

Group climate in the voice therapy of patients with Parkinson's Disease

Giovana Diaféria^{1,2}
Glaucya Madazio¹
Claudia Pacheco¹
Patricia Barbarini Takaki¹
Mara Behlau¹

Descritores

Doença de Parkinson
Autoavaliação
Voz
Comunicação
Fonoterapia
Estrutura de Grupo

Keywords

Parkinson's Disease
Self-assessment
Voice
Communication
Speech Therapy
Group Structure

RESUMO

Objetivo: Verificar impacto de estratégias de *coaching* e de dinâmica dos grupos na voz, fala, comunicação e clima do grupo de pacientes com DP. **Método:** Participaram 16 indivíduos com disartria leve a moderada por DP, divididos em: GC (8 pacientes), terapia tradicional (12 sessões mais 4 de reforço), e GE (8 pacientes), terapia tradicional (12 sessões) acrescida de 4 sessões de estratégias de *coaching* de dinâmica dos grupos. Foi aplicado questionário Vivendo com Disartria - VcD, além de autoavaliação da voz, fala e comunicação e análise perceptivo-auditiva da voz, nos momentos: pré-terapia, pós-terapia tradicional (pós 1) e pós-reforço/estratégias de *coaching* (pós 2); no pós 1 e 2 foi aplicado o Questionário Clima de Grupo - QCG. **Resultados:** GC e GE apresentaram melhores escores do VcD, comparando pré com pós 1 e pós 2. A autoavaliação da voz foi melhor no GE, comparando pré com pós 2 e pós 1 com pós 2, de regular para muito boa; ambos apresentaram melhora na autoavaliação da comunicação. A análise perceptivo-auditiva foi diferente entre os grupos no pós 1, com vozes melhores no GE. Sem diferença em QCG; contudo, GE apresentou menor evitação no pós 2. **Conclusão:** Pacientes apresentaram melhor autoavaliação da voz, fala e comunicação nas duas modalidades de terapia; GE mostrou redução na evitação, tornando o ambiente mais colaborativo e propício para a terapia fonoaudiológica.

ABSTRACT

Purpose: To verify the impact that group dynamics and coaching strategies have on the PD patients voice, speech and communication, as well as the group climate. **Methods:** 16 individuals with mild to moderate dysarthria due to the PD were divided into two groups: the CG (8 patients), submitted to traditional therapy with 12 regular therapy sessions plus 4 additional support sessions; and the EG (8 patients), submitted to traditional therapy with 12 regular therapy sessions plus 4 sessions with group dynamics and coaching strategies. The Living with Dysarthria questionnaire (LwD), the self-evaluation of voice, speech and communication, and the perceptual-auditory analysis of the vocal quality were assess in 3 moments: pre-traditional therapy (pre); post-traditional therapy (post 1); and post support sessions/coaching strategies (post 2); in post 1 and post 2 moments, the Group Climate Questionnaire (GCQ) was also applied. **Results:** CG and EG showed an improvement in the LwD from pre to post 1 and post 2 moments. Voice self-evaluation was better for the EG - when pre was compared with post 2 and when post 1 was compared with post 2 - ranging from regular to very good; both groups presented improvement in the communication self-evaluation. The perceptual-auditory evaluation of the vocal quality was better for the EG in the post 1 moment. No difference was found for the GCQ; however, the EG presented lower avoidance scores in post 2. **Conclusion:** All patients showed improvement in the voice, speech and communication self-evaluation; EG showed lower avoidance scores, creating a more collaborative and propitious environment for speech therapy.

Endereço para correspondência:

Dra. Mara Behlau
Centro de Estudos da Voz – CEV
Rua Machado Bittencourt, 361,
10º andar, São Paulo (SP), Brasil,
CEP: 04044-905.
E-mail: mbehlau@cevfono.com

Recebido em: Fevereiro 24, 2017

Aceito em: Março 26, 2017

Trabalho realizado no Serviço de Fonoaudiologia da Associação Brasil Parkinson – ABP, São Paulo (SP), Brasil, liderado pelo Centro de Estudos da Voz – CEV, São Paulo (SP), Brasil.

¹ Centro de Estudos da Voz – CEV - São Paulo (SP), Brasil.

² Associação Brasil Parkinson – ABP - São Paulo (SP), Brasil.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesse: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa que afeta a produção da dopamina, neurotransmissor produzido na substância negra, e é a segunda doença neurodegenerativa mais frequente na população⁽¹⁾. A manifestação da DP pode incluir tremores, bradicinesia e rigidez dos músculos^(1,2), sintomas que também impactam a expressão da voz. Sendo assim, a voz do parkinsoniano apresenta características decorrentes da diminuição da coaptação glótica e redução da amplitude articulatória^(3,4), resultando em uma fala imprecisa, lenta, com emissão instável e intensidade reduzida.

Devido a estas características, e também aos sintomas neuropsiquiátricos frequentemente relatados, a DP acarreta limitações e restrições de atividades, principalmente no que se refere ao ambiente social, sendo, por isso, muito estudada com relação à qualidade de vida e à autopercepção do indivíduo^(1,2). Entender o comportamento dos pacientes diante das dificuldades do dia a dia e as restrições implicadas pela doença promove melhor compreensão de como esses indivíduos enfrentam o problema e quais aspectos podem ajudá-los ou não a superá-lo.

Considerando o cenário exposto anteriormente, a terapia vocal tem se mostrado eficiente para minimizar os sinais da DP na voz, melhorando a qualidade da emissão e proporcionando uma comunicação mais efetiva àqueles que possuem a doença^(3,5). A terapia de voz em grupo formado por indivíduos com problemas similares, além de ser indicada para melhorar a interação entre os participantes e o humor⁽⁶⁾, tem sido aplicada também nos casos de DP, colaborando para a eficácia dos tratamentos⁽⁷⁾.

A terapia em grupo foi amplamente estudada pela Psicologia, que entende o quanto este ambiente promove a interação individual de cada membro, entre os membros do grupo e do grupo com o terapeuta, resultando no desenvolvimento pessoal, alívio dos sintomas e experiências corretivas, que irão auxiliar na melhora e na manutenção deste padrão após a vivência em grupo⁽⁷⁾. Por isso, a modalidade de terapia em grupo é aplicada nas mais diversas doenças, sejam psicológicas e psiquiátricas^(8,9), por dependência do tabagismo⁽⁹⁾ e também fonoaudiológicas⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Estudos indicam que o clima de grupo (CG) na terapia representa uma parte importante e determinante para o sucesso terapêutico⁽⁷⁾ quando se opta pelo atendimento grupal, seja por eleição ou por necessidade de dar conta de uma demanda clínica elevada. O clima do grupo tem impacto direto nos relacionamentos estabelecidos na terapia e na percepção do ambiente do próprio grupo terapêutico. De acordo com a proposta de Law et al. (2012)⁽⁶⁾, o CG pode ser verificado a partir de três comportamentos, a saber: engajamento, que significa o ambiente de trabalho positivo no grupo; evitação, ou seja, evitação das responsabilidades pessoais em desempenhar seu papel no grupo; e conflito, sentimento de raiva e tensão entre os membros do grupo.

Por outro lado, estratégias utilizadas no trabalho com a dinâmica dos grupos têm se apresentado como ferramenta para promover o autoconhecimento, auxiliando no processo terapêutico individualmente. Além disso, é uma forma de desenvolver motivação intrínseca e extrínseca e fortalecer as relações entre os membros⁽¹³⁾, favorecendo o CG. Consequentemente, espera-se

maior aceitação do diagnóstico e melhor autorregulação para aquisição de um padrão de comunicação mais efetivo.

Objetivo

Verificar o impacto de estratégias de dinâmica dos grupos na autopercepção da voz, fala e comunicação, na avaliação perceptivo-auditiva e no clima de grupo de pacientes com DP.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo e longitudinal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 1.019.900. Foram avaliados 35 indivíduos, entre 29 e 80 anos (média de idade de 65,4 anos), com diagnóstico de DP, conforme critérios do Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido⁽¹⁴⁾, entre os níveis 2 e 3 da escala Hoehn & Yahr⁽¹⁵⁾. Esses pacientes apresentavam disartria em grau leve a moderado, de acordo com a escala Duffy⁽¹⁶⁾, estavam com medicação estável e receberam encaminhamento para atendimento fonoaudiológico no setor de Fonoaudiologia da Associação Brasil Parkinson (ABP) do Estado de São Paulo. Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídos da amostra aqueles que tiveram outras doenças neurológicas além da DP e os que receberam diagnóstico complementar na avaliação otorrinolaringológica, estabelecendo outras bases fisiológicas para o problema de voz acrescidas aos sintomas característicos da doença. Além disso, foram excluídos também os indivíduos que apresentaram nível cognitivo abaixo do considerado normal pelo Teste IQCODE (*Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*)⁽¹⁷⁾, com comprometimento da compreensão das atividades e dos testes aplicados.

O IQCODE é composto por 26 questões e foi respondido por um informante ou familiar que pontuou de 1 a 5 cada aspecto do teste, pensando no desempenho do participante no decorrer dos últimos 10 anos, sendo 1 “muito melhor”, 2 “um pouco melhor”, 3 “pouca mudança”, 4 “um pouco pior” e 5 “muito pior”. Em seguida, foi calculado o escore por meio da média aritmética e os dados foram interpretados baseados na validação do IQCODE⁽¹⁷⁾, com nota de corte de 3,3 pontos. A partir deste resultado, foi definido o critério de exclusão da amostra. Os 15 pacientes que pontuaram acima de 3,3 pontos foram excluídos da amostra.

Portanto, participaram do estudo 20 indivíduos, divididos em GC (grupo controle) e GE (grupo experimental), com média de idade em cada grupo de $73,5 \pm 5,07$ e $57,3 \pm 16,7$ anos, respectivamente. A média da escala de Hoehn & Yahr em cada grupo foi de $2,7 \pm 0,3$ e $2,0 \pm 0$ e o grau de disartria foi de $1,7 \pm 0,4$ e $1,5 \pm 0,5$, respectivamente. Além disso, observou-se média do IQCODE de $2,78 \pm 0,44$ e $2,85 \pm 0,69$, respectivamente, reforçando amostras homogêneas e comparáveis (Tabela 1).

Houve uma mortalidade de 20% da amostra, ou seja, 4 pacientes abandonaram o tratamento. Assim, os 16 pacientes que restaram foram avaliados por uma fonoaudióloga em três momentos: pré-terapia tradicional (pré), pós-terapia tradicional (pós 1) e pós-reforço ou estratégias de *coaching* (pós 2).

Na avaliação inicial, no momento pré, foi realizada uma anamnese simples; a aplicação do Questionário Vivendo com Disartria (VcD)⁽¹⁷⁾, a autoavaliação da voz, fala e comunicação, a avaliação perceptivo-auditiva da qualidade vocal foram realizadas nos três momentos de avaliação; a avaliação do clima de grupo ocorreu nos dois momentos de pós 1 e 2 (Figura 1).

A anamnese foi obtida por meio de uma entrevista com os participantes. Foram obtidos dados pessoais, como nome completo, idade, telefone para contato, e queixa, duração da queixa, data do diagnóstico da DP, médico neurologista responsável e uso de medicamentos.

Para a autoavaliação de voz e comunicação, cada participante respondeu a duas questões: “O que você acha da sua voz?” e “O que você acha da sua comunicação?”, em uma escala de cinco pontos, sendo 1 “muito ruim”, 2 “ruim”, 3 “razoável”, 4 “boa” e 5 “muito boa”.

O Questionário traduzido para o português brasileiro Vivendo com Disartria (VcD) por Puhl, Diaféria, Padovani e Behlau⁽¹⁸⁾, baseado no original *Living with Dysarthria*⁽¹⁹⁾, desenvolvido pelo *Vårdal Institute*, foi utilizado para a autoavaliação da fala e da comunicação. Esse protocolo foi respondido pelo próprio paciente, com o objetivo de investigar as dificuldades de fala e comunicação em indivíduos com disartria.

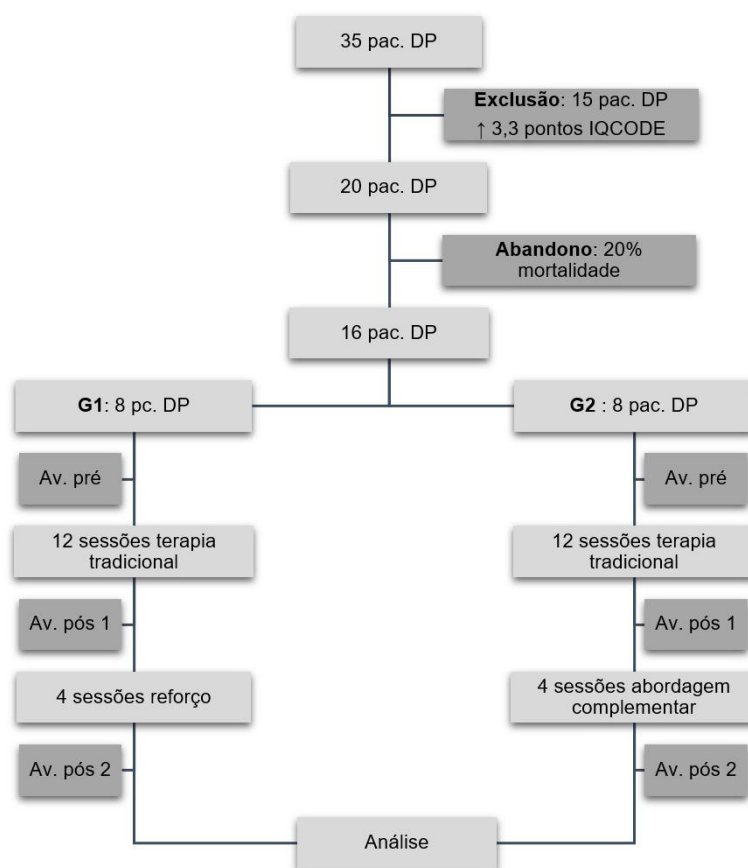
O VcD é composto por 50 questões, divididas igualmente entre 10 seções: Seção 1 – Como a comunicação é influenciada pelos problemas relacionados à fala; Seção 2 – Relacionada a questões de linguagem e cognição; Seção 3 – Fadiga; Seções 4 a 6 – Como as emoções, pessoas e situações interferem na comunicação; Seção 7 – Restrição em meios familiar, social e profissional; Seção 8 – Contribuições para a melhora da comunicação; Seção 9 – Autoavaliação da comunicação; e Seção 10 – Estratégias para melhorar a comunicação.

Tabela 1. Dados demográficos do grupo controle e grupo experimental

	GRUPO CONTROLE	GRUPO EXPERIMENTAL	P
Idade	73,5 ± 5,1	57,3 ± 16,7	0,035
Escala H & Y	2,7 ± 0,3	2,0 ± 0	0,32
Disartria	1,7 ± 0,4	1,5 ± 0,5	0,43
IQCODE	2,78 ± 0,4	2,85 ± 0,7	0,35

Teste “t” de Student

Legenda: Escala H & Y = Hoehn & Yahr; IQCODE = Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly



Legenda: pac. = Paciente; DP = Doença de Parkinson; GC = Grupo Controle; GE = Grupo Experimental; Av. Pré = Avaliação pré-terapia tradicional; Av. Pós 1 = Avaliação após terapia tradicional; Av. Pós 2 = Avaliação pós-reforço ou abordagem complementar
Figura 1. Esquema representativo do fluxo metodológico realizado no estudo

Para responder ao questionário, os participantes foram instruídos a selecionar um item, de 1 a 6, de acordo com a identificação com a frase, sendo 1. “Discordo Totalmente”, 2. “Discordo Bastante”, 3. “Discordo um pouco”, 4. “Concordo um pouco”, 5. “Concordo Bastante” e 6. “Concordo Totalmente”.

Para o cômputo dos dados, a escala de resposta foi traduzida em números de 0 a 5, a fim de facilitar a análise e a interpretação dos resultados. Foram calculados escores para cada uma das 10 Seções, obtidos por média aritmética e, por fim, foi realizado o escore total, calculado pela média aritmética de todos os itens. A interpretação foi baseada no estudo realizado por Hartelius et al.⁽¹⁹⁾.

Para a avaliação perceptivo-auditiva, os participantes foram posicionados sentados em uma cadeira confortável, com a coluna ereta e a cabeça paralela com o Plano de Frankfurt. Foi utilizado microfone auricular (modelo Karsect HT-9, Guangdong), unidirecional, com condensador, ligado a uma placa de som externa USB-SA 2.0 (modelo Andrea, *PureAudio™, Pleasant Grove - UT*), para redução de ruídos e possíveis problemas de compatibilidade de som do sistema. As hastes de apoio do microfone auricular foram posicionadas de maneira confortável sobre a região superior do pavilhão auricular dos participantes, em uma distância de 5 cm da boca, com desvio de 45° da linha média, determinada pelo filtro labial. Todas as tarefas foram gravadas e armazenadas pelo programa *VoxMetria 4 Ink* (CTS Informática), instalado em um computador *HP Pavilion Ultrabook™ 14*.

A gravação das vozes foi realizada nos três momentos, pré, pós 1 e pós 2, e a tarefa solicitada foi a vogal /a/ sustentada. A partir destas gravações, dois fonoaudiólogos especialistas em voz realizaram a avaliação perceptivo-auditiva da qualidade vocal dos pacientes. Foram acrescentados 10% de repetição amostral para analisar a confiabilidade intra e interavaliadores. Todas as vozes foram separadas por paciente e cada um tinha três gravações, que correspondiam aos três momentos de avaliação, formando 16 conjuntos de três vozes. Tanto os conjuntos como as vozes de cada conjunto foram distribuídos aleatoriamente. Os juízes, sem conhecimento prévio de informações dos pacientes e dos momentos da gravação, indicaram a “voz melhor” de cada conjunto de três amostras de um mesmo indivíduo.

Por fim, foi aplicado o Questionário de Clima de Grupo (*Group Climate Questionnaire – Short form*), elaborado por Mackenzie (1983), em Law et al.⁽⁶⁾, tradução livre, para avaliar o clima de grupo em relação aos aspectos de engajamento, evitação e conflito existentes entre os membros do grupo. O questionário de autoavaliação é composto por 12 questões, das quais cinco são correspondentes a engajamento, três sobre evitação e quatro sobre conflito. Para cada questão, o participante pontuou: 0 para “nenhum pouco”, 1 para “um pouco”, 2 para “pouco”, 3 para “sim”, 4 para “muito”, 5 para “bastante” e 6 para “totalmente”.

Experimento

Para a realização do experimento, os indivíduos foram divididos aleatoriamente em dois grupos, por meio de sorteio, denominados grupo controle (GC), sendo, neste, usada terapia tradicional, e grupo experimental (GE), com terapia tradicional acrescida de estratégias de dinâmica dos grupos e *coaching*. Cada grupo foi composto de 8 indivíduos e ambos foram submetidos

ao processo de intervenção fonoaudiológica com duração de 16 sessões, duas vezes por semana. Vale destacar que o GC foi conduzido em 12 sessões e 4 sessões de reforço, enquanto que o GE foi conduzido em 12 sessões de terapia tradicional mais 4 sessões com a associação de estratégias de dinâmica dos grupos e *coaching*.

No primeiro encontro (pré), foi realizada anamnese, avaliação fonoaudiológica e orientação sobre o processo terapêutico, saúde vocal e o impacto da DP na voz; no 11º encontro, segundo momento de gravação (pós 1), foi feita uma reavaliação denominada pós 1, imediatamente antes de serem iniciadas as sessões de reforço e estratégias de *coaching* e dinâmicas dos grupos; no último encontro, ocorreu o terceiro momento de gravação, o pós 2, e os pacientes foram novamente reavaliados. As sessões foram coordenadas por duas fonoaudiólogas experientes, revezando-se na coordenação dos grupos para que o perfil de cada terapeuta não interferisse nos resultados, mas sempre uma em cada grupo, uma vez que os atendimentos aconteciam simultaneamente.

Ambos, GC e GE, foram submetidos ao programa de intervenção fonoaudiológica de rotina do Setor de Fonoaudiologia da ABP, com duração de 45 minutos cada sessão, durante as 10 primeiras sessões. A base do programa foi a abordagem fisiológica, principalmente com uso de técnicas de esforço vocal e monitoramento da fala, com o objetivo de melhorar a coaptação glótica, sem interferência supraglótica. Alguns dos exercícios utilizados foram: ataques bruscos em vogais e palavras, tempo máximo de fonação em vogais sustentadas e sequências automáticas, variação de frequência e intensidade associadas ou não ao tempo máximo fonatório, projeção vocal, sequências articulatórias e trechos de leituras. Dificuldades individuais em relação à voz e comunicação foram abordadas em grupo com a participação de todos os pacientes, para desenvolvimento da consciência da comunicação e de estratégias de fácil implementação, especialmente no GE.

A partir da 12ª sessão, até a 18ª, os pacientes do GC continuaram com a abordagem tradicional para pacientes com DP, enquanto o GE, além de receber essa intervenção tradicional, foi estimulado e trabalhado com estratégias de *coaching* e dinâmica dos grupos, elaboradas e aplicadas por duas fonoaudiólogas especialistas em voz, *coaches* e pós-graduadas em Dinâmica dos Grupos pela Sociedade Brasileira de Dinâmica de Grupos (SBDG), com o objetivo de propiciar o autoconhecimento e autodesenvolvimento e, ao mesmo tempo, melhorar a autoestima e discutir sobre estratégias de enfrentamento da doença. Esse trabalho específico foi realizado em quatro sessões (12ª, 14ª, 16ª e 18ª), com duração de 45 minutos, uma vez por semana. Assim, as sessões acrescidas de estratégias de *coaching* e dinâmica dos grupos, apenas no GE, descritas no Quadro 1, eram de uma hora e 30 minutos.

Metodologia de análise dos dados

Depois da coleta dos dados, estes foram computados e analisados estatisticamente nos programas estatísticos SPSS v.17, Minitab 16 e Excel Office 2010, utilizando testes não paramétricos, devido ao conjunto de dados possuir uma baixa amostragem (inferior a 30 indivíduos). O nível de significância adotado foi de 0,05 (5%) e 95% de confiança estatística.

Para todas as avaliações, com exceção da avaliação perceptivo-auditiva, foi aplicado o teste de Friedman para

comparar os três momentos em cada grupo, o teste Wilcoxon para comparações duas a duas entre os tempos, e o teste de Mann-Whitney para comparar os grupos.

Para a avaliação perceptivo-auditiva, foi realizado o Índice de Concordância de Kappa para verificar a confiabilidade inter e intra-avaliadores, concluindo por concordâncias consideradas excelentes (Kappa = 1,000 e p = 0,025, para todas as análises). O teste de Igualdade de Duas Proporções foi utilizado para comparar os grupos na distribuição da avaliação perceptivo-auditiva, tendo como base para cálculo a contagem de respostas dos dois avaliadores, totalizando 16 respostas para cada grupo analisado.

RESULTADOS

Na autoavaliação de voz, houve diferença significativa apenas entre as respostas do GE, tanto no processo terapêutico como um todo (p = 0,006) como nos momentos pré/pós 2 (p = 0,023) e pós 1/pós 2 (p = 0,011). No GC, não houve diferença entre as avaliações (Tabela 2). Na autoavaliação da comunicação, também apresentada na Tabela 2, houve diferença significativa em ambos os grupos, considerando todo o processo terapêutico (GC: p = 0,019; GE: p = 0,048). Quando analisados nas diferentes etapas, o GC apresentou diferença entre os momentos pós1/pós2

Quadro 1. Descrição de estratégias de *coaching* e dinâmicas de grupo elaboradas para aplicação no G2, nas últimas quatro semanas de terapia

DINÂMICAS DE GRUPO			
SESSÃO	DINÂMICA	DURAÇÃO	OBJETIVO E ESTRATÉGIA
1º	APRESENTAÇÃO "Caixa de trecos"	15 min	Propiciar a apresentação dos membros do grupo e das coordenadoras por meio da escolha de um objeto representativo das expectativas individuais para o trabalho em grupo. (15 min)
	DESAFIOS	30 min	Trabalhar a superação de desafios ocorridos na infância, juventude ou idade adulta para fortalecer a autoestima e compartilhar com o grupo o momento de vitória. Trabalho de enfrentamento.
2º	JORNAL FALADO	15 min	Resgatar os <i>insights</i> da semana, após a primeira reunião.
	AUTOFEEDBACK	30 min	Identificar comportamentos avaliados como positivos, os que não trazem benefícios e ainda novos comportamentos que possibilitem melhoria na qualidade de vida. Esses comportamentos serão apresentados oralmente para que o grupo valide ou não a percepção de cada um.
3º	JORNAL FALADO	15 min	Resgatar os <i>insights</i> da semana.
	DESCRIÇÃO DE CONHECIDOS	30 min	Proporcionar um momento de comunicação entre os membros, reforçando o padrão aprendido na terapia vocal, além da possibilidade de avaliação dessa comunicação, da memória e de aspectos linguísticos. Trabalho em dupla de descrição de pessoa conhecida, definida por um papel nas costas, para que o colega adivinhe a personalidade escolhida.
4º	JORNAL FALADO	15 min	Resgatar os <i>insights</i> da semana.
	AFETO	30 min	Manifestação do afeto na partilha de uma caixa de bombons.

Tabela 2. Autoavaliação da voz, da fala e da comunicação e resultados do VcD de pacientes com DP, nos grupos GC e GE

Avaliação	Momento	Média	Mediana	Desvio Padrão	N	P-valor			
						Pré	Pós 1	Três momentos	
Autoavaliação Voz	GC	Pré	2,88	3	0,83	8	-	-	0,589
		Pós 1	2,75	3	0,89	8	0,564	-	
	GE	Pós 2	3,25	3	1,28	8	0,48	0,194	0,006
		Pré	3	3	0,93	8	-	-	
		Pós 1	3	3	0,76	8	1	-	
		Pós 2	4	4	0,53	8	0,023	0,011	
Autoavaliação Comunicação	GC	Pré	2,88	2,5	1,13	8	-	-	0,019
		Pós 1	2,88	3	0,83	8	1	-	
	GE	Pós 2	3,75	3,5	0,89	8	0,053	0,02	0,048
		Pré	3,13	3,5	0,99	8	-	-	
		Pós 1	3,75	3,5	0,89	8	0,096	-	
		Pós 2	4,13	4	0,64	8	0,039	0,257	
VcD	GC	Pré	2,32	2,56	0,94	8	-	-	0,005
		Pós 1	3,57	3,75	1,14	8	0,012	-	
	GE	Pós 2	3,17	3,24	1,12	8	0,03	0,263	0,093
		Pré	1,98	2,03	1,1	8	-	-	
		Pós 1	2,93	3,26	1,1	8	0,036	-	
		Pós 2	2,84	2,69	1,04	8	0,017	0,575	

Teste de Friedman e Teste de Wilcoxon

Legenda: N = Tamanho da amostra; VcD = Questionário Vivendo com Disartria; GC = Grupo Controle; GE = Grupo Experimental; Pré = Pré-terapia tradicional; Pós 1 = após terapia tradicional; Pós 2 = pós-reforço ou abordagem complementar

Tabela 3. Avaliação da melhor voz de pacientes com DP, por meio de análise perceptivo-auditiva, nos grupos GC e GE, nos momentos Pré-terapia tradicional, Pós 1 e Pós 2

Avaliação perceptivo-auditiva	GC		GE		P-valor
	N	%	N	%	
Pré	3	18,80%	1	6,30%	0,285
Pós 1	5	31,30%	11	68,80%	0,034
Pós 2	8	50,00%	4	25,00%	0,144

Teste de Igualdade de Duas Proporções

Legenda: N = Tamanho da amostra; % = Porcentagem; GC = Grupo Controle; GE = Grupo Experimental; Pré = Pré-terapia tradicional; Pós 1 = após terapia tradicional; Pós 2 = pós-reforço ou abordagem complementar

Tabela 4. Avaliação do clima de grupo, nos grupos controle e experimental de pacientes com DP, nos momentos Pré-terapia tradicional, Pós 1 e Pós 2

Clima de Grupo	Momento	Média	Mediana	Desvio Padrão	N	IC	P-valor			
							Pré	Pós 1	Três momentos	
Engajamento	GC	Pré	2,53	2,4	1,26	8	0,87	-	-	
		Pós 1	2,98	3	1,38	8	0,95	0,446	-	0,648
		Pós 2	2,9	2,9	1,14	8	0,79	0,497	0,779	
	GE	Pré	2,95	3,1	1,11	8	0,77	-	-	
		Pós 1	2,98	2,5	1,4	8	0,97	0,932	-	0,657
		Pós 2	3,25	3,2	0,48	8	0,33	0,484	0,624	
Evitação	GC	Pré	2,75	2,5	1,28	8	0,89	-	-	
		Pós 1	3,04	2,83	1,39	8	0,96	0,136	-	0,657
		Pós 2	2,67	2,67	1,37	8	0,95	0,799	0,526	
	GE	Pré	2,83	3,17	1,14	8	0,79	-	-	
		Pós 1	2	2,17	1,1	8	0,76	0,128	-	0,166
		Pós 2	1,96	2,17	0,58	8	0,4	0,028	0,799	
Conflito	GC	Pré	0,97	1	0,49	8	0,34	-	-	
		Pós 1	0,91	0,63	1,06	8	0,73	0,888	-	0,587
		Pós 2	0,78	0,75	0,77	8	0,54	0,528	0,753	
	GE	Pré	0,78	0,63	0,59	8	0,41	-	-	
		Pós 1	0,59	0,5	0,53	8	0,37	0,528	-	0,066
		Pós 2	0,44	0,13	0,56	8	0,39	0,091	0,344	

Teste de Friedman e Teste de Wilcoxon

Legenda: N = Tamanho da amostra; IC = Intervalo de Confiança; GC = Grupo Controle; GE = Grupo Experimental; Pré = Pré-terapia tradicional; Pós 1 = após terapia tradicional; Pós 2 = pós-reforço ou abordagem complementar

($p = 0,020$) e o GE, entre os momentos pré/pós2 ($p = 0,039$). O Vcd apresentou diferença apenas no GC, quando analisado o processo terapêutico como um todo ($p = 0,005$). Contudo, ambos os grupos apresentaram diferenças significantes entre os momentos pré/pós1 (GC: $p = 0,012$; GE: $p = 0,036$) e pré/pós2 (GC: $p = 0,030$; GE: $p = 0,017$).

De acordo com a Tabela 3, comparando a avaliação perceptivo-auditiva das vozes entre os dois grupos, GC e GE, nos três momentos, as vozes do grupo experimental foram significativamente melhores no GE no momento pós 1 ($p = 0,034$).

Por fim, a análise do clima de grupo (CG) foi apresentada na Tabela 4. De modo geral, não houve diferença estatística entre os dois grupos. Contudo, o GE apresentou diferença significativa em relação à evitação, que foi menor no pós 2 quando comparada ao pré-terapia tradicional ($p = 0,028$).

DISCUSSÃO

A demanda de atendimento fonoaudiológico aumentou em diversos serviços e o atendimento em grupo foi necessário e conveniente^(2,18,20), tanto para atender às principais necessidades

dos pacientes, no caso portadores de DP⁽¹⁹⁾, como para dar suporte a alguns aspectos emocionais⁽²⁾. Atualmente, muitos dos atendimentos fonoaudiológicos são realizados em grupo, com base na abordagem fisiológica de tratamento de voz, composta por técnicas de esforço fonatório e monitoramento da fala. Os exercícios vocais que configuram esse programa tradicional de terapia foram propostos a partir da descrição de sinais e sintomas vocais e das dificuldades na comunicação apresentadas em estudo prévio⁽²⁰⁾ e considerando que, além dos sintomas cardiais, outros podem aparecer e variar em cada paciente⁽²⁾.

O ambiente do grupo desempenha um papel importante nas relações interpessoais^(6,20), que, por sua vez, é o maior responsável pela mudança do clima de grupo, interagindo diretamente com os três aspectos de sua competência, engajamento, evitação e conflito^(6,9). Há evidências de que, ao longo do desenvolvimento terapêutico, o aspecto engajamento aumenta^(6,9), favorecendo a diminuição de sintomas psiquiátricos de alterações de humor e de problemas interpessoais^(21,22), além de reforçar o vínculo e a confiança entre os membros e promover ambiente colaborativo⁽²²⁾; por outro lado, o grupo ajuda a diminuição da evitação e de

conflito⁽⁹⁾, reduzindo a ansiedade⁽²¹⁾ e os sentimentos de angústia⁽²²⁾, garantindo melhores resultados terapêuticos.

No caso das estratégias de *coaching* e dinâmicas de grupos, acredita-se que promovam maior autoconhecimento, autodesenvolvimento e interação entre os membros do grupo, além de despertar a automotivação. Com isso, a autopercepção da voz, fala e comunicação melhorariam e, conseqüentemente, o desempenho desses pacientes nos resultados da terapia de voz seria mais apurado.

Como era esperado, apesar de a intensidade da doença ter sido controlada e de os dois grupos do estudo terem sido formados por sorteio, buscando homogeneizar os grupos de forma a torná-los comparáveis, eles se comportaram de formas distintas, discutidas a seguir.

Os resultados deste estudo concordam com a literatura^(5,23), reforçando os aspectos positivos do ambiente do grupo para o desempenho na terapia, uma vez que ambos os grupos estudados apresentaram resultados positivos após a intervenção fonoaudiológica. Provavelmente os ganhos teriam sido ainda mais evidentes se o número de pacientes fosse maior, uma vez que várias análises mostraram apenas tendência à significância. A modalidade da intervenção, GC ou GE, mostrou algumas diferenças que serão discutidas a seguir.

O GE avaliou melhor a própria voz após realização das estratégias de *coaching* e dinâmicas de grupos (Tabela 2). Embora a avaliação da comunicação, de uma forma geral, tenha sido significativamente melhor pontuada pelos próprios pacientes em ambos os grupos no final do processo, enquanto a diferença no GE aconteceu entre a pré-terapia tradicional e o pós 2, no GC, a maior mudança foi entre pós 1 e pós 2. Pode-se inferir que a melhora na autoavaliação da comunicação foi independente ao tipo de estratégia utilizada.

Contudo, não se pode garantir a compreensão da pergunta por todos os pacientes, especialmente a diferença entre voz e comunicação. Há evidências de que a maior preocupação desses pacientes não é a voz e a fala especificamente, mas sim como essas mudanças afetam o autoconceito, a participação na dinâmica familiar e extrafamiliar⁽²⁴⁾.

Portanto, o VcD foi aplicado com o objetivo de identificar como os indivíduos com disartria se percebem, como veem suas dificuldades de fala e lidam com as situações⁽¹⁹⁾. O VcD é, portanto, considerado uma autoavaliação mais complexa do que as discutidas anteriormente. Como apresentado na Tabela 2, os dois grupos mostraram diferenças quando comparados pré-terapia tradicional com pós 1 e pré-terapia tradicional com pós 2. Isso indica que o processo terapêutico é decisivo para a melhora da autopercepção de aspectos da comunicação, novamente independente ao tipo de intervenção.

A análise perceptivo-auditiva das vozes dos pacientes com DP foi realizada por duas fonoaudiólogas especialistas em voz para verificar se as mudanças percebidas pelos pacientes seriam por elas validadas. De acordo com a Tabela 3, os pacientes do GC tiveram suas vozes mais bem avaliadas no momento pós 2, enquanto o GE apresentou as melhores vozes no pós 1.

Deve-se lembrar que o GC trabalhou especificamente as habilidades vocais durante todo o processo terapêutico, visando maior intensidade da voz, flexibilidade vocal e melhor articulação

dos sons da fala. Já o GE não priorizou o trabalho vocal em todo o processo e, a partir da 12ª sessão, dividiu o foco entre a voz e as reflexões advindas das dinâmicas propostas, o que pode ter desviado a atenção para os aspectos emocionais e relacionais, embora o tratamento tradicional não tenha sido descartado e a voz em forte intensidade e a precisão articulatória terem sido solicitadas em tempo integral.

O tratamento complementar proposto, com estratégias de *coaching* e dinâmica dos grupos, favoreceu aspectos avaliados no clima de grupo, reduzindo sentimentos de ansiedade⁽²¹⁾ e angústia⁽²²⁾ e promovendo a autoconfiança⁽²⁵⁾. Possivelmente, essas condições promoveram a autopercepção da melhora vocal, uma vez que a voz é modelada por aspectos individuais e também pelo ambiente de comunicação⁽²⁶⁾.

O objetivo das estratégias de *coaching* era ampliar as relações entre os membros do GE, o único grupo a receber esse tipo de intervenção. As dinâmicas mostraram-se efetivas na reavaliação dos membros deste grupo, uma vez que, após a implantação destas dinâmicas, houve maior interação entre os membros. Além disso, foi observada iniciativa em busca de vínculo interpessoal, com atividades propostas pelos integrantes fora do ambiente terapêutico, reforçando ainda mais a hipótese inicial. Teoricamente, o engajamento seria o aspecto responsável por promover ambiente favorável às mudanças e redução de sintomas^(22,25). No entanto, não se pode afirmar que as estratégias e dinâmicas propostas não contribuíram para a melhora na autopercepção da fala e da comunicação, à medida que o engajamento não diferenciou os grupos entre si.

Ainda no clima de grupo, Tabela 4, o aspecto evitação foi o único que apresentou diferença entre os grupos, sendo que este se apresentou reduzido no GE; ou seja, esses pacientes passaram a evitar menos os conflitos no pós 2. Os pacientes do GE foram conduzidos e instigados a enfrentar e lidar com os conflitos, pensando em alternativas para enfrentá-los, resolvê-los e superá-los a partir de reflexões despertadas pelas estratégias de *coaching* e das dinâmicas de grupo, conferindo a este grupo menor angústia e ansiedade para lidar com situações adversas^(21,22).

Já o conflito, que representa elementos de conflito interpessoal e desconfiança⁽⁹⁾, diminuiu no momento pós 2, mesmo que tenha sido observada apenas tendência à significância (Tabela 4). Esta tendência pode ser atribuída ao número reduzido de participantes e/ou tempo limitado de aplicação das dinâmicas de grupo e estratégias de *coaching*. Na literatura, o conflito está sempre associado à evitação e não há grandes distinções entre seus resultados, uma vez que são aspectos diretamente proporcionais^(9,21,22,25). Entretanto, sabe-se que está relacionado à limitação do desenvolvimento terapêutico e com o tamanho do grupo, ou seja, quanto maior o grupo, maior o conflito⁽²⁷⁾.

Concluindo, os achados deste estudo foram ao encontro da literatura, indicando que a terapia tradicional resulta em voz e comunicação melhores, independente do clima de grupo⁽²⁰⁾, com grande benefício pelo ambiente do grupo em si^(5,23). O uso de estratégias paralelas, capazes de trabalhar com competências e habilidades diversas, dentre elas as de enfrentamento e as emocionais, pode contribuir para melhorar a autoestima e autoconfiança de cada indivíduo, promover o vínculo entre os membros e levar o grupo a estabelecer um ambiente colaborativo⁽²⁵⁾.

Outros estudos nessa linha devem ser desenvolvidos para que seja possível compreender o impacto das estratégias de *coaching* e dinâmicas dos grupos na evolução terapêutica de pacientes com DP e identificar os parâmetros de sua competência.

CONCLUSÃO

As estratégias de *coaching* e dinâmica dos grupos, assim como a terapia vocal tradicional para pacientes com DP, produziram melhora na voz, fala e comunicação.

As estratégias de *coaching* e dinâmicas dos grupos diminuíram a evitação, reduzindo os aspectos negativos do clima de grupo, tornando o ambiente mais colaborativo e mais propício ao melhor desempenho individual de cada paciente na terapia fonoaudiológica.

AGRADECIMENTOS

À Associação Brasil Parkinson, por permitir o desenvolvimento deste estudo, e a todos os participantes voluntários, por confiarem a nós suas expectativas de melhores tratamentos da DP.

REFERÊNCIAS

1. Souza RG, Borges V, Silva SMCA, Ferraz HB. Quality of life scale in Parkinson's disease PDQ-39 - (Brazilian Portuguese version) to assess patients with and without levodopa motor fluctuation. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(3B):787-91. PMID:17952281. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2007000500010>.
2. Abrantes AM, Friedman JH, Brown RA, Strong DR, Desaulniers J, Ing E, et al. Physical activity and neuropsychiatric symptoms of parkinson disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2012;25(3):138-45. PMID:22914597. <http://dx.doi.org/10.1177/0891988712455237>.
3. Spielman JL, Borod JC, Ramig LO. The effects of intensive voice treatment on facial expressiveness in parkinson disease. *Cogn Behav Neurol*. 2003;16(3):177-88. PMID:14501539. <http://dx.doi.org/10.1097/00146965-200309000-00005>.
4. Fischer E, Goberman AM. Voice onset time in Parkinson disease. *J Commun Disord*. 2010;43(1):21-34. PMID:19717164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcomdis.2009.07.004>.
5. Ramig LO, Sapir S, Countryman S, Pawlas AA, O'Brien C, Hoehn M, et al. Intensive voice treatment (LSVT®) for patients with Parkinson's disease: a 2 year follow up. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001;71(4):493-8. PMID:11561033. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.71.4.493>.
6. Law T, Lee KY, Ho FN, Vlantis AC, van Hasselt AC, Tong MC. The effectiveness of Group Voice Therapy: a group climate perspective. *J Voice*. 2012;26(2):e41-8. PMID:21550777. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.12.003>.
7. Searl J, Wilson K, Haring K, Dietsch A, Lyons K, Pahwa R. Feasibility of group voice therapy for individuals with Parkinson's disease. *J Commun Disord*. 2011;44(6):719-32. PMID:21889774. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcomdis.2011.05.001>.
8. Tasca GA, Francis K, Balfour L. Group psychotherapy levels of interventions: a clinical process commentary. *Psychotherapy*. 2014;51(1):25-9. PMID:24059738. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032520>.
9. Bakali JV, Wilberg T, Klungsoyr O, Lorentzen S. Development of group climate in short and long-term psychodynamic group psychotherapy. *Int J Group Psychother*. 2013;63(3):366-93. PMID:23734920. <http://dx.doi.org/10.1521/ijgp.2013.63.3.366>.
10. Holdefer L, Oliveira CACP, Venosa AR. Sucesso no tratamento do zumbido com terapia em grupo. *Braz J Otorrinolaryngol*. 2010;76(1):102-6.
11. Souza APR, Crestani AH, Vieira CR, Machado FCM, Pereira LL. O grupo na fonoaudiologia: origens clínicas e na saúde coletiva. *Rev CEFAC*. 2011;13(1):140-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462010005000042>.
12. Marchesan IQ, Oliveira LR. Terapia em grupo na motricidade orofacial. In: Berberian AP, Santana AP, editores. *Fonoaudiologia em contextos grupais*. São Paulo: Plexus Editora; 2012.p. 101-12.
13. Levi D. *Group dynamics for teams*. 4th ed. California: Sage Publications; 2014.
14. Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lees AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinic-pathological study of 100 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992;55(3):181-4. PMID:1564476. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.55.3.181>.
15. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinson onset, progression and mortality. *Neurology*. 1967;17(5):427-42. PMID:6067254. <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.17.5.427>.
16. Duffy J, Duffy J. *The disorders and their diagnoses: hypokinetic dysarthria*. In: *Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management*. 3th ed. Saint Louis: Elsevier; 2013. p. 165-90.
17. Jorm AF, Broe GA, Creasey H, Sulway MR, Dent O, Fairley MJ, et al. Further data on the validity of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE). *Int J Geriatr Psychiatry*. 1996;11(2):131-9. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199602\)11:2<131::AID-GPS294>3.0.CO;2-5](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199602)11:2<131::AID-GPS294>3.0.CO;2-5).
18. Puhl AE, Diaféria G, Padovani M, Behlau MS. Autoavaliação da disartria em pacientes com doença de Parkinson. In: 17º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e 1º Congresso Ibero-Americano de Fonoaudiologia; 2009 Out 21-24; Salvador. Anais. São Paulo: SBFa; 2009.
19. Hartelius L, Elmberg M, Holm R, Löfberg AS, Nikolaidis S. Living with dysarthria: evaluation of a self-report questionnaire. *Folia Phoniatr Logop*. 2008;60(1):11-9. PMID:18057906. <http://dx.doi.org/10.1159/000111799>.
20. Gasparini G, Diaféria G, Behlau M. Queixa vocal e análise perceptivo-auditiva de pacientes com doença de Parkinson. *R Ci Med Biol*. 2003;2(1):72-6.
21. Ryum T, Hagen R, Nordahl HM, Vogel PA, Stiles TC. Perceived group climate as a predictor of long-term outcome in a randomized controlled trial of cognitive-behavioral group therapy for patients with comorbid psychiatric disorders. *Behav Cogn Psychother*. 2009;37(5):497-510. PMID:19664320. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465809990208>.
22. Bonsaksen T, Borge FM, Hoffart A. Group climate as predictor of short- and long-term outcome in group therapy for social phobia. *Int J Group Psychother*. 2013;63(3):394-416. PMID:23734921. <http://dx.doi.org/10.1521/ijgp.2013.63.3.394>.
23. Searl J, Wilson K, Haring K, Dietsch A, Lyons K, Pahwa R. Feasibility of group voice therapy for individuals with Parkinson's disease. *J Commun Disord*. 2011;44(6):719-32. PMID:21889774. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcomdis.2011.05.001>.
24. Miller N, Noble E, Jones D, Burn D. Life with communication changes in Parkinson's disease. *Age Ageing*. 2006;35(3):235-9. PMID:16540492. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afj053>.
25. Bakali JV, Baldwin SA, Lorentzen S. Modeling group process constructs at three stages in group psychotherapy. *Psychother Res*. 2009;19(3):332-43. PMID:20183394. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300902894430>.
26. Morrison EW, Wheeler-Smith SL, Kamdar D. Speaking up in groups: a cross-level study of group voice climate and voice. *J Appl Psychol*. 2011;96(1):183-91. PMID:20718517. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020744>.
27. Kivlighan DM, London K, Miles JR. Are two heads better than one? The relationship between number of group leaders and group members, and group climate and group member benefit from therapy. *Group Dyn*. 2012;16(1):1-13. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026242>.

Contribuição dos autores

Cada autor apresentado anteriormente contribuiu para a realização deste estudo e participou de todas as etapas de elaboração. PBT participou da coleta, tabulação, análise dos dados, elaboração do manuscrito e tradução do resumo para o idioma Inglês; GM e CP foram responsáveis pela concepção do estudo, aplicação das dinâmicas dos grupos, análise dos dados, correção do manuscrito e tradução do resumo para o idioma Inglês; GD foi responsável pelo atendimento vocal dos pacientes, análise dos dados e correção do manuscrito; MB foi responsável pela proposta e concepção do estudo, análise dos dados e revisão final do manuscrito.