de prega vocal. Steffen et al. (1995) referem que os cistos corresponderam a 3% das queixas otorrinolaringológicas, no período de janeiro de 1991 a abril de 1994, das quais 70 ou 73% foram em mulheres e 26 ou 27% em homens, com idade variando de 6 a 66 anos de idade, com prevalência na faixa dos 31 aos 40 anos. Não raro, esses cistos se localizam no terço médio da prega vocal, logo abaixo do epitélio superficial, ou seja, na camada superficial da lâmina própria e também no ligamento vocal. Como sintoma clássico, apresentam, a disfonia, caracterizada por rouquidão, com frequência fundamental grave e voz diplofônica. Com relação ao tratamento, somente 38 pacientes ou 40% foram submetidos à microcirurgia, sendo que os demais optaram por tratamento conservador ou operaram em outro lugar. É oportuno ressaltar que, embora houvesse indicação de tratamento fonoterápico pós operatório para todos, somente 22, dos 38 casos, ou 58%, o fizeram.

Através do relato da história clínica desses profissionais do magistério, é possível dizer que muitos professores afastados por doenças do aparelho

respiratório, ou por apresentarem uma disfonia, retornam da licença e continuam com os mesmos comportamentos e hábitos, colocando em risco, mais uma vez, a sua saúde vocal, e favorecendo a recidiva ou agravamento do problema inicialmente apresentado, o que está de acordo com Penteado & Pereira (1999).

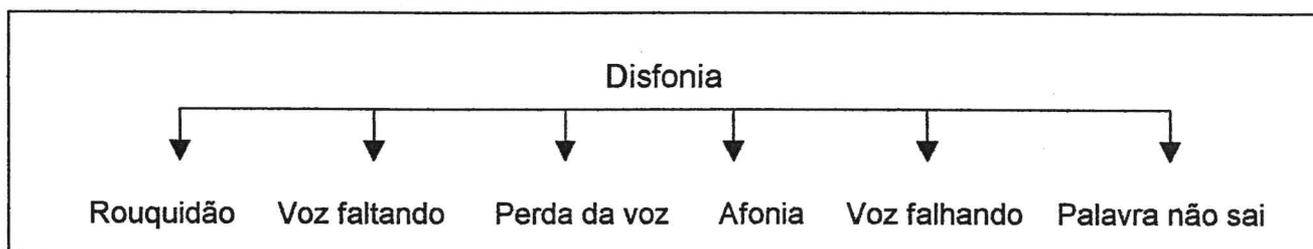
A disfonia do professor é um problema profissional e social, sendo considerada também, uma doença do trabalho, na maior parte do mundo. No Brasil, a voz é desconsiderada como instrumento de trabalho, apesar de suas relações com as doenças do aparelho respiratório e por possuir elementos agravantes, determinantes e predisponentes, em se tratando de condições de trabalho. Sabe-se que o professor utiliza a voz como recurso e instrumento de trabalho dependendo, em parte, da voz e da fala para o sucesso de sua ocupação; por isso mesmo as questões da voz do professor devem ser encaradas como de voz profissional, até porque alterações na qualidade vocal afetam negativamente seu desempenho ocupacional, interferindo na capacidade de ensinar com eficiência, chegando a ponto de causar falhas na atividade docente (Penteado & Pereira, 1999).

O ambiente de trabalho do professor envolve relações sociais com outros trabalhadores da escola, alunos, pais, familiares, profissionais de saúde e demais membros da comunidade, abrangendo habilidades de relacionamento, responsabilidades, compromissos, conflitos e tensões que contribuem para deixá-lo mais suscetível ao estresse. A esses fatores se aliam: questões trabalhistas e salariais, interesses "transversais" da instituição escolar, acúmulo de atividades com trabalhos extra-classe, mudanças de enfoque pedagógico e diretrizes educacionais, atualização constante e revisão didático-metodológica, introdução de novos recursos tecnológicos, sendo que ainda existem escolas que funcionam em construções adaptadas, mal planejadas e distribuídas, salas de aula com umidade, problemas de

infiltração, poeira, pouca iluminação, mal ventiladas, próximos de avenidas de trânsito intenso e ruidoso, ou voltadas para ruas de terra sem asfalto, empoeiradas, ou até mesmo fazendo vizinhança com fábricas, oficinas, com alto nível de ruído externo, número excessivo de alunos, falta de recursos materiais, ou recursos mal adaptados às necessidades didáticas do aluno ou do próprio professor. De tal modo, todos estes aspectos, conseqüentemente, contribuem para as condições de mau uso e abuso vocal, deixando o profissional cada vez mais propenso ao desenvolvimento de uma disfonia. Tais situações de estresse ocupacional têm sido apontadas, em todas as partes do mundo, como fator causal de mortalidade, morbidade e ruptura na saúde mental e bem-estar dos trabalhadores do magistério (Penteado & Pereira, 1999).

De acordo com a visão dos usuários sobre o distúrbio vocal, é apresentada, a seguir, uma rede de significações do campo investigado:

#### **Rede de Significações 01: Distúrbio vocal:**



- **Sentimento e resolutividade do tratamento:**

O tratamento das disfonias pode ser preventivo, clínico, medicamentoso, fonoterápico, psicoterápico e cirúrgico, dependendo da indicação de cada caso individual (Pinho, 1998).

A avaliação inicial de qualquer paciente disfônico é feita pelo otorrino, e consiste em tornar a laringe examinada, clínica ou cirurgicamente normal, corrigindo sua forma e visando à melhor função, para então providenciar o encaminhamento desse paciente ao fonoaudiólogo, para que promova e faça restabelecer o uso pleno e duradouro de todo o potencial do aparelho fonador (Pinho, 1998).

Na reabilitação fonoaudiológica, é essencial compreender quais fatores estão envolvidos e como estes se inter-relacionam, para que se possa trabalhar com a manifestação apresentada nos quadros de disфонia (Anelli & Xavier, 1995). Ocorre que não se deve trabalhar apenas a nível laringo-mecânico, através de exercícios técnicos, pois a história psico-social produz influencia, diretamente, no diagnóstico e tratamento das disfonias e, portanto, merece igual atenção na terapia vocal (Pinho, 1993).

O objetivo da fonoterapia é propiciar a melhor voz possível, com mínimo esforço e máximo rendimento, o que nem sempre significa voz normal. É importante entender que cada patologia ou manifestação disfônica tem características únicas, solicitando, portanto, abordagem individual. A terapia busca uma maior qualidade, com resultados mais duradouros para alcançar maior resistência vocal, através de abordagens técnicas, fisiologicamente embasadas, de comprovada eficácia nos ajustes musculares e posturais dos órgãos envolvidos na fonação, com mudanças nos hábitos e atitudes vocais, para que se possa solucionar, ou pelo menos melhorar, os distúrbios vocais e laríngeos (Colton & Casper, 1996; Pinho, 1998; 2001).

A avaliação fonoaudiológica começa com uma anamnese detalhada, em que se procura identificar o comportamento vocal, as situações de abuso vocal, os fatores de fadiga, a variação dos parâmetros vocais, os possíveis agentes

prejudiciais à voz, como fumo, álcool, medicamentos etc, não sem considerar a influência dos fatores psicológicos e do estresse. Passa-se daí à avaliação dos parâmetros específicos da fonação, incluindo: altura, intensidade, qualidade vocal, ressonância, respiração e tempo de fonação; a tanto se segue a avaliação postural e da tensão músculo-esquelética, pois todos estes aspectos devem ser considerados na fonação (Pinho, 1998).

Ainda sobre a avaliação vocal, Colton & Casper (1996) reiteram que esta deve ser embasada na compreensão da anatomia laríngea e da fisiologia fonatória, e que os sinais e sintomas vocais, em combinação com informações derivadas de uma história clínica completa e da avaliação, devem ser compatíveis com o diagnóstico de encaminhamento. O processo terapêutico é realmente complexo, podendo o comportamento do paciente ser involuntariamente, fonte de obstáculo importante ao progresso.

Via de regra, as disfonias funcionais e orgânico-funcionais apresentam bom prognóstico, quando tratadas em fonoterapia, desde que exista adesão do paciente à terapia, conscientização dos mecanismos vocais deficientes utilizados e disposição do paciente para modificar seus mecanismos de emissão com algum tipo de deficiência (Pinho, 1993; 1998; 2001).

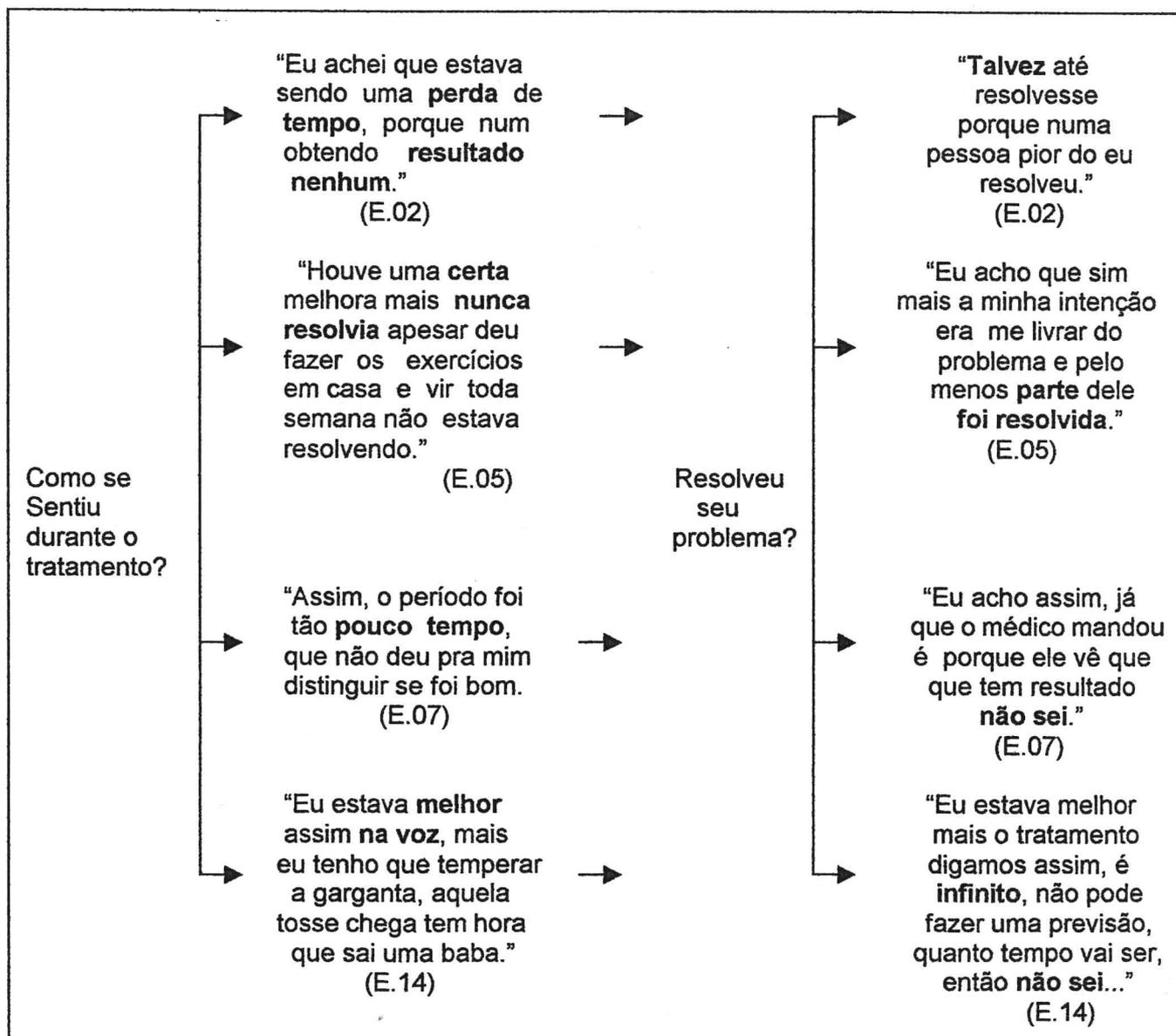
Em relação ao tratamento, é importante pesquisar o sentimento vivenciado pelo paciente no seu decorrer, até por conta de sua resolutividade, na tentativa de compreender as significações que explicam ou norteiam as atitudes, configuradas nas unidades de significação, extraídas das entrevistas.

Observa-se aqui uma ligação entre o sentimento experimentado durante o tratamento e a resolutividade despertada nos entrevistados, através de

respostas às seguintes perguntas: Como você se sentiu durante o tratamento? e Você acha que esse tratamento pode resolver o seu problema?

De início, são descritos os sentimentos e resolutividade negativos na terapia fonoaudiológica, através do diagrama de significações abaixo, onde a história clínica de cada caso apresentado pode ajudar a compreender os resultados alcançados na terapia.

**Diagrama de Significações 12: Significações sobre sentimento e resolutividade negativos no tratamento:**



Uma das pacientes, caracterizada no diagrama 12, apresenta uma disфонia com comprometimento neurológico, o que por si só, já representa um prognóstico reservado. As outras descrevem terem passado pouco tempo em tratamento e há também um comprometimento psicológico importante, em que o distúrbio vocal é apenas parte integrante de um distúrbio maior. De tal sorte, todos esses aspectos devem ser vistos como capazes de produzir influências na motivação, adesão e efetividade do tratamento.

Diante desses resultados, é oportuno ressaltar que o paciente, de um modo geral, chega ansioso ao tratamento, e traz uma história pessoal não apenas do problema vocal, mas também de problemas prévios, relacionamentos, educação, traquejo social, necessidades pessoais, cultura e contatos prévios com profissionais de saúde, que tanto podem moldar atitudes em relação à doença, como afetar a interação. Esse paciente pode ter, ainda, necessidade de apoio e orientação para entender o problema atual, pelo que será a junção de todos estes fatores, que irá modelar o comportamento e as respostas do paciente (Colton & Casper, 1996).

Os autores referem, também que os pacientes, com freqüência, indicam uma falta de entendimento, ou talvez um mau entendimento acerca do que possa ter causado o problema, ou das informações recebidas do médico, sendo possível, ainda, que tenha suas próprias idéias sobre a causa do problema, além de dificuldade para abandonar essas idéias, mesmo quando são insubstanciadas, podendo a inabilidade de fazê-lo comprometer o programa de tratamento.

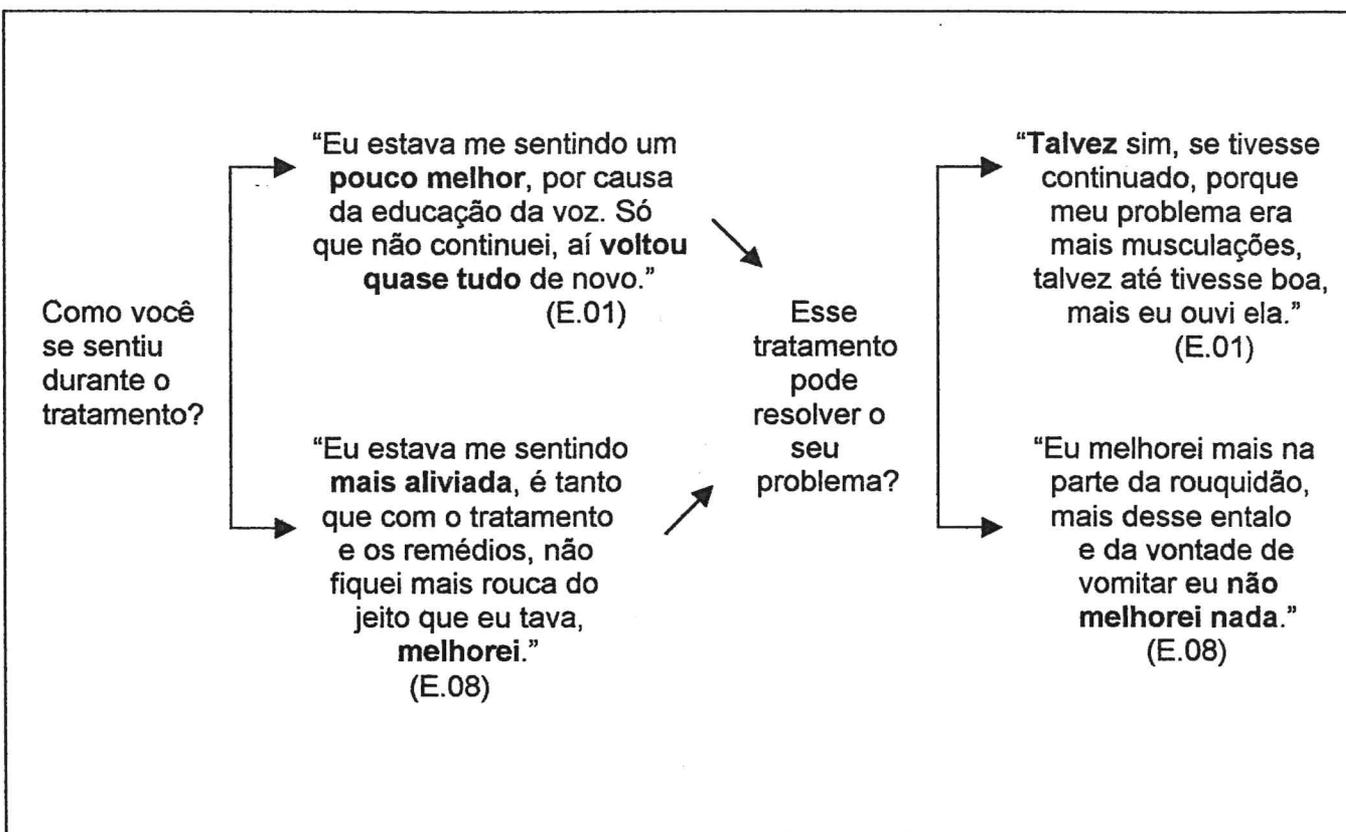
Sabe-se que o início de um problema vocal pode ser gradual ou súbito. Um problema de início súbito é, via de regra, mais perturbador, por dificultar o desempenho de atividades costumeiras como brincar, cantar, representar, vender, pregar, ensinar, fazer campanhas ou seja lá o que for, merecendo uma exploração

completa, tanto pelo laringologista como pelo fonoaudiólogo, cuja observação irá derivar para uma ocorrência estressante, episódios de laringite ou infecção respiratória alta e ainda outras manifestações clínicas, em consonância com o problema atual. Não obstante, a maioria das lesões laríngea se desenvolvê ao longo do tempo, da mesma forma que a maioria dos crescimentos laríngeos de diversos tipos, que afetam o comportamento vibratório das pregas vocais e o som da voz, aparece de forma gradual, com sintomas vocais variando ao longo de um período de semanas, meses, ou até mesmo anos. Não é raro que, aconteça, muitas vezes, episódios precoces de mudanças de voz durante apenas breves períodos de tempo, com um retorno ao que os pacientes descrevem como voz normal. Esses episódios podem aumentar em freqüência e duração, ao longo do tempo, sem que a voz retorne à normalidade. A disфонia de longa duração pode, comumente, existir por muito tempo, com o paciente jamais tendo sido particularmente perturbado pelo problema vocal, pois as pequenas mudanças graduais tendem a não ser percebidas, além do que as pessoas, inconscientes dessas mudanças secundárias, demonstram pouco ou nenhum interesse, até que uma mudança mais óbvia seja percebida por elas, por um amigo ou familiares. Desse modo, muitos distúrbios podem ser tolerados em um baixo nível de disfunção, durante extensos períodos de tempo, e assim, não é possível determinar por quanto tempo uma condição esteve presente, sendo importante lembrar, no entanto, que quanto mais cedo uma lesão for identificada, mais positivo será o prognóstico e menos traumático o tratamento (Boone & Mcfarlane, 1994; Colton & Casper, 1996).

Os distúrbios vocais podem exercer efeitos profundos sobre as pessoas, incluindo depressão, ansiedade, retração, embaraço e autoconsciência, influenciando também, outros aspectos da vida das pessoas. Esse

não desaparecimento dos sintomas logo no começo do tratamento. Esse fato está representado no diagrama de significações, a seguir exposto:

**Diagrama de Significações 13: Significações sobre melhora na sintomatologia e descrença na resolutividade do tratamento com a volta do distúrbio vocal:**



Muitos fatores entram na consideração de um prognóstico. Embora a terapia vocal exija a participação total do paciente, muitas vezes é difícil prever o seu resultado. Vem daí que nem todos os pacientes são candidatos apropriados a um tratamento clínico fonoaudiológico, até porque existem razões diferentes da natureza da patologia presente. É importante que, desde o início o paciente reconheça o problema, se assim o desejar, venha a se submeter a um programa terapêutico,

seguindo o que for indicado. Alguns consideram extremamente difícil abandonar hábitos abusivos, por força de estilos de vida, emprego ou fatores de personalidade. Isso acontece, também, porque, na maioria das vezes, não há entendimento sobre como, após falar muitos anos sem dificuldade, podem agora estar falando de modo inadequado, pelo que, ainda precisam assumir uma responsabilidade sobre a realização de técnicas de apoio e nos resultados da terapia (Colton & Casper, 1996).

É assim que os autores recomendam, como forma de determinar se um paciente é candidato apropriado à fonoterapia, a deliberação acerca dos seguintes fatores:

- reconhecimento do problema por parte do paciente;
- desejo de seguir o plano terapêutico;
- disposição em abandonar hábitos abusivos e alterar ou eliminar algum uso da voz;
- estudo da existência de problemas psicológicos, em consonância com o problema vocal;
- verificação quanto à suscetibilidade do distúrbio vocal às mudanças, através de uma abordagem de terapia vocal;
- reconhecimento das limitações da terapia vocal;
- abordagem do paciente, de forma completa, incluindo sua condição laríngea e estado geral de saúde;
- estabelecimento de um bom nível de entrosamento na relação terapeuta/paciente.

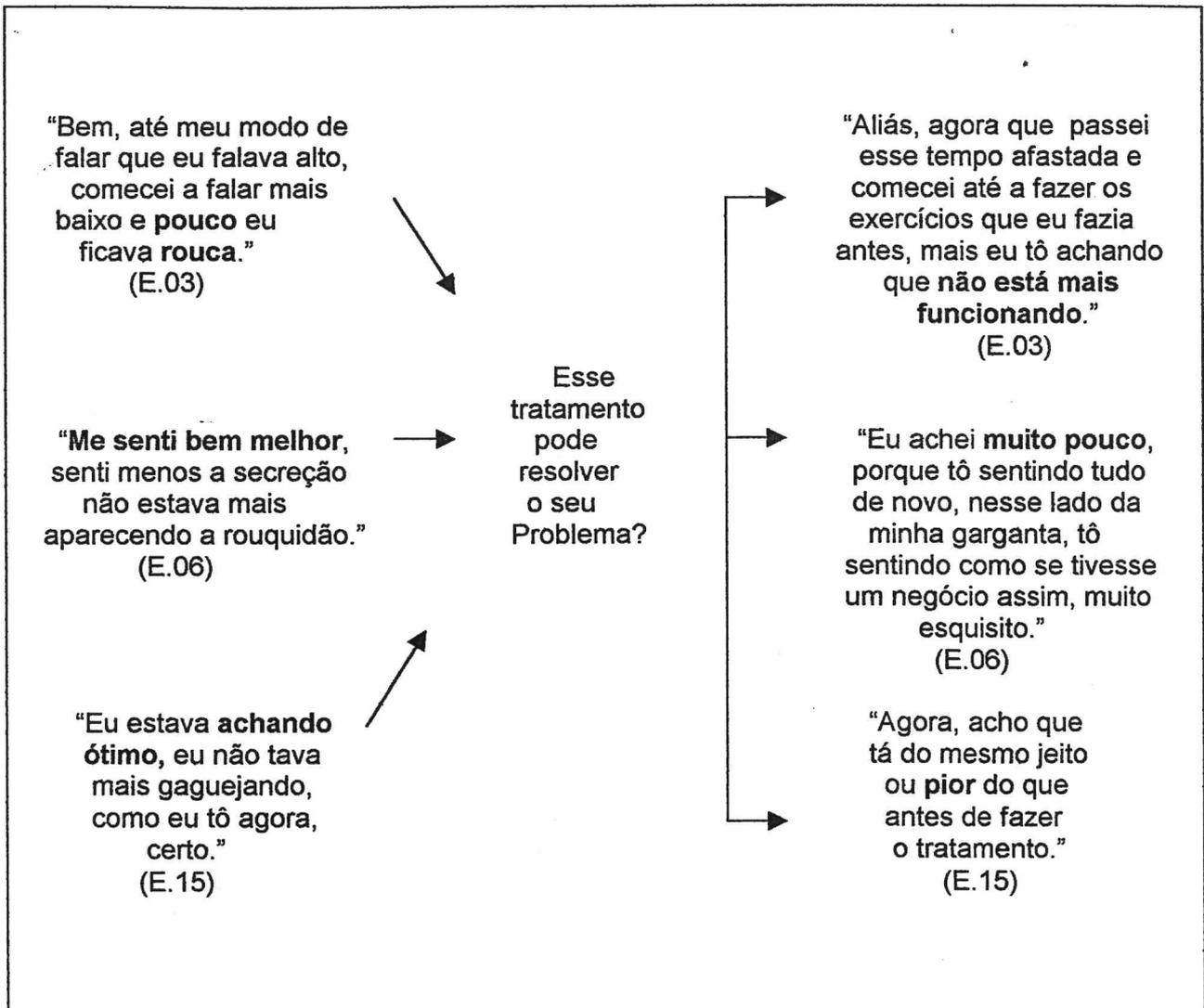
Com base na análise desses fatores, chega-se à conclusão de que muitos dos pacientes encaminhados à fonoterapia, na verdade apresentam muitas reservas com relação aos resultados que possam ser alcançados no tratamento, e

por consequência, apresentam uma melhora que, mesmo sendo percebida, não chega a influenciar no empenho dos mesmos para a consecução das mudanças necessárias e recomendadas na terapia.

Apesar da análise veiculada anteriormente sobre candidato apropriado à fonoterapia, esta é quase sempre a modalidade de tratamento de escolha para distúrbios vocais, originados de comportamentos com identificação de mau uso ou abuso do mecanismo laríngeo. A terapia, no caso, deve se voltar para a eliminação desses comportamentos abusivos, o que, por si só, já requer uma mudança de hábitos de produção vocal. É bem possível ser necessário, também, alterar o modo como a voz é produzida e ainda o modo como é usada. Essas mudanças que precisam ser feitas, podem ser impostas pelo processo de terapia, ao invés de serem limitações causadas pelo próprio problema, o que pode ser difícil para as pessoas, em termos de aceitação (Colton & Casper, 1996).

Dando continuidade à apresentação dos significados dos discursos, temos representado a seguir, a descrença na resolutividade do tratamento, com a volta do distúrbio vocal.

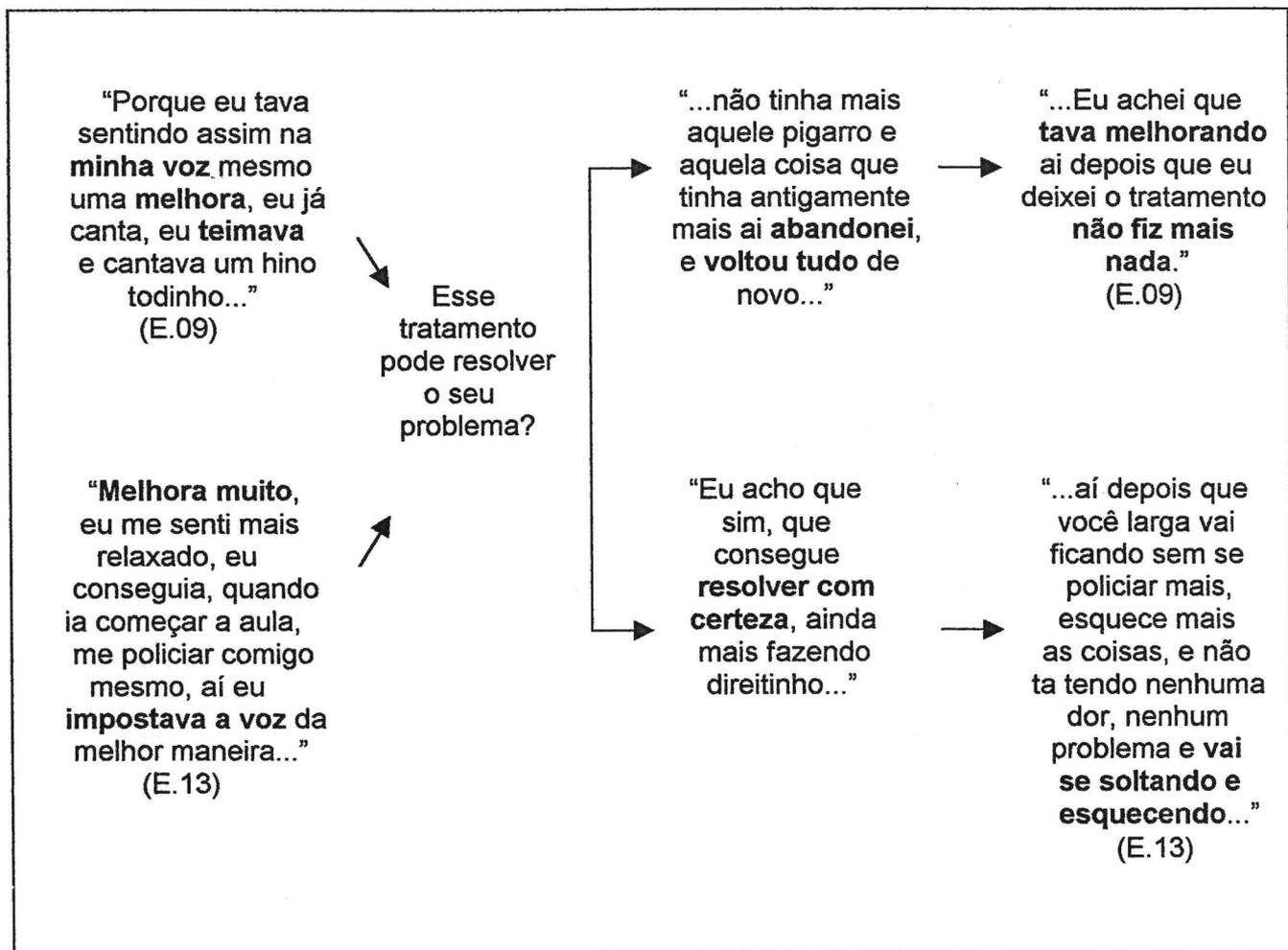
**Diagrama de Significações 14: Significações sobre a descrença na resolutividade do tratamento, com a volta do distúrbio vocal:**



Essa descrença, não raro, é influenciada pela falta de conscientização dos mecanismos vocais inadequados, pelo abandono das técnicas utilizadas no tratamento e dos novos padrões aprendidos, contemplando uma fala com menor esforço e uma real disposição na mudança de hábitos e padrões, que até então nunca tinham sido questionados. Pode-se constatar, ademais, através do diagrama

a seguir, o momento em que ocorre um desligamento progressivo das técnicas e recomendações, após o abandono do tratamento.

**Diagrama de Significações 15: Significações sobre sentimento e resolutividade com o abandono do tratamento:**



As causas originais dos problemas vocais nem sempre podem ser identificadas, pelo que determinar porque eles continuam ou se mantêm, é, muitas vezes, uma questão complexa. É até provável que a causa original já tenha passado há muito tempo e que as pessoas estejam a falar, hoje, do modo como falavam

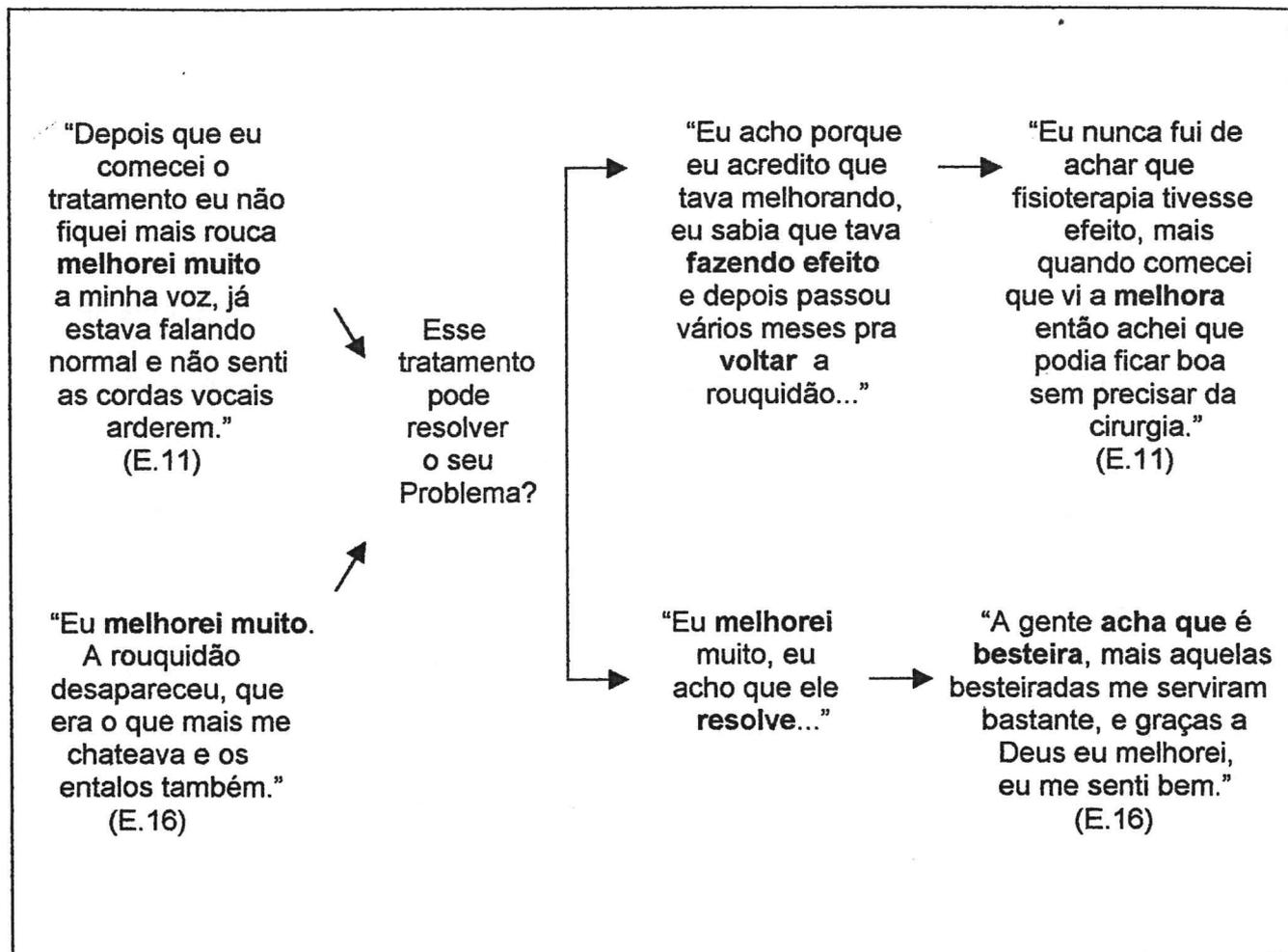
ontem, em junção do resultado de comportamentos motores em que prevalece o automatismo. Quer parecer, então, que a produção da voz imprópria, rapidamente torna-se automática e involuntária, muitas vezes sendo difícil superá-la. Por conta disso, freqüentemente se verifica uma tentativa direta de modificação do sintoma vocal, sendo justificada a orientação complementar fornecida sobre higiene e impostação vocal (Boone & Mcfarlane, 1994).

Ainda segundo Pinho (1998), a terapia deve incluir a modificação da causa primária, além do tratamento dos sintomas, para que haja uma produção vocal mais facilitada. Desse modo, a efetividade do tratamento vai depender, diretamente, do grau de comprometimento orgânico do mecanismo laríngeo e do grau de motivação do paciente.

A fonoterapia é um tratamento considerado longo, que exige muita dedicação do paciente que, via de regra não admite a idéia de conexão entre os comportamentos vocais e o seu problema particular.

Algumas pessoas, no entanto, apesar de terem abandonado o tratamento, referem uma melhora significativa dos sintomas e o alcance de uma boa produção vocal, o que acaba reforçando a idéia de positividade da terapia, como retratado nos diagramas 16 e 17, a seguir.

**Diagrama de Significações 16: Significações sobre sentimento e resolatividade positivos no tratamento:**



Estudo realizado sobre o acompanhamento pós-alta a pacientes submetidos à fonoterapia por disfonia, confirma os bons resultados do tratamento; na opinião dos sujeitos entrevistados, esse foi considerado um dos recursos de maior eficiência na reabilitação da voz (Figueiredo & Campiotto, 1998).

Com relação a outro estudo sobre a disfonia em professores, Oyarzun et al. (1984) referem que os pacientes que compareceram a mais de 5 sessões, obtiveram bons resultados em mais de 95 %, normalizando sua voz e técnica vocal,

ou chegando a uma melhora parcial suficiente para um melhor desempenho profissional.

Diante das significações apresentadas, faz-se necessário avaliar o momento adequado para o término da terapia. Não custa lembrar que a redução do tamanho, extensão ou severidade da patologia da mucosa laríngea, ou ainda a obtenção de uma voz sem esforço nas disfonias fisiológicas, podem levar a uma voz normal. Como afirmam Colton & Casper (1996), certas lesões pequenas podem estar situadas de modo a exercer efeito mínimo sobre o fechamento glótico, ou sobre o comportamento vibratório da mucosa, deixando a voz perceptualmente não mudada. Esse pode ser o caso de um paciente que apresenta voz com sonoridade normal e extensão vocal completa, apesar da presença contínua de alguma alteração na mucosa. Certamente que esse é um candidato à alta da terapia vocal, por experimentar plena resolução e eliminação de sinais de patologia, com retorno à boa voz.

No que diz respeito aos critérios de análise para o término da terapia, as recomendações de Colton & Casper (1996), voltam-se para o seguinte:

Na prática clínica, há um grau de melhora que é considerado pelo clínico como apenas parcial, porém que é aceito pelo paciente como totalmente adequado. Isso pode ser uma forma de resistência à terapia, ou pode estar relacionado a questões econômicas na continuidade do tratamento, ou, ainda pode refletir a visão e a expectativa do paciente, de modo preciso. Há, também, muitas situações em que a restauração da voz normal não é uma meta realista. Desse modo, a aquisição de uma voz aceitável deve sinalizar o término da terapia.

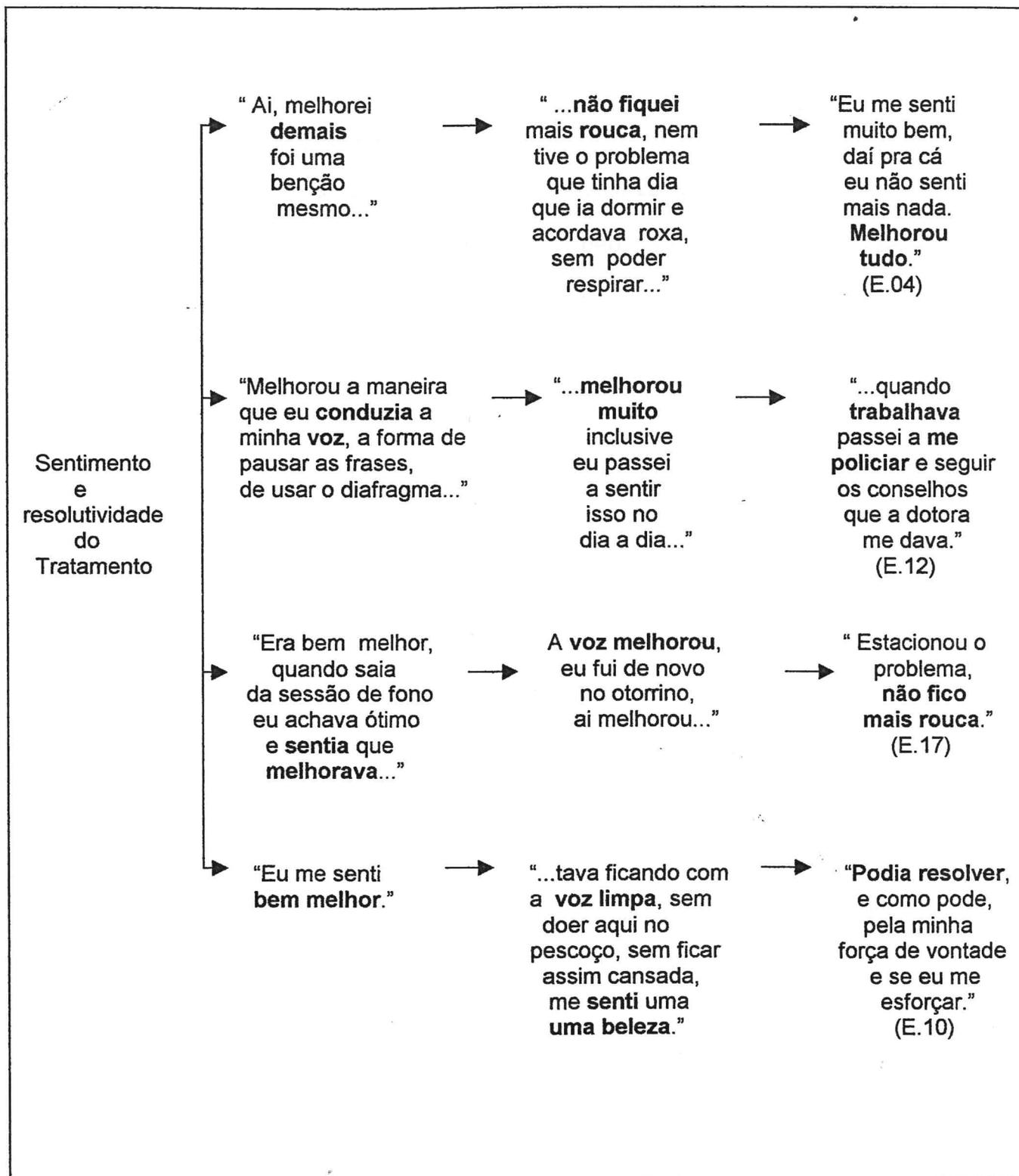
Outro aspecto que deve ser considerado para o término da terapia é a eliminação de sintomas físicos de dor, desconforto e fadiga associados à fonação,

quando estes constituem queixas principais, o que conseqüentemente provoca uma produção vocal melhor.

De igual forma, quando uma pessoa adotou, plenamente, os comportamentos vocais desejados e não mais se queixa de quaisquer dos problemas fonatórios iniciais que o levaram ao tratamento, a terapia deve ser terminada.

De acordo com os critérios de análise, aqui referenciados, é importante reavaliar o momento ideal de alta na terapia fonoaudiológica, principalmente levando em conta a opinião do paciente, principal interessado nos resultados alcançados.

**Diagrama de Significações 17: Significações sobre sentimento e resolutividade positivos, após o tratamento:**



A reavaliação do momento de alta da terapia, deve considerar que esse não é um processo de longa duração e que alguma melhora deve ser observada dentro de um mês ou dois após o seu início. Caso isso não aconteça, o caso deve ser revisto, completamente, pois todas as tentativas devem ser feitas no sentido de não aceitar a desculpa fácil de que o paciente está resistente ao tratamento, pelo que deixou de praticá-lo. O caso pode ser exatamente esse, mas cabe ao clínico explorar todas as outras possibilidades, que podem incluir um diagnóstico inicial errado, uma abordagem terapêutica inadequada, a presença de fatores psicológicos, fatores ambientais ou médicos ajudando a manter um problema que não foi identificado ou tratado, além da presença de uma condição que não responde à terapia vocal. As ações possíveis a serem tomadas incluem uma nova consulta com o médico, testes adicionais, reavaliação e alteração na abordagem de terapia, encaminhamento para consultas adicionais (neurologista, psicólogo etc). Após todas essas medidas apropriadas terem sido tomadas, é possível que a decisão de concluir a terapia seja viabilizada corretamente (Colton & Casper, 1996).

### **7.2.2. Causas de abandono do tratamento:**

O sucesso de um tratamento não depende apenas de um diagnóstico preciso e de uma terapêutica adequada, até porque muitos fatores envolvendo o paciente, familiares e o próprio profissional de saúde, podem contribuir para o fracasso ou sucesso de um tratamento. Esses fatores estão estreitamente interligados e têm significativa abrangência, tanto do ponto de vista biológico quanto com relação ao aspecto psicossocial, sendo eles capazes, inclusive, de determinar o

não cumprimento de um programa terapêutico (Vilela & Costa, 1998; Alonso et al., 1991).

Segundo Alonso et al. (1991:148), aderência é o “processo consciente de aceitar e seguir, com persistência, o tratamento proposto globalmente, visando ao restabelecimento ou manutenção do estado de saúde”. Nesse contexto comportamental e global de vida, é necessário, que haja uma conscientização individual, para que o paciente se sinta motivado a seguir o tratamento. Essa conscientização está intimamente relacionada ao grau de informação que o paciente incorpora sobre os riscos para sua saúde, uma vez que “o conceito de saúde de cada um é formado a partir de toda a sua vivência, sendo partícipes da sua constituição, a formação familiar, as relações de trabalho, as relações sociais, enfim toda a sua cultura” (Jardim et al., 1996:233).

De acordo com Helman (1994), para que o tratamento seja bem recebido pelos pacientes, este deve fazer sentido para os mesmos, segundo seus modelos explicativos. É importante existir, também, um consenso entre médico/paciente sobre o diagnóstico, a forma e o propósito do tratamento, para que este seja aceito; caso contrário, se houver sensações físicas desagradáveis, efeitos colaterais ou se o paciente não se sentir realmente doente, provavelmente não irá seguir o tratamento.

No campo investigado, o abandono do tratamento clínico fonoaudiológico, se apresenta sob diversas formas com os seguintes significados:

- dificuldade de conciliação entre trabalho e tratamento, principalmente em relação aos horários oferecidos para fonoterapia;
- dificuldades no transporte até a unidade de saúde, principalmente pela falta de condições financeiras;

- surgimento ou agravamento de distúrbios psicológicos;
- crises ou surgimento de doenças gerais associadas;
- fatores relacionados com o sujeito ou motivos pessoais;
- melhora no quadro do distúrbio vocal, com supressão dos sintomas.

- **Conciliação entre trabalho e tratamento:**

Breilh (1991:18, 23) tem razão quando insiste em dizer que “o social, o cultural e o econômico representam a fonte de origem das cadeias de causalidade que conduzem à saúde ou à doença, através de uma contradição dialética, porque são os mesmos fatores que, ao final, atuam para produzir uma ou outra, como a alimentação ou o trabalho, que são fatores de saúde ou de doença, segundo a forma em que atuem”. Citando V. Navarro acrescenta que “a única maneira de romper o subdesenvolvimento da saúde, no mundo, é terminar com a doença do subdesenvolvimento social”, pois as forças políticas, econômicas e sociais que determinam a estrutura de classes de uma sociedade, são as mesmas que determinam as desigualdades e os comportamentos sociais, os fenômenos de saúde-doença e o caráter e desempenho das profissões de saúde, dos serviços de saúde, assim como de todo os setores públicos, que são conduzidos pela lógica interna do sistema que rege a sociedade, e que no capitalismo gera uma distribuição desigual de poder e de recursos econômicos-sociais na população e no mundo, conseguindo, dessa forma, explicar o desenvolvimento de uns países e o subdesenvolvimento de outros.

O trabalho engloba a dimensão tecnológica, organizacional, o controle do processo de trabalho e a dimensão da construção dos sujeitos coletivos. O

processo de trabalho é, ao mesmo tempo, um processo técnico, social e econômico; os instrumentos de trabalho representam, por sua vez, o resultado de determinadas relações de classe e do desenvolvimento científico-tecnológico. O trabalho, em si, não é nocivo e perigoso. O que o torna passível de apresentar tais características é exatamente a forma pela qual ele é organizado pelo homem. Essa forma de organização considera a divisão técnica e social do trabalho, e repercute sobre a saúde mental do trabalhador, causando sofrimento psíquico, doenças físicas e mentais. Outros aspectos que, também, podem refletir essa forma de organização, são as condições do trabalho, as características físicas, químicas e biológicas do ambiente, ao exemplo de temperatura, vibrações, radiações, poeiras e ruídos, com repercussão sobre as condições físicas do trabalhador. O trabalho provoca, assim, um desgaste físico e psíquico, que não deriva apenas de processos naturais, enquanto a enfermidade não possui, apenas, uma dimensão biológica (Cohn & Marsiglia, 1993).

As autoras referem, ainda, que o capitalismo transformou a relação do homem com a natureza, e, conseqüentemente, o processo de desgaste e o perfil de morbidade e mortalidade dos diferentes grupos sociais e dos vários segmentos de trabalhadores. Ao longo da história da humanidade, são identificadas várias formas de organização do trabalho. No momento da cooperação simples, as principais fontes de desgaste dos trabalhadores são o esforço físico despendido na extensão da jornada de trabalho e no contato com algumas matérias-primas nocivas. Na manufatura, há a concentração de grupos de trabalhadores em poucas atividades, introduzindo a monotonia e a repetição, provocando uma ruptura entre a concepção e a execução do trabalho, com repercussão no equilíbrio psíquico, que é agravado pela exigência de maior concentração na mesma atividade, durante uma jornada de

trabalho prolongada. Ao tempo da maquinaria, há uma substituição da força humana pela impulsão mecânica, surgindo então, agora novos fatores de desgaste, com o predomínio de movimentos estereotipados e repetitivos, servindo de exemplo o trabalho por turnos rotativos, com implicações sobre o ciclo circadiano (transtornos gastro-intestinais, sexuais, distúrbios do sono etc), e sobre a vida social e familiar do trabalhador. Tem igual importância, o aumento dos riscos físico-químicos, provocando a fadiga física e mental dos trabalhadores. O mesmo ocorre, de forma até mais veemente, com a automação, ao ser introduzido o controle computadorizado no processo de trabalho, o que implica na sua mobilidade, associada à monotonia e à exigência de grande concentração, gerando situações de grande tensão. Via de consequência, a redução da exigência de esforço físico vem acompanhada de significativo desgaste psíquico, traduzido em sintomatologias de fadiga, estresse e demais patologias psicossomáticas e nervosas.

Ao lado disso, vive-se uma crise mundial com a aceleração da produção industrializada, sustentada pela transformação do conhecimento científico em tecnologia, com o respaldo da informática, servindo à globalização da economia e provocando mudanças substanciais no viver dos homens, de forma individual e coletiva. Essa situação pode se ver traduzida na deterioração da qualidade de vida, no empobrecimento das relações humanas, na burocratização excessiva, na concentração do poder econômico e político e na violência, sob múltiplas formas (Dias, 1995).

A mesma autora refere que a saúde do trabalhador apresenta dimensões sociais, políticas, técnicas, biológicas e subjetivas indissociáveis. Sendo indiscutível o papel e a importância dos riscos gerados pelos processos de trabalho particulares, envolvendo: poeiras, substâncias químicas tóxicas, vibração, calor ou

frio excessivos, radiações, microrganismos, tensão, posturas de trabalho viciosas, movimentos repetitivos, além de monotonia, todos decorrentes de algum elemento relacionado à organização do trabalho, e que constituem danos à saúde dos trabalhadores, manifestados sob forma de sensação indefinida de desconforto e sofrimento, como acontece com as doenças profissionais clássicas e os acidentes de trabalho (Dias, 1995).

Na sociedade brasileira, como em diversas partes do mundo, as condições e a organização do trabalho, antes de serem uma ameaça à saúde do trabalhador, são uma ameaça de redução da oferta de oportunidade de trabalho e da sobrevivência imediata, pelo que a garantia de emprego, desse modo se sobrepõe às lutas por melhores condições de vida e trabalho (Cohn & Marsiglia, 1993).

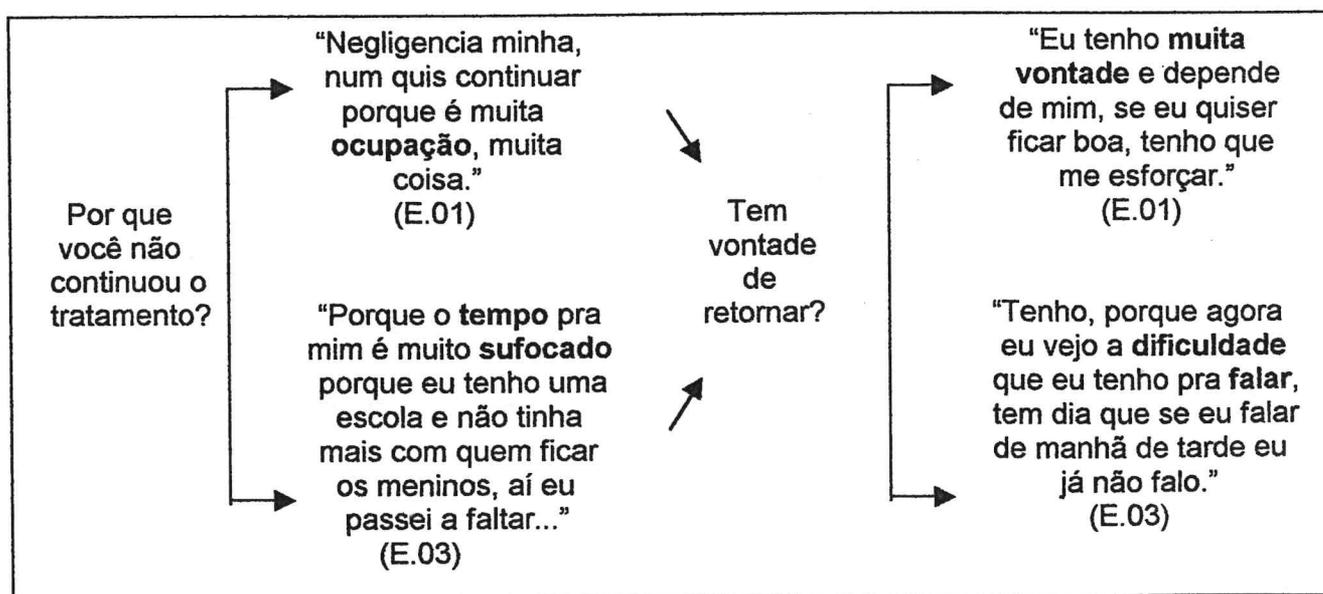
Não se pode deixar de lembrar, no entanto, que, no Brasil, a lista de doenças ocupacionais é aberta, e dela não consta a disfonia. Por outro lado, a disfonia, possui um caráter multifatorial, podendo ser decorrente do uso da voz, de forma profissional, sob certas condições provenientes do ambiente de trabalho. Penteado & Pereira (1999) referem que deve haver uma hierarquia no reconhecimento das condições ambientais, para que se possa entender a disfonia como uma doença do trabalho que compromete a comunicação e o uso profissional da voz, com conseqüências negativas no desempenho profissional e na qualidade de vida. Por ser assim, a atual legislação de saúde do trabalhador deveria ser revista, a fim de amparar, com maior objetividade, as questões de saúde e trabalho, até porque as patologias vocais, causadoras de perda ou redução, de forma permanente ou temporária, com incapacidade da voz, para uso profissional,

precisam ser perfeitamente enquadradas nas definições legais de doenças do trabalho.

Na presente investigação, quando se procurou resgatar os fatores associados ao abandono do tratamento, foi feita uma indagação: - Porque você não continuou o tratamento de fonoaudiologia? Através do discurso dos entrevistados, tornou-se possível o resgate do universo simbólico e das significações associadas ao abandono do tratamento, onde aparecem, como principais fatores, os relacionados à dificuldade de conciliação entre trabalho e tratamento.

No Chile, Méndez et al. (1996), em estudo sobre o consumo de drogas e álcool, também apontam como uma das causas de abandono do tratamento, os fatores relacionados ao ambiente, com a dificuldade de conciliação entre trabalho e tratamento. Vêm, em seguida, os que guardam relação com o sujeito: falta de vontade ou motivação, falta de consciência do problema, além de outros relacionados ao tratamento: percepção do tratamento como pouco efetivo, e problemas na recepção da unidade de saúde.

### Diagrama de significações 18: Significações sobre o abandono do tratamento por excesso de trabalho:



No diagrama de significações 18, tem-se o relato de mulheres, refletindo a realidade das entrevistadas, o que remete a uma reflexão sobre as questões de gênero e quanto ao papel da mulher na sociedade. É importante considerar que elas precisam dividir seu tempo entre os papéis familiares de dona de casa, esposa, mãe e filha e o papel de profissional, onde ora o lado familiar, ora o lado profissional, ou ambos, acarretam desgaste, pela exigência de uma dedicação constante (Penteado & Pereira, 1999).

Tais aspectos são reforçados no discurso das mulheres entrevistadas:

*“Eu trabalho no comércio, em casa mesmo, ai é só muita **ocupação, muita coisa...** por causa das dificuldades, e é **muita luta** pra mim. Era assim... que você sabe né, de manhã tem que ajeitar almoço, pra menino ir pro colégio... e eu faço extra , eu faço merenda, pros alunos que tem um colégio lá. Ai minha filha eu desisti...” (E.01)*

*“Eu acordo cinco horas da manhã, vou pra padaria, quando chego fico despachando no comércio até onze e meia doze horas... a tarde eu inendo outras coisas, faço bolo, quando não é vou costurar... e agora que meu esposo morreu eu **tenho que fazer de tudo**, porque eu fiquei com as duas responsabilidades, então eu tô **trabalhando mais ainda** e eu estou me sentindo muito cansada, porque os filhos da gente acha que, porque a gente é pioneira tem que dar conta de tudo...” (E.09)*

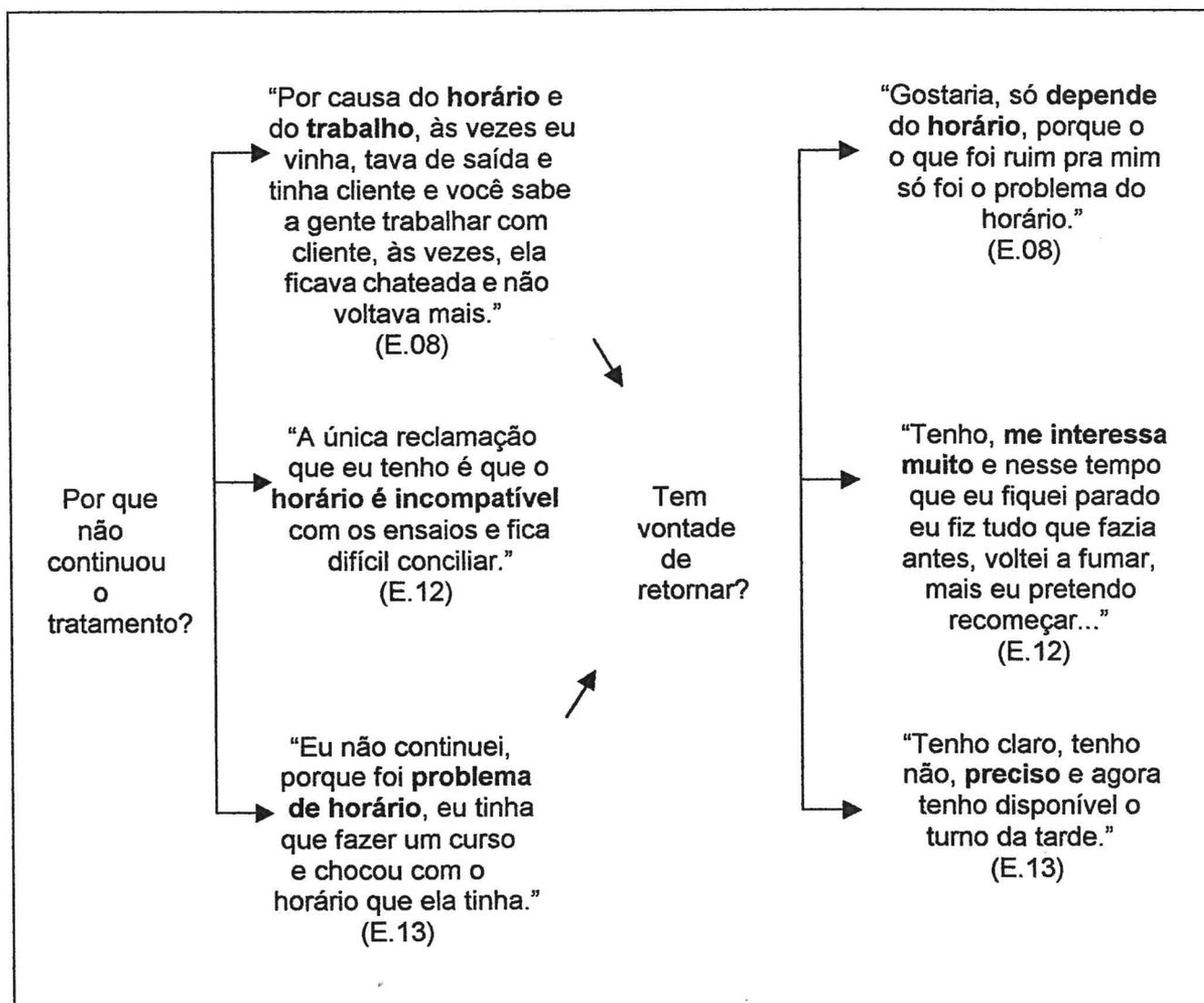
Ehara et al. (1995), em uma análise dos aspectos levantados por pacientes disfônicos, em grupos de orientação, relatam que alguns deles referiram que somente lhes restava tempo para o trabalho:

*“Não tenho diversão nenhuma, a **minha vida é trabalhar** e ficar em casa”.*

*“Eu trabalho até nos sábados, domingos e feriados, não tenho tempo para nada, a **minha vida é trabalhar**, tenho que sustentar a casa”.*

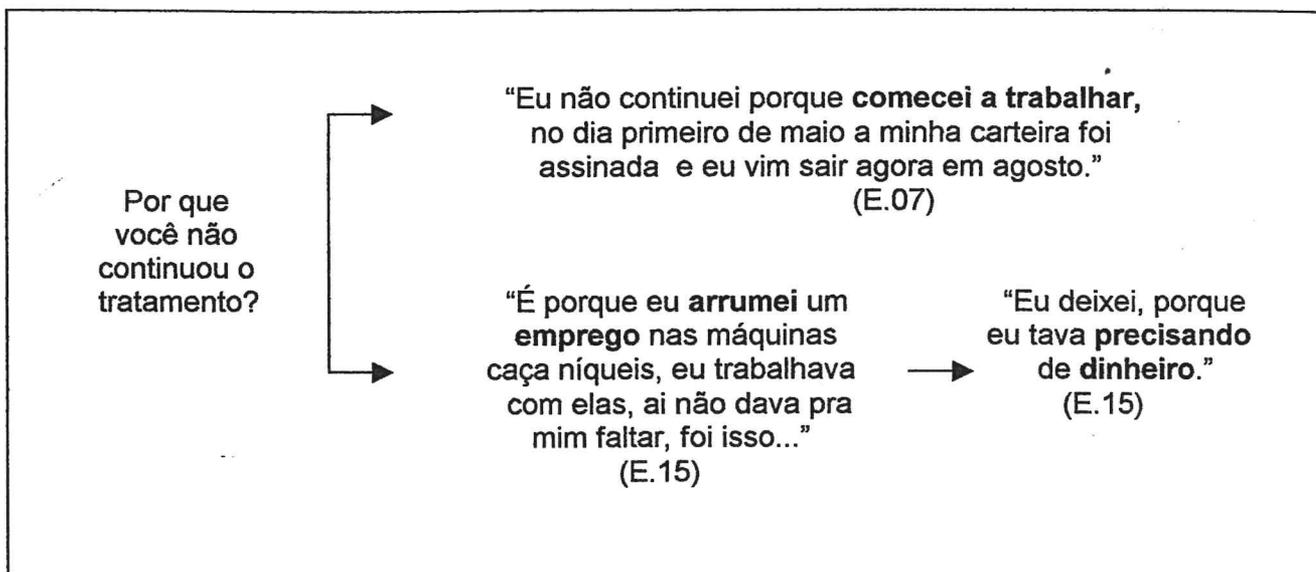
Infere-se do exposto, que esses pacientes trabalham excessivamente, não lhes restando tempo ou disposição para que possam prestar uma atenção maior a si mesmos, incluindo-se nisso, perceber e cuidar da própria voz. A mesma situação é retratada, neste estudo, através dos diagramas 18 e 19.

**Diagrama de Significação 19: Significações sobre a dificuldade de conciliação entre o trabalho e o horário de tratamento:**



Em estudo com pacientes disfônicos que faziam tratamento de saúde mental, Carvajal et al. (1996) observaram, como fatores associados ao abandono do tratamento, a dificuldade em comparecer aos controles da terapia, por conta das condições de trabalho. Nesse contexto estão inclusas tanto as restrições por parte do empregador, relacionadas com as ausências, como o senso de excessiva responsabilidade e dever que influencia os pacientes a não abandonarem suas atividades. Ressalte-se por oportuno, que os tratamentos ambulatoriais de psicoterapia individual são considerados prolongados, muito embora, no caso em estudo, requeiram um seguimento mínimo de apenas seis meses, com uma frequência de atenção mensal, o que não deveria interferir, de maneira tão significativa, em sua atividade de trabalho. Complementam os autores dizendo que os pacientes que abandonaram o tratamento de saúde mental foram caracterizados por levarem maior tempo na procura inicial do serviço, em relação ao resto dos pacientes, e que as variáveis diretamente relacionadas ao uso da voz, como os anos de exercício da profissão e a duração da jornada de trabalho, não tiveram incidência na evolução do tratamento.

**Diagrama de Significação 20: Significações sobre o abandono do tratamento por começar a trabalhar:**



Oyarzun et al. (1984), em estudo sobre a disfonia em professores, apontam como motivos para o abandono do tratamento, as razões econômicas, os inconvenientes das licenças médicas e problemas de conciliação do tratamento com o trabalho. Esses aspectos podem adquirir melhor significação através da fala de um dos entrevistados, como a seguir está relatado:

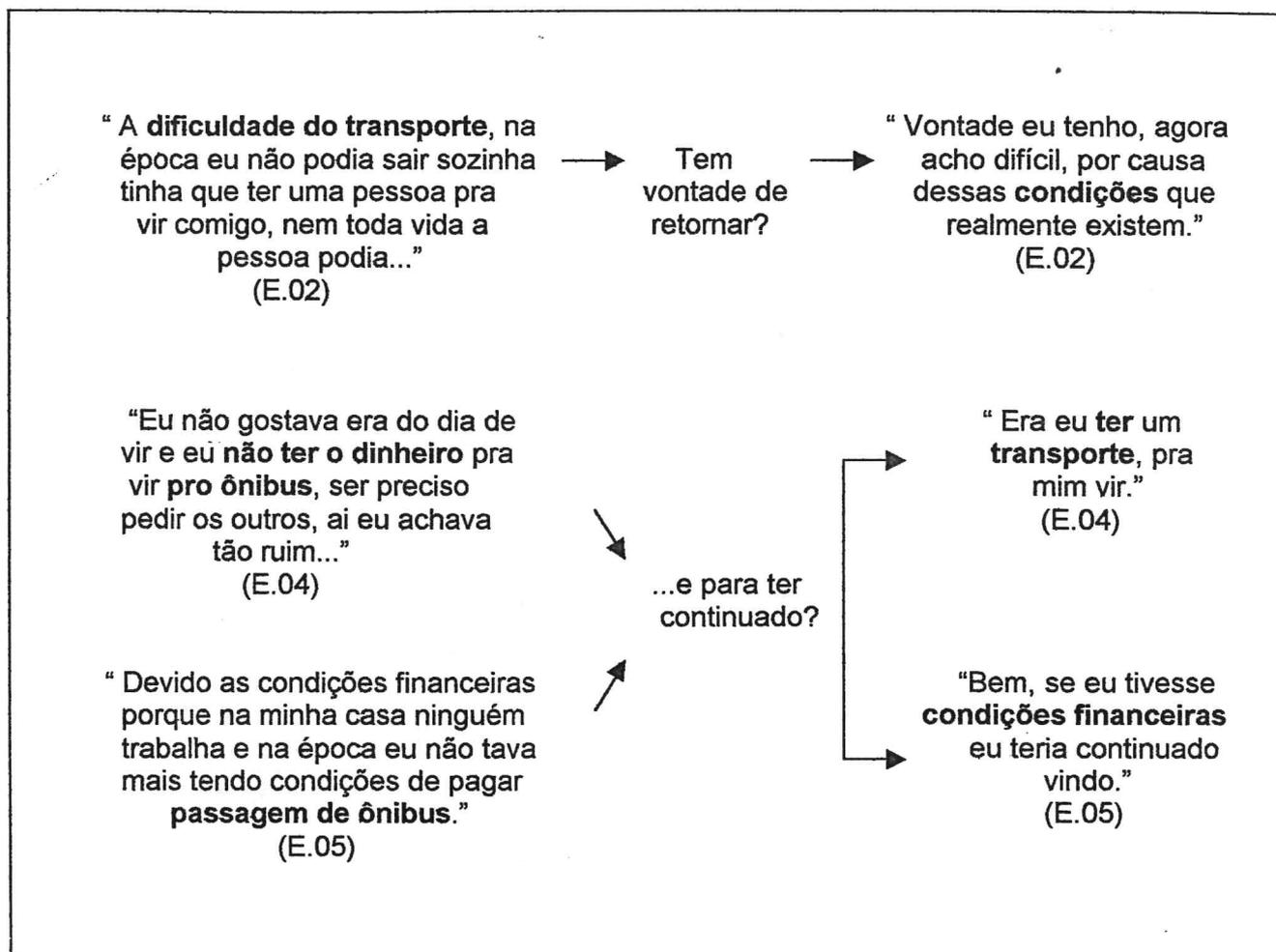
*“...Se a pessoa está fazendo um tratamento e ela esta se sentindo bem, ela não vai desistir, ela vai querer ter um ponto final, olha você está totalmente curada, não tem mais problema nenhum, mais tem as pessoas que é porque não tem dinheiro, outras, você sabe, é porque precisam trabalhar, aí as vezes, é **claro que é importante, mas também ela tá precisando trabalhar**, ai já tem dificuldade, como você sabe que muitas vezes não tem um real pra pagar a passagem e é assim...” (E.07)*

- **Dificuldade no transporte e condição financeira:**

Em relação ao nível sócio-econômico e cultural, os diversos estudos são unânimes em afirmar que a aderência terapêutica é significativamente superior nas camadas mais favorecidas econômica e culturalmente. Os pacientes submetidos a condições ambientais adversas e precárias, constituem um grupo de risco com relação à baixa aderência, por pertencerem a classes sociais mais baixas, terem dificuldades financeiras, estarem fora do mercado de trabalho, ganharem pouco, face ao alto índice de analfabetismo ou baixa escolaridade, não disporem de informações sobre a doença, e por se encontrarem mais propensos a contrair doenças, etc, o que dificulta a adaptação pessoal e familiar ao período do tratamento (Vilela & Costa, 1998; Araújo et al., 1998; Costa et al., 1998; Pessoa et al., 1996; Morales et al., 1993; Alonso et al., 1991; Botega et al., 1988).

As dificuldades em relação ao transporte, aliadas à condição financeira, também constituíram causa de abandono do tratamento na realidade desses entrevistados, como é possível verificar através do diagrama a seguir:

**Diagrama de Significações 21: Significações sobre o abandono do tratamento por dificuldades financeiras representada pela dificuldade de transporte:**



O que foi relatado no diagrama anterior, reflete as condições socioeconômicas de grande parte da população atual, principalmente a atendida através de instituições públicas de saúde, como consequência direta da patologia relacionada à questão. Esse é o caso de uma paciente que apresentava um distúrbio neurológico associada à disfonia, com mostra da dependência por dificuldade de locomoção. Outra paciente, em questão, apresentava dificuldades financeiras, por dependência dessa natureza do marido e pelo desemprego dos demais membros da família.

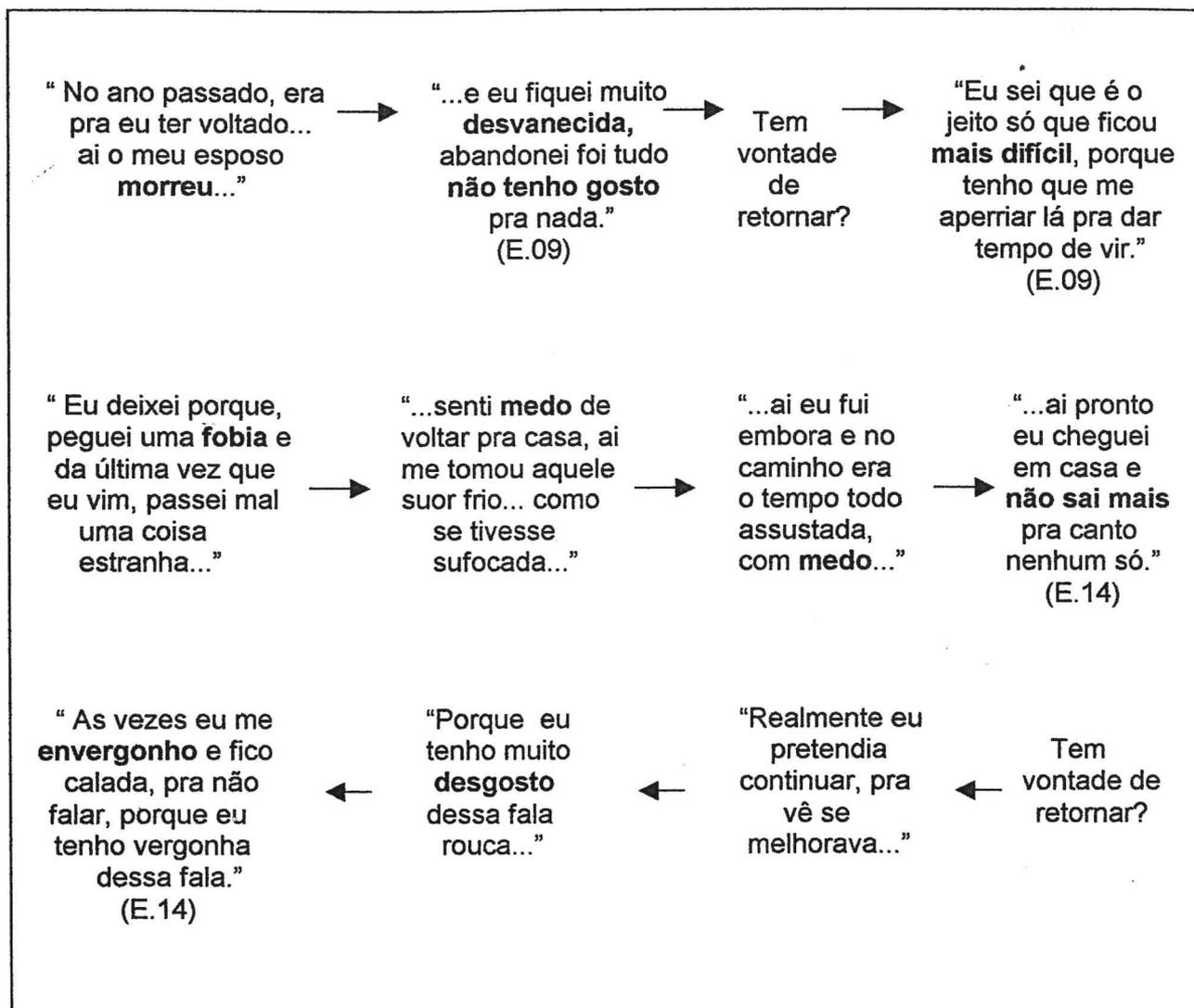
Em estudos procedidos sobre as causas de abandono do tratamento, Chen et al. (2000) revelam que 43,5% dos pacientes submetidos à radioterapia em Taiwan, abandonaram o tratamento devido, aos seus efeitos colaterais. O mesmo aconteceu com 20,7%, por terem dúvida quanto ao diagnóstico e efetividade do tratamento; 18,1%, por recorrerem a algumas prescrições populares; 6,2%, por problemas sócio-econômicos; 5,4%, por falta de condições de transporte; 3,6%, por terem trocado a radioterapia por uma administração paliativa; e 2,5%, por questões familiares que acabaram por interferir no abandono do tratamento.

- **Problemas Psicológicos:**

Através da análise dos significados nesta pesquisa, foram encontrados em associação ao abandono do tratamento clínico fonoaudiológico, fatores psicológicos emergentes na história dissertativa dos entrevistados, como é o caso do abandono do tratamento vinculado a uma crise depressiva, desencadeada após a perda do esposo, seguida de um primeiro momento de letargia, citada pela entrevistada como um estado em que se encontrou “desvanecida”, abandonando todas as atividades de cuidados com a saúde e formas de lazer.

Já em outra composição histórica descrita, foi constatado um quadro psicológico, que, de acordo com o que foi explicitado pela entrevistada, pode ser caracterizado como uma “síndrome do pânico”, em que se configura uma associação ao medo, sensação de perseguição, sudorese, calafrios, sensação de sufocamento, medo de ficar só ou de se locomover sozinha, gerando uma dependência da companhia de outras pessoas. Essas composições históricas ganham significado no diagrama 22, tal como a seguir se apresenta:

**Diagrama de Significações 22: Significações sobre o abandono do tratamento por problemas psicológicos:**



Como se vê, essa descrição de significados está em consonância com Brunetto et al. (1990), dando conta de que cerca de 25% dos pacientes disfônicos apresentam um fator psicológico mal definido, que dificulta o diagnóstico e o tratamento. Esse fator é ainda responsável pelo abandono precoce da iniciativa terapêutica, e, também, pelas diversas tentativas de recomeço da terapia, haja vista que em muitos pacientes disfônicos, a patologia vocal representa apenas parte do

problema, existindo, por trás de tudo, um transtorno psíquico e sociocultural importante. Os autores ressaltam ainda, que estes pacientes apresentam uma evolução crônica de sua patologia, apesar de terem recebido atendimento várias vezes, por otorrinolaringologistas, e de, inclusive, já terem feito mais de uma cirurgia nas cordas vocais, e recebido diversos tratamentos fonoaudiológicos, ou realizado diversas tentativas de tratamento, obtendo uma melhora apenas parcial, sem que o seu problema vocal seja de todo solucionado.

Carvajal et al. (1996) reforçam, em estudo, essa premissa sobre a disфонia funcional, quando destacam, em relação aos resultados, que 26% dos pacientes da amostra receberam indicação específica de tratamento em saúde mental, sendo esse fator responsável pelo abandono do tratamento, após evidenciada uma melhora dos sintomas.

Em estudo sobre os fatores psíquicos e a aderência de pacientes diabéticos ao tratamento, Sousa et al. (1998) afirmam que as diferentes manifestações psicológicas podem favorecer um desequilíbrio emocional, causando prejuízos a uma adequada aderência ao tratamento, além de outras tantas manifestações psicológicas ou psicossociais negativas.

- **Doenças gerais associadas:**

Dentre os motivos citados pelos entrevistados como associados ao abandono do tratamento, aparecem os distúrbios alérgicos, traduzidos em crises asmáticas, que demandam internação hospitalar.

Esse aspecto do distúrbio vocal é reforçado por Behlau & Pontes (1995) quando apontam os distúrbios alérgicos como presentes em 25% dos

custo e duração do tratamento, vindo esse fato a favorecer o seu abandono por parte do paciente (Salazar et al., 1996).

- **Fatores relacionados com o sujeito:**

Os fatores relacionados com o sujeito incluem: motivação para o tratamento, vontade de recuperação, consciência da própria enfermidade, além de características da própria personalidade, que aparecem também, relacionados ao abandono do tratamento clínico fonoaudiológico (Méndez et al., 1996; Vilela & Costa, 1998).

**Diagrama de Significações 24: Significações sobre o abandono do tratamento por fatores relacionados ao sujeito:**

Por que você não continuou o tratamento?

→ “ Devido o negócio de... sabe a pessoa quer vir mais ai fica **servindo os outros** e a gente ficando pra trás...”

→ “...pra deixar um menino no colégio, pra olhar uma criança, você sabe que gente velho é pra essas coisas, e assim passava o tempo.”  
(E.10)

O que está descrito no diagrama anterior representa a realidade vivenciada por uma população que está crescendo no Brasil: a de indivíduos com idade superior a 65 anos. No decorrer do processo de desenvolvimento do ser

humano, muitas modificações são observadas a nível físico, psico-emocional e, conseqüentemente vocal (Feijó et al., 1998).

O período de máxima eficiência vocal encontra-se entre os 25 e os 40 anos de idade: as deteriorações da voz, por outro lado, dependem de cada indivíduo, da sua saúde física e psicológica, raça, hereditariedade, fatores sociais e ambientais, além da história de vida pregressa (Russo, 1997; Cassol & Behlau, 2000).

As manifestações orgânicas ou funcionais decorrentes do envelhecimento, geralmente vêm “acompanhadas de perturbações fisiológicas e biológicas indiscutíveis, podendo atingir o conjunto das aptidões físicas e mentais, uma vez que todas as células e fibras nervosas são afetadas pelo processo”. Ressalte-se que o envelhecimento não atinge todos os órgãos com o mesmo impacto; no entanto, diversos estudos demonstram que os órgãos dos sentidos e os sintomas funcionais são os mais facilmente detectados, enquanto as manifestações orgânicas, sem impacto funcional, podem permanecer ignoradas por muito tempo (Giacheti & Duarte, 1997:18).

Com relação ao indivíduo idoso, duas alterações interferem, de maneira direta, na comunicação: a presbiacusia e a presbifonia.

A presbiacusia é a perda da audição associada ao processo de envelhecimento; é geralmente bilateral, simétrica e progressiva, dificultando a comunicação e proporcionando um efeito adverso na qualidade de vida, e no bem estar social e emocional (Zamperlini et al., 1997).

A presbifonia é a deterioração da voz, pela idade, como resultado do processo de envelhecimento do organismo, como um todo. Segundo Behlau & Pontes (1995), o processo de envelhecimento provoca, principalmente, dois tipos de

alterações na laringe: calcificação e ossificação gradual de suas cartilagens, e atrofia dos músculos laríngeos intrínsecos, dando vez a uma redução da mobilidade e a uma menor eficiência biomecânica de todo o sistema.

No processo de envelhecimento vocal, há possibilidade de que ocorram, ainda, espessamento das pregas vocais; aumento da frequência fundamental, nos homens; manutenção ou redução da frequência fundamental, nas mulheres; aspereza, sopro, rouquidão e tremor na qualidade vocal; redução nos tempos máximos de fonação, e na intensidade; redução na velocidade e tessitura vocal; aumento nas pausas e imprecisão ao nível de articulação; e alterações da ressonância e ataque vocal, além de mudanças na resistência, estabilidade, força e coordenação fonatória (Russo, 1997; Zamperlini et al., 1997; Feijó et al., 1998; Cassol & Behlau, 2000).

Em estudo sobre a comunicação na terceira idade, Zamperlini et al. (1997) referem que todos os indivíduos analisados apresentavam uma perda auditiva neurossensorial, simétrica decrescente (pior em 4000 Hz) e de grau variado, de leve a profundo. Quanto à qualidade vocal, 75% apresentaram a característica presbifônica, com aumento da frequência fundamental no sexo masculino e diminuição da mesma no sexo feminino. Outros resultados estatisticamente significantes também foram apresentados: relação entre a audição e qualidade vocal, em que 78% dos indivíduos avaliados evidenciaram alteração nos dois parâmetros; relação entre impressão da voz e qualidade vocal, com 60% das respostas positivas, sendo à mostra que o idoso tem consciência de sua alteração na voz; e relação entre impressão auditiva e acuidade auditiva, em que 63% dos indivíduos com perda auditiva, manifestam consciência de sua audição alterada.

As autoras complementam, argüindo que, em relação aos indivíduos idosos, os distúrbios relacionados à audição e à qualidade vocal, provocam um grande impacto negativo na comunicação, como um todo, sinalizando a necessidade da efetivação da atuação fonoaudiológica, no sentido de identificar, precocemente ou retardar, na medida do possível, essas alterações. O trabalho de reabilitação fonoaudiológica, há de se dizer, é eficiente na melhora dos parâmetros da qualidade vocal, e, no caso da presbiacusia, uma melhora na comunicação é alcançada através da motivação do paciente para o uso de aparelho auditivo, de maneira precoce, em ambos os ouvidos.

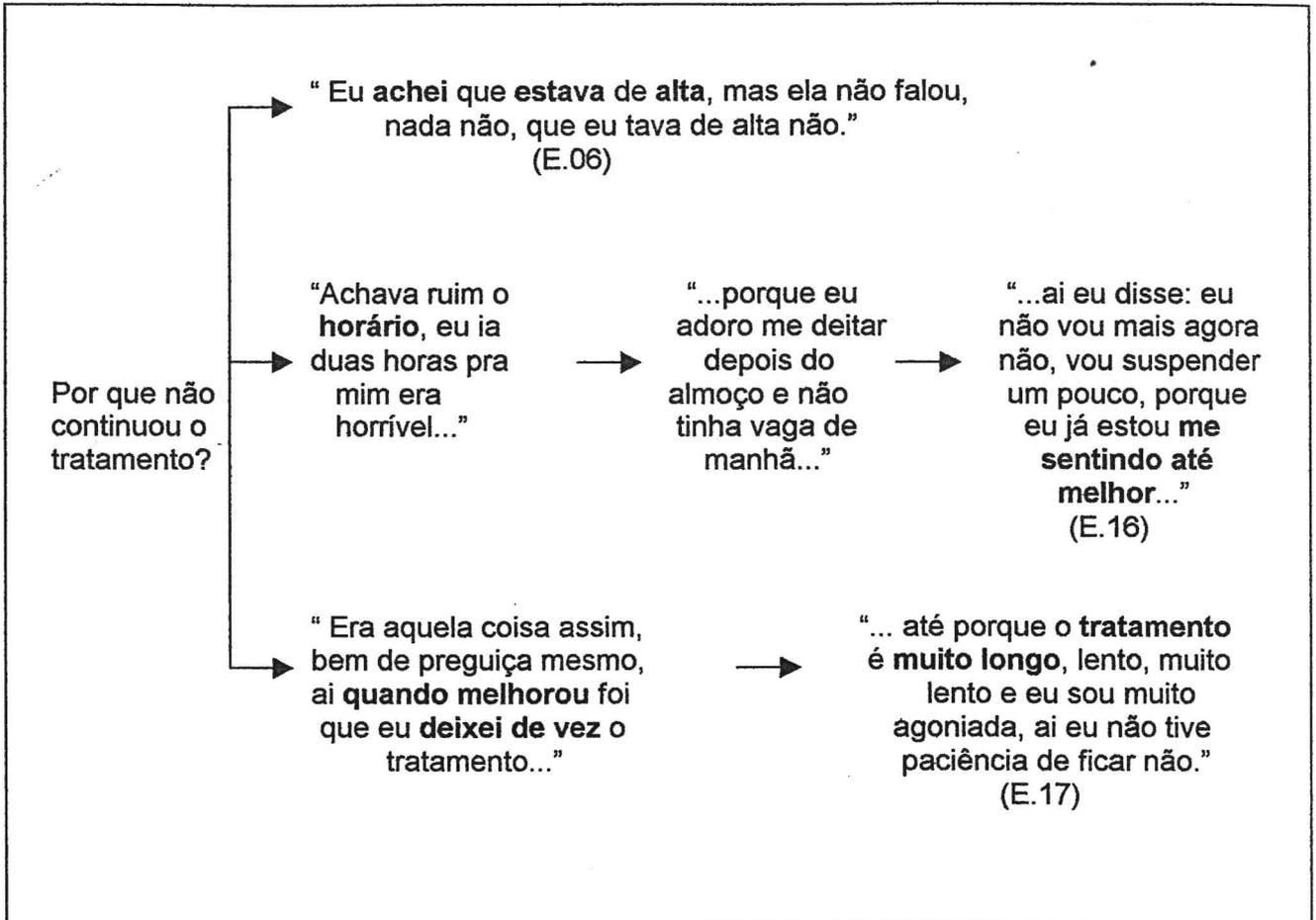
A realidade vivenciada hoje, mostra uma sociedade cada vez mais composta por idosos, com prevalência de uma população constituída por aposentados, pessoas que complementam uma aposentadoria com o trabalho informal e, ainda, de uma pequena parte que continua no mercado de trabalho. Em uma sociedade subdesenvolvida como esta, a população de idosos, representa um apoio importante para a estrutura familiar, que, não raro depende da aposentadoria para a sobrevivência, como única fonte de renda da família, pela falta de ofertas de trabalho, observada no modelo social vigente. Apesar da sua condição de provedores do lar, aos idosos são muitas vezes delegadas funções que incluem cuidar das crianças, realizar tarefas domésticas, além de outras que, mesmo não sendo consideradas, primordiais ou importantes, representam uma ocupação. Pelo simples fato de que os idosos não possuem uma atividade com horários rígidos, são tidos como sempre disponíveis para o desempenho de qualquer atividade, sendo ainda estimulados a abrir mão dos seus ideais, em detrimento e abandono de atividades ligadas ao seu interesse particular.

Méndez et al. (1996), em estudo realizado no Chile sobre os fatores associados ao abandono do tratamento por consumo de drogas e álcool, comentam que os principais motivos de insucesso no tratamento estão relacionados com o sujeito, apontando, por conta disso, a necessidade de se criar uma maior consciência dos efeitos gerados pelo problema, para cuja solução, é necessário desenvolver estratégias de motivação e um conhecimento realista do que é possível alcançar com o tratamento. Acredita-se que essa discussão possa ser estendida à fonoaudiologia, por apresentar características de tratamento terapêutico com evolução de longo prazo, com ações de seguimento e controle.

- **Melhora no quadro clínico:**

Carvajal et al. (1996) apresentam como fatores que levam ao abandono do tratamento, a melhora gradual dos sintomas. Isso é reforçado por Vilela & Costa (1998), quando dizem ser extremamente comum a interrupção da medicação e das prescrições médicas, por parte do paciente, quando já não há mais sintomas evidentes. O que se pode também perceber, principalmente nas entrevistas com pessoas que haviam tido um tratamento clínico particular, via plano de saúde, é a abdicação do tratamento, quando aliada à percepção da melhora dos sintomas que, no caso do distúrbio vocal, é caracterizada, principalmente, pela ausência da rouquidão. O fato é traduzido no diagrama de significações, conforme se vê a seguir:

**Diagrama de Significações 25: Significações sobre o abandono do tratamento pela melhora do distúrbio vocal:**



No diagrama de significações 25, o tratamento clínico fonoaudiológico é traduzido como de longa duração, fazendo com que a aderência diminua, progressivamente, com o passar do tempo, como apontado também por Vilela & Costa (1998). Esse aspecto é ainda registrado, em estudo sobre o programa de atenção a pessoas viciadas em álcool, em que 33 ou 48% completaram três meses de tratamento, 21 ou 30% atingiram seis meses de tratamento, e apenas 13 ou 19% ultrapassaram os doze meses, em uma curva decrescente, mostrando que a

aderência diminui, progressivamente, com o tempo de tratamento (Ribeiro et al., 1998).

Dentre os diversos estudos realizados, os centrados na tuberculose são os que apresentam maiores indicativos de abandono do tratamento por melhora do quadro clínico, logo que desaparecem os primeiros sintomas, quando as manifestações clínicas tendem a diminuir, considerando-se os pacientes então curados. Esse fato responde pela disseminação da doença, com conseqüente recidiva e surgimento de cepas resistentes aos medicamentos que estão sendo utilizados. A não adesão ao tratamento é apontada, assim, como uma das graves falhas dos programas de combate à tuberculose (Costa et al., 1998; Deheinzelin et al., 1996; Morales et al., 1993).

Car (1998) aponta, também, como responsável pela não adesão ao tratamento do hipertenso, a normalização da pressão arterial e a ausência de sintomas.

Como se pode observar em diversas terapêuticas, o abandono do tratamento está associado à melhora gradual no quadro clínico do paciente, percebida através da ausência dos sintomas da doença, os quais, por vezes constituem o principal motivo da procura de ajuda especializada. Não podemos deixar de ressaltar, no entanto, que esses pacientes continuam, no caso de doenças contagiosas, como transmissores, em potencial, do agente causador da doença, ou no caso das doenças crônico degenerativas, com hábitos de vida que favorecem a manutenção e agravamento da doença. No caso específico da disfonia, permanecem com hábitos vocais inadequados, considerados fortes responsáveis pelo aparecimento e determinação do distúrbio vocal.

### **8.2.3. Acesso ao Serviço de Saúde:**

Dentre os diversos estudos analisados, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, também aparece como um importante motivo de abandono do tratamento.

Sabe-se, no entanto, que a situação vigente na América Latina é de uma profunda crise econômica, que leva a uma deterioração das condições de vida de grandes grupos da população e, ao mesmo tempo, provoca uma crescente restrição nos gastos oficiais em saúde e bem-estar, com impacto direto sobre o perfil de saúde da população. O reconhecimento dessa situação complexa de saúde, no Brasil, deve levar a intervenções necessárias, com vistas à melhoria dos níveis sanitários e à garantia de acesso oportuno aos serviços de saúde, através de medidas técnicas e administrativas que exigem, por sua vez, mudanças de ordem econômica, política e cultural. Decorrem daí as intervenções setoriais (no âmbito dos serviços de saúde) e extra-setoriais, com ênfase nas ações de maior impacto geral sobre as condições de saúde, tais como: educação geral e educação para a saúde; trabalho, com elevação do nível de renda e consumo de bens e serviços necessários; serviços integrais de saúde; agricultura, habitação, saneamento básico etc (Castellanos, 1993; Paim, 1993).

Os modelos assistenciais de saúde no Brasil convivem, de forma contraditória ou complementar, entre o sanitarista e o médico-assistencial privatizado. O primeiro, correspondente à saúde pública, volta-se para enfrentar os problemas de saúde da população, através de campanhas e de programas especiais, sem contemplar a totalidade da situação de saúde, pois concentra sua atenção no controle de certos agravos ou de determinados grupos, deixando de se

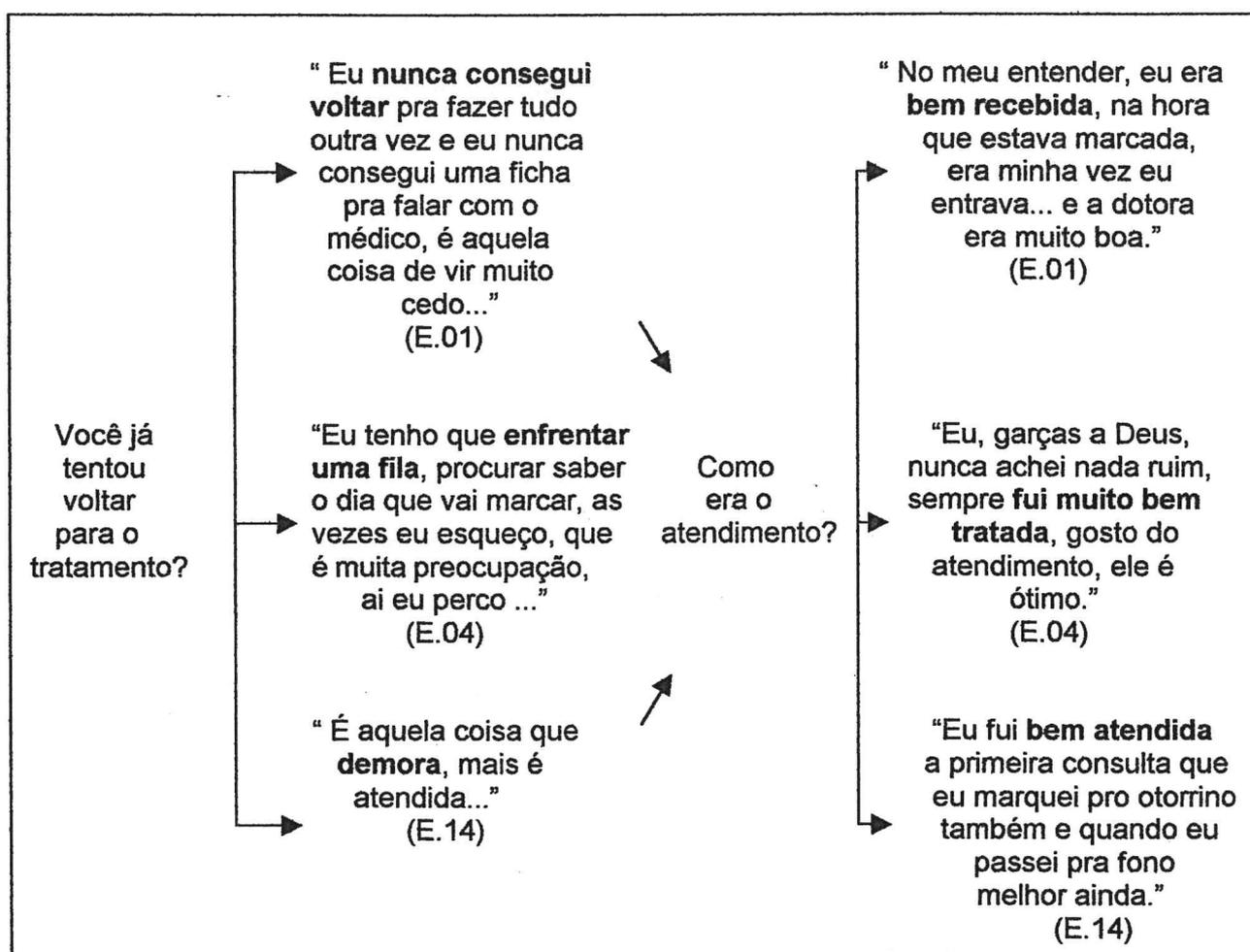
preocupar com os problemas do sistema de saúde e com os determinantes mais gerais da situação sanitária. O modelo médico assistencial privatizado, como ocorre, também, com serviços públicos de saúde, estão centrados na “demanda espontânea”, e tendem a atender aos indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram, por livre iniciativa, os serviços de saúde, com a maioria só o fazendo, quando está doente. Conseqüentemente, tanto os indivíduos ou grupos populacionais que não percebem os problemas de saúde, ou que ignoram as medidas preventivas, deixam de ser alcançados pelo sistema de saúde. O modelo é essencialmente curativo, e, por assim ser, prejudica o atendimento integral ao paciente e à comunidade, não causando impacto significativo sobre o nível de saúde da população (Paim, 1993).

Santos (1995), avaliando a qualidade de atendimento dos serviços públicos de atenção à saúde em unidade do distrito sanitário Barra-Rio Vermelho, em Salvador, Bahia, mostra uma relação direta entre a busca do serviço e a percepção do usuário sobre o processo saúde /doença, e apresenta, como motivo determinante da ida ao serviço, a assistência a nível curativo, pondo em evidência o processo patológico como revestido de certa urgência, fato que obriga os usuários a superar obstáculos que, em outras circunstâncias, seriam impeditivos.

Car (1998) descreve que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde são evidentes nos chamados países subdesenvolvidos, onde a demanda supera ainda a oferta de serviços. Saliencia, também, que os problemas para a obtenção de consultas médicas, o longo tempo de espera para ser atendido com posterior consultas rápidas, bem como a mudança constante de médico, em associação a outras dificuldades, prejudicam o seguimento da assistência à saúde. A ineficiência dos tratamentos é atribuída as dificuldades que se interrelacionam, tais

como as de acesso universal aos serviços de saúde, e as de seguimento dos indivíduos ao tratamento. Os entrevistados, que participaram do estudo relatam as dificuldades de acesso ao serviço de ORL e fonoaudiologia, conforme o contido no diagrama a seguir:

**Diagrama de Significações 26: Significações sobre as dificuldades de acesso ao serviço e ao atendimento:**

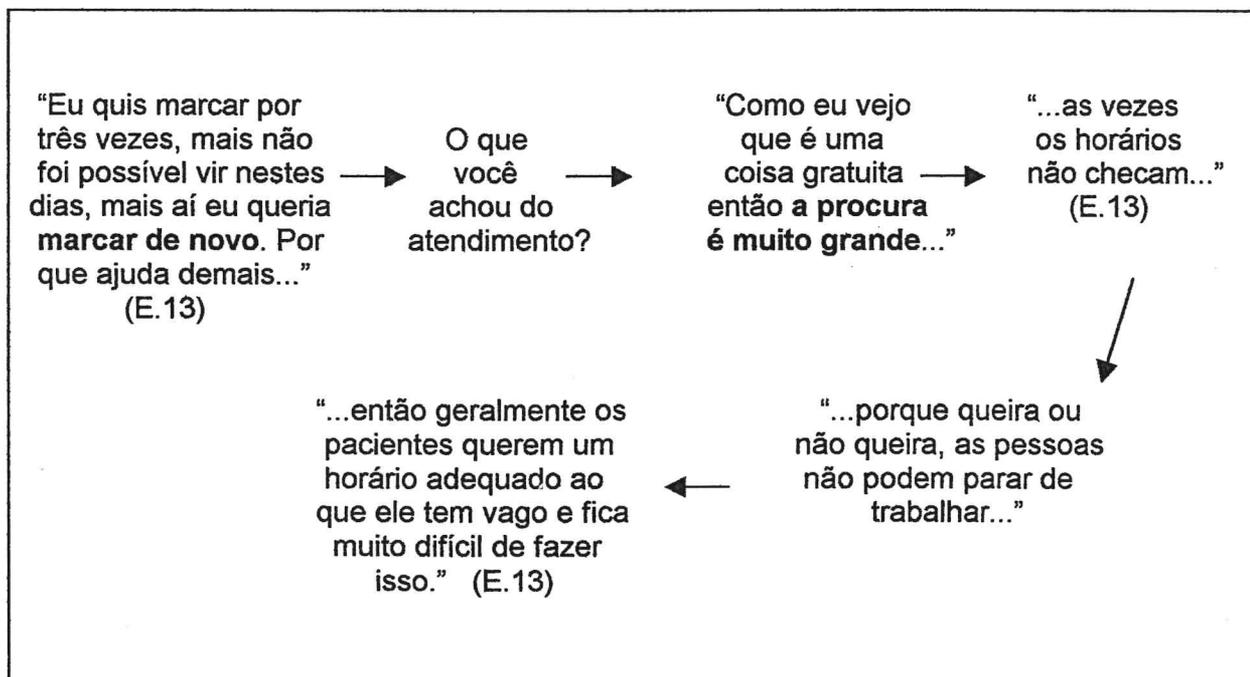


Procurando o aprofundamento desta temática junto aos entrevistados, buscando resgatar sua percepção, verifica-se, então, que no atendimento desenvolvido em instituição pública de saúde, a grande maioria dos entrevistados

encontra dificuldades relacionadas ao serviço, principalmente de acesso, o que desmotiva e dificulta a continuidade do tratamento. É oportuno enfatizar, no entanto, como aspecto positivo, o bom atendimento citado pelos entrevistados, através do cumprimento do horário e da sensação de ter recebido boa atenção.

A caracterização desta dificuldade de acesso ao serviço, somada ao atendimento, está descrita no diagrama a seguir:

**Diagrama de Significações 27: Significações sobre as dificuldades de acesso ao serviço e caracterização no atendimento:**

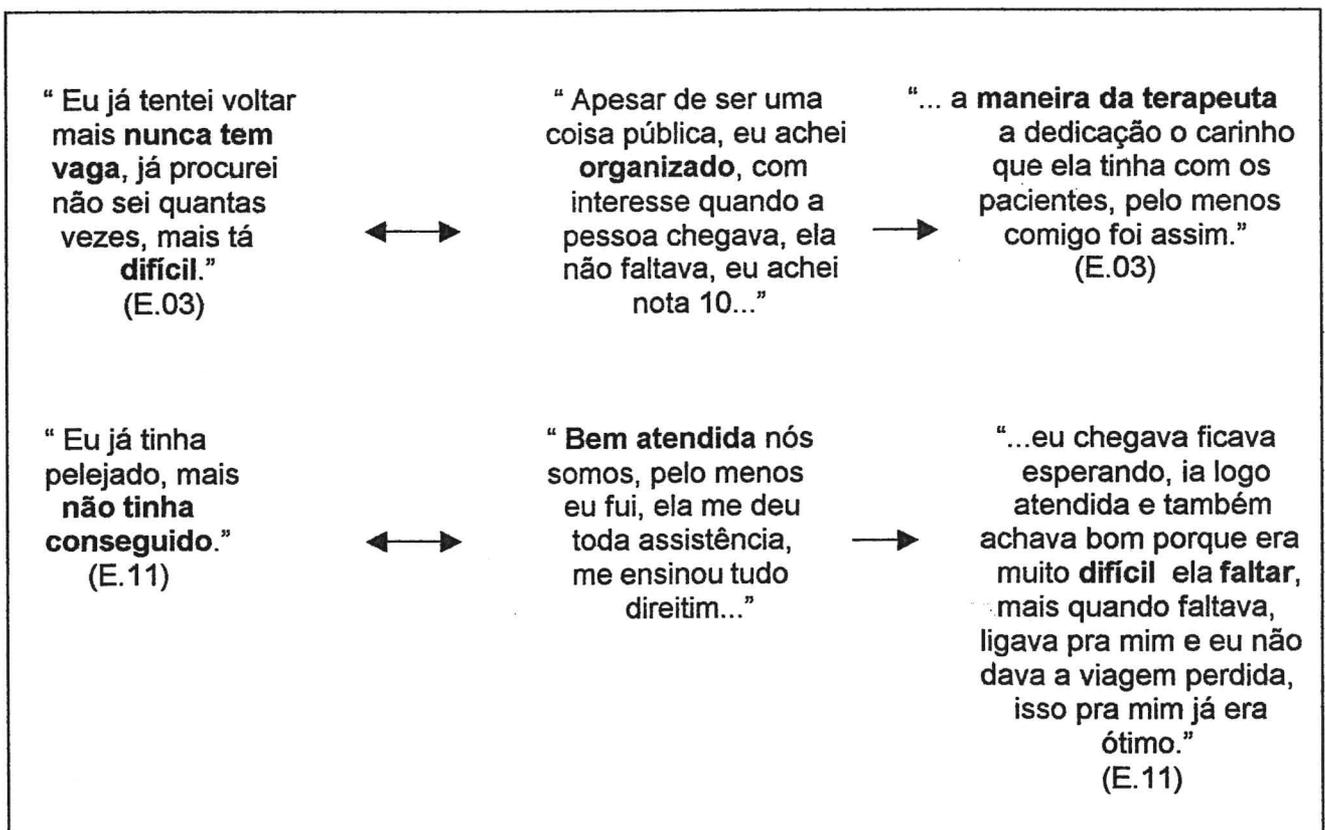


Como consequência direta da dificuldade de acesso, tem-se um baixo nível de doenças agudas, devido às dificuldades de acesso da população ao SUS, que funciona com consultas agendadas, cuja marcação é feita com antecedência de 2 a 4 semanas, impossibilitando o atendimento imediato, e chegando ao ponto de impedir o controle dos casos agudos, que acabam se cronificando (Souza, 1996).

Deheinzelin et al. (1996) referem que em hospitais gerais, normalmente o tempo de espera para consulta é grande, e que muitos pacientes abandonam o tratamento por esse motivo. Adiantam os autores que o insucesso do seguimento é comprovadamente maior onde diferentes médicos atendem ao mesmo paciente em cada consulta.

Em tese, o atendimento fonoaudiológico destaca-se pela dificuldade de acesso, falta de vagas e pela boa relação terapeuta/paciente, como se vê descrito, a seguir:

**Diagrama de Significações 28: Significações sobre as dificuldades de acesso ao serviço e a relação terapeuta / paciente:**



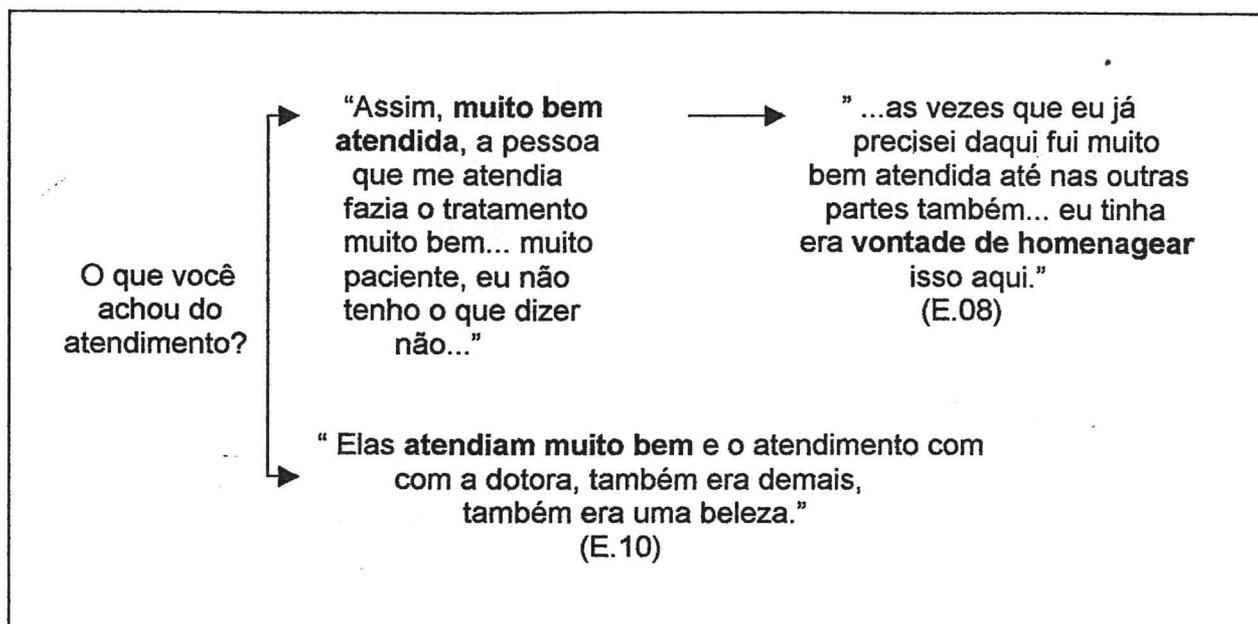
No presente estudo, os diversos aspectos do atendimento, tratamento e acesso em um serviço de saúde pública, têm merecido grande atenção. No que se

refere ao acesso ao atendimento, este é classificado como organizado, de boa assistência, sendo os profissionais de fonoaudiologia considerados dedicados, carinhosos, competentes, pontuais e assíduos. Não obstante, aparece como dificuldade principal, o acesso ao atendimento de otorrinolaringologia e fonoaudiologia, traduzido pela não existência de vagas para consultas, consulta difícil e atendimento encerrado.

Santos (1995), pesquisando a escolha dos serviços pelos usuários, aponta, como determinante principal, as condições sócio-econômicas, levando em conta que, para a população mais carente, os serviços públicos representam a única forma de atenção possível. Apesar de alguns usuários não terem queixas, a cerca do serviço prestado, outros referem a dificuldade em conseguir consulta médica. Alguns usuários relataram, também, que mesmo em melhores condições financeiras, ainda procurariam o serviço público, afirmando que, tanto no setor público, quanto no privado, o cuidado médico é semelhante. O que muda, nesse aspecto é o acesso, haja vista no serviço privado o atendimento ser bem mais rápido. De tal modo, as maiores queixas apresentadas guardavam relação com a continuidade da assistência, atribuída à deficiência de informações e à dificuldade de acesso.

Ainda sobre o atendimento de fonoaudiologia, todos os entrevistados ressaltaram, como aspecto positivo do atendimento clínico, a boa relação terapeuta/paciente, tal como se infere das falas apresentadas nos diagramas 28 e 29.

**Diagrama de Significações 29: Significações sobre a relação terapeuta /paciente no atendimento de Fonoaudiologia:**

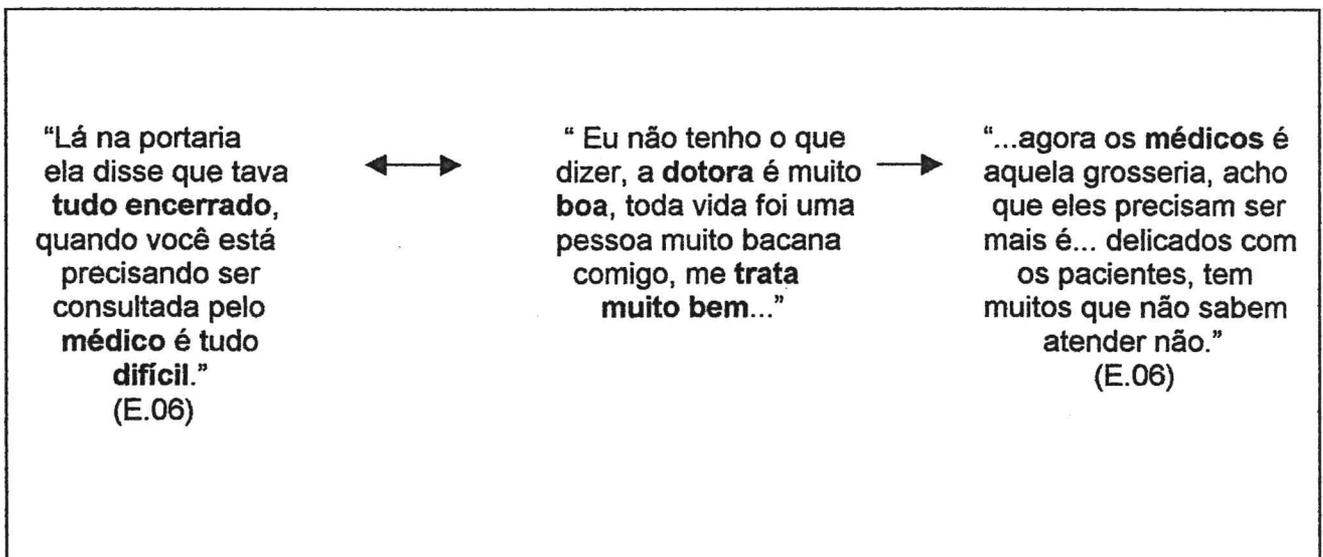


Há que se enfatizar um aspecto positivo do atendimento, que pode ser visto através da relação fonoaudiólogo / paciente, no momento em que se considera o paciente em sua totalidade física, psíquica, social e cultural, indo além do suporte técnico-diagnóstico, pela própria natureza da ciência fonoaudiológica. O objeto principal desta ciência é a comunicação humana, que utiliza a linguagem ou sistema de sinais codificados para a formação da linguagem intrapessoal, estendida à comunicação interpessoal, em que exerce o seu papel social de criar significados, a partir de convenções estabelecidas pelos participantes de um mesmo grupo social. Desse modo, o ato social possui um significado perante seu próprio grupo, que pode ser representado simbolicamente através da linguagem e, assim, deixar de ser exclusivo do grupo que o expressa, passando a diferentes grupos sociais, através de contatos entre si, permitindo pequenas alterações na decodificação do significado. A

linguagem deve ser um canal de comunicação e interação entre indivíduos, diferentes grupos sociais e diferentes instituições e disciplinas (Guedes,1995).

Santos (1995) refere que a maioria dos usuários é unânime em afirmar que os profissionais dispensam um bom atendimento, isto é, recebem um bom tratamento. Mas, isso depende, no entanto, dos profissionais e alguns dos quais, não têm um bom relacionamento, e até chegam a tratar os usuários com indiferença, como também é relatado neste estudo, em relação à assistência médica. O que está representado no diagrama de significações 30, só confirma essas evidências.

**Diagrama de Significações 30: Significações sobre as dificuldades de acesso ao serviço e a relação médico / paciente:**

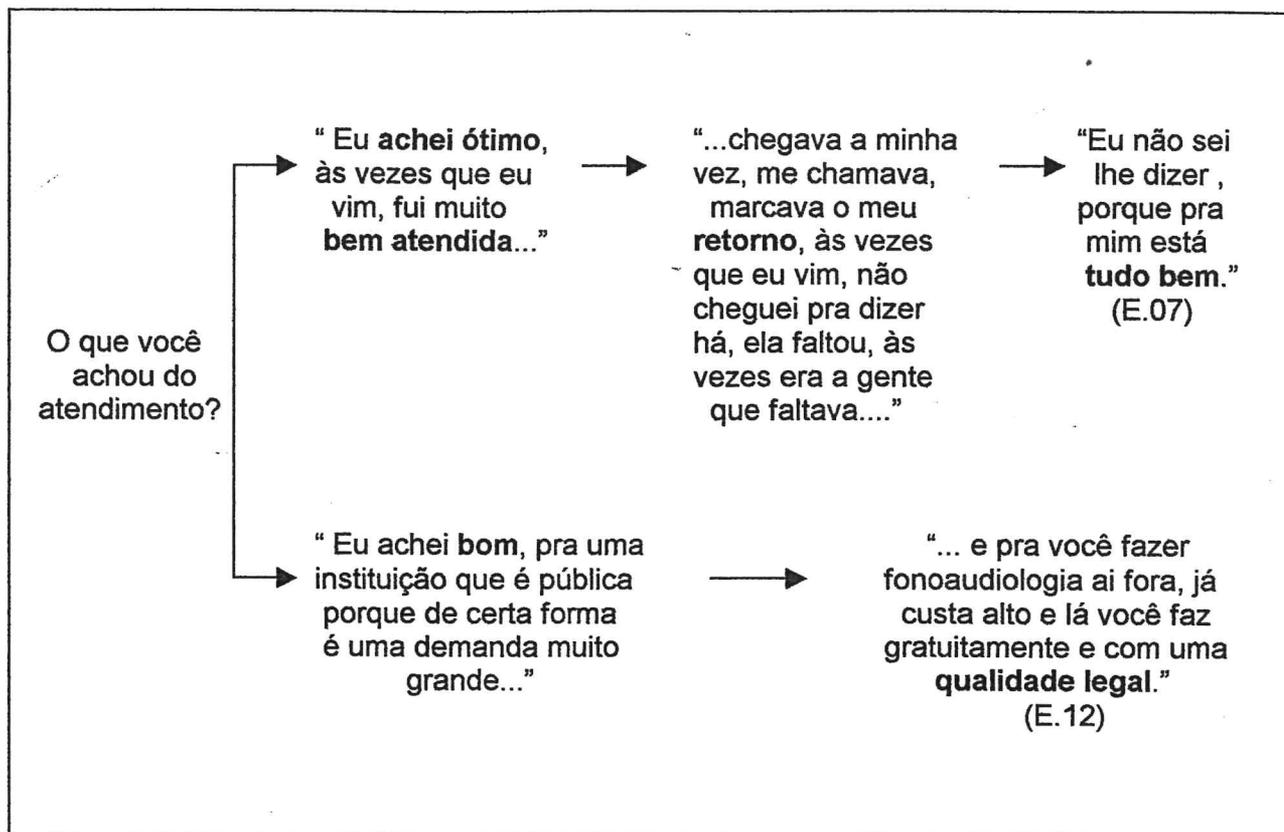


O atendimento médico é tido como centrado no estudo da patologia, que é um desvio da norma de variáveis biológicas, sem levar em conta a experiência do doente, o sofrimento e os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais.

Através dessa interpretação, percebe-se o esquecimento das dimensões humana, vivencial, psicológica e cultural da doença. Conseqüentemente, muitos são os problemas que surgem na comunicação verbal e não-verbal na relação médico-paciente, envolvendo tanto a incompreensão, por parte do médico, do vocabulário do paciente, quanto a dificuldade em transmitir informações adequadas, em linguagem acessível ao paciente e de conseguir, do paciente, sua adesão ao tratamento. A humanização da relação médico-paciente contribui, de forma significativa, nos resultados e na adesão ao tratamento, aumentando também o grau de satisfação do paciente (Caprara & Franco, 1998).

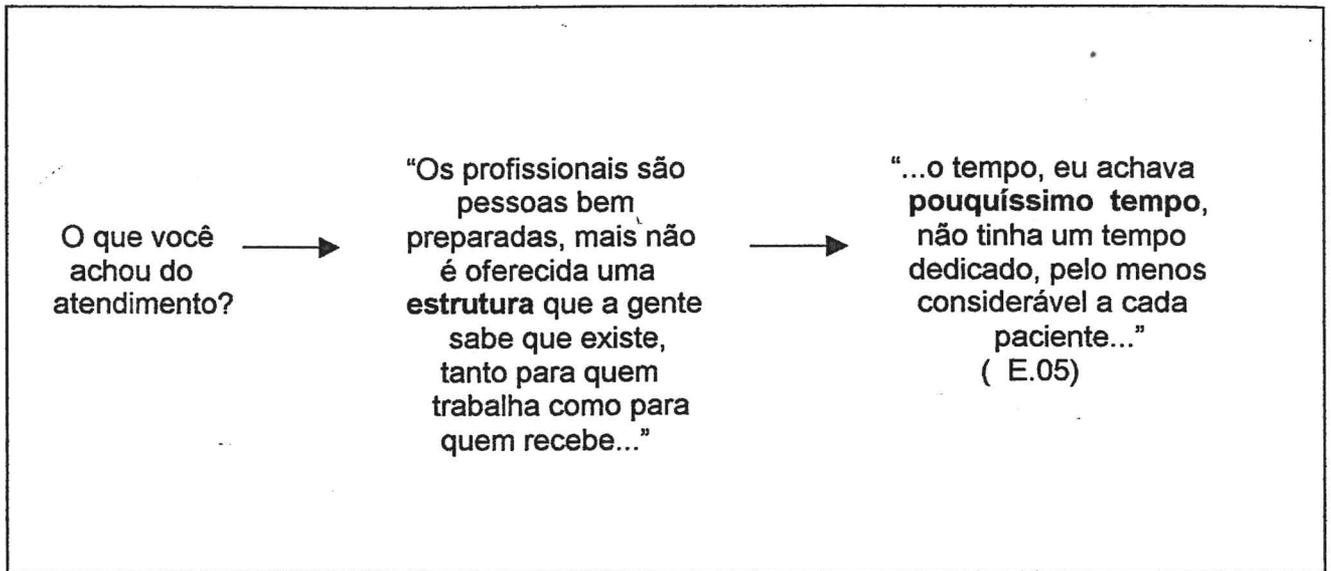
Com relação ao atendimento de fonoaudiologia, há uma recorrência nos discursos em caracterizá-lo como bom, ótimo, de boa qualidade, etc, sendo esse fato, atribuído principalmente, ao bom relacionamento desenvolvido entre terapeuta-paciente na fonoterapia, tal como se pode constatar no diagrama a seguir:

**Diagrama de Significações 31: Significações sobre o atendimento de Fonoaudiologia:**



A análise do serviço de fonoaudiologia, contempla, ainda discursos sobre a não satisfação com o atendimento, caracterizado esse pela falta de compromisso ou dedicação do profissional, pouco tempo de terapia e falta de recursos técnicos, físicos e ambientais, em comparação com instituições privadas. Tais aspectos estão descritos no diagrama de significações 32, a seguir apresentado:

**Diagrama de significações 32: Significações sobre a insatisfação com o atendimento de fonoaudiologia:**



Em um estudo sobre hipertensão, Car (1998) relata que a não adesão ao tratamento tem sido atribuída, principalmente, a desestímulos por ocasião da consulta, longo tempo de espera, dificuldade para marcar e obter consultas, mudança constante do médico, e, também, impossibilidade de boa relação médico-paciente. Esse aspecto, relatado pelos entrevistados, foi abordado no diagrama de significações 30 e 32, o que mostra a importância desta temática junto à formulação de novas estratégias.

No que diz respeito à relação médico-paciente, Jardim et al. (1996), comentam que os sistemas de saúde no Brasil funcionam de maneira crítica, fazendo com que, na grande maioria dos serviços, haja o atendimento de um número excessivo de casos, o que restringe a atenção do médico ao paciente, tornando mais difícil a passagem de informações, e limitando sua atuação em aspectos erroneamente considerados secundários.

Vilela & Costa (1998) referem que há uma não aderência do médico ao tratamento, observada através do: atraso ou não comparecimento às consultas; atendimento rápido; prescrição automática e sem convicção; falta de paciência do profissional ou pela caligrafia ilegível. Confirma-se, aqui, que a relação médico-paciente é determinante na adesão terapêutica, pelo valor psicológico dessa relação.

#### **7.2.4. Estratégias para melhorias do serviço:**

Pesquisar os fatores que estariam associados ao abandono do tratamento, constitui-se, assim, tema central desta abordagem, merecendo as sugestões sobre como melhorar o atendimento, uma atenção toda especial, devendo essa questão, inclusive, fazer parte do planejamento da unidade de saúde.

As estratégias apontadas pelos entrevistados, a cerca de como poderia ser melhorado o atendimento no Núcleo de Fonoaudiologia, estão interligadas com o motivo do abandono do tratamento, o acesso ao serviço e ao atendimento, tal como se apresentam no diagrama de significações 33, a seguir:

terapia, com a busca de faltosos, através de telefonema. Como sugestão de trabalho preventivo, o destaque corre por conta de uma orientação a pessoas que fazem uso da voz profissional.

Alguns dos entrevistados, no entanto, não quiseram ou não souberam opinar sobre a questão da melhora do atendimento, referindo que:

*“Eu não sei lhe dizer, porque **pra mim esta tudo ok!** Eu não sei para os outros, porque a gente não pode achar as coisas pelos outros, por mim tudo bem.”(E.07)*

*“Eu fui **bem atendida** e por isso não pensei...” (E.11)*

*“Eu acho que **nada precisa melhorar**, pelo menos a meu ver, tudo que a gente precisa pra levar o tratamento adiante tem aqui.” (E.12)*

*“O **atendimento** está **ótimo**... eu gosto muito do atendimento”.(E.14)*

Dentre as sugestões apresentadas na literatura como passíveis de contribuição para diminuir os índices de abandono, estão incluídas algumas estratégias como:

Servindo de exemplo a efetivação do trabalho clínico, com intervenção direta nesse particular. Costa et al. (1998) recomendam novas estratégias de busca de faltosos para reingresso no tratamento, através de mobilização de recursos existentes dentro do sistema de saúde para descentralização dos programas de assistência. De igual forma é fundamental que a própria comunidade, seja mobilizada, por meio de informações acessíveis sobre o tratamento.

Deheinzelin et al. (1996) citam, também, como estratégia no combate aos índices de abandono, um estreitamento na relação médico-paciente, fundamental até, por conta do longo tempo dedicado ao tratamento. Reafirmam os

autores que o insucesso do seguimento é comprovadamente maior, quando diferentes médicos atendem ao mesmo paciente, em cada consulta, e quando o tempo de espera para consulta é considerado grande.

Car (1998) indica a intervenção multiprofissional como uma das estratégias com resultados positivos, em relação tanto à eficácia e eficiência, quanto aos custos globais do tratamento.

Jardim et al. (1996) recomendam, também, a formação de equipe multiprofissional, submetendo o paciente a uma gama muito maior de informações, com enfoques diferentes, com uma boa orientação, facilitando a adesão. Esse trabalho deve se iniciar pela uniformização da linguagem, de modo a facilitar o processo educativo do paciente, isso porque, em virtude de um desvio de formação, o médico é pouco treinado para despende tempo com seu paciente, além do que a linguagem utilizada e a própria postura de distanciamento que adota, se configuram como barreiras para a comunicação. Ressalte-se, por oportuno, que o benefício na melhora do atendimento se estende à equipe profissional, enriquecida pela troca de informações, estímulos e reforços mútuos trazidos pelo sucesso alcançado.

Vilela et al. (1999) apontam como estratégias para aumentar a adesão do paciente ao tratamento ambulatorial, o atendimento feito sempre pelo médico que realizou o primeiro exame, o agendamento rápido, com consultas próximas e freqüentes, além da prestação de informações ao paciente sobre o tratamento e a doença.

Helman (1994) sugere algumas estratégias para o aperfeiçoamento da relação médico-paciente, como: compreender a doença, através da interpretação do paciente; melhorar a comunicação; tratar a doença, em suas várias dimensões, incluindo os aspectos emocionais, sociais, comportamentais e religiosas; avaliar

sempre os papéis dos contextos internos e externos, tais como fatores sociais e econômicos, que podem contribuir para a origem, apresentação e prognóstico de um problema de saúde.

Em estudos sobre dísfonias ocupacionais, aparecem, como estratégias, a criação de programas de capacitação da voz profissional, através de cursos e eventos, além da orientação na educação formal, direcionada, principalmente, para os profissionais que fazem uso da voz profissional, através da higiene vocal, impostação vocal e controle ambiental (Garcia et al., 1986; Giampieri, 1992).

Faz-se importante lembrar, o que afirma Lauermann & Wertzner (1995), sobre o fato de o mero atendimento individual e mesmo grupal apenas criar uma falsa ilusão de resolução dessa demanda. Mesmo que o serviço aumente sua capacidade de atendimento, é necessário, sobretudo, mudar a forma de atuar, para atender à demanda sem prejuízo da qualidade do trabalho e sem perder de perspectiva, o foco da questão, já que está a se falar de profissionais da área de saúde pública.

Os aspectos observados constituem, assim, um alerta para todos quantos atuam como profissionais de saúde pública, apontando, no caso, para a consecução de estratégias que possibilitem a inversão do quadro reinante, que não condiz com uma instituição de saúde, tampouco com seus profissionais, e, principalmente com os pacientes, primeiros destinatários dos serviços de fonoaudiologia aqui enfatizados e que, na realidade, são os mais prejudicados com a não continuidade do tratamento.

alergias respiratórias; enfermidades gerais ou neurológicas; e mau uso profissional da voz. Esses distúrbios se traduzem, nos discursos, por: “falar demais”; “cantar alto”; “falar alto”; “problema emocional”; “raiva”; “abalo”; estar “fora de si”; “crises de garganta”; “asma”; “inflamação no estômago, esôfago, vesícula”; “paralisia facial; paralisia de corda vocal; polineuropatia; lúpus”. O uso profissional da voz em professores, cantores, locutores de rádio, clérigos ou pastores e vendedores, é referenciado, também, como causa desses achaques.

É assim que, o distúrbio vocal aparece em uma rede de significados como a “rouquidão, voz faltando, perda da voz, afonia, voz falhando e a palavra não sai”.

O fenômeno da voz não pode ser analisado de forma isolada, haja vista sua influência sobre o comportamento, de uma maneira geral. Como reforça Helman (1994), a doença não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere à mesma. Nesse caso a resposta emocional é influenciada pela personalidade, contexto sócio-cultural e econômico em que se apresenta, sendo parte integrante das dimensões psicológica, moral e social de uma cultura, em particular.

Ao longo da construção dos significados, observou-se uma estreita relação entre as emoções e a produção vocal, através de distúrbios psicológicos ou problemas emocionais como, raiva, medo, depressão, “desvanecimento”, “estar fora de si” e o “desgosto pela vida”. Esse fato leva a pensar na importância de considerar a dimensão psicológica junto com a dimensão orgânica, uma vez que a garganta passa a ser uma área do corpo onde a dimensão psicológica parece estar intimamente ligada à parte sintomática no distúrbio vocal, provocando uma impossibilidade de ser, integralmente, nos sujeitos disfônicos.

Outra dimensão que também deve ser considerada é a sócio-cultural, que aparece nos discursos através de algumas crenças e práticas que envolvem o processo saúde-doença, ao exemplo de comer uma fruta quente e ficar doente; ter “crups”; usar “remédio de casa”, do tipo “histórias de banha de galinha com querosene” e “mel de abelha”. A cultura, segundo Uchoa (1997), dá significado aos diferentes eventos e situações da vida, pelo que a doença não é vista apenas do ponto de vista biomédico, mas é tida como uma construção cultural que se expressa em formas específicas de pensar e agir.

Na exploração das concepções e vivências das pessoas com distúrbio vocal, mais precisamente na busca da compreensão das razões e significados do abandono do tratamento clínico fonoaudiológico, deve-se considerar que o sucesso de um tratamento não depende apenas de um diagnóstico preciso e de uma terapêutica adequada, até porque muitos são os fatores que envolvem os pacientes, familiares e o próprio profissional de saúde, podendo os mesmos contribuir para o fracasso ou sucesso de um tratamento. Esses fatores são estreitamente interligados e têm significativa relevância, abrangendo tanto os aspectos biológicos, quanto os psicológicos e socioculturais, além do que são capazes de determinar o não cumprimento de um programa terapêutico (Vilela & Costa, 1998).

No campo investigado, o abandono do tratamento clínico fonoaudiológico, apresenta os seguintes significados para os sujeitos entrevistados:

- dificuldade de conciliação entre trabalho e tratamento, principalmente em relação aos horários oferecidos para terapia;
- dificuldades no transporte até a unidade de saúde, principalmente por dificuldades financeiras;

- surgimento ou agravamento do problema vocal, em decorrência de distúrbios psicológicos;
- crises ou aparecimento de doenças gerais associadas;
- fatores relacionados com o sujeito ou motivos pessoais;
- melhora no quadro clínico, com a supressão dos sintomas;
- dificuldades de acesso aos serviços de saúde, de seguimento do sujeito ao tratamento e serviços de má qualidade;
- desestímulos por ocasião da consulta, mudanças constantes de médico e dificuldade de comunicação na relação médico-paciente.

Há que se levar em conta, no entanto, que o paciente chega ansioso para a consulta e traz consigo uma história pessoal, não apenas do problema vocal, em si, mas, também de problemas prévios envolvendo relacionamentos, educação, religião, cultura, emoção e necessidades pessoais que serviram para modelar o seu comportamento. A resposta do paciente, não é, necessariamente, proporcional à severidade do distúrbio, mas, sim, é um reflexo da conexão de todos esses fatores (Colton & Casper, 1996).

As disfonias apresentam bom prognóstico quando tratadas em fonoterapia. Não obstante, muitos fatores entram na consideração de um prognóstico e, muito embora a terapia requeira a participação total do paciente, muitas vezes é difícil antecipar o seu resultado. O paciente deve reconhecer o problema e, dessa forma, desejar um programa terapêutico, seguindo o que for indicado, o que por vezes se torna extremamente difícil, justo por implicar o abandono de hábitos abusivos relacionados com estilos de vida, e, ainda, trabalho e questões de personalidade. Ademais, cumpre ao paciente assumir, de alguma forma responsabilidade sobre a realização de técnicas de apoio e, conseqüentemente, ser

co-responsável pelos resultados alcançados. É dentro desse contexto, que cabe também ao médico e terapeuta, uma análise da melhor proposta terapêutica a ser empregada, observando as características pessoais de cada paciente.

Assim sendo, tem-se como principal conclusão do estudo, a constatação de que o processo saúde-doença deve ser considerado em todas as suas dimensões, abrangendo os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, para que o diagnóstico, a avaliação e o tratamento possam abranger o saber científico e o saber popular, estabelecendo-se, assim, uma consonância entre médicos e pacientes.

Na pesquisa dos significados atribuídos ao tratamento, observou-se que há uma melhora, percebida pelo paciente, através de algumas referências: estar “mais aliviada”; “melhor na voz”; “melhorei muito”; “melhorou tudo”; “voz limpa”; “me senti uma beleza”; “senti que melhorava”; “não fiquei mais rouca”; “tava fazendo efeito”; “melhorou a maneira de conduzir a voz”; “quando trabalhava passei a me policiar e seguir os conselhos”. Essa melhora aparece, também, através do desejo manifestado de retorno ao tratamento, nem sempre alcançado, principalmente pela dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde e por problemas de natureza socioeconômica.

Dentre as sugestões apontadas na literatura, capazes de contribuir para correção ou melhora dos índices de abandono, tem-se a formação de equipes multiprofissionais, que permitiriam uma gama maior de informações, através de uma linguagem uniformizada; o estreitamento na relação médico-paciente; a diminuição no tempo de espera para consultas; e uma nova estratégia de busca de faltosos, para reingresso no tratamento.

As estratégias citadas pelos entrevistados, no serviço público, sobre como poderia ser melhorado o atendimento no Núcleo de Fonoaudiologia, estão interligadas com o motivo de abandono do tratamento e em conformidade com a literatura. Acrescente-se a isso o fato de terem sido encontrados, nos discursos, pedidos por melhorias no atendimento, já na recepção, na relação médico-paciente, na disponibilidade de mais salas, aparelhos e equipamentos e na abertura de mais vagas para ampliar o acesso da população a esse tratamento especializado, através dos serviços públicos de saúde.

As sugestões apresentadas com o propósito de melhorar o atendimento, envolvendo fatores que servem de motivo para o abandono do tratamento, pelos usuários do serviço, merecem uma atenção toda especial, pelo que precisam fazer parte do planejamento da unidade de saúde.

Dos principais pontos citados nas entrevistas, referentes ao acesso ao serviço de saúde, e que contribuem para o abandono do tratamento, os destaques ficam por conta da dificuldade no transporte, aliada à condição financeira; a conciliação entre trabalho e tratamento; o atendimento pouco humanizado dos profissionais durante o retorno ou acompanhamento na unidade. Por conseguinte, a análise feita neste trabalho traz contribuições importantes para a formulação de estratégias para a melhoria do serviço de ORL e fonoaudiologia:

- implantação de melhoras da assistência, através da expansão do número de atendimentos, da disponibilidade de novas salas, do aumento de vagas para profissionais especializados e estagiários extensionistas;
- agendamento rápido e marcação de retornos ao tratamento;
- controle de retornos, busca aos faltosos, com estratégias de contato variando entre telefonemas, aerogramas e até por visita domiciliar;

- implantação do cartão de aprazamento, para controle mensal dos retornos e descoberta dos faltosos;
- disponibilização de novos equipamentos de diagnóstico e tratamento;
- realização de treinamento e capacitação de profissionais da rede de apoio, envolvidos no setor, como forma de evitar a ocorrência de complicações no atendimento e, assim, estimular o retorno e permanência desses pacientes no serviço;
- criação de uma rede de apoio ao paciente, através de uma equipe multiprofissional, com médicos, fonoaudiólogos, assistentes sociais.
- criação de horários alternativos de atendimento em fonoterapia;
- concessão de vale transporte para pacientes em atendimento com seguimento prolongado, através da criação de programa de assistência;
- informação ao paciente sobre a doença e a programação do tratamento;
- humanização da relação médico-paciente;
- criação de um plantão fonoaudiológico com informações sobre orientação e higiene vocal;
- estímulo à prática de exercícios diários e eliminação de hábitos vocais inadequados;
- orientação sobre os aspectos vocais na educação formal, dirigida, principalmente, aos que fazem uso da voz de forma profissional;
- conscientização dos profissionais da voz, sobre a importância de trabalhar de forma fracionada e nunca em turnos de várias horas seguidas;
- implantação de programa direcionado para avaliações ORL e fonoaudiológicas periódicas, tendo por clientela os profissionais que fazem uso da voz;

- implantação de programa de capacitação vocal, visando à aquisição de uma boa técnica vocal, implicando respirar de forma adequada e promover uma correta emissão vocal e articulatória.

Inferre-se, ainda, deste estudo, a existência de grande similaridade entre as pessoas atendidas em clínicas particulares e os sujeitos atendidos no serviço público; em que se pese o fato, foram identificadas características diferenciadas por conta do nível de renda que aparece acima de dez salários mínimos. Todavia, no que diz respeito ao abandono do tratamento clínico fonoaudiológico, observou-se, no caso particular, que houve uma associação com a melhora dos sintomas e produção vocal e, ainda, com a avaliação médica, que julgou necessária a continuidade do tratamento, apenas em caráter de manutenção e aperfeiçoamento, o que não aconteceu com os sujeitos atendidos no serviço público. Outros aspectos extraídos do estudo, relacionados com a atenção privada, também devem ser aqui ressaltados, ao exemplo da forma de atendimento, da relação médico-paciente e do sentimento do tratamento, todos se apresentando de forma positiva, pondo à mostra a satisfação do usuário, o que nem sempre acontece nas instituições públicas de saúde.

Este estudo deve, portanto, ser analisado pelos profissionais que trabalham na instituição onde o mesmo se desenvolveu, para que os futuros planejamentos do setor que serviu de campo à pesquisa, sejam repensados em equipe, de maneira que todos possam tomar conhecimento dos dados de ocorrência, e analisá-los com a periodicidade necessária, com vistas à detecção de novos problemas, dando vez à criação de possibilidades para sua resolução.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, N. B.; SILVA, D. F.; CAMPOS, C. J. R. Aderência em epilepsias: aspectos conceituais e fatores de influência. **Arq. Neuro. Psiquiat.**, v. 49, n. 2, p. 147-149, 1991.

ANDRADE, C. R. F. Fonoaudiologia e saúde pública. In: ENCONTRO NACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA. 1988, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Conselho Regional de Fonoaudiologia, 1988. p.19-23.

\_\_\_\_\_. Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia: ações coletivas e individuais. In: VIEIRA, R. M. (Org.). **Fonoaudiologia e serviço público.** Carapicuíba: Pró-Fono, 1995. cap. 5, p. 65-81.

\_\_\_\_\_. **Fonoaudiologia preventiva: teoria e vocabulário técnico-científico.** São Paulo: Lovise, 1996.

ANELLI, W.; XAVIER, C.. Novo enfoque de atendimento a pacientes disfônicos em instituição: grupos de orientação In: MARCHESAN, I. Q. (Org.) **Tópicos de fonoaudiologia 1995.** São Paulo: Lovise, 1995. v. 2, cap. 23, p. 331- 347.

ANGELIS, Elisabete Carrara de. Distúrbios Neurológicos da Voz. In: PINHO, Sílvia M. Rebelo. **Fundamentos em Fonoaudiologia – Tratando os Distúrbios da Voz.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 6, p.81-87.

ANGELIS, E. C. ; FURIA, C. L. B.; MOURÃO, L. F. A fonoaudiologia no Hospital A. C. Camargo. In: LAGROTTA, M. G. M. **A Fonoaudiologia nas Instituições.** São Paulo: Lovise, 1997. cap. 25, p.169-174.

ARAUJO, A.; QUAYLE, J.; KAHHALE, S.; SOUZA, M.C.; ZUGAIB, M. Um estudo sobre gestantes hipertensas e a adesão ao tratamento médico: abordagem descritiva. **Rev. Ginec. e Obstet.** v. 9, n. 4, p. 191-198, 1998.

ATTONI, A.K.; LETELIER, C.O.; BRUNETTO, B.M. Enfermedad psicossomática y transtorno vocal. **Rev. otorrinolaringol. cir. cabeza cuello**. v. 58, n.1, p. 37-43, 1998.

AUGSACH, Federico Santiago. La voz em la comunicación humana. **Salud. ocup.** v. 11, n. 53, p. 24-32, 1993.

BACHA, S. M. C.; CAMARGO, A. F. F. P. de; BRASIL, M. L. R.; MONREAL, V. R. F. D.; NAKAO, E. M. H.; ROCHA, A. E.; TUTES, E. R.; NAKAO, M. Incidência de disfonia em professores de pré-escola do ensino regular da rede particular de Campo Grande/MS. **Pró-fono**. v. 11, n. 2, p. 8-14, 1999.

BALLANTYNE, J. ; MARTIN, M. C.; MARTIN, A . **Surdez**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.62-64.

BARBOSA, T.C. A fonoaudiologia na pré-escola municipal. In: LAGROTTA, M. G. M. **A Fonoaudiologia nas Instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. cap. 18, p. 133-135.

BASSETTO, A.O.; NATALINI, V. Distúrbio articulatorio. In: SACALOSKI, M.; ALAVARSI, E.; GUERRA, G.R. **Fonoaudiologia na escola**. São Paulo: Lovise, 2000. c. 8, p. 107-115.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia básica** São Paulo: Santos, 1996. cap.10, p.133-143.

BEHLAU, M.; PONTES, P. **Avaliação e tratamento das disfonias**. São Paulo: Lovise, 1995.

BEHLAU, M.; RODRIGUES, S.; AZEVEDO, R.; GONÇALVES, M.I.; PONTES, P. Avaliação e terapia de voz. In: LOPES FILHO, O. (Ed.) **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997. cap. 27, p.607-58.

BOONE, D.R.; McFARLANE, S.C. **A voz e a terapia vocal**. 5 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1994, 300 p.

FRIEDMAN, S. Gagueira. In: LOPES FILHO, O. (Ed.) **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997. cap. 44, p.971-999.

GARCIA, O.C.; TORRES, R.P.; SHASAT, A.D.D. Disfonías ocupacionales. Estudio de 70 casos. **Rev. Cub. Méd.** v. 25, n.10, p. 998-1009, 1986.

GIACHETI, C.M.; DUARTE, V.G. Programa de atuação fonoaudiológica junto a idosos institucionalizados. In: LAGROTTA, M.G.M. **A Fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. cap. 1, p. 17-27.

GIAMPIERI, N.I.C. La voz em el campo ocupacional. **Salud ocup.** V. 10, n.49, p. 29-31, 1992.

GOMES, E. M. G. P.; REMENCIUS, N. R. Fonoaudiologia na Unidade Básica de Saúde. In: LAGROTTA, M. G. M. **A Fonoaudiologia nas Instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. cap. 27, p. 183-186.

GORDO, A. Distúrbios auditivos. In: SACALOSKI, M.; ALAVARSI, E.; GUERRA, G.R. **Fonoaudiologia na escola**. São Paulo: Lovise, 2000. c. 15, p. 181-198.

GUEDES, Zelita Caldeira Ferreira. Fonoaudiologia e Educação: Algumas considerações sobre a socialidade da linguagem. In: VIEIRA, R. M. (Org.) **Fonoaudiologia e saúde pública**. Carapicuíba: Pró-Fono, 1995. pt. 2, p. 113-160.

\_\_\_\_\_. Atuação fonoaudiológica nos distúrbios articulatorios. In: LOPES FILHO, O. (Ed.) **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997. cap. 38, p. 861-876.

GUERRA, G.R.; ALAVARSI, E.; SACALOSKI, M. Desenvolvimento normal da linguagem. In: SACALOSKI, M.; ALAVARSI, E.; GUERRA, G.R. **Fonoaudiologia na escola**. São Paulo: Lovise, 2000. c. 2, p. 27-34.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987. cap. 5, p. 55 – 92.

HELMAN, C.G. Relação médico-paciente. In – **Cultura, saúde e doença**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1994. cap. 5, p. 100-136.

HUNGRIA, H. **Otorrinolaringologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p. 482.

ISERHARD, R.; FREITAS, C. S. C. Frequência do usuário e diagnóstico em um ambulatório de psiquiatria. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 92, p. 5, p. 273-277, 1993.

ISSLER, S. **Articulação e linguagem**. 3. ed. São Paulo: Lovise, 1996. p.13.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUSA, A. L. L.; MONEGO, E. T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 232-238, 1996.

Joint Committe of the American Speech – language - hearing Association and the Council on Educacion of the deaf. Hearing loss:Terminology and classification, position atatement and technical report. **ASHA**, 40, suppl. 18, p. 22-23, 1998.

KANDEL, L. Reflexões sobre o uso da entrevista , especialmente a não-diretiva, e sobre as pesquisas de opinião. **Epistemol. Sociol.**, n. 1, p. 35 – 46, 1972.

KOPPMANN, A. A.; ORNSTEIN, C.; BRUNETTO, B. Enfermedad psicossomática y trastorno vocal. **Rev. otorrinolaringol. cir. cabeza cuello**. v. 58, n. 1, p.37-43, 1998.

LAUERMANN, A. F. R.; WERTZNER, H. F. Fonoaudiologia e saúde coletiva: novas propostas a partir de uma experiência In: MARCHESAN, I. Q. (Org.) **Tópicos de fonoaudiologia 1995**. São Paulo: Lovise, 1995. v. 2, cap. 30, p. 409–413.

LIMA, M.B.; MELLO, M.D.A. Tuberculose: prioridade em saúde pública. **RECCS**, n.12, p.34-36, 2000.

LOPES FILHO, O. (Ed.) **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997. 1110p.

LOPES FILHO, O.; CAMPOS, C. A. H. **Tratado de otorrinolaringologia**. São Paulo: Roca, 1994. p. 531-559.

LOUZADA, P. Disfonia funcional – patogenia e tratamento eficiente. **Arq. brás. Méd.** v. 62, n. 1, p. 21-24, 1988.

MAITRE, J. Sociologia da Ideologia e entrevista não-diretiva. **Rev. Fr. Soc.**, n. 17, p. 248 –256, 1975.

MORALES, E.M.M; MONTES, V.S.; PEREZ, G.C.; GUERRERO, E.V.; ROMERO, C.E.; PEÑA, J.E. Principales causas de abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar. **Gac. Med. Mex.**, v. 129, n. 1, 57-62, 1993.

MARONE, S.A.M.; BENTO, R.F.; COSTA, E.G.; SENNES, L.U.; BOGAR, P.; MINITI, A.. Disacusia neuro-sensorial em otite média serosa. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** v. 59, n. 3, p.194-196, 1993.

MÉNDEZ, J. C.; ALVAREZ, R.; LOO, S.; LOPEZ, R.; HURTADO, L. Factores asociados al abandono del tratamiento de adicciones: aspectos epidemiológicos y posibilidades de intervención. **Rev. Psiquiatr.**, v. 13, n. 1, p. 21-28, 1996.

MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. **Rev. Fr. Sociol.**, v. 16, p. 229 – 234 , 1975.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde.** 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 270p.

NAVAS, Deli Montanari.; DIAS, Pedro Ricardo. In: PINHO, Sílvia M. Rebelo. **Fundamentos em Fonoaudiologia – Tratando os Distúrbios da Voz.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 5. p.73-79.

OLINDA, Q.B. Abandono ao tratamento de tuberculose no ceará:1984-1988. **Monografia** – Curso de Especialização em Epidemiologia, UECE. Mimeo. p.39,1990

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição.** Geneva,1946.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Hearing disorders.** Ginebra, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Deficientes físicos no Brasil. **Consultório médico.** v. 4, n.16, 1993.

ORTIZ, K. Z. Avaliação e terapia dos distúrbios neurológicos da linguagem e fala. In: LOPES FILHO, O. (Ed.) **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997. cap. 42, p. 939-958.

ORTIZ, K. Z.; BERTACHINI, L.; LILIANE, D. P. Atuação fonoaudiológica em unidades básicas de saúde. In: VIEIRA, R. M. (Org.) **Fonoaudiologia e saúde pública**. Carapicuíba: Pró-Fono, 1995. pt. 2, p. 99-109.

OYARZÚN, R.; BRUNETTO, B.; MELLA, L.; AVILA, S. Disfonia em professores. **Rev. otorrinolaringol. cir. cabeza cuello**. v. 44, n. 2, p.12-8, 1984.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. . In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. cap. 18, p. 455-466.

PAIXÃO, E.C.; SANCHES, C.; CÉSAR, C.P.H.A.R.; LAGROTA, M.G.M. In: LAGROTTA, M. G. M. **A Fonoaudiologia nas Instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. cap. 12, p. 89-92.

PENTEADO, R.Z.; PEREIRA, I.M.T. A voz do professor: relações entre trabalho, saúde e qualidade de vida. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** v. 25, n. 95/96, p. 109-30, 1999.

PESSOA, J. H. L.; BALIKJIAN, P.; FRITTELLA, S.; NASCIMENTO, R.; RIBEIRO, L. Não-adesão à prescrição após atendimento em pronto-socorro pediátrico. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 14, n. 2, p. 73-77, 1996.

PINHO, S.M.R. As "fendas glóticas" e a terapia fonoaudiológica. In: FERREIRA, L.P. (Org.). **Um pouco de nós sobre voz**. Carapicuíba: Pró-fono, 1993.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos em Fonoaudiologia – Tratando os Distúrbios da Voz**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 128p.

\_\_\_\_\_. **Tópicos em voz**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, c. 1, p.1-17.

RIBEIRO, F. A. Quintanilha. A Incidência da otite média secretora em diferentes faixas etárias. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v. 59, n. 2. p. 99-101, 1993.

RIBEIRO, M.S.; TEIXEIRA, L.S.; ALVES, M.J.; VIANELLO, A.; TEIXEIRA, Y.B. Alcoolismo: utilidade do MMPI (Inventário multifásico minesota de personalidade) na identificação de subgrupos de etilistas a partir de sua adesão a propostas terapêuticas. **Rev. bras. neurol.** V.34, n. 1, p. 27-32, 1998.

RUPANI, H. Comments concerning ear care problems in Africa. **Scand. Audiol. Suppl.**, n. 45, p. 43, 1997.

RUSSO, I. C. P. O trabalho na Universidade Aberta para a terceira idade. In: LAGROTTA, M.G.M. **A Fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. cap. 2, p. 29-35.

SACALOSKI, M.; ALAVARSI, E.; GUERRA, G. R. **Fonoaudiologia na escola**. São Paulo: Lovise, 2000. 239 p.

SALAZAR, T. de; ANDERSON, M.; SALAZAR, E. Consecuencias del reflujo gastresofágico em la esfera O.R.L. y los síntomas laringeos: revisión clínica. **Acta otorrinolaringol.** v. 8, n. 2, p, 49-55, 1996.

SALLES, P. S. L. M. Disfonias: conceito e características. **Acta AWHO.** v. 4, n. 3, p.123-31, 1985.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 48, n. 2, p. 109-119, 1995.

SANTOS, S.R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria.** v. 75, n. 6, 1999.

SANTOS, T.M.M.; RUSSO, I.C.P. **A prática da audiologia clínica**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1988.

SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **J. Pediatr.**, v. 75, n. 6, p. 401-406, 1999.

SERRANO, C. L.; SERVAT, M.; VERGARA, M. E.; PRENAFETA, J.; TRUCCO, M. Factores psicológicos asociados a disfonias funcionales. **Rev. otorrinolaring.** v. 45, n. 3, p. 134-7, 1985.

SIMÃO, A. L. F.; CHUN, R. Y. S. Ação fonoaudiológica em uma unidade básica de saúde. In: MARCHESAN, I. Q. (Org.) **Tópicos de fonoaudiologia 1995**. São Paulo: Lovise, 1995. v. 2, cap. 31, p.415- 420.

SOUSA, L. C. A.; PIZA, M. R. T.; COSTA, S. S.; COLLETES, H. M.; PIPANO, P. C. A importância do diagnóstico precoce da surdez infantil na habilitação do deficiente auditivo. **Acta AWHO**, v. 17, n. 3, p. 120-128, 1998.

SOUZA, P. S. O. Avaliação clínico-cirúrgica do serviço de otorrinolaringologia. **Acta AWHO**, v. 15, n. 2, p. 75-81, 1996.

SPINK, M. J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 296 p.

SPINK, M.J.P.; FREZZA, R.M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. cap. I, p. 17-39.

SPINK, M.J.P.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. SPINK, M. J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. cap. IV, p. 93-122.

SPINK, M.J.P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. SPINK, M. J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. cap. II, p. 41-61.

STEFFEN, N.; MOSCHETTI, M.B.; ZAFFARI, R.T. Cistos de pregas vocais – análise de 96 casos. **Rev. Brás. Otorrinolaringol.** v. 61, n. 3, p.179-186. 1995.

TEDESCO, M.L.F.; FERRAZ, N.M.; SILVA, R.A. Triagem auditiva em crianças que freqüentam creches. In: LAGROTA, M.G.M. **A fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. cap. 22, p. 151-157.

TSUJI, Domingos H.; YOKOCHI, Angélica K.A. In: PINHO, Sílvia M. Rebelo. **Fundamentos em Fonoaudiologia – Tratando os Distúrbios da Voz**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 2. p.49-55.

UCHÔA, E. Epidemiologia e antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: CANESQUI, A.M. (Org.) **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997. cap. 5, p. 87-109.

VILELA, J. A. A.; PANTALINO, E. A.; DEL-BEM, C. M.; ZUARDI, A. W. Estudo descritivo de um serviço ambulatorial vinculado a um serviço de emergência psiquiátrica. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 48, n. 6, p. 245-252, 1999.

VILELA, J. E. M.; COSTA, D. A. "Compliance": Fatores necessários ao cumprimento de um programa terapêutico. **Psiquiatr. Biol.**, v. 6, n. 3, p. 127-132, 1998.

WALLHAGEN, M. I. An increasing prevalence of hearing impairment and associated risk factors over tree decades of the alameda county study. **Am. J. Publ. Health.** v. 87, n. 3, p. 440-442, 1997.

ZAMPERLINI, H.B.L.; KYRILLOS, L.C.R.; SANTOS, M.F.C. A comunicação na terceira idade: características e reflexões. In: LAGROTTA, M.G.M. **A Fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. cap. 4, p. 41-48.

ZORZI, J. L. Distúrbios de linguagem em crianças pequenas. In: LOPES FILHO, O. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997. cap. 39, p.877-905.

ANEXOS

---



SERVICO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

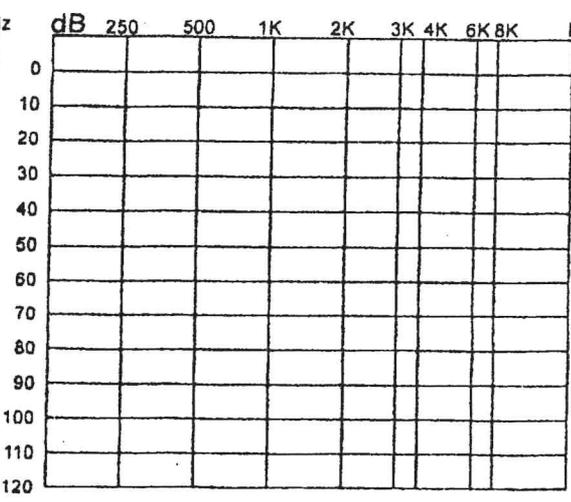
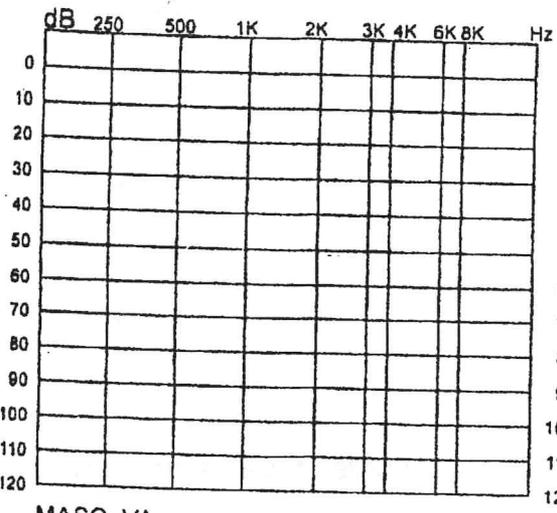
Audiômetro: \_\_\_\_\_ Imitanciômetro: \_\_\_\_\_

Solicitação: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

ORELHA DIREITA

ORELHA ESQUERDA

I R F



OD: \_\_\_\_\_ dB mon \_\_\_\_\_  
diss \_\_\_\_\_  
OE: \_\_\_\_\_ dB mon \_\_\_\_\_  
diss \_\_\_\_\_

MASCARAMENTO

OD: \_\_\_\_\_ dB  
OE: \_\_\_\_\_ dB

S R T

OD: \_\_\_\_\_ dB  
OE: \_\_\_\_\_ dB

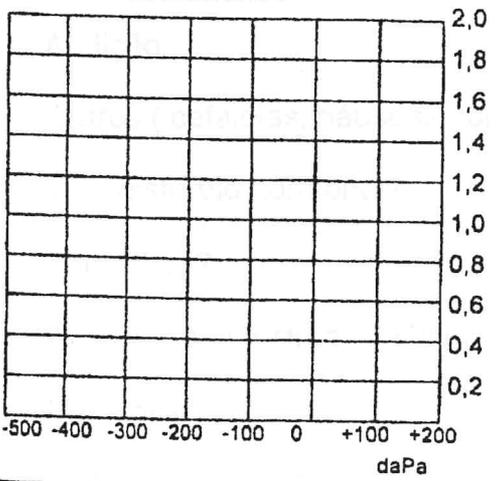
MASCARAMENTO

OD: \_\_\_\_\_ dB  
OE: \_\_\_\_\_ dB

MASC. VA \_\_\_\_\_  
VO \_\_\_\_\_

MASC. VA \_\_\_\_\_  
VO \_\_\_\_\_

IMPEDANCIOMETRIA



OD	SISI	OE
_____	500'	_____
_____	1k	_____
_____	2k	_____
_____	4k	_____

OD	TDT	OE
_____	500	_____
_____	1k	_____
_____	2k	_____
_____	4k	_____

ACUMETRIA

WEBER: \_\_\_\_\_  
RINNE: OD ( ) \_\_\_\_\_  
OE ( ) \_\_\_\_\_

WEBER AUDIOMÉTRICO

	500	1000	2000	4000	
OD					OE

COMPLACÊNCIA ESTÁTICA	OD	OE
PRESSÃO		
Complac. (vol em ml)		
Posição Neutra		
+200 daPa		

REFLEXO ESTAPEDIANO

FREQ. Hz	Limiar OD	AF.D CONTRA	DIFER.	AF.D IPSI	DECAY	Limiar OE	AF.E CONTRA	DIFER.	AF.E IPSI	DECAY
4K										
2K										
1K										
500										

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fortaleza, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fonoaudiólogo(a) \_\_\_\_\_

H.U.W.C. - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

R. CAPITÃO FRANCISCO PEDRO, 1290 – RODOLFO TEÓFILO – FONE: 288.8393

CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO

ANAMNESE – VOZ

Nome:

Prontuário:

Data:

Sexo:

D.N:

Endereço:

Profissão:

Encaminhamento:

Queixa:

Problemas Respiratórios:

Faringe:

Laringe ( ardor, tosse, sensação de corpo estranho, aperto, pigarro, coceira, dor ):

Audição:

Outros ( cefaléias, náuseas, tontura ):

Tem distúrbio hormonal?

Tem filhos?

Partos normais?

Alterações menstruais? Há mudanças na voz neste período?

É alérgico?

DISTÚRBIO VOCAL

Quando iniciou?

Causa aparente:

A voz cansa rapidamente? Após quanto tempo?

Há períodos de melhora ou piora?

Em que períodos do dia a voz é melhor?

O que interfere na voz?

O que você acha da sua voz?

Fala muito durante o trabalho?

Fala em ambiente ruidoso?

Fala muito por telefone?

Dificuldade para cantar?

Grita?

Há crianças pequenas em seu convívio?

Está exposto a mudanças bruscas de temperatura? Ar condicionado?

Bebida gelada piora a voz?

Fuma? Há quanto tempo?

Bebe?

Como se sente ( tenso, agitado, nervoso, preocupado ) :

Faz repouso vocal quando está muito rouco?

Tratamentos anteriores?

OBS.:

Medicação:

Laudo da laringoscopia:

---

FONOAUDIÓLOGO

CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO

AVALIAÇÃO – VOZ

Nome:

Idade:

Data:

1. Postura: Pescoço anteriorizado, posteriorizado, lateralizado, com aumento de massa  
Posicionamento da coluna vertebral:

2. Tensão: Rigidez abdominal.  
Tensões da cintura escapular.  
Tensões laríngicas e região peroral.  
Tensão faríngea.  
Tensão de mandíbula

3. Respiração: Modo: Nasal, bucal, Naso-bucal

Tipo: Predomínio superior, Predomínio inferior, Mista

Capacidade: Reduzida, adequada, desenvolvida

Frequência: Rítmica, arrítmica

4. Coordenação Pneumofonoarticulatória:

- Super-inspiração
- Reabastecimentos insuficientes
- Inspiração sob tensão glótica
- Fonação sem inspiração
- Fonação em inspiração
- Uso do ar de reserva
- Excesso aéreo fonatório
- Desperdício pré e/ou pós-fonatório
- Retenção respiratória

5. TMF( Tempo Máximo de Fonação):

/ a /

Características:

/ i /

/ u /

Relação Áfono : \_\_\_\_\_

/ s /

Sonoro

/ z /

NI : 0,8 a 1,2      Tensão: < 0,8      Hipoadução: > 1,2

6. Contagem ( 1 a 50 ) :

7. Intensidade Vocal: Fraca  
Mediana  
Forte

8. Ataque Vocal: Isocrônico  
Brusco  
Soproso  
Crepitante

9. Ressonância: Predomínio laringofaríngeo  
Predomínio Nasal  
Predomínio Oral  
Predomínio faríngeo  
Equilibrada

10. Articulação: Desviada  
Exagerada  
Reduzida  
Travada  
Adequada

11. Velocidade da Fala: Muito rápida  
Rápida  
Adequada  
Lenta  
Muito lenta

12. Voz cantada: Afinado, Desafinado

Obs.:

13. OFA'S ( Aspecto Anatômico, mobilidade e tonicidade ) :

14. Funções Neurovegetativas:

Obs.:

Laudos da Laringoscopia:

## **ANEXO 04: QUESTIONÁRIO – AUDIOMETRIAS:**

1. Identificação:
2. Data: < dd/mm/yy>
3. Sexo:
  - (1) Masculino
  - (2) Feminino
4. Idade:
5. Acometimento dos Ouvidos:
  - (1) Normal
  - (2) Patológico Unilateral
  - (3) Patológico Bilateral
6. Tipo de Perda Auditiva – Ouvido Direito:
  - (1) Normal
  - (2) Condutiva
  - (3) Mista
  - (4) Sensorineural
  - (5) Sensorineural para frequências agudas
7. Tipo de Perda Auditiva – Ouvido Esquerdo:
8. Grau da Perda Auditiva – Ouvido Direito:
  - (1) Normal (-5 a 20 dB)
  - (2) Leve (25 a 40 dB)
  - (3) Moderada (45 a 70 dB)
  - (4) Severa (75 a 90 dB)
  - (5) Profunda (Acima de 95 dB)
  - (6) Anacusia.
9. Grau da Perda Auditiva – Ouvido Esquerdo:

## **ANEXO 05: QUESTIONÁRIO – FONOTERAPIAS:**

1. Identificação:

2. Sexo:

(1) Masculino

(2) Feminino

3. Idade:

4. Diagnóstico:

Patologias da Linguagem : (1) Distúrbio de leitura e escrita ou Dislexia

(2) Atraso na Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem.

(3) Afasia

Patologias da Fala : (4) Distúrbio Articulatorio ou Dislalia

(5) Disfluência ou Disfemia

(6) Alteração da Motricidade Oral

Patologias da Voz: (7) Disfonia Funcional

(8) Disfonia Orgânico-Funcional

5. Data da Consulta: < dd / mm/ yy >

6. Seguimento:

(1) Só Consulta Inicial

(2) Alta

(3) Abandonou tratamento

(4) Em tratamento

(5) Consulta e espera por vaga no atendimento

7. Número de Sessões:

8. Data final do atendimento:

## **ANEXO 06: QUESTIONÁRIO – ENTREVISTA:**

- **ROTEIRO 01:**

**NOME:**

**DATA DE NASCIMENTO:**

**IDADE:**

**ENDEREÇO:**

**TELEFONE:**

**ESCOLARIDADE:**

**ESTADO CIVIL:**

**Nº DE FILHOS:**

**TRABALHA FORA:**

**LOCAL DE TRABALHO:**

**RENDA FAMILIAR:**

**DATA DA ENTREVISTA:**

**OBS.:** A renda familiar foi baseada em salários mínimos que na época de realização da pesquisa era de R\$ 151,00 e de R\$181,00.

## ANEXO 07: ROTEIRO DE PERGUNTAS CONDUTORAS – ENTREVISTA:

- ROTEIRO 02:

- Hipótese Diagnóstica:

01. Mora com quem?
02. Você trabalha fora de casa?
03. Onde?
04. Qual era o seu problema que fez com que você procurasse um tratamento fonoaudiológico?
05. Quem indicou o seu tratamento?
06. O que você acha que aconteceu para que você tivesse esse problema?
07. Quando você fez o tratamento?
08. Quanto tempo você permaneceu em tratamento?
09. Quanto tempo faz que você não retorna ao serviço?
10. Como você se sentiu durante o tratamento?
11. O que você gostava no tratamento?
12. O que você não gostava?
13. Quais as principais causas de você não ter retornado ao tratamento?
14. O que você acha que poderia ser feito para estimular os pacientes a continuarem o tratamento?
15. Você acha que este tratamento pode resolver o seu problema?
16. O que você achou do atendimento no Núcleo de Fonoaudiologia?
17. Como esse atendimento pode melhorar?
18. Você tem vontade de retornar ao tratamento?

## **Revisão Técnica: Ortográfica e Gramatical**

Helsie Studart Gurgel de Oliveira

- Técnica em Assuntos Educacionais
- Licenciada em Letras