UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

ADÉLIA FERRAZ DAHER MIRANDA

Ansiedade e Depressão em Indivíduos com Disfonias Funcionais e Organofuncionais

BAURU
2014

ADÉLIA FERRAZ DAHER MIRANDA

Ansiedade e Depressão em Indivíduos com Disfonias Funcionais e Organofuncionais

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em Fonoaudiologia.

Área de concentração: Processos e Distúrbios da Comunicação.

Orientadora: Profa. Dra. Alcione Ghedini Brasolotto

VERSÃO CORRIGIDA

BAURU
2014

Miranda , Adélia Ferraz Daher
M672a Ansiedade e Depressão em Indivíduos com Disfonias Funcionais e Organofuncionais/ Adélia Ferraz Daher Miranda. – Bauru, 2014.

88p. : il. ; 31cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientador: Profa. Dra. Alcione Ghedini Brasolotto

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo no
08962812.4.0000.5417
28/11/2012

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Nilson Sebastião Miranda, o companheiro que eu escolhi e que me faz sentir escolhida todos os dias. Que briga pela minha ausência, mas me apóia muito. Pela paixão que persiste e pela relação de amor amadurecida, pelos 21 anos de casamento e 24 de eterno namoro. Meu amado, amante, amigo pela vida toda...

Aos meus filhos, Rafael e Rodrigo, pela tolerância à minha ausência e também pela exigência da minha presença, que me faz sempre sentir amada.

Rafael, meu anjo rebelde, que dentro da sua impulsividade, que me faz ficar muito brava, tem uma doçura enorme, que já me adianta o grande homem que está desabrochando... (Mas não precisa ter pressa).

Rodrigo, meu anjo voluntarioso, muito assertivo, muito destemido, até me ajudou ditando as tabelas, mas tão doce, tão meigo, tão amoroso, tão meu menino também com uma pressa enorme de crescer... (De novo eu avisando que não é para ter pressa).

AGRADECIMENTOS

A todos os sujeitos voluntários desta pesquisa.

Por terem aceitado partilhar suas histórias, por sua coragem e disponibilidade.

Á minha Orientadora, Profa, Dra. Alcione Ghedini Brasolotto.

Por todo conhecimento, pela imensa disponibilidade, e mais do que tudo pelo grande ser humano que é.

À minha Co-orientadora, Profa. Dra. Dagma V. M. Abramides.

Porque junto com todo o conhecimento teve a disponibilidade de acolher a minha impulsividade e a minha braveza.

À Secretaria Municipal de Saúde de Bauru.

Principalmente ao Dr. José Fernando Casquel Monti, secretário da saúde, Dr. Pedro Luiz Pereira, Enfa. Rosilene Reigota, meus superiores imediatos, que me incentivaram e permitiram a minha ausência no trabalho possibilitando que este projeto fosse adiante.

Aos meus colegas de Trabalho do Departamento de Planejamento Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru.

Por me incentivarem, por aceitarem a minha opinião mesmo quando eu era a última a chegar nas reuniões.

Aos meus pacientes.

Que aceitaram a minha ausência e inconstância, mas foram fiéis e aguardaram o meu retorno.

A todos os professores do curso de Fonoaudiologia da FOB.

Todos mesmo. Por me acolherem, valorizarem e incentivarem meu trabalho e minha presença neste departamento. Me ajudaram a sentir que eu "fazia parte" deste lugar.

Aos funcionários do Departamento de Fonoaudiologia.

Tenho que citar os nomes da Karina, Cláudia e a Renata. Pela prontidão, pelo carinho, simpatia e acolhimento com que executam seu trabalho.

Aos funcionários da Biblioteca.

Por todo o auxílio e paciência, principalmente a Sra. Rita de Cássia Paglione e Sr. Ademir Padilha, por toda disponibilidade em ajudar.

Aos funcionários da Clínica de Fonoaudiologia.

Sidnei, Evandro, Thiago, Lucas, Danilo, Eliton, Genilson. Todos. Vocês são especiais.

Ao Dr. José Roberto Pereira Lauris.

Pelo auxílio no cálculo estatístico, pela eficiência e gentileza.

Aos meus colegas da pós graduação.

Companheiros de jornada e apoio mútuo.

À Fonoaudióloga Carmen Vanessa Costa.

Companheira de jornada, por fazer as gravações do meu grupo controle.

Á Fonoaudióloga Milena Maria Ramalho Matta Vieira.

Por ceder o estúdio para as gravações, pela paciência com a minha urgência, por ter sido mais uma companheira de jornada.

À Fonoaudióloga Perla Martins Muniz.

Minha companheira veterana. Por auxiliar no cálculo estatístico e formatação do texto, mas principalmente, pela amizade, carinho e incentivo. Coisas que decididamente não tem preço...

"Vós sois o sal da terra. Se o sal perde o sabor, com que lhe será restituído o sabor? Para nada mais serve senão para ser lançado fora e calcado pelos homens. Vós sois a luz do mundo. Não se pode esconder uma cidade situada sobre uma montanha."

(Mateus, 5: 13-14)

RESUMO

Analisou-se os níveis de sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos disfônicos e indivíduos sem alterações vocais. Verificou-se correlação entre os traços de ansiedade e depressão com a percepção dos indivíduos disfônicos e não disfônicos sobre sua qualidade de vida em voz e os sinais e sintomas de desconforto do trato vocal. Participaram 62 indivíduos, 31 pacientes com disfonias funcionais ou organofuncionais, e 31 não disfônicos, com idades entre 18 e 55 anos. Todos responderam a Escala de Desconforto de Trato Vocal (EDTV), protocolo de Qualidade de Vida em Voz (QVV), Escalas de heteroavaliação de Hamilton para Ansiedade e Depressão (HAM– A e HAM – D), e Escalas de autoavaliação de Beck para depressão e IDATE traço e estado para ansiedade. Os resultados foram submetidos aos testes estatísticos de Mann-Whitney, Qui-quadrado e Teste de Correlação de Spearman, considerando significância de 5%. As médias de escores obtidas foram: HAM-A iguais a 17,72 e 7,53; HAM-D 11,22 e 4,28; IDATE-E 44,31 e 36,75; IDATE-T 44,63 e 35,47; BECK 12,22 e 6,72, para os disfônicos e para os não disfônicos, respectivamente ($p \leq 0,03$). Foi encontrada correlação entre o QVV e os sinais e sintomas de ansiedade e depressão quando analisado o grupo todo, mas esta correlação não se repetiu quando analisado separadamente o grupo de disfônicos. O grupo de não disfônicos apresentou correlações regulares entre o domínio físico do QVV e HAM-A, IDATE-E, IDATE-E e Beck e correlação forte com HAM-D; correlações regulares entre o domínio sócio emocional do QVV e IDATE-T e Beck; no domínio total do QVV houve correlação regular com HAM-A, IDATE-T, IDATE-E e Beck e correlação forte com HAM-D. Em relação às queixas pesquisadas no EDTV e os escores das escalas de avaliação psicométrica, foi encontrado para o grupo todo correlações moderadas entre quase todos os parâmetros pesquisados, com exceção para cinco correlações fortes: entre frequência de queimação e IDATE-T, frequência e intensidade de coceira e HAM-A, frequência de garganta irritada e HAM A e entre intensidade de garganta irritada e IDATE-T. Analisando os indivíduos disfônicos foi encontrada correlação forte entre frequência de sensação de secura na garganta e HAM-A e graus moderados em apenas 11 dentre as 80 correlações analisadas, considerando-se frequência e intensidade dos sintomas do EDTV. No grupo de não disfônicos foi encontrada

correlação forte entre frequência de aperto e IDATE-T e graus moderados em 40 das 80 correlações pesquisadas entre as queixas que compõem o EDTV e as escalas psicométricas. Os indivíduos disfônicos apresentaram maiores níveis de ansiedade e depressão do que os não disfônicos, assim como houve maior número de indivíduos disfônicos com ansiedade e depressão em categorias nosológicas mais graves em todos os protocolos psicométricos utilizados. Houve maior número de correlações entre as escalas de ansiedade e depressão com os escores de qualidade de vida em voz e de desconforto do trato vocal para os indivíduos não disfônicos do que para os disfônicos.

Palavras-chave: Ansiedade. Depressão. Disfonias.

ABSTRACT

Anxiety and Depression in Individuals with Dysphonias Functional and Organofunctional

The levels of anxiety and depression in dysphonic individuals and individuals without voice alterations were analyzed. It was verified a correlation between anxiety traits and depression with the perception of dysphonic and non-dysphonic individuals over their quality of life in regards to voice and signs and symptoms of discomfort of the vocal tract. 62 individuals were involved, being 31 patients with functional or organic-functional dysphonia, and 31 non-dysphonic, with ages ranging from 18 to 55 years old. They have all answered to Vocal Tract Discomfort (VTD), Voice-Related Quality of Life (V-RQOL), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM–A and HAM–D), and Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory (STAI). The results were submitted to Mann-Whitney U, Chi-Squared and Spearman Correlation tests considering 5% significance. The average score were: 17,72 and 7,53 at HAM-A; 11,22 and 4,28 at HAM-D; 44,31 and 36,75 at STAI-S; 44,63 and 35,47 at STAI-T; 12,22 and 6,72 at BECK, for dysphonic and non-dysphonic, respectively ($p \leq 0,03$). Correlation was found between V-RQOL and the signs and symptoms of anxiety and depression when the whole group was analyzed, however this correlation was not repeated when separately analyzed the dysphonic group. The non-dysphonic group has shown no regular correlation between the physical domain of V-RQOL and HAM-A, STAI-S, STAI-T and BECK and Strong correlation with HAM-D; regular correlation with the socio-emotional scores of V-RQOL and STAI-T and BECK; at the complete V-RQOL scores were found regular correlations with HAM-A, STAI-T, STAI-S and BECK and strong correlation with HAM-D. In regards to complaints reported at VTD and the scores at psychometric assessments, moderated correlations were found for the whole group in almost all of the researched parameters, with exception to 5 strong correlations: burning sensation frequency and STAI-T, itching frequency and intensity and HAM-A, sore throat frequency and HAM-A and between sore throat intensity and STAI-T. Upon analysis on the dysphonic individuals was found strong correlation between dry throat feeling frequency and HAM-A, and moderated levels in only 11 of the 80 analyzed correlations, considering frequency and intensity of VTD symptoms. In the

non-dysphonic group was found strong correlation between tight throat and STAI-T and moderate levels in 40 of 80 researched correlations which compose the VTD and psychometric scales. The dysphonic individuals presented higher levels of anxiety and depression than the non-dysphonic, as well as a higher quantity of dysphonic individuals with depression and anxiety on more severe nosological categories in all psychometrical protocols utilized. There were a bigger number of correlations between the anxiety and depression scores and the voice-related quality of life and voice tract discomfort for non-dysphonic individuals than for dysphonic ones.

Keywords: Anxiety. Depression. Dysphonia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores descritivos das médias dos escores, valores mínimo e máximo, desvio padrão e valor de probabilidade para as escalas de HAM-A, HAM-D, IDATE E e T, Beck, e QVV nos domínios Físico, Sócio Emocional e Total dos indivíduos disfônico e não disfônicos. 49

Tabela 2 - Comparação dos valores obtidos pelo EDTV entre os grupos de disfônicos e não disfônicos..... 49

Tabela 3 - Comparação do número de ocorrências em cada categoria nosológica da Escala de HAM-A nos grupos de indivíduos disfônicos e não disfônicos 50

Tabela 4 - Comparação do número de ocorrências em cada categoria nosológica da Escala de HAM-D para os grupos de indivíduos disfônicos e não disfônicos. 50

Tabela 5 - Comparação do número de ocorrência em cada categoria nosológica da Escala de IDATE-E nos grupos de indivíduos disfônicos e não disfônicos. 51

Tabela 6 - Comparação do número de ocorrências em cada categoria nosológica da Escala de IDATE-T nos grupos de indivíduos disfônicos e não disfônicos. 51

Tabela 7 - Comparação do número de ocorrências em cada categoria nosológica da Escala de Beck nos grupos de indivíduos disfônicos e não disfônicos. 52

Tabela-8 - Correlações de Spearman para grupo todo pesquisado em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores percentuais de QVV nos domínios físico, sócio emocional e total. 52

Tabela 9 - Correlações de Spearman para o grupo todo pesquisadol em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores da frequência dos sintomas pesquisados no EDTV..... 53

Tabela 10 - Correlações de Spearman do grupo todo pesquisado em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores da intensidade dos sintomas pesquisados no EDTV. 54

Tabela 11 - Correlações de Spearman em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores percentuais de QVV nos Domínios físico, sócio emocional e total no grupo de disfônicos. 55

Tabela 12 - Correlações de Spearman em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores da frequência dos sintomas pesquisados no EDTV no grupo de disfônicos..... 55

Tabela 13 - Correlações de Spearman em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores da intensidade dos sintomas pesquisados no EDTV no grupo de disfônicos..... 56

Tabela 14 - Correlações de Spearman em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores percentuais de QVV nos Domínios físico, socioemocional e total no grupo de não disfônicos. 56

Tabela 15 - Correlações de Spearman em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores da frequência dos sintomas pesquisados no EDTV entre o grupo de não disfônicos..... 57

Tabela 16 - Correlações de Spearrman em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores da intensidade dos sintomas pesquisados no EDT entre o grupo de não disfônicos. 58

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

EDTV	Escala de Desconforto do Trato Vocal
HAM-A	Escala de Hamilton para Avaliação de Ansiedade
HAM-D	Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão
IDATE-E	Inventário para avaliação de ansiedade estado
IDATE-T	Inventário para avaliação de ansiedade traço.
QVV	Qualidade de vida em Voz

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15

2 REVISÃO DE LITERATURA 21

3 PROPOSIÇÃO 31

4 MATERIAL E MÉTODOS 35

4.1 Casuística 37

4.2 Procedimentos e Instrumentos de Avaliação 38

4.2.1 Protocolo de Qualidade de Vida em Voz (QVV) 39

4.2.2 Escala de Ansiedade Traço-Estado – IDATE 39

4.2.3 Escala de Depressão de Beck. 40

4.2.4 Escala de Desconforto do Trato Vocal (EDTV) 41

4.2.5 Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) 41

4.2.6 Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) 42

4.3 Devolutiva dos resultados: 42

4.4 Análise dos dados 43

5 RESULTADOS 45

5.1 Caracterização dos grupos analisados 47

5.2 Resultados Descritivos e Comparação entre os Grupos 48

5.3 Correlações Entre os Resultados Obtidos 52

6 DISCUSSÃO 59

6.1 Comparações entre os grupos 62

6.2 Correlações entre os resultados obtidos 65

7 CONCLUSÕES 71

REFERÊNCIAS 75

ANEXOS 83

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da voz normal ocorre em paralelo com o desenvolvimento orgânico e neurológico e também com o amadurecimento psíquico. Quando a harmonia muscular do aparelho fonador, bem como a integridade dos tecidos que o compõe é mantida, produzindo um som claro, inteligível, de boa qualidade, confortável para o falante e o ouvinte, é caracterizado o estado de eufonia, que seria a “voz normal”, ou adaptada às demandas pessoais do falante. Em situação contrária, quando os atributos de harmonia e conforto durante a fonação não estão presentes, temos os quadros de disfonias. (BEHLAU, AZEVEDO e PONTES, 2001).

As disfonias podem ser classificadas de várias formas, dentre elas, o sistema de classificação de Behlau e Pontes (1995), que divide as disfonias em orgânicas, funcionais e organofuncionais. As disfonias funcionais são desordens do comportamento vocal, sem que haja necessariamente um agente externo causal, e as organofuncionais derivam da evolução de uma disfonia funcional, na qual o comportamento vocal inadequado e repetido leva à produção de lesões orgânicas como pólipos, nódulos vocais, edema de Reinke, granulomas de contato. (BEHLAU, AZEVEDO, PONTES, 2001).

Além de alterações na qualidade vocal, os indivíduos disfônicos podem apresentar desconfortos no trato vocal em decorrência de excessivo esforço da musculatura laríngea intrínseca e extrínseca. (RODRIGUES *et a*l, 2013). Tais aspectos podem interferir na qualidade de vida do indivíduo disfônico, considerando-se o conceito de que saúde não é somente a ausência de doença, mas um bem estar físico, mental e social, associado a uma adequada percepção do sujeito sobre si e sua posição social e contexto cultural (OMS). A qualidade de vida em voz é ligada à percepção que este indivíduo tem da sua produção vocal, dentro de uma sensação de conforto ao cumprir às demandas vocais exigidas por sua vida pessoal (GASPARINI e BEHLAU, 2009).

A concomitância entre desarranjos afetivos e disfonias foi observada em estudos da literatura médica, fonoaudiológica, psiquiátrica e psicológica. (SOUZA e

HANAYAMA, 2005). Entre estes, as condições mais estudadas têm sido a presença de sintomas de ansiedade e depressão.

A ansiedade é um sinal de alerta, uma reação a determinado estímulo que prepara o indivíduo para a tomada de atitudes ou medidas de autopreservação. É vivenciada como uma sensação desagradável, difusa, que alguns autores classificam como subjetiva, de desconforto, seguida de um hiperfuncionamento autonômico, causando sintomas físicos variados, desde um estado de hipervigilância, impulsionando para a resolução de problemas, até a presença de sintomas limitantes ocasionados pelo aumento do funcionamento adrenérgico ou pela resposta orgânica aumentada a este, como taquicardia, sudorese, tensionamento e dores musculares, cefaléia e sensações somáticas variadas. (SADOKC, SADOCK, 2007; OMS, 2008, DSM-IV- TR).

A ansiedade é considerada um fenômeno reacional normal, que todos os indivíduos vão experimentar em algum momento da vida, quando ocorre de maneira proporcional ao estímulo ansiogênico precipitante, tem duração curta e autolimitada, impulsionando o indivíduo para a manutenção de sua homeostase física e psíquica (CASTILLO *et al,* 2000).

Em seu estado patológico, a ansiedade é o quadro psíquico mais frequentemente diagnosticado, tanto na população adulta quanto em crianças. Considera-se a ansiedade patológica quando ocorre de maneira desproporcional a um provável agente causal, tanto em duração quanto em intensidade de sintomas, causando grande desconforto físico e psíquico, prejudicando o desempenho pessoal e social ao invés de impulsionar para a resolução de situações. (SADOCK, SADOCK, 2007; ALLGULANDER, 2007).

A gênese da ansiedade é multicausal, explicada por várias teorias, entre elas Teoria Psicanalítica, Teoria Comportamental, Teoria Existencial, e as Teorias Biológicas, que atribuem a causalidade da ansiedade a fatores de desequilíbrio orgânico como a Predisposição Genética, o Hiperfuncionamento do Sistema Nervoso Autônomo e o Desequilíbrio entre os neurotransmissores Noradrenalina, GABA e Serotonina. Acredita-se que nenhuma destas teorias sejam excludentes

entre si, mas que a gênese da ansiedade estaria na combinação entre elas. (SADOCK, SADOCK , 2007).

Embora didaticamente depressão e ansiedade sejam estudadas de modo distinto é frequente que sintomas de ansiedade estejam acompanhados de sintomas depressivos, havendo uma estreita relação entre estas duas condições. (ANDRADE e GORENSTEIN, 1998; GALLUCI NETO, *et al* 2001; TELLES-CORREIA e BARBOSA, 2009; CAMPOS *et al*, 2013). Observa-se que a neurotransmissão envolvida é a mesma e que existem relatos pouco frequentes de depressão evoluindo para ansiedade, mas relatos mais frequentes de ansiedade evoluindo para a depressão (LEVITAN *et al,* 2011).

A depressão é um estado patológico de rebaixamento do humor, vivenciado não somente por uma sensação de tristeza, mas sim uma sensação de vazio afetivo, sentimento de falta de forças e impotência para tomar atitudes e até para “sentir”, é caracterizada principalmente pela dificuldade em sentir prazer em situações triviais de vida, até as que anteriormente poderiam ser consideradas prazerosas. Pode estar acompanhada de diminuição da atividade volitiva, dificuldades em realizar tarefas, alterações de libido, irregularidades do sono e apetite, dificuldade de concentração e também sensações somáticas variadas, incluindo sensações de tensionamento muscular e dor (SADOCK, SADOCK, 2007; OMS- CID 10, DSM-IV- TR).

Como na ansiedade, a origem da depressão é multicausal, entre as causas mais aceitas estão a Teoria Psicodinâmica, o Stress Ambiental, a Teoria Cognitiva, a Teoria da Impotência Aprendida e por fim, as Teorias Biológicas, que são também muito semelhantes às teorias da gênese da ansiedade, acreditando-se em uma predisposição genética e no desequilíbrio entre as aminas biogênicas, que seriam a noradrenalina, serotonina e dopamina, associadas ou não a desequilíbrios do eixo neuroendócrino, envolvendo a glândula adrenal e o mecanismo do cortisol e desequilíbrios da tireóide. (SADOCK, SADOCK, 2007).

Vários autores relataram a concomitância das disfonias com a depressão e ansiedade, em variadas formas, as quais apresentam repercussão tanto no nível psíquico-afetivo, como no físico, causando ou acompanhando os quadros de

disfonias funcionais e organofuncionais, bem como referiram a necessidade de se dar atenção a tais aspectos e, se pertinente, oferecer tratamento. (BACKER, 1998, MIRZA *et al*, 2003, WILLINGER e ASCHAUER, 2005, SEIFERT e KOLLBRUNER, 2006).

Tendo em vista a percepção clínica e dados de literatura da concomitância de sintomas de ansiedade, depressão e disfonias, bem como a necessidade de maior conhecimento a respeito de como ocorre esta relação, sem perder de vista a concepção da disfonia como uma doença clínica, o presente estudo propõe-se a investigar a presença de ansiedade e depressão em indivíduos disfônicos e não disfônicos, bem como a relação com a percepção dos indivíduos disfônicos sobre sua qualidade de vida em voz e sobre os sinais e sintomas de desconforto do trato vocal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizado o levantamento de estudos que abordaram a relação entre ansiedade e/ou depressão com voz ou distúrbios da voz.

Millar *et al,* (1999) desenvolveram um estudo com o objetivo de detectar se havia diferentes níveis de sofrimento psíquico em 204 pacientes, 74 portadores de disfonias orgânicas e 130 portadores de disfonias funcionais. Estes pacientes foram submetidos a cinco protocolos, três que avaliaram o presença e intensidade de sofrimento psíquico, *General Health Questionnaire*, que é um instrumento geral de triagem para não-psicóticos, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, que avaliou sintomas de ansiedade e depressão, à *Entrevista Clínica CIS–R* que avaliou 14 aspectos psíquicos não psicóticos que são: preocupação, fadiga, problemas de sono, irritabilidade, depressão, idéias depressivas, ansiedade, obsessões, dificuldade de concentração, sintomas somáticos, compulsões, fobias, pânico, preocupação com a aparência física e com a saúde, e dois protocolos que avaliam traços de personalidade predisponente, o *Eysenck Personality Questionnaire* e *DSM-III-R Somatization Scale*. Observou-se que os pacientes disfônicos como um todo apresentaram maiores índices de sofrimento psíquico quando comparados com controles sem queixas vocais e quando comparados com as estatísticas americanas vigentes, mas não foi observada diferença entre os portadores de disfonias funcionais e portadores de disfonias orgânicas.

Laurriello *et al*,(2003) aplicaram a Escala de Sintomas de Hopkins em um grupo com 40 pacientes com disfonia funcional, um grupo com 20 pacientes com doenças otorrinolaringológicas, como sinusite, faringite e tonsilite e um terceiro grupo de 20 indivíduos como controles. A Escala de Sintomas de Hopkins é uma Escala de autoavaliação que verifica sintomas como somatização, obsessão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide, traços psicóticos e distúrbios do sono. Foi encontrada diferença entre os três grupos, com escores maiores para os disfônicos funcionais nos aspectos em relação a ansiedade, fobia, distúrbio obsessivo-compulsivo, dificuldades de relacionamento interpessoal e variáveis de sensibilidade e

somatização. Entre os grupos de disfônicos funcionais e controle houve diferença em relação às variáveis: distúrbios do sono, depressão e ideação paranóide. Foram identificados em indivíduos disfônicos valores indicativos de um perfil de distúrbios de personalidade menores, de natureza ansiosa, com evidência de somatização, sensibilidade interpessoal e características de tipo obsessivo-compulsivo.

Mirza *et al,* (2003) investigaram a prevalência de patologias psiquiátricas maiores em 17 pacientes com disfonias funcionais, 14 pacientes com disfonias espasmódicas e 11 pacientes com paralisia de cordas vocais por meio de dois protocolos: *Inventário Brie Symptom Inventory (BSI)* e o *Voice Handcap Index (VHI)*. Observou-se 63,6% de sintomas psiquiátricos em indivíduos com paralisia de pregas vocais, 29,4% em pacientes com disfonias funcionais e 7,1% em pacientes com disfonia espasmódica. Níveis tanto de ansiedade quanto de depressão correlacionaram-se moderadamente com a severidade dos sintomas vocais em pacientes com paralisia de pregas vocais, mas não com disfonia funcional espasmódica e pacientes com disfonias funcionais. Alguns traços de personalidade fora do padrão de normalidade, como tendência à introversão e isolamento social foram mais encontrados em pacientes com disfonia funcional. O autor considerou que os resultados, principalmente a não correlação entre sintomas psiquiátricos e as disfonias funcionais, podem ter sido influenciados pelo fato de que o inventário utilizado (BSI) foi preconizado mais para avaliação de estados de doença mental grave e os pacientes com disfonias funcionais benignas tendem a apresentar uma grande gama de sintomas relacionados aos transtornos mentais leves.

Willinger e Aschauer (2005), também pesquisaram a relação entre aspectos psíquicos e as disfonias funcionais, a partir da hipótese de que os fatores psicológicos poderiam ser considerados como fatores de predisposição e perpetuação destas disfonias. Foram avaliados 61 pacientes com disfonia funcional, comparados com 61 controles, pareados por idade, sexo e ocupação. Os dois grupos foram submetidos aos inventários: Modelo Unificado de Personalidade Bio Social, Escala Tridimensional de Personalidade de Cloninger, Escalas para avaliação de ansiedade - *State-Trait-Anxiety Inventory – ou STAI* e *Beck* para Depressão. Foram encontradas diferenças nos traços de personalidade segundo o Modelo Unificado de Personalidade Bio Social, sugerindo que pacientes com disfonia funcional tendem a ser mais cautelosos, cuidadosos, tensos, com medo,

apreensivos, nervosos, tímidos, duvidosos, desanimados, passivos, inseguros, negativistas, pessimistas. Foram encontrados maiores níveis de sintomas depressivos, ansiedade traço, queixas somáticas, e medo de adoecer nos indivíduos disfônicos do que nos indivíduos não disfônicos. Conclui-se sugerindo que tais aspectos sejam levados em consideração no momento da avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica.

Souza e Hanayama (2005) realizaram um levantamento bibliográfico entre os anos de 1993 e 2003 sobre o papel das emoções na voz. Foram encontrados estudos que relatavam observações clínicas da concomitância de ansiedade, depressão e disfonias funcionais e organofuncionais, mas os autores apontaram que não houve consenso sobre o papel das emoções: se é causa, consequência ou se apenas acompanham os quadros de disfonias. Os autores sugeriram pesquisas com metodologia que permitam obter melhor compreensão do papel das emoções nas disfonias, inclusive com o objetivo de refinar técnicas terapêuticas.

Seifert e Kollbrunner (2006), em seu artigo de revisão sobre disfonias não orgânicas, reforçam que existem mecanismos fisiopatológicos que explicam o papel das emoções na gênese destas disfonias, comparando a voz como um barômetro das emoções. Os autores alertaram para o fato de que, se uma disfonia tem como parte de sua causalidade fatores emocionais ocasionando uma tensão muscular, e por conseguinte, um mau uso vocal, observar e trabalhar estes aspectos emocionais pode ser de grande auxílio terapêutico.

Deary e Miller (2011) realizaram estudo de revisão sobre o papel dos fatores psicossociais associados à disfonia funcional disfonia funcional e a outras doenças sem causas orgânicas definidas, como a síndrome da fadiga crônica e a síndrome do cólon irritável. O estudo aponta que a disfonia funcional é uma condição multifatorial, com fisiopatologia semelhante a outras condições sem causa orgânica clara, causada e mantida por uma série de questões atuando em conjunto, como precipitantes e mantenedores do quadro, entre estes a predisposição genética, a experiência de vida (incluindo eventos stressores ou traumáticos), eventos da vida cotidiana, personalidade individual, tendência ao perfeccionismo, conflitos com a sexualidade, Desta maneira, amplia-se o enfoque predominante anteriormante de que a disfonia funcional seria manifestação de um conflito

reprimido, para um enfoque aonde esta patologia é vista também como resultado de efeitos fisiológicos sobre a pessoa como um todo e não somente sobre a sua voz. Os autores concluem que uma abordagem cognitiva individualizada pode ser promissora ao esclarecer e auxiliar o paciente a abordar os seus pontos de vulnerabilidade.

Almeida, Behlau e Leite (2011) realizaram uma pesquisa correlacionando ansiedade e performance comunicativa. Vinte e quatro indivíduos com idades entre 18 e 42 anos, sendo 12 homens e 12 mulheres, foram avaliados segundo os protocolos IDATE, o qual avalia ansiedade traço e estado, Questionário de Sinais e sintomas Vocais (QSSVV) e Protocolo de Qualidade de vida em Voz (QVV). Foram pesquisados ainda a avaliação perceptivo auditiva e visual da voz por meio da análise da gravação do fonema */a/* sustentado, contagem de um a dez e emissão espontânea de fala. Como resultado foi observado que quanto maior o nível de ansiedade traço ou estado detectado pelo inventário IDATE, mais agudo o *pitch* de voz. Em relação ao QVV houve uma correlação em todos os domínios (físico, sócio-emocional e total) com o IDATE-T. Quanto maior o estado de ansiedade (IDATE-E), maior a evidência de ansiedade em diversos parâmetros do discurso, com desequilíbrio na ressonância vocal, comprometimento na modulação, na articulação da fala e na expressão facial. Conclui-se que o traço e o estado de ansiedade diferenciaram o comportamento comunicativo dos indivíduos, envolvendo modificações no corpo, na fala e na voz.

Van Lierde *et al.* (2011), partindo do princípio de que o stress excessivo é um fator provocador e agravante de sofrimento e doença no ser humano, fizeram uma pesquisa sobre os efeitos do stress na qualidade da emissão vocal de 54 mulheres. Estas voluntárias fizeram uma leitura em público em condições estressoras. Esta leitura foi gravada e avaliada por fonoaudiólogos e as voluntárias responderam a escala IDATE-E. Após dois meses as mesmas voluntárias fizeram a mesma leitura em condições de relaxamento. Novamente as vozes foram gravadas e avaliadas e foi respondida a Escala IDATE-E. Foi observado que, em situações de aumento de tensão emocional, a voz feminina apresentou-se ofegante, tensa, com alteração da frequência fundamental, diminuição da qualidade, mas não houve diferença significativa verificada na escala IDATE- E em situação de stress ou relaxamento.

Siupsinskiene, Razbadauskas e Dubosas (2011), pesquisaram o sofrimento psicológico em pacientes com desordens vocais benignas. Quatrocentos e trinta e sete pacientes adultos disfônicos foram avaliados segundo as escalas de *HADS Hospital Anxiety and Depression Scale* para ansiedade e depressão e tiveram os resultados comparados a 88 pacientes controles, sem queixas vocais. Entre os pacientes disfônicos 42,1% apresentaram altos níveis de ansiedade e 19,2% apresentaram sintomas depressivos. Houve uma correlação positiva entre maiores níveis de ansiedade e a presença de disfonias funcionais e organofuncionais, mas não houve diferença significativa quanto aos níveis de depressão entre os indivíduos disfônicos e os indivíduos do grupo controle. O estudo é concluído com uma sugestão de que sejam pesquisados sintomas de depressão e ansiedade em indivíduos disfônicos.

Oliveira *et a*l, (2012), pesquisaram 178 indivíduos, 87 com queixa vocal e 91 sem queixa vocal, que foram submetidos à avaliação perceptivo auditiva da voz, autoavaliação de voz, escala de autoestima de Rosemberg, inventários de Beck para Depressão, IDATE para avaliação de ansiedade traço e estado, Escala Multidimensional de Locus de Controle de Levenson e Protocolo de Estratégias de Enfrentamento das Disfonias (PEED). Foi encontrado que indivíduos com queixa vocal utilizavam mais estratégias de enfrentamento focadas no problema, apresentavam uma visão predominante de lócus de controle interno, uma correlação perceptivo auditiva positiva com a autoavaliação de voz. Não foram encontradas diferenças entre os grupos de disfônicos e não disfônicos em relação aos níveis de depressão e ansiedade.

Weeks *et al,* (2012) pesquisaram a relação entre aumento de frequência fundamental da voz e ansiedade social. Em um primeiro estudo, 16 homens e 31 mulheres foram submetidos a entrevistas semi-estruturadas para diagnóstico de ansiedade social, pânico e ansiedade generalizada segundo os critérios de DSM-V-R. Destes, 50% dos homens e 25% das mulheres foram diagnosticados como ansiosos. Suas vozes foram avaliadas antes e após serem submetidos à situação de stress como falar em público, fazer discurso de improviso. Foi encontrada uma correlação positiva entre severidade dos sintomas de ansiedade e aumento de frequência fundamental de voz entre os homens, mas esta correlação não se confirmou entre as mulheres. Este estudo foi replicado com voluntários

diagnosticados como ansiosos, comparados com um grupo controle. Neste estudo foi observado o aumento da frequência fundamental de voz em indivíduos ansiosos em relação ao grupo sem ansiedade, tanto em avaliações prévias à exposição considerada ansiogênica, como após este tipo de exposição. Foi confirmada a correlação entre severidade da ansiedade e aumento da frequência fundamental de voz entre homens e mulheres. Os autores sugerem que a frequência fundamental de voz é influenciada por estados ansiosos, podendo futuramente ser um instrumento a mais de avaliação e pistas diagnósticas da ansiedade.

White *et al,* (2012) estudaram a ansiedade e depressão em 157 indivíduos com disfonias funcionais e 130 com disfonias psicogênicas espasmódicas. Estes indivíduos responderam questionários sobre o tempo e evolução de doença do distúrbio vocal e a história pregressa ou não da presença de sinais e sintomas de depressão e ansiedade. Para avaliação estatística foi feita a análise regressiva dos dados. Os indivíduos com disfonias psicogênicas espasmódicas não apresentaram níveis diferentes de depressão e ansiedade do que os indivíduos portadores de disfonias funcionais, mas ambos os grupos apresentaram níveis de ansiedade e depressão maiores do que a população em geral.

Hui *et al,* (2012) pesquisaram a relação entre disfonias funcionais, tipos de personalidade, presença ou não de ansiedade e melhora terapêutica. Foram avaliados 37 pacientes portadores de disfonias funcionais. Estes pacientes foram submetidos aos inventários *VHI (Voice Handcap Index)*, Escala de Ansiedade Clínica e Escala de Personalidade de Bortner. Após tratamento padrão para disfonias durante um período de três meses, estes pacientes foram novamente submetidos às escalas de avaliação. Entre eles, 18 pacientes apresentaram remissão completa dos sintomas vocais, os quais tiveram níveis de ansiedade significativamente menores do que os pacientes sem remissão. Não houve significância entre os tipos de personalidade e a remissão ou não de sintomas. Os autores reforçam a importância da abordagem de aspectos sócio-cognitivos nos casos de disfonias funcionais.

Esta revisão de literatura demonstra que a presença de ansiedade e depressão acompanhando as disfonias foi pesquisada de vários ângulos e formas, tanto enfocando os aspectos emocionais relacionados às disfonias, quanto avaliando alterações de voz e desempenho comunicativo como manifestações sintomáticas de ansiedade e depressão. A partir destes conhecimentos prévios, o presente estudo tem a intenção de contribuir para o conhecimento da relação entre estes aspectos psíquicos e disfonias funcionais e organofuncionais.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

Analisar a presença e intensidade de sinais e sintomas indicativos de ansiedade e depressão em indivíduos disfônicos e em indivíduos sem alterações vocais.

Verificar se há correlação entre os traços de ansiedade e depressão com a percepção dos indivíduos disfônicos e não disfônicos sobre sua qualidade de vida em voz e sobre os sinais e sintomas de desconforto do trato vocal.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Casuística

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP) sob o no. 08962812.4.0000.5417 e todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para constituir o grupo experimental, foi feito um levantamento dos prontuários dos pacientes em tratamento e em lista de espera para tratamento de distúrbios vocais na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP.

Foram considerados critérios de inclusão para o grupo experimental: ter entre 18 e 55 anos de idade, ter registro em prontuário de diagnóstico de disfonia funcional primária ou secundária ou de disfonia organofuncional (Behlau, Pontes e Azevedo, 2001), determinado por avaliação fonoaudiológica e otorrinolaringológica. Foram considerados fatores de exclusão: registro em prontuário de relato de doenças neurológicas ou outros distúrbios da comunicação, além da disfonia, e indivíduos que não mostrassem interesse em responder a pesquisa.

De 69 prontuários no início da pesquisa, havia 27 pacientes fora da faixa etária procurada, um paciente com problemas de saúde que o impediam de comparecer à clínica para a pesquisa, sete mulheres e dois homens sem disponibilidade para participar e um paciente com disfonia psicogênica. Desta forma o grupo experimental ficou constituído por 31 indivíduos.

Para a montagem do grupo controle foram convidadas pessoas da comunidade com idade e sexo semelhantes aos pacientes do grupo experimental. Foram considerados critérios de exclusão: a queixa de alterações vocais e a presença de desvios vocais maiores do que */1/* detectados por triagem fonoaudiológica.

Para a detecção de possível desvio vocal, os candidatos ao grupo controle foram submetidos a uma gravação das emissões de vogal */a/* sustentada, fala sequenciada e conversa espontânea, para posterior análise por três juízes

fonoaudiólogos, quanto ao grau geral de desvio vocal, de acordo com Hirano (1981). Continuaram no estudo os participantes que foram avaliados com desvio vocal zero ou um, dentre uma escala de zero a três, por pelo menos dois dos três juízes, nas análises de todas as emissões.

Estas gravações foram realizadas em ambiente acusticamente tratado, no interior do Laboratório de Voz da Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP. Durante as gravações os pacientes permaneceram sentados, com o microfone de cabeça marca AKG modelo C444PP posicionado lateralmente entre 60 graus, a 5 cm da comissura labial. As emissões foram gravadas em um computador com placa de som modelo Audigy II, marca Creative. Utilizou-se o software de áudio profissional Sound Forge 10.0 e as gravações foram realizadas na taxa de amostragem de 44.100 Hz, canal Mono em 16 bit.

Das 47 vozes avaliadas 28 eram vozes femininas e 19 masculinas. Foram recusadas seis vozes masculinas e sete femininas por apresentarem desvio vocal maior ou igual a dois, por pelo menos dois juízes. Dos 34 sujeitos considerados aptos a responder a segunda parte da pesquisa, foram selecionados os 31 que melhor ajustaram-se ao pareamento em idade e sexo com o grupo experimental.

4.2 Procedimentos e Instrumentos de Avaliação

Os dois grupos compareceram a dois encontros agendados individualmente para aplicação dos instrumentos de avaliação. No primeiro encontro foram aplicados o protocolo de QVV e as escalas de auto avaliação IDATE T e E para ansiedade e Escala de Beck para Depressão. No segundo encontro foram aplicadas as escalas EDTV e as escalas de hetero avaliação HAM-A e HAM-D.

Nas escalas de auto avaliação da ansiedade e depressão, bem como no protocolo QVV e na escala EDTV, o sujeito da pesquisa era orientado sobre como preencher os questionários e, em seguida, lia e preenchia sozinho as questões propostas. Nas escalas de hetero avaliação, o entrevistador apresentava as questões seguindo um roteiro pré-estabelecido com orientações sobre como elaborar e pontuar as questões.

4.2.1 Protocolo de Qualidade de Vida em Voz (QVV)

O protocolo *Voice-Related Quality of Life* (V-RQOL), desenvolvido por Hogikyan e Sethuraman (1999) foi traduzido e adaptado para uso no Brasil como Protocolo de Qualidade de Vida em Voz (QVV), validado por Gasparini e Behlau em 2005. Possui 10 itens, sendo seis do domínio físico (questões 1, 2, 3, 6, 7, 9) e quatro do domínio sócio emocional (questões 4, 5, 8 e 10).

As questões foram respondidas de acordo com a gravidade do problema e sua frequência de aparecimento, atribuindo notas segundo o seguinte critério: 1- não é um problema, 2- é um problema pequeno, 3- é um problema moderado/médio, 4 - é um grande problema e 5- é um problema muito grande.

Os escores dos domínios físico e sócio-emocional e o escore total variavam de 0 (zero) a 100, sendo que quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida. Para este cálculo são aplicadas as fórmulas:

$$\text{Funcionalidade Física} = 100 - \frac{(\text{Escore bruto}-6)}{24} \times 100$$

$$\text{Funcionalidade Sócio-Emocional} = 100 - \frac{(\text{Escore bruto}-4)}{16} \times 100$$

$$\text{Escore Total} = 100 - \frac{(\text{Escore bruto} - 10)}{40} \times 100$$

4.2.2 Escala de Ansiedade Traço-Estado – IDATE

A escala IDATE foi desenvolvida em 1970 por Spielberg e traduzida e validada para uso no Brasil por Biaggio e Natalício em 1980. É composta por dois questionários, cada um com 20 itens, o primeiro referindo-se a como o paciente sente-se no momento da avaliação (ansiedade – estado) e o segundo como o paciente sente-se durante a maior parte do tempo (ansiedade-traço). Para cada

item, o participante deveria assinalar uma das seguintes alternativas, segundo o grau de concordância com a afirmação: 1- absolutamente não, 2- um pouco, 3- bastante, 4- muitíssimo.

Para interpretação das respostas atribuiu-se pontuação para cada item. Existiam na escala itens de caráter positivo e itens de caráter negativo. Os itens de caráter negativo eram pontuados diretamente com valores de um a quatro. Os escores para os itens de caráter positivo foram invertidos, ou seja, se a resposta fosse 4, atribuía-se valor 1, se a resposta fosse 3, atribuía-se valor 2, se a resposta fosse 2 atribuía-se valor 3, se a resposta fosse 1 atribuía-se o valor 4. No IDATE-E as afirmações de caráter negativo são: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, e as afirmações de caráter positivo: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Para o IDATE-T, as afirmações de caráter negativo são: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20; e as afirmações de caráter positivo: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19.

O resultado, tanto para a IDATE-T Como para o IDATE-E, foi obtido através da somatória destes escores (OLIVEIRA, 2012), considerando-se:

- valor menor que 40 – baixo nível de ansiedade,
-entre 41 a 59 – médio nível de ansiedade,
-valor maior que 60 – alto nível de ansiedade.

4.2.3 Escala de Depressão de Beck.

O inventário de Beck para depressão ou BDI, *“Beck Depression Inventory”,* foi desenvolvido em 1961 por Aron Beck, sendo um inventário baseado em observações clínicas, mas destinado à auto avaliação de sintomas depressivos (Telles-Correia e Barbosa, 2009). Foi traduzido para o português brasileiro desde 1982 e validada para uso no Brasil por Gorenstein e Andrade (1996) (GOMES-OLIVEIRA *et al.,* 2012, WANG e GORENSTEIN, 2013).

Consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes cuja intensidade da queixa varia entre zero a três. Os itens referiam-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, crises de choro, irritabilidade, retração social,

indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.

Foi utilizado como critério de correção a recomendação feita pelo *Center for Cognitive Therapy Beck* (1988), seguindo os seguintes pontos de corte: <10 - sem depressão ou depressão mínima, 10 a 18 - depressão leve a moderada, 19 a 29 - depressão moderada a grave, 30 a 63 - depressão grave.

4.2.4 Escala de Desconforto do Trato Vocal (EDTV)

A EDTV foi desenvolvida por Mathieson *et al.* (2009). É composta por oito itens que abordam sintomas e sensações de desconforto percebidas pelo indivíduo no trato vocal, ou região da garganta, observando-se tanto a frequência quanto a intensidade dos seguintes sintomas e sensações: queimação, aperto, secura, garganta dolorida, coceira, garganta sensível, garganta irritada e sensação de bolo na garganta.

As respostas são assinaladas em uma escala de intervalos iguais, composta de sete pontos, sendo em relação à frequência: nunca (0-1), às vezes (2-3), muitas vezes (4-5) e sempre (6); e, em relação à intensidade: nenhuma (0-1), leve (2-3), moderada (4-5) e extrema (6). As respostas foram consideradas em três categorias: ausência de sintoma (0-1), presença de sintoma em grau leve a moderado (2-5), presença de sintoma em grau extremo (6).

4.2.5 Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

Esta escala foi desenvolvida em 1959 por Hamilton e teve sua versão brasileira validada por Moreno e Moreno (1998). Esta escala consiste em 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com sete itens relacionados a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com sete itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade.

Nesta escala a cada item foi atribuído um escore em graus de intensidade e ocorrência dos sintomas. (Graus: Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4). O escore total foi obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em

todos os 14 itens da escala, cujo resultado variou de 0 a 56. O escore mínimo para um indivíduo ser considerado ansioso é 20.

4.2.6 Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D)

A Escala de Hamilton para a heteroavaliação de Depressão (HAM- D) foi desenvolvida em 1960, como uma evolução da Escala HAM-A. Assim como a HAM-A, esta escala foi validada para uso no Brasil por Moreno e Moreno em 1998.

É composta por 17 itens com escores variando de zero a dois ou zero a quatro dependendo da questão. Não foi estabelecido pelo autor desta escala um ponto de corte entre normalidade e morbidade, mas na prática é considerado que pacientes com escores variando entre 7 a 17 são portadores de depressão leve, entre 18 a 24 como depressão moderada e com 25 ou mais pontos de escore como portadores de depressão grave (GALLUCI NETO, *et al.* 2001).

Durante as aplicações das Escalas de Depressão a Ansiedade de Hamilton (HAM – A e HAM – D) eram feitas indagações sobre o estado emocional atual do entrevistado, questionando-se sobre seu desempenho no trabalho, contato com outros seres humanos, alterações de apetite, libido e sono e presença ou não e intensidade de sintomas somáticos. As notas a estas respostas eram dadas pelo entrevistador de acordo com as instruções que constavam nas escalas. Mesmo assim o entrevistado era informado da nota atribuída a cada critério ainda durante a entrevista.

4.3 Devolutiva dos resultados:

Após obtenção dos dados os sujeitos da pesquisa receberam a devolutiva dos resultados obtidos.

Foi oferecida triagem fonoaudiológica aos 13 sujeitos excluídos do grupo controle que apresentaram desvio vocal maior do que */1/.*

Nos casos em que foram detectados níveis patológicos de ansiedade e depressão, os indivíduos foram encaminhados para serviços de referência na comunidade ou orientados a prosseguir com tratamento psiquiátrico ou psicológico, caso já estivessem com este tipo de acompanhamento.

4.4 Análise dos dados

Para a comparação entre os grupos, os resultados obtidos por meio de todos os instrumentos aplicados foram submetidos ao Teste de Mann-Whitney, exceto para os resultados obtidos com a Escala de Hamilton para Ansiedade, que, por possuir somente duas variáveis, foram submetidos ao teste de Qui-quadrado.

Foram realizados também testes de correlação entre os resultados dos instrumentos que avaliaram ansiedade e depressão com os protocolos Qualidade de Vida em Voz e Escala de Desconforto do Trato Vocal, por meio do teste de Spearman. Os valores das correlações foram considerados segundo a classificação: 0 - 0,3 - correlação fraca, 0,31 - 0,6 - correlação regular ou moderada, 0,61- 0,9 correlação forte, 0,91 - 1- correlação muito forte, 1,0 - correlação perfeita (VIALI, 2008).

Para todas as análises foi considerado o nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos grupos analisados

Foram avaliados 62 indivíduos, 31 disfônicos compondo o grupo experimental e 31 não disfônicos compondo o grupo controle.

O grupo experimental foi formado por 22 mulheres com idades variando entre 20 e 53 anos, com média das idades de 35,2 anos (desvio padrão- 10,65) e por nove homens com idades variando entre 25 e 54 anos e média das idades de 37,9 anos (desvio padrão- 10,61). O grupo controle foi formado por 22 mulheres com idades variando entre 21 e 53 anos (desvio padrão – 9,6), com médias das idades de 34,5 anos e nove homens com idades que variaram de 24 a 50 anos, com média das idades de 35,7 anos (desvio padrão- 9,23).

As disfonias que os pacientes apresentaram eram, na sua maioria, funcionais, sendo 10 primárias (32,2%) e 14 secundárias (45,2%); havia sete casos de disfonias organofuncionais (22,6%).

Entre os 31 componentes do grupo experimental 15 destes indivíduos estavam em tratamento fonoaudiológico (48,39%), 14 em lista de espera (45,16%) e dois (6,45%) estavam em período de controle para finalização do tratamento. Entre estes pacientes, independentemente do momento de tratamento em que estavam, 15 indivíduos (48,39%) estavam ou haviam sido orientados a procurar tratamento psicológico e/ou psiquiátrico por apresentarem sintomas de ansiedade e/ou depressão em algum momento de suas vidas. Dois (6,41%) haviam feito tratamentos para ansiedade e haviam tido alta e 13 (41,93%) estavam em processo terapêutico psicológico ou psiquiátrico.

Entre os 31 componentes do grupo controle, um paciente (3,2%) teve tratamento psiquiátrico para depressão anteriormente, com alta após remissão dos sintomas e quatro (12,9%) estavam em tratamento psiquiátrico para sintomas de ansiedade e/ou depressão.

Houve uma grande diversidade entre as ocupações exercidas pelos indivíduos entrevistados.

No grupo experimental (disfônicos), entre as mulheres havia uma assistente social, uma auxiliar de veterinária, uma balconista, uma vendedora ambulante, duas atendentes de telemarketing, três estudantes, 13 professoras. Entre os homens deste mesmo grupo, havia um auxiliar administrativo, um estudante, um designer, um técnico de enfermagem, um empresário, dois vendedores, um professor e um diretor de escola.

No grupo controle, entre as mulheres havia uma assistente social, uma psicóloga, uma professora, uma bióloga, uma enfermeira, uma fisioterapeuta, uma agente penitenciária, uma auxiliar e duas técnicas administrativas, duas farmacêuticas, três fonoaudiólogas, três advogadas e quatro estudantes universitárias. Entre os homens não disfônicos, havia um técnico e três auxiliares administrativos, um estudante de engenharia, um administrador atuando como agente de viagens, um dentista, um vigia e um técnico em vigilância sanitária.

Os resultados obtidos com as aplicações das Escalas de HAM-A, HAM-D, IDATE E e T, Beck, QVV e EDTV estão especificados nas Tabelas apresentadas a seguir.

5.2 Resultados Descritivos e Comparação entre os Grupos

Os indivíduos disfônicos obtiveram valores maiores nas médias dos escores das escala de HAM-A, HAM-D, IDATE- E e T e Beck e valores menores no protocolo de QVV nos domínios Sócio Emocional, Físico e Total em relação aos não disfônicos, o que denota maior frequência e intensidade de sintomas de ansiedade e depressão e percepção de pior qualidade de vida em voz dos disfônicos em relação aos não disfônicos (tabela1).

Tabela 1 - Valores descritivos das médias dos escores, valores mínimo e máximo, desvio padrão e valor de probabilidade para as escalas de HAM-A, HAM-D, IDATE E e T, Beck, e QVV nos domínios Físico, Sócio Emocional e Total dos disfônicos e não disfônicos.

VARIÁVEIS	DISFÔNICOS		NÃO DISFÔNICOS		P
	Média (± Dp)	Mín-Máx	Média (± Dp)	Mín-Máx	
HAM-A	17,72 (± 9,028)	1-35	7,53 (± 7,919)	0 - 31	0,000*
HAM-D	11,22 (± 5,896)	2-25	4,28 (± 3,025)	0 - 13	0,000*
IDATE-E	44,31 (± 10,876)	23-71	36,75 (± 6,933)	25 - 53	0,005
IDATE-T	44,63 (± 8,423)	23-60	35,47 (± 8,040)	25 - 54	0,000*
BECK	12,22 (± 5,807)	0-27	6,72 (± 6,197)	0 - 21	0,000*
QVV-F	61,33 (± 20,840)	20,8-91,7	94,26 (± 7,899)	62,5 - 100	0,001*
QVV-SE	76,01 (± 21,418)	18,8-100	96,49 (± 9,373)	56,3 - 100	0,000*
QVV-T	67,58 (± 19,561)	25-98	95,00 (± 8,007)	60 - 100	0,000*

* Resultado significante da comparação entre grupos (teste de Mann-Whitney).

A Tabela 2 evidencia que indivíduos disfônicos apresentaram maiores escores de frequência e intensidade dos sintomas pesquisados no EDTV do que os indivíduos não disfônicos.

Tabela 2 - EDTV- Frequência e intensidade de sintomas- média de escores e valores de **p**.

VARIÁVEIS	Frequência			Intensidade		
	Média (± Dp)		P	Média (± Dp)		P
	Disfônicos	Não Disfônicos		Disfônicos	Não Disfônicos	
Queimação	1,52 (±1,235)	0,45 (±1,028)	0,000*	2,00 (±1,673)	0,42 (±0,886)	0,000*
Aperto	1,32 (±1,400)	0,61 (±0,919)	0,062	1,29 (±1,395)	0,58 (±0,958)	0,029*
Secura	3,03 (±1,780)	1,23 (±1,586)	0,000*	3,06 (±1,806)	1,13 (±1,552)	0,000*
Garganta dolorida	2,42 (±1,128)	0,55 (±0,925)	0,000*	2,39 (±1,820)	0,74 (±1,316)	0,000*
Coceira	2,13 (±1,455)	0,87 (±1,310)	0,000*	2,16 (±1,614)	0,84 (±1,186)	0,001*
Garganta sensível	2,64 (±1,907)	0,68 (±1,275)	0,000*	2,68 (±1,973)	0,71 (±1,321)	0,000*
Garganta irritada	2,97 (±1,834)	0,84 (±1,241)	0,000*	3,16 (±1,827)	0,90 (±1,300)	0,000*
Bolo na Garganta	1,93 (±1,824)	0,52 (±0,926)	0,000*	1,87 (±1,839)	0,61 (±1,116)	0,002*

* Resultado significante da comparação entre grupos (teste de Mann-Whitney).

Foi possível observar que houve um número maior de ocorrências de indivíduos classificados como ansiosos entre os disfônicos em relação ao grupo de não disfônicos, segundo a Escala de HAM-A, como aponta a Tabela 3..

Tabela 3 - Ocorrências em cada categoria nosológica da Escala de HAM-A nos grupos de indivíduos disfônicos e não disfônicos e valores de p.

HAM-A	N (%)		p
	Disfônicos (N=31)	Não Disfônicos (N=31)	
Escore < 20 sem ansiedade	19 (61,29%)	28 (90,32%)	0,006
Escore > 20 com ansiedade	12 (38,71%)	3 (9,68%)	

* Resultado significante da comparação entre grupos (teste Qui-quadrado).

Observou-se uma maior ocorrência de indivíduos na categoria sem depressão entre os não disfônicos em relação aos indivíduos disfônicos, segundo a Escala de HAM-D. Os indivíduos disfônicos apresentaram nesta mesma escala maior número de indivíduos nas categorias depressão leve e moderada do que os indivíduos não disfônicos. Somente o grupo de disfônicos apresentou um caso de depressão grave. (Tabela 4).

Tabela 4 - Ocorrências em cada categoria nosológica da Escala de HAM-D para os grupos de Indivíduos Disfônicos e Não Disfônicos e valores de p.

HAM-D	N (%)		p
	Disfônicos (N=31)	Não Disfônicos (N=31)	
Escore < 7 sem depressão	9 (29,02%)	25 (80,6%)	**0,000***
Escore 7-17 depressão leve	16 (51,62%)	6 (19,4%)	**0,000***
Escore 18-24 depressão moderada	5 (16,13%)	0 (0%)	**0,000***
Escore > 25 depressão grave	1 (3,23%)	0 (0%)	**0,000***

* Resultado significante da comparação entre grupos (teste de Mann-Whitney).

As Tabelas 5 e 6 evidenciam que houve mais indivíduos nas categorias médio nível e alto nível de ansiedade no grupo de disfônicos do que no grupo de não disfônicos, segundo as Escalas IDATE-E e IDATE -T. OS indivíduos não disfônicos apresentaram um maior número de ocorrências na categoria baixo nível de ansiedade.

Tabela 5 - Ocorrências em cada categoria nosológica da Escala de IDATE-E nos grupos de indivíduos disfônicos e não disfônicos e valores de p.

IDATE – E	N (%)		p
	Disfônicos (N=31)	Não Disfônicos (N=31)	
Escore < 40-Baixo Nível de Ansiedade	13 (41,94%)	22 (70,97%)	**0,036***
Escore 41-59- Médio Nível de Ansiedade	16 (51,61%)	9 (29,03%)	**0,036***
Escore > 60-Alto Nível de Ansiedade	2 (6,45%)	0 (0%)	**0,036***

* Resultado significante da comparação entre grupos (teste de Mann-Whitney).

Tabela 6 - Ocorrências em cada categoria nosológica da Escala de IDATE-T nos grupos de indivíduos disfônicos e não disfônicos e valores de p.

IDATE – T (escores)	N (%)		p
	Disfônicos (N=31)	Não Disfônicos (N=31)	
Escore < 40-Baixo Nível de Ansiedade	7 (22,58%)	23 (74,2%)	**0,000***
Escore 41-59- Médio Nível de Ansiedade	23 (74,2%)	8 (25,80%)	**0,000***
Escore > 60-Alto Nível de Ansiedade	1 (3,22%)	0 (0%)	**0,000***

* Resultado significante da comparação entre grupos (teste de Mann-Whitney).

Houve maior número de indivíduos caracterizados como sem depressão entre os não disfônicos e maior número de casos entre os indivíduos caracterizados como portadores de depressão leve a moderada entre os disfônicos. Somente os disfônicos apresentaram casos de depressão moderada a grave (Tabela 7).

Tabela 7 - Ocorrências em cada categoria nosológica da Escala de Beck nos grupos de indivíduos disfônicos e não disfônicos e valores de p.

Beck (escores)	N (%)		p
	Disfônicos (N=31)	Não Disfônicos (N=31)	
Escore < 10 sem depressão	8 (25,80%)	24 (77,42%)	**0,000***
Escore 10-18 depressão leve a moderada	20 (64,52%)	5 (16,13%)	**0,000***
Escore 19-29 depressão moderada a grave	3 (9,68%)	2 (6,45%)	**0,000***
Escore 30-63 depressão grave	0 (0%)	0 (0%)	-

* Resultado significante da comparação entre grupos (teste de Mann-Whitney).

5.3 Correlações Entre os Resultados Obtidos

Para todo o grupo pesquisado, foi encontrada uma correlação regular entre o domínio físico do QVV e os escores obtidos nas escalas de HAM-A, IDATE-E, IDATE-T e Beck e uma correlação forte com os escores de HAM-D. No domínio sócio-emocional do QVV foi verificada uma correlação regular com todas as escalas. No domínio total houve correlações fortes com HAM-A, HAM-D, IDATE-T e Beck e correlação regular com IDATE-E (Tabela 8).

Tabela-8 - Correlações de Spearman para grupo total em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores percentuais de QVV nos domínios físico, sócio emocional e total.

VARIÁVEIS		QVV- F	QVV-SE	QVV- T
HAM- A	**r**	**-0,599**	**-0,530**	**-0,635**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**
HAM- D	**r**	**-0,673**	**-0,483**	**-0,656**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**
IDATE-E	**r**	**-0,373**	**-0,370**	**- 0,399**
	p	**0,002**	**0,003**	**0,001**
IDATE-T	**r**	**-0,593**	**-0,596**	**-0,628**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**
BECK	**r**	**-0,550**	**-0,579**	**-0,624**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**

Resultado significante da comparação entre as variáveis (teste de Spearman).

Na Tabela 9 é possível observar que para o grupo todo ocorreram correlações regulares entre queimação e HAM-D, IDATE-E, e Beck; aperto e HAM-A, HAM-D, IDATE-E, IDATE-T e Beck; secura e HAM-D, IDATE –E, IDATE –T e Beck; garganta dolorida e HAM-D, IDATE-T e Beck, coceira e HAM-D, IDATE-T e Beck; garganta sensível e HAM-D, IDATE-T e Beck, garganta irritada e HAM-A, HAM-D, IDATE-T, Beck. Houve uma correlação forte somente entre queimação e IDATE-T, secura e HAM-A.

Tabela 9 - Correlações de Spearman para o grupo total em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores da frequência dos sintomas pesquisados no EDTV.

VARIÁVEIS		queimação	aperto	secura	garganta dolorida	coceira	garganta sensível	garganta irritada	bolo na garganta
HAM- A	**r**	**0,461**	**0,504**	**0,576**	**0,435**	**0,652**	**0,524**	**0,615**	**0,586**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
HAM- D	**r**	**0,450**	**0,446**	**0,452**	**0,350**	**0,525**	**0,394**	**0,488**	**0,558**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,005**	**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,000**
IDATE-E	**r**	**0,354**	**0,332**	**0,318**	0,217	0,226	0,200	**0,364**	0,164
	p	**0,004**	**0,008**	**0,011**	0,089	0,076	0,118	**0,003**	0,202
IDATE-T	**r**	**0,612**	**0,495**	**0,429**	**0,448**	**0,410**	**0,464**	**0,598**	**0,379**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,002**
BECK	**r**	**0,504**	**0,463**	**0,444**	**0,432**	**0,461**	**0,409**	**0,437**	**0,380**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,001**	**0,000**	**0,002**

Resultado significante da comparação entre as variáveis (teste de Spearman).

Segundo a Tabela 10, avaliando a intensidade dos sintomas pesquisados no EDTV para o grupo total, houve correlações regulares entre queimação, aperto, secura e garganta irritada para os protocolos de HAM-A, HAM-D, IDATE E e T e Beck, bem como para garganta dolorida com HAM-A, IDATE –T e Beck, e coceira, HAM-D, IDATE-T e Beck; garganta sensível e HAM-A, HAM-D, IDATE-T e Beck; garaganta irritada e HAM-A, HAM-D, IDATE-E e Beck; bolo na garganta e HAM-A e HAM-DD, IDATE-T e Beck. Houve correlações fortes entre coceira e HAM-A, garganta irritada e IDATE-T.

Tabela 10- Correlações de Spearman do grupo total em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores da intensidade dos sintomas pesquisados no EDTV.

VARIÁVEIS		queimação	aperto	secura	garganta dolorida	coceira	garganta sensível	garganta irritada	bolo na garganta
HAM- A	r	0,428	0,476	0,511	0,396	0,611	0,512	0,589	0,581
	p	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000
HAM- D	r	0,419	0,385	0,475	0,299	0,474	0,380	0,454	0,540
	p	0,000	0,001	0,000	0,018	0,000	0,002	0,000	0,000
IDATE-E	r	0,377	0,333	0,344	0,204	0,288	0,187	0,365	0,184
	p	0,002	0,008	0,006	0,111	0,023	0,145	0,003	0,151
IDATE-T	r	0,599	0,493	0,421	0,426	0,420	0,462	0,600	0,392
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
BECK	r	0,504	0,462	0,480	0,408	0,454	0,394	0,449	0,390
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,001

Resultado significante da comparação entre as variáveis (teste de Spearman).

A Tabela 11 mostra que não houve correlação entre a qualidade de vida em voz e os escores das escalas HAM-A, HAM-D, IDATE- T e E e Beck no grupo de disfônicos.

Tabela 11- Correlações de Spearman em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores percentuais de QVV nos Domínios físico, socioemocional e total no grupo de disfônicos.

VARIÁVEIS		QVV – F	QVV – SE	QVV - T
HAM- A	**r**	-0,242	-0,299	-0,315
	p	0,187	0,101	0,083
HAM- D	**r**	-0,164	-0,049	-0,160
	p	0,375	0,791	0,388
IDATE-E	**r**	0,076	-0,124	-0,002
	p	0,682	0,503	0,891
IDATE-T	**r**	-0,156	-0,284	-0,246
	p	0,400	0,120	0,182
BECK	**r**	-0,168	-0,294	-0,249
	p	0,364	0,107	0,176

Resultado significante da comparação entre as variáveis(teste de Spearman)..

Na Tabela 12, analisando separadamente os indivíduos disfônicos, somente houve correlações regulares para frequência de aperto e HAM-A e Beck, secura e HAM- D, coceira e HAM-A, garganta irritada e HAM-A e bolo na garganta e HAM-D. Houve uma correção forte entre secura e HAM-A.

Tabela 12 - Correlações de Spearman em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores da frequência dos sintomas pesquisados no EDTV no grupo de disfônicos.

VARIÁVEIS		queimação	aperto	secura	garganta dolorida	Coceira	garganta sensível	garganta irritada	bolo na garganta
HAM- A	**r**	0,232	**0,359**	**0,641**	-0,009	**0,360**	0,230	**0,431**	0,295
	p	0,208	**0,046**	**0,000**	0,959	**0,046**	0,212	**0,015**	0,106
HAM- D	**r**	0,169	0,308	**0,396**	-0,501	0,320	-0,053	0,087	**0,355**
	p	0,363	0,091	**0,027**	0,784	0,079	0,774	0,638	**0,049**
IDATE-E	**r**	0,171	0,230	0,299	-0,019	-0,053	0,032	0,201	-0,257
	p	0,356	0,212	0,101	0,917	0,774	0,863	0,277	0,162
IDATE-T	**r**	0,284	0,340	0,312	0,134	0,109	0,132	0,334	-0,115
	p	0,120	0,060	0,086	0,470	0,559	0,476	0,065	0,535
BECK	**r**	0,176	**0,486**	0,121	0,177	0,267	0,061	0,128	0,116
	p	0,342	**0,005**	0,516	0,340	0,146	0,741	0,490	0,531

Resultado significante da comparação entre as variáveis (teste de Spearman).

A Tabela 13 evidencia que no grupo de disfônicos, em relação a intensidade dos sintomas pesquisados no EDTV, houve correlações regulares somente entre sensação de aperto e escores da escala de Beck, secura e HAM-A e IDATE-E, garganta irritada e HAM-A e IDATE-T, bolo na garganta e HAM-D.

Tabela 13 - Correlações de Spearman em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores da intensidade dos sintomas pesquisados no EDTV no grupo de disfônicos.

VARIÁVEIS		queimação	Aperto	secura	garganta dolorida	coceira	garganta sensível	garganta irritada	bolo na garganta
HAM- A	r	0,092	0,193	**0,471**	-0,057	-0,336	0,174	**0,347**	0,304
	p	0,618	0,297	**0,007**	0,758	0,063	0,347	**0,055**	0,096
HAM- D	r	0,006	0,143	0,261	-0,102	0,186	-0,036	0,039	**0,396**
	p	0,859	0,440	0,154	0,582	0,315	0,843	0,831	**0,040**
IDATE-E	r	0,210	0,196	**0,382**	0,001	0,129	0,003	0,214	0,161
	p	0,255	0,288	**0,033**	0,993	0,489	0,986	0,245	0,384
IDATE-T	r	0,230	0,268	0,233	0,099	0,190	0,118	**0,344**	0,056
	p	0,212	0,144	0,205	0,593	0,304	0,526	**0,057**	0,764
BECK	r	0,219	**0,414**	0,219	0,151	0,308	0,106	0,224	0,197
	p	0,235	**0,020**	0,235	0,416	0,091	0,569	0,252	0,285

Resultado significante da comparação entre as variáveis (teste de Spearman).

Para o grupo de não disfônicos, o domínio físico do QVV apresentou correlações regulares com HAM-A, IDATE-E, IDATE-E e Beck e correlação forte com HAM-D. O domínio sócio emocional do QVV apresentou correlações regulares com IDATE-T e Beck. No domínio total do QVV houve correlação regular com HAM-A, IDATE-T, IDATE-E e Beck e correlação forte com HAM-D (Tabela 14).

Tabela 14- Correlações de Spearman em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores percentuais de QVV nos Domínios físico, socioemocional e total no grupo de não disfônicos.

VARIÁVEIS		QVV – F	QVV – SE	QVV – T
HAM- A	r	**-0,450**	-0,166	**-0,528**
	p	**0,011**	0,370	**0,002**
HAM- D	r	**-0,611**	-0,199	**-0,649**
	p	**0,000**	0,282	**0,000**
IDATE-E	r	**-0,386**	-0,292	**-0,467**
	p	**0,031**	0,110	**0,007**
IDATE-T	r	**-0,378**	**-0,444**	**-0,489**
	p	**0,035**	**0,012**	**0,005**
BECK	r	**-0,424**	**-0,447**	**-0,576**
	p	**0,017**	**0,011**	**0,000**

Resultado significante da comparação entre as variáveis (teste de Spearman).

A Tabela 15 evidencia que no grupo de não disfônicos, em relação à frequência dos sintomas pesquisados no EDTV, houve correlações regulares para queimação e IDATE-T; aperto e HAM-A, HAM-D e IDATE-E; secura e IDATE-T e Beck; garganta dolorida e HAM-A e IDATE –T, coceira e HAM-A e HAM-D, IDATE –T e Beck; garganta irritada e HAM-A, HAM-D e IDATE-T e Beck; bolo na garganta e HAM-A, HAM-D, IDATE-T e E e Beck. Houve correlação forte com aperto na garganta e IDATE-T.

Tabela 15 - Correlações de Spearman em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores da frequência dos sintomas pesquisados no EDTV entre o grupo de não disfônicos.

VARIÁVEIS		queimação	Aperto	secura	garganta dolorida	Coceira	garganta sensível	garganta irritada	bolo na garganta
HAM- A	r	0,310	**0,567**	0,340	**0,340**	**0,518**	0,327	**0,473**	**0,559**
	p	0,089	**0,000**	0,061	**0,060**	**0,002**	0,072	**0,007**	**0,001**
HAM- D	r	0,321	**0,458**	0,229	0,157	**0,369**	0,293	**0,444**	**0,402**
	p	0,077	**0,009**	0,213	0,397	**0,041**	0,109	**0,012**	**0,024**
IDATE-E	r	0,207	**0,391**	0,078	0,168	0,273	-0,008	0,273	**0,462**
	p	0,263	**0,029**	0,674	0,363	0,135	0,964	0,136	**0,008**
IDATE-T	r	**0,565**	**0,607**	**0,346**	**0,453**	**0,396**	0,267	**0,418**	**0,,574**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,056**	**0,010**	**0,027**	0,145	**0,019**	**0,000**
BECK	r	0,331	0,332	**0,386**	0,314	**0,406**	0,270	0,291	**0,373**
	p	0,068	0,067	**0,031**	0,084	**0,023**	0,141	0,111	**0,038**

Resultado significante da comparação entre as variáveis (teste de Spearman).

A Tabela 16 ilustra que em relação à intensidade dos sintomas pesquisados no EDTV, no grupo de não disfônicos, houve correlações regulares entre queimação e IDATE-T; aperto e HAM-A, HAM-D, IDATE- E e T; secura e IDATE -T e Beck; garganta dolorida e IDATE- T; coceira e HAM-A, HAM-D, IDATE-T e Beck, garganta irritada e HAM-A e HAM-D, bolo na garganta e HAM-A, HAM-D, IDATE-E e T e Beck.

Tabela 16 - Correlações de Spearman em relação à média de escores entre HAM A e D, IDATE T e E e Beck e os valores da intensidade dos sintomas pesquisados no EDT entre o grupo de não disfônicos.

VARIÁVEIS		queimação	aperto	secura	garganta dolorida	coceira	garganta sensível	garganta irritada	bolo na garganta
HAM- A	r	0,310	**0,583**	0,300	0,334	**0,508**	0,330	**0,449**	**0,549**
	p	0,089	**0,000**	0,099	0,065	**0,003**	0,069	**0,011**	**0,001**
HAM- D	r	0,321	**0,478**	0,225	0,158	**0,375**	0,271	**0,397**	**0,390**
	p	0,077	**0,006**	0,221	0,395	**0,037**	0,140	**0,026**	**0,029**
IDATE-E	r	0,207	**0,385**	0,042	0,175	0,257	-0,006	0,247	**0,436**
	p	0,263	**0,032**	0,821	0,343	0,016	0,970	0,178	**0,014**
IDATE-T	r	**0,565**	**0,590**	**0,359**	**0,448**	**0,392**	0,275	0,412	**0,566**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,046**	**0,011**	**0,028**	0,134	0,021	**0,000**
BECK	r	0,331	0,334	**0,410**	0,322	**0,383**	0,251	0,257	**0,353**
	p	0,068	0,066	**0,021**	0,076	**0,033**	0,171	0,161	**0,051**

Resultado significante da comparação entre as variáveis (teste de Spearman).

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

O presente estudo propôs-se a pesquisar se os níveis de sintomas de ansiedade e depressão são maiores em disfônicos do que em indivíduos sem alterações vocais e verificar se há relação entre os traços de ansiedade e depressão com a percepção dos indivíduos disfônicos sobre sua qualidade de vida em voz e sobre os sinais e sintomas de desconforto do trato vocal.

Optou-se por pesquisar tanto os sinais e sintomas de ansiedade quanto de depressão pela grande concomitância e estreita relação entre as duas patologias, que inclusive apresentam o envolvimento da mesma neurotransmissão (ANDRADE, GORENSTEIN, CORREA-TELES, BARBOSA, 2008; LEVITAN, 2011; CAMPOS, et al 2013).

O ponto de partida para a montagem do grupo experimental foi a população em tratamento ou em lista de espera para tratamento de disfonias funcionais ou organofuncionais da clínica de fonoaudiologia da FOB- USP. Foram excluídos pacientes menores de 18 e maiores de 55 anos para se evitar os desvios funcionais vocais relacionados à idade de muda vocal ou ao envelhecimento (Behlau, Azevedo e Pontes, 2001). A escolha desta faixa etária também evita a presença de transtornos mentais específicos de cada idade, como os transtornos do desenvolvimento ou quadros atípicos de depressão e ansiedade em pacientes menores de 18 anos e a intensificação de sintomas e aumento do número de casos de depressão e ansiedade que pode acompanhar o processo de envelhecimento (SADOCK e SADOCK- 2007).

Em relação às escalas psicométricas para avaliar ansiedade e depressão, foram utilizados neste estudo instrumentos tanto de autoavaliação como de heteroavaliação. Alguns autores utilizaram-se da escala de Beck e do inventário IDATE, ambos de autoavaliação, para pesquisar a concomitância de sinais de ansiedade, depressão e alteração de voz. Estes instrumentos foram aplicados separadamente ou combinados entre si ou combinados com outros instrumentos por Willinger e Aschauer (2003), Almeida e Behlau(2011), Oliveira (2012), Siunpieskiene, Rabadauskas e Dubosas(2011).

As escalas de autoavaliação e as de heteroavaliação não apresentam propriamente uma superioridade de uma em relação à outra, existindo ressalvas das possíveis dificuldades, tanto de deixar o preenchimento dos dados sujeitos à subjetividade do examinando, quanto sujeitos à subjetividade do examinador (Telles-Correa e Barbosa, 2008). Desta forma, optou-se por aplicar escalas de auto avaliação e de heteroavaliação para conhecer a relação destas condições emocionais com as alterações vocais tanto do ponto de vista do paciente, como do profissional avaliador. Moreno e Moreno (1998), Galluci, Campos Júnior e Hubner (2001) afirmaram que apesar das suas limitações e do fato de ter sido desenvolvida há mais de 40 anos, as escalas de heteroavaliação de Hamilton para depressão e ansiedade ainda são consideradas padrão ouro na pesquisa e literatura médica.

Foram observadas rigorosamente as instruções de aplicação dos protocolos de heteroavaliação HAM-A e HAM-D para se evitar desvios da observação dos sinais e sintomas avaliados pelo examinador na pontuação dos escores (Galucci, Campos Júnior, Hubner, 2001, Telles-Correia, Barbosa, 2008). Além disso, neste trabalho foram aplicadas primeiramente as escalas de autoavaliação IDATE-E e T para ansiedade e Beck para depressão, inclusive para prevenir fenômenos de sugestionabilidade afetiva do examinado após ter contato com as questões propostas pelos protocolos.

6.1 Comparações entre os grupos

Houve mais sintomas de depressão e ansiedade entre os indivíduos disfônicos do que entre os indivíduos não disfônicos, medindo-se tais dados tanto em média de escores quanto em número de ocorrências nas diferentes categorias nosológicas das escalas IDATE-E, IDATE-T, Beck, HAM-A e HAM-D. Estes dados confirmam as observações de Millar (1999), Laurrielo(2003), Willinger e Aschauer (2003), de que indivíduos disfônicos apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão quando comparados com a população não disfônica.

No entanto, nem toda a literatura pesquisada confirma estes dados. Oliveira (2012), não detectou em seu trabalho maiores níveis de ansiedade e depressão em disfônicos do que em não disfônicos.

Embora não tenham estudado especificamente ansiedade em indivíduos disfônicos, Almeida, Behlau e Leite (2011), Siupinskiene, Rabadauskas e Dubosas (2011) observaram que, quanto maior o aumento da ansiedade, pior o desempenho comunicativo do sujeito, bem como Bazinger e Scherer (2005) e Rodero (2009) apontam a presença de modificações de *pitch* de voz em pessoas com sinais de ansiedade. Osório, Crippa e Loureiro (2011) contextualizam as evidências do falar em público como o medo mais prevalente da população em geral e entre os portadores de transtorno de ansiedade generalizada. Estes dados de literatura reforçam a interferência da ansiedade na comunicação humana, e especificamente, na voz.

A maneira que a ansiedade e depressão se relacionam com as disfonias ainda não é clara. O fato de apresentar estas manifestações emocionais predispõe ao desequilíbrio vocal e laríngeo ou se a presença de alterações vocais aumenta tais manifestações ainda deve ser mais bem estudado.

Telles- Correia e Barbosa (2008) afirmam que a maioria das patologias clínicas é acompanhada por traços de depressão e ansiedade, independente de fazerem ou não parte de sua etiologia, bem como Souza e Hanaiama em sua revisão de literatura afirmam que nem toda doença é de origem psicossomática, mas que os aspectos psíquicos frequentemente influenciam ou acompanham a sua gênese, curso e prognóstico.

Além dos estudos que analisam a concomitância dos sintomas de ansiedade de depressão e as disfonias, existem vários estudos que apontam para desordens afetivas acompanhando patologias clínicas variadas. Brandt, *et al,* (2011) abordam a concomitância de depressão e fibromialgia; Lin *et al,* (2012), relacionam a ansiedade e a depressão com doenças clínicas; Sanches *et al*. (2012), observam concomitância entre ansiedade e hipermobilidade articular, Kemp *et al,* (2012) abordam a concomitância de depressão , ansiedade e risco cardíaco elevado. Além da relação entre as variadas doenças com ansiedade e depressão, Harris, Farram e Dickens, (2013), atribuem a piora de doenças físicas à presença de quadros depressivos.

Deary e Miller (2011) reafirmaram a presença de conflitos emocionais, ansiedade e depressão acompanhando as disfonias não orgânicas, comparando a história clínica destas patologias com outras condições clínicas sem causa orgânica aparente, como a síndrome da fadiga crônica e a síndrome do cólon irritável, onde as emoções atuariam produzindo desequilíbrios bioquímicos e neuromusculares, propiciando o surgimento destes quadros clínicos.

Os escores do protocolo QVV indicaram que o grupo de indivíduos disfônicos apresentou pior qualidade de vida relacionada à voz do que o grupo sem queixa vocal, como esperado. Estes resultados são semelhantes aos encontrados para indivíduos disfônicos e indivíduos sem queixa vocal no trabalho de validação do instrumento no Brasil feito por Gasparini e Behlau (2005), no qual foram observados para os indivíduos disfônicos valores de 71,63% no domínio físico, 79,5% no domínio sócioemocional e 74,8 % no domínio total. Entre os indivíduos não disfônicos foram observados os valores 97,1% para o domínio físico, 99,33% para o domínio sócioemocional e 98% para o domínio total.

Da mesma forma, os indivíduos disfônicos apresentaram maiores níveis de desconforto do trato vocal medidos pelo protocolo EDTV, quando comparados com os não disfônicos, para todos os sintomas, tanto em relação à frequência como intensidade dos mesmos. Rodrigues *et al,* (2013) encontraram diferenças na intensidade e frequência de sintomas, com valores maiores entre professores com queixa vocal em relação a professores sem queixa vocal para frequência e intensidade de todos os sintomas da escala.

A média de intensidade ou de frequência dos sintomas encontrados, bem como os sintomas que apresentaram escores mais acentuados é variável nos diferentes estudos que aplicaram o protocolo EDTV com indivíduos disfônicos (MATHIESON, 2009; WOZNICKA *et al*, 2012; RODRIGUES *et al*, 2013).

6.2 Correlações entre os resultados obtidos

Considerando todos os indivíduos avaliados, foi observada correlação regular entre o domínio físico do QVV e os escores obtidos nas escalas de HAM-A, IDATE-E, IDATE-T e Beck e uma correlação forte com os escores de HAM-D. No domínio sócio-emocional do QVV foi verificada uma correlação regular com todas as escalas. No domínio total houve correlações fortes com HAM-A, HAM-D, IDATE-T e Beck e correlação regular com IDATE-E.

Ao mesmo tempo, quando foram avaliados os valores de QVV separadamente, somente para o grupo de indivíduos disfônicos, não foi constatada correlação entre a piora da qualidade de vida em voz auto percebida e os valores das médias de escores de todas as escalas.

Quando analisados isoladamente o grupo de não disfônicos voltamos a encontrar correlações regulares com domínio físico do QVV e HAM-A, IDATE-E, e Beck e correlação forte com HAM-D. O domínio sócio emocional do QVV apresentou correlações regulares com IDATE-T e Beck. No domínio total do QVV houve correlação regular com HAM-A, IDATE-T, IDATE-E e Beck e correlação forte com HAM-D.

Um fator que pode estar relacionado ao resultado do presente estudo quanto a não significância de correlação entre qualidade de vida em voz e ansiedade e depressão em disfônicos é que, de acordo com a afirmação de Backer, 1998, em alguns pacientes as defesas psíquicas são tão estruturadas que os mesmos podem esconder seus conflitos psíquicos por meio de sintomas físicos, sem conseguir atribuir a eles uma relação de causa e efeito.

Ainda é importante citar que Grillo e Penteado (2005) observaram em seu estudo que houve pouca correlação entre a percepção dos professores sobre sua qualidade de vida em voz e a qualidade de vida de modo geral como se pouco prestassem atenção aos próprios desconfortos ou tivessem alguma dificuldade em fazer uma relação da causa e efeito entre sobrecarga, desequilíbrio emocional e sintoma físico.

Almeida, Behlau e Leite (2011) encontraram escores do QVV menores em um grupo de adultos considerados com alto nível de ansiedade, do que no grupo com baixo nível de ansiedade. Além disso, ao correlacionar os resultados do QVV com níveis de ansiedade, observaram o menor nível de qualidade de vida em voz conforme maior nível de ansiedade, segundo o IDATE-T. Vale considerar que o estudo foi desenvolvido com um grupo de adultos, independente de queixa ou alteração vocal.

Em relação à frequência e intensidade do EDTV, ao analisar o grupo total de sujeitos avaliados, foi encontrado correlações moderadas entre quase todos os parâmetros pesquisados no protocolo de EDTV e os protocolos de avaliação psicométrica utilizados, com exceção para cinco correlações fortes, a saber: entre frequência de queimação e IDATE-T, entre frequência e intensidade de coceira e HAM-A, entre frequência de garganta irritada e HAM A e, por último, entre intensidade de garganta irritada e IDATE-T.

Quando analisado somente o grupo de disfônicos**,** encontramos apenas uma correlação forte entre frequência de sensação de secura na garganta e HAM-A. Além disso, ocorreram graus moderados em apenas 11 dentre as 80 correlações analisadas, considerando-se frequência e intensidade dos sintomas do EDTV.

Em relação ao grupo de não disfônicos, foi encontrada correlação forte entre frequência de aperto e IDATE-T e graus moderados em 40 das 80 correlações pesquisadas entre as queixas que compõem o EDTV e as escalas psicométricas.

Assim como a possibilidade da diminuição da auto percepção do individuo disfônico pode estar relacionada à ausência de correlação entre ansiedade e depressão com qualidade de vida em voz, o mesmo aspecto pode ter contribuído para a pouca correlação entre ansiedade e depressão com a referência aos sintomas de desconforto do trato vocal.

Backer (1998) discorreu sobre o fato da dificuldade do indivíduo ao perceber a origem de seus sintomas e que a insistência de intervenções sobre a alteração vocal, quando esta é uma defesa psíquica, pode propiciar o reforço da mesma, com consequente piora do sintoma inicial. Faz a ressalva, que mesmo sabendo que os fatores emocionais podem ser predisponentes importantes das

disfonias, em casos de remissão dos sintomas, nem sempre será possível ou necessário trazer a luz de consciência do indivíduo toda a sua conflitiva psíquica.

Os resultados de correlação entre ansiedade e depressão com o EDTV em indivíduos disfônicos do presente estudo são semelhantes ao de Almeida, Behlau e Leite (2011), que observaram correlação entre estado e traço de ansiedade com os parâmetros no protocolo QSSV em indivíduos não disfônicos, considerando que o QSSV é um protocolo que contém alguns dos sintomas que estão presentes no EDTV.

A correlação forte entre IDATE- E e intensidade de secura e a correlação moderada entre IDATE-E e frequência de secura pode ser explicada pelo fato de que a sensação de secura na garganta pode ser um dos sintomas de ansiedade (OMS - CID10). Além disso, deve ser considerado que três sujeitos disfônicos estavam em uso de antidepressivos no momento da avaliação e que o uso deste tipo de medicamentos pode ter como um de seus efeitos colaterais a sensação de secura na boca (MORENO, MORENO E SOARES, 1999).

Outra questão que merece ser ressaltada é o maior número de correlações entre frequência dos desconfortos pesquisados e as escalas de HAM-A no grupo de disfônicos. Estas escalas são consideradas muito úteis por trazerem à tona e enumerarem os sintomas somáticos das condições afetivas que se propõem a pesquisar (MORENO e MORENO, 1998; GALLUCI, CAMPOS JÚNIOR e HUBNER 2002).

Vários autores abordam a possibilidade e necessidade de oferecer avaliação dos aspectos psíquicos para o paciente disfônico com evolução terapêutica insatisfatória, entre eles Backer (1998); Laurrielo (2003); Willinger, Aschauer (2005); Siupsinskiene, Razbadauskas e Dubosas (2011), pela necessidade de melhor compreensão do papel dos fatores emocionais e psicossociais na gênese e manutenção dos sintomas de doenças funcionais ou sem causa orgânica aparente, entre estas as disfonias funcionais e organofuncionais. Este entendimento auxiliaria tanto o terapeuta, seja ele clínico , fonoaudiólogo, psicólogo ou psiquiatra no processo de investigação diagnóstica e elaboração de

melhor estratégia terapêutica, quanto o paciente a melhor entender como as emoções podem interferir com seus sintomas.

Allgulander (2007) aborda a necessidade e utilidade de esclarecer ao paciente ansioso a natureza de seus sintomas, critérios de diagnóstico, o que é ansiedade normal e patológica, possibilidades e modalidades de tratamento, medicamentoso ou psicoterápico, com seus riscos e possibilidades, para que o mesmo possa mobilizar-se para a melhora. Afirma que pessoas com ansiedade generalizada geralmente não procuram tratamento e se o fazem é por apresentarem outros sintomas clínicos ou quadros de depressão subclínica associados, mas quando são esclarecidos sobre os seus sintomas ansiosos e adequadamente tratados, apresentam melhor capacidade de tomar decisões, gerenciar riscos e tarefas e melhora na sociabilidade. Ainda em relação às possibilidades de modalidades terapêuticas para a ansiedade generalizada, refere que existem estudos que comprovam o êxito tanto da terapia cognitivo comportamental quanto da terapia medicamentosa, mas o nível de adesão é sempre maior em ambas as modalidades quando o paciente é orientado sobre possibilidades, limitações e riscos de cada uma.

Existem alguns aspectos relacionados à natureza do estudo que podem ter interferido nos resultados. O fato de saberem que as entrevistas abordavam aspectos psíquicos pode ter incentivado ou inibido alguns convidados a participarem da pesquisa. Entretanto, por questões éticas, era necessário que os sujeitos fossem esclarecidos sobre os procedimentos aos quais seriam submetidos.

Outro aspecto relevante relaciona-se ao número de indivíduos incluídos no grupo experimental, o qual foi definido a partir da demanda de pacientes em tratamento ou lista de espera da Clínica de Fonoaudiologia da USP, que se encaixaram nos critérios de inclusão. Pode-e observar heterogeneidade de idades, profissões, dificultando traçar um perfil demográfico. Sugere-se que com um número maior de indivíduos seja possível analisar a interferência dos aspectos demográficos na ocorrência de ansiedade e depressão nas disfonias.

O fato de os indivíduos disfônicos apresentarem maiores níveis de ansiedade e depressão do que a população em geral, mas não ser observado

claramente uma correlação destes sintomas com sua qualidade de vida em voz precisa ser mais bem explorado. A utilização de outros instrumentos de avaliação em uma amostra maior, a descrição detalhada de estudos de alguns casos e o acompanhamento destes pacientes disfônicos durante e após os tratamentos fonoaudiológico, psicológico e/ou psiquiátrico, com reavaliação por meio dos mesmos instrumentos, também poderiam contribuir para melhor compreensão da relação entre ansiedade e depressão e voz.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

O presente estudo nos permite afirmar que:

- Os indivíduos disfônicos apresentaram maiores níveis de ansiedade e depressão do que os indivíduos não disfônicos do grupo controle, tanto nas escalas de heteroavaliação HAM-A e HAM-D, como nas escalas de autoavaliação IDATE-E e T e Beck.

- Existiram correlações entre os níveis de ansiedade e depressão com qualidade de vida em voz e sinais e sintomas de desconforto do trato vocal para o total de indivíduos avaliados. Considerando separadamente os grupos controle e experimental, houve correlações entre ansiedade e depressão com qualidade de vida em voz apenas para os indivíduos não disfônicos e as correlações entre os aspectos psíquicos avaliados e desconforto do trato vocal ocorreram para os dois grupos, mas em maior frequência e intensidade para os não disfônicos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALLGULADER, C. O que os nossos pacientes querem e necessitam saber sobre o transtorno de ansiedade generalizada. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** vol 29, n 2, p 172-176, 2007.

ALMEIDA, A.A.F.; BEHLAU, M.; LEITE, J.R. Correlação entre ansiedade e performance comunicativa. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, v. 16, n. 04, p. 384-389. 2011.

ANDRADE, FB.F.; AZEVEDO, R. Similaridades dos sinais e sintomas apresentados nas disfonias funcionais psicogênicas e nas disfonias com suspeita de simulação: diagnóstico diferencial. **Distúrbios da Comunicação**, v. 18, n. 1, p.63-73, 2006.

ANDRADE, L.H.S.G.; GOREINSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 06, p. 285-290. 1998.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BAKER, J. Psychogenic dysphonia: Peeling back the layers. **Journal of Voice**, v. 12, n. 4, p. 527-535, 1998.

BANZIGER, T.; SCHERER, K. R. The role of intonation in emotional expressions. **Speech Communication**, v. 46, n. 3, p. 252–267, 2005.

BECK, Per et al. The time has come to stop rotations for the identification of structures in the Hamilton Depression Scale (HAM-D17). **Rev Bras Psiquiatr**, v. 35, n. 4, p. 360-363, 2013.

BEHLAU, M.; OLIVEIRA, G.; SANTOS, L.M.A.; RICARTE, A. Validação no Brasil de protocolos de auto-avaliação do impacto de uma disfonia. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica,** vol 21, n. 4, p. 326-332, 2009.

BEHLAU, M. Técnicas vocais. In : FERNANDES , F.D.M.; MENDES, B.C.A; NAVAS, A.L.P.G.N. **Tratado de Fonoaudiologia**. 2ª ed, Ed. Roca, SP, 2010. p. 715-733.

BEHLAU, M.; AZEVEDO, R.; PONTES, P. Conceito de Voz Normal e Classificação das Disfonias in: **Voz , o Livro do Especialista**, p 54- 68. Editora Revinter, RJ. 2001.

BIAGGIO, A.M.B. Ansiedade, raiva e depressão na concepção de CD Spielberger. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 06, p. 291-293. 1998.

BRANDT, R; FONSECA, A.B.P.; OLIVEIRA, L.G.A.; STEFFENS, R.A.K. ; VIANA, M.S.; ANDRADE, A. Perfil de humor em mulheres com fibromialgia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** V.60, n. 03, p. 216-220, 2011.

CAMPOS, A.C.; FOGAÇA, M.V.; AGUIAR, D.C.; GUIMARÃES, F.S. Animal models of anxiety disorders and stress. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, supl. 2, 101-111, 2013.

CASTILLO, A. R.; RECONDO, R., ASBAHR, F. R.; MANFROD, G.. Transtornos de Ansiedade**. Revista Brasileira de Psiquiatria.**; vol 22, (Supl II), p. 20-23, 2000.

CHAGAS, M. H.N. *et. al*. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o diagnóstico e diagnóstico diferencial do transtorno de ansiedade social. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** vol.32 no.4, 2010.

DEARY, V.; MILLER, T. Reconsidering the role of psychosocial factors in functional dysphonia. **Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery,** v. 19, n. 3, p. 150-154, 2011.

FERRARI, M.C.F.; NARDI, A.E.; ANDRADA, N.C. **Transtorno da ansiedade social:** tratamento. Disponível em: http://projetodiretrizes.org.br/diretrizes10/ transtorno_ansiedade_social_diagnostico_diferencial.pdf. Acesso em novembro, 2013.

GASPARINI, G,; BEHLAU, M. Quality of Life: Validation of the Brazilian Version of the Voice-Related Quality of Life (V-RQOL) Measure. **Brazil Journal of Voice**, vol. 23, n. 1, p. 76-82, 2009.

GALUCCI NETO, J.; CAMPOS JÚNIOR, M.S.; HUBNER, C.V.K. Escala de Depressão de Hamilton (HAM–D): revisão dos 40 anos de sua utilização. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v.3, n. 1, p.10-14, 2001.

GOMES-OLIVEIRA, Marcio Henrique et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 34, n. 4, p. 389-394, 2012.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica**. Vol. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

GRILLO, M.H.M.M; PENTEADO, R.Z. Impacto da Voz na Qualidade de Vida de Professores do Ensino Fundamental. **Pró-Fono,** v. 17, n. 3, p. 321-330, 2005.

HARRIS, S.; FARRAND, P.; DICKENS, C. Behavioural activation interventions for depressed individuals with a chronic physical illness: a systematic review protocol. **Bio Med Central,** vol 2, p. 105-111, 2013.

HOGIKYAN, N.D.; SETHURAMAN, G. Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). **Journal Voice**, vol 13, p. 557- 569, 1999.

HUI, J.; LO, S.; NG, J.H. LIM, F.; KANAGALINGAM, J. . Association between anxiety, type A personality, and treatment outcome of dysphonia due to benign causes. **Otolaryngology-Head and Neck Surgery**, v. 148, n. 1, p. 96-102, 2013.

KEMP, A. H. ; QUINTANA, D. S. ; FELMINGHAN, K.L.; MATTHEWS, S.; JELINEK, H.J. Depression, Comorbid Anxiety Disorders, and Heart Rate Variability in Physically Healthy, Unmedicated Patients: Implications for Cardiovascular Risk. **Plos one (**www.plosone.org**),** vol. 7, n. 2, p.1-8, 2012.

LAURIELLO, M. et al.. **Psychological profile of dysfunctional dysphonia. Acta Otorhinolaryngol Ital**, v. 23, p. 467-473, 2003.

LEVITAN, L. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** vol 33, n. 3, p. 292-303, 2011.

LEMOS, C. **Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida em pacientes que apresentam quadro de pós infarto do miocárdio.** 2005. 79p. Dissertação (Mestrado em Cardiologia). Fundação Universitária de Cardiologia, Porto Alegre, 2005.

LIN, Jaime et al. Percepção e expressão de síntomas depressivos em três grupos culturais catarinenses: açorianos, italianos e alemães. **J. bras. psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 2-8, 2008.

MATHIESON, L. et al.. Laryngeal manual therapy: a preliminary study to examine its treatment effects in the management of muscle tension dysphonia. **Journal of Voice,** v. 23, n. 5, p. 353-366, 2009. Também disponível em: http://www.cevfono.com/2010/conteudo/protocolo_19.pdf

MENEZES, Gabriela Bezerra de; FONTENELLE, Leonardo F.; VERSIANI, Márcio. Trans-cultural aspects of social anxiety disorder and related conditions: a Brazilian case series and a review of international clinical studies. **J. bras. psiquiatr**, v. 55, n. 3, p. 196-200, 2006.

MILLAR, A.; DEARY, I.J.; WILSON, J.A.; MACKENZIE, K. Is an organic/functional distinction psychologically meaningful in patients with dysphonia? **J Psychosom Res,** v. 46, n. 6, p. 497-505, 1999.

MIRZA, N. et al. The prevalence of major psychiatric pathologies in patients with voice disorders. **Ear, Nose & Throat Journal**, v. 82, n. 10, p. 808-814, 2003.

MORENO, R.A.; MORENO, D.H. Escalas de depressão de Montgomery e Asberg (MADRS) e de Hamilton. **Rev Bras Psiquiatr Clínica,** v. 25, n. 05, p. 262-272, 1998.

MORENO, R.A.; MORENO, D.H.; SOARES, M.B.M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** vol 21, p. 24-40, 1999.

OLIVEIRA. G. et al. Coping Strategies in Voice Disorders of a Brazilian Population. **Journal of Voice**, v. 26, n. 2, p.205-2013, 2012.

OLIVEIRA, G.N.M. et al.. Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) em pacientes com epilepsia. **J Bras de Psiquiatr,** v.60, n. 02, p. 131-134, 2011.

Organização Mundial de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10.** 10ª rev, versão 2008. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm. Acesso em setembro, 2013.

OSÓRIO, F.L.; CRIPPA, J.A.S.; LOUREIRO, S.R. Aspectos cognitivos do falar em público: validação de uma escala de autoavaliação para universitários brasileiros. **Revista de Psiquiatria Clínica.** V. 39, n. 2, p. 48-53. 2012

RODERO, E. Intonation and emotion: influence of pitch levels and contour type on creating emotions. **Journal of Voice**, v. 25, n. 1, p. 25-33, 2011.

RODRIGUES, G.; ZAMBON, F.; MATHIESON, L.; BEHLAU, M. Vocal Tract Discomfort in Teachers: Its Relationship to Self-Reported Voice Disorders. **Journal of Voice,** vol. 27, n. 4, p. 473-481. 2013.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A.; DORNELLES, C.O. **Compêndio de Psiquiatria:** ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed., Artmed, Porto Alegre, 2007. 1584 p.

SANCHES, Simone H. Bianch, OSÓRIO, F. L.; UDINA, M.; MARTIN-SANTOS, R.; CRIPPA, J.A.S. Associação entre ansiedade e hipermobilidade articular: uma revisão sistemática. **Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association**, v. 34, p. 1, 2012.

SEIFERT, E.; KOLLBRUNNER, J. Stress and distress in non-organic voice disorders. **Swiss medical weekly**, v. 135, n. 27/28, p. 387, 2005.

SIUPSINSKIENE, N.; RAZBADAUSKAS, A.; DUBOSAS, L. Psychological distress in patients with benign voice disorders. **Folia phoniatrica et logopaedica**, v. 63, n. 6, p. 281-288, 2011.

SOUZA, O.C.; HANAYAMA, E.M. Fatores psicológicos relacionados a disfonia funcional e a nódulos vocais em adultos. **Rev CEFAC,** v. 7, n. 3, p. 388-397, 2005.

TELLES-CORREIA, D.; BARBOSA, A. Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. **Acta Médica Portuguesa**, v. 22, n. 1, p. 89-98, 2009.

VAN LIERDE, K. et al. Effect of psychological stress on female vocal quality. A multiparameter approach. **Folia Phoniatrica et Logopaedica**, v. 61, n. 2, p. 105-111, 2009.

VIALE, L. Análise Estatística Paramétrica e Testes Estatísticos não Paramétricos, Instituto de Matemática- U.F.R.G.S. 2008.

WANG, Yuan-Pang; GORENSTEIN, Clarice. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 35, n. 4, p. 416-431, 2013.

WEEKS, J.W. et al. “The Sound of Fear”: Assessing vocal fundamental frequency as a physiological indicator of social anxiety disorder. **Journal of anxiety disorders**, v. 26, n. 8, p. 811-822, 2012.

WHITE, L.J. et al. Coprevalence of anxiety and depression with spasmodic dysphonia: A case-control study. **Journal of Voice**, v. 26, n. 5, p. 667 e1-667. e6, 2012.

WILLINGER, U.; ASCHAUER, H.N. Personality, anxiety and functional dysphonia. **Personality and individual differences**, v. 39, n. 8, p. 1441-1449, 2005.

WOZNIKA, E.; NIEBUDEK-BOGUSZ, E.; KWIECIEN, J.; WIKTOROWICZ, J.; ŚLIWINSKA- KOWALSKA, M. Applicability Of The Vocal Tract Discomfort (VTD) Scale In Evaluating The Effects Of Voice Therapy Of Occupatiional Voice Disorders. **Medycyna Pracy,** vol 63, n. 2, p. 141–152, 2012.

ANEXOS

ANEXO 1 (aprovação comitê de Ética)

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU-USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM INDIVÍDUOS COM DISFONIAS
Pesquisador: Adélia Ferraz Daher Miranda
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 08962812.4.0000.5417
Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia de Bauru-USP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 161.345
Data da Relatoria: 28/11/2012

Apresentação do Projeto:
Este trabalho propõe-se a levantar dados clínicos que confirmem ou não a existência de sintomas de depressão e ansiedade nos pacientes com alterações vocais atendidos na Clínica de Fonoaudiologia de Faculdade de Odontologia de Bauru, em intensidade e frequencia maior do que na população em geral , utilizando-se de escalas específicas para avaliação de
ansiedade e depressão.
Participarão da pesquisa 50 sujeitos em tratamento de disfonias na clínica de fonoaudiologia da FOB-USP, ou em lista de espera para o mesmo tipo de tratamento. Será formado um grupo controle convocado na comunidade com 50 pessoas , pareadas em idade e sexo com o grupo experimental. Formados os grupos experimental e controle, estes indivíduos serão avaliados por 6 escalas: HAM -D para depressão , HAM-A para ansiedade, Inventário IDATE (ansiedade traço-estado), escala de depressão de Beck, escala
de Qualidade de Vida em Voz (QVV), e escala de Desconforto do Trato Vocal(EDTV). Estas avaliações serão feitas e 2 entrevistas de aproximadamente 50 minutos. As entrevistas do grupo experimental serão feitas na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP. Para otimizar o tempo, como a pesquisadora trabalha em clínica particular , após a avaliação fonoaudiológica inicial as entrevistas do grupo controle poderão ser feitas na
referida clínica.
Os resultados dos seis protocolos serão comparados entre os dois grupos e os resultados das escalas de ansiedade e depressão serão correlacionados com os escores dos protocolos QVV e

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** mferrari@fob.usp.br

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU-USP

EDTV. Serão aplicados testes estatísticos apropriados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar se os indivíduos com alterações vocais possuem níveis de sintomas de ansiedade e depressão mais elevados do que indivíduos sem alterações vocais.

Objetivo Secundário:

Caso seja confirmada a hipótese de que indivíduos disfônicos possuem mais sintomas de ansiedade e depressão que a população geral , colaborar para estudos que promovam melhoria na abordagem terapêutica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos nem benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante da apresentação de todos os documentos corretamente, sugere-se a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO. O CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatórios anuais (parciais e finais), conforme o cronograma apresentado. Qualquer alteração na metodologia e/ou título e a inclusão ou exclusão de autores deverá ser prontamente comunicada. Lembramos que na apresentação do relatório final, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação de dentes devidamente assinados e rubricados.

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** mferrari@fob.usp.br

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU-USP

BAURU, 03 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Maria Teresa Atta
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** mferrari@fob.usp.br

ANEXO 2 (TCLE)

Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73

PABX (0XX14)3235-8353 – FAX (0XX14)3223-4679

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo principal é verificar se as pessoas que apresentam problemas de voz são possuem traços ou sintomas de ansiedade e depressão em uma frequência e intensidade maior ou igual do que a população em geral.

Serão convidados a participar desta pesquisa pacientes que estejam em tratamento de disfonias ou em lista de espera para o mesmo tipo de tratamento na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP e pessoas sem problemas de voz da comunidade.

Este não é o início do seu tratamento e esta pesquisa poderá não ter uma contribuição direta no seu caso se você já estiver com o tratamento iniciado, mas os resultados obtidos podem auxiliar de maneira indireta o seu próprio tratamento e, com certeza, contribuirão para estudos e tratamentos futuros com outros pacientes.

A pesquisa consiste na aplicação de seis questionários, quatro com questões que avaliam a presença de sinais e sintomas de ansiedade e depressão e dois que avaliam a existência ou não de desconforto vocal e a qualidade de vida em voz. Serão necessários dois contatos de aproximadamente 50 minutos cada.

Caso você faça parte do grupo que não apresenta problemas de voz, antes de responder os questionários você passará por uma avaliação fonoaudiológica que consiste em uma gravação da emissão de vogal "a" prolongada e trecho de fala espontânea, a ser realizada no laboratório de voz da Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP. Este procedimento terá duração de aproximadamente 10 minutos. Caso seja detectada alteração da qualidade vocal, você será encaminhado para avaliação detalhada na própria clínica para possível tratamento e não deverá preencher os questionários.

Os resultados obtidos são sigilosos e serão informados a você de maneira conjunta com o seu terapeuta responsável pelo tratamento fonoaudiológico, caso o tratamento já tenha se iniciado, ou a você juntamente com um acompanhante, caso a pesquisadora ou você achem conveniente. Para tanto é importante que você aceite que uma pessoa de sua confiança ou familiar possa ser comunicada do resultado da pesquisa, se necessário.

Se durante a pesquisa for feito diagnóstico de ansiedade ou depressão, você será encaminhado para tratamento nos serviços de referência da comunidade.

Esta pesquisa será realisada nas dependências da Clínica de Fonoaudiologia da FOB – USP em horários previamente agendados.

Como a pesquisadora trabalha em clínica particular, caso seja julgado conveniente pela facilidade de horários para agendamento, os questionários do grupo sem problemas de voz da comunidade poderão ser feitos na referida clínica.

A presente pesquisa não lhe trará nenhum gasto financeiro, a não ser a locomoção até o local da pesquisa e não oferecerá riscos à sua dignidade, nem a sua saúde física ou emocional. Todas as informações coletadas são confidenciais.

Se houver qualquer dúvida sobre este estudo, dos procedimentos a serem realizados ou de seus direitos, o participante poderá entrar em contato com a pesquisadora Adélia Ferraz Daher Miranda pelos telefones (14) 97129468, (14) 32238240, (14) 32262027.

Se o participante se sentir lesado ou enganado por participar da pesquisa e queira fazer alguma reclamação, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru (CEP-FOB), localizado na Alameda Doutor Octávio Pinheiro Brisola, 9-75, Bauru-SP, pelo telefone (14) 3235-8353.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) Sr(a): _____ _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo, capítulos XI e XII do Código de Ética Médica).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru,____ , de _____ de 2013.

_____ **Assinatura do participante**

_____ **Adélia Ferraz Daher Miranda**
Pesquisadora

Profª Drª Alcione Ghedini Brasolotto
orientadora