

# AS DISTINTAS MANIFESTAÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS E PSICOLÓGICAS NA DISFONIA ESPASMÓDICA

SANTOS, A. S.<sup>1</sup>

FERRAZ, M. G. C. F.<sup>2</sup>

FABRON, E. M. G.<sup>3</sup>

## RESUMO

A disfonia espasmódica é um distúrbio vocal grave, caracterizada por espasmos musculares laríngeos durante a fonação, produzindo voz tensa e estrangulada. Atualmente, acredita-se que tenha origem neurológica, mas há evidências que associam suas causas com alterações psicogênicas. O presente estudo visa descrever dois casos diagnosticados como disfonia espasmódica, com manifestações fonoaudiológicas e psicológicas distintas. O estudo descritivo foi realizado por meio de análise dos prontuários, incluindo avaliação otorrinolaringológica, neurológica, avaliação vocal perceptivo-auditiva, análise acústica e Protocolo de Qualidade de Vida e Voz (QVV). Caso 1: sexo feminino, 65 anos, discreta coaptação de bandas ventriculares, fenda fusiforme e intenso tremor laríngeo. Apresentou quadro de alucinação, diagnosticada, posteriormente, como Esquizofrenia. Faz uso de Risperidona e Pondera. Apresentou loudness rebaixado, pitch agravado, rouquidão, hipernasalidade leve, tempo máximo de fonação reduzido, incoordenação pneumofonoarticulatória e G<sup>2</sup>, R<sup>2</sup>, B<sup>o</sup>, A<sup>o</sup>, S<sup>3</sup>. Caso 2: sexo feminino, 68 anos, alteração das pregas vocais e intenso estrangulamento de bandas ventriculares. Sofreu três acidentes vasculares encefálicos (AVE) e, após o primeiro, iniciou-se a rouquidão. Realiza atendimento psicológico, ainda sem diagnóstico fechado. Apresentou loudness rebaixado, pitch agudizado, diplofonia durante a conversação, tempo máximo de fonação reduzido, incoordenação

---

<sup>1</sup> Autora: Graduada em Fonoaudiologia pela Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP *campus* Marília

<sup>2</sup> Orientadora: Psicóloga; Doutora em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

<sup>3</sup> Co-orientadora: Fonoaudióloga; Doutora em Educação pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

pneumofonoarticulatória e G<sup>3</sup>, R<sup>2</sup>, B<sup>o</sup>, A<sup>o</sup>, S<sup>3</sup>. Os dados demonstraram distintos graus de severidades nas manifestações otorrinolaringológicas e fonoaudiológicas, além de diferentes envolvimento psicogênicos. O grau de severidade ficou implícito no impacto da voz na qualidade de vida das pacientes estudadas.

**Palavras Chave:** disfonia, distúrbio psicogênicos, qualidade de vida.

## **Introdução**

Desde 1871, a disfonia espasmódica já recebeu diversas nomenclaturas, dentre as quais: rouquidão nervosa, gagueira das cordas vocais, espasmo glótico fonatório, psicofonoastenia, entre outras. Quase quatorze décadas depois, tal disfonia ainda causa muitas discussões acerca de suas definições. A disfonia espasmódica foi primeiramente nomeada por Traube em 1871, como sendo uma disfonia espástica, por apresentar uma forma espástica de “rouquidão nervosa”. Posteriormente, o termo disfonia espástica foi substituído pela nomeação de disfonia espasmódica, uma vez que a espasticidade é um termo utilizado para definir um distúrbio neurológico que não se ajusta à sintomatologia e à etiologia desta forma de disfonia. É relatado que o que ocorre ao nível da laringe são espasmos e, portanto, a disfonia espasmódica seria o termo mais adequado neste caso (Behlau; Pontes, 1995a; Pinho, et al, 2007, p. 27-33).

Tal disfonia pode apresentar-se de duas formas: disfonia espasmódica de adução, que se trata da forma de apresentação mais comum da doença e manifesta-se com voz tenso-estrangulada (fechamento intenso da laringe), e outra, bem mais rara, de abdução, que se caracteriza por episódios intermitentes de soprosidade ou afonia (dificuldade no fechamento das pregas vocais), resultando em escape de ar durante a fonação. Aronson, (1990) relatou que a disfonia espasmódica de adução apresenta como característica uma voz esprimida, tensa, estrangulada, com variações de melodia. Já a disfonia espasmódica de abdução, apresenta uma voz subitamente interrompida por breves momentos de soprosidade ou sussurrado. É possível, ainda, encontrar em alguns pacientes, um tipo adutor-abdutor combinado (Koener, et al., 1995b. p.163-166). Após ser nomeada disfonia espástica e, posteriormente, disfonia espasmódica, atualmente tal disfonia é denominada distonia focal laríngea e que, de acordo com Behlau e Pontes (1995b. p. 61-86) caracteriza-se por qualidade vocal tenso-estrangulada, comprimida,

áspera e/ou entrecortada, com ataque vocal brusco, interrupções na sonoridade e flutuações na frequência fundamental, além de grande tensão visualmente observável do aparelho fonador. A descrição sintomática da patologia é o que parece ser unânime na literatura; no entanto, a distonia focal laríngea ainda levanta dúvidas e polêmicas acerca de sua etiologia. Behlau e Pontes (1995a) sistematizaram aspectos relevantes sobre a história e as controvérsias envolvidas no diagnóstico e no tratamento desse quadro clínico.

Acredita-se que, diante das investigações científicas voltadas para a patologia da disфонia espasmódica, há uma possível relação entre as manifestações psicogênicas e as fonoaudiológicas em determinados casos. Diante das evoluções dos instrumentos diagnósticos, a etiologia dos sintomas caminha para aspectos neurológicos e a dimensão psíquica foi sendo minimizada. Aronson (1990) afirma que tal disфонia não pode ser devido à uma única causa, mas pode ter tanto causas neurológicas ou psicogênicas.

Quando falamos dessa disфонia, apontamos aspectos neurológicos, propondo tratamentos cirúrgicos e, recentemente, tratamentos por injeções de toxina botulínica<sup>4</sup>. Estudos como os de Mehta, Goldman e Orloff (2001, p. 393-399) e de Damrose (2004, p. 415-422) e descrevem a melhora ou até a supressão dos sinais da disфонia espasmódica, em função desses procedimentos. Por outro lado, ainda são apontados fatores psicodinâmicos, psicológicos ou emocionais como uma consequência da patologia.

Nos seus estudos sobre as neuroses, Freud foi o primeiro a fazer referências à relação entre voz e psiquismo:

...Os sintomas de afecções orgânicas, como se sabe, refletem a anatomia do órgão central e são as fontes mais fidedignas de nosso conhecimento a respeito dele. Por essa razão, temos de descartar a idéia que na origem da histeria esteja situada alguma possível doença orgânica... (Freud, 2004, p. 85).

---

<sup>4</sup> A toxina botulínica A age diminuindo a força de contração muscular das cordas vocais por interferir na liberação de acetilcolina na junção neuromuscular. Esta paralisia parcial reduz os efeitos do espasmo de adução na produção da voz. Este efeito dura em média 3 meses, depois do qual é necessário nova aplicação.

Para Freud, o órgão central seria o órgão que está doente – no presente estudo, a laringe. Freud considera apenas a afecção do órgão pelas pulsões recalçadas pelo ego, na instância do inconsciente. Na histeria, para esse autor, uma análise superficial pode verificar apenas o sintoma na instância somática, na anatomia desse órgão – paralisia de um membro, por exemplo – e não as causas psicológicas dessa afecção. Freud considera, porém, que algumas doenças que afetam um órgão vão além da afecção de sua estrutura física e pressupõem a participação intensa do psiquismo. Essas doenças seriam as de etiologias psicológicas.

As doenças psicogênicas manifestam-se a partir de sintomas físicos, camuflando os conteúdos inconscientes que lhe deram origem. Podemos entender com Sigmund Freud, que

“quando não existem causas anátomo-funcionais, uma paralisia de um membro tem grandes chances de ser um sintoma psicogênico e é perfeitamente observável. Ainda falarei em detalhes sobre a variedade de casos com os quais podemos nos deparar, por ora falemos do sintoma”. (Freud, 1967, p. 56)

Entendemos ainda com S. Freud, que a histeria faz parte de uma classe de neuroses que apresentam quadros clínicos muito variados. Freud (1967) classifica as histerias em duas formas bem identificadas: a que denomina de histeria de conversão<sup>5</sup> e a histeria de angústia Stekel e Lamprenche (1970). Na primeira, o conflito psíquico vem simbolizar-se nos sintomas corporais mais diversos como, por exemplo, crise emocional com teatralidade, ou outros mais duradouros, como anestésias, paralisias histéricas e/ou sensação de “bola” faríngea. Já na segunda, a angústia é fixada de modo mais ou menos estável neste ou naquele objeto exterior – fobias.

Freud situava a afonia entre os sintomas da histeria de conversão, a qual teria sua origem em algum conflito psíquico, pois os sintomas apresentados não teriam uma causa física e sempre estariam relacionados a um componente de outra esfera – a sexualidade. Partia do pressuposto que o psiquismo era determinado pelo inconsciente: um conjunto de conteúdos recalçados que não tiveram acesso à consciência. O sintoma,

---

<sup>5</sup>Esse termo é utilizado para designar a forma sintomática da neurose em que o conflito psíquico se simboliza em sintomas corporais diversos, sejam eles de maior intensidade, como uma crise emocional, com teatralidade, ou mais duradoura, como anestésias e paralisias histéricas.

assim, seria uma representação de conteúdos inconscientes e teria uma representação no corpo (o sinal) e uma representação mental (o símbolo).

Na disфония espasmódica há um paralelismo entre o orgânico e o psicológico e, até a década de 60, são raras as descrições na literatura que consideram a disфония espasmódica como sendo um distúrbio de indivíduos psiconeuróticos, como reação de conversão (Behlau; Pontes, 1995a).

As teorias psicogênicas na disфония espasmódica prevaleceram no século passado, mas ainda há muitas evidências a favor destas, como, por exemplo, períodos de voz normal ou quase normal, a ausência de sintomas físicos ou neurológicos, e estresse emocional intenso.

Alguns autores como Greene (1989) e Behlau e Pontes (1995<sup>a</sup>) afirmam que essa disфония pode se desenvolver depois de uma experiência traumática. Segundo Greene, na disфония espasmódica a noção de histeria de conversão é bastante reforçada, devido a algumas características da doença, como a emissão bizarra, as flutuações vocais, o falsete e o “comportamento” estranho dos pacientes, além da emissão vocal provocar nos ouvintes um efeito psicodinâmico de raiva e agressividade, característico de indivíduos com constante repressão verbal.

Há algumas evidências neurológicas importantes a favor das teorias orgânicas. A disфония espasmódica pode ser definida como desordens orgânicas, caracterizadas por contrações musculares involuntárias, ou espasmos incontroláveis, induzidos durante uma atividade, possuindo uma raiz de causa neurogênica com origem no tronco cerebral, associada às Síndromes de Meige e Distonia de Torção (Calvi, 1999). Koener (2001, p. 163-166) realizou um estudo com 10 pacientes diagnosticados com disфония espasmódica, para avaliar a prevalência de distonias musculares e outros sintomas neurológicos, visto que uma maior ocorrência de distúrbios neurológicos nesses pacientes poderia corroborar a hipótese de uma origem neurológica como base etiológica para a disфония espasmódica. Nesse estudo, a presença de desordens do movimento acompanhou quase que a totalidade dos casos e, em relação a distúrbios psiquiátricos associados, não foi possível estabelecer uma relação com a disфония espasmódica, visto que distúrbios do humor apresentam elevada prevalência na população geral.

Entretanto, é possível mencionar alguns estudos relatando que a disфония espasmódica possui apenas uma origem psicogênica, onde a laringe do indivíduo funciona como um filtro das suas emoções, verificando que o indivíduo traz na voz o

seu mal estar. Um embasamento lógico para a teoria psicológica é que os pacientes, muitas vezes, relatam um evento emocional traumático associado à percepção do início dos sintomas. Nas análises psicológicas avaliadas por alguns autores (Behlau e Pontes, 1995a ; Pinho, Hanayama e Pontes, 1990) a característica da população dos pacientes com este distúrbio tende a ser de indivíduos tensos e em posições de responsabilidade, com muitos problemas familiares, flutuações de humor e vulnerabilidade vocal diante de situações de ansiedade, depressão e fadiga física.

Outro embasamento lógico são evidências como a variabilidade dos sintomas vocais, incluindo períodos de voz normal ou quase normal, como no riso, choro, cochicho, falsete e canto, e a melhora vocal durante a fala automática, quando o indivíduo está distraído. Comumente, o paciente refere piora da qualidade vocal quanto maior for sua concentração naquilo que deseja falar (Pinho, Hanayama e Pontes, 1990, p. 184).

Existem variáveis psicológicas que têm sido consideradas importantes na formação de padrões de comunicação de um indivíduo, envolvendo opções do tipo de voz, articulação, fluência da fala e linguagem. Particularmente, quanto à voz, existem algumas relações básicas entre os ajustes motores empregados, certas características da personalidade do falante e o efeito causado no ouvinte.

As emoções parecem interferir no controle da respiração, no posicionamento vertical da laringe, no relaxamento relativo das pregas vocais, no posicionamento e no relaxamento dos músculos da faringe e da língua. Dessa forma, vários distúrbios de voz são atribuídos a excessos afetivos, como, por exemplo, depressões, ansiedades, separações e perdas de entes queridos.

Para Behlau e Pontes (1995a) e Isshiki (1996) a voz humana é modificada constantemente, denunciando a intenção e o estado emocional do falante, de acordo com a situação e o contexto da comunicação, sobretudo no que diz respeito aos nossos interlocutores. A voz monótona e sem energia de uma pessoa deprimida ou doente, por exemplo, é notadamente distinta da voz vibrante e rica em variações de uma pessoa saudável, alegre e extrovertida (Isshiki, 1996).

Salfatins e Cunha (2006, p. 207-212) assinalam que as variáveis psicológicas devem ser analisadas, tanto no processo diagnóstico como na reabilitação. Com a compreensão da participação dos fatores psico-emocionais nas alterações vocais, entende-se a importância da integração corpo/voz e voz/personalidade. Alguns autores (Pinho et al., 2007, p. 27-33) descrevem na literatura que a Desordem Psicogênica da

Voz pode ser considerada como sendo um distúrbio particular da comunicação, da capacidade de expressão verbal das emoções. Ferraz faz alusão a essa relação distúrbio/emoções no seguinte trecho:

Agora entendemos o mais importante para o terapeuta da voz: pode acontecer da voz do paciente colocar-se como um elo na cadeia de significantes, ou seja, tornar-se, suporte para a manifestação da pulsão proibida. Através da voz, enquanto um veículo de exteriorização dos afetos, o paciente está representando um conflito psíquico tão intenso, que remonta ao Complexo de Édipo! (Ferraz, 2000, p. 58.)

Em suas pesquisas, relacionando a psicologia e a fonoaudiologia, a autora menciona outros estudos onde alguns pacientes podem apresentar comprometimentos fonoaudiológicos associados a alterações psicológicas. Para entendermos essa possível relação fonoaudiologia/psicologia, devemos nesse momento, realizar uma reflexão entre a constituição do psiquismo de qualquer ser humano – id, ego e superego – e pacientes com alterações fonoaudiológicas – nesse caso a disfonia. Ferraz diz que

(...) a região de ação psíquica mais antiga, Freud chamou de id. O ego é uma instância mediadora entre os instintos animais de sobrevivência e de perpetuação da Espécie. O superego é a formação mais antiga do Aparelho Psíquico (Ferraz, 2000, p. 18).

Perante qualquer fragilidade na constituição do psiquismo, estaremos nos deparando com distintos quadros de transtornos psicológicos, ou seja, as emoções que não foram direcionadas corretamente tenderão a ser transmitidas na forma de patologias para diferentes partes do corpo. Não são raros os casos onde o fonoaudiólogo se confronta com pacientes que apresentam comprometimentos psicológicos associado a manifestações fonoaudiológicas. Desse modo, o profissional da fonoaudiologia deverá ter uma visão ampla do paciente, verificando que, muitas vezes, suas manifestações fonoaudiológicas podem não apresentar origem orgânica somente, mas, também, podem estar associadas a origens psicológicas.

Ferraz (2010, p. 02) relata que esses pacientes podem ser denominados “psicofonoaudiológicos”, ou seja, seus sintomas físicos podem ser representações das

suas fragilidades psíquicas. Assim, o fonoaudiólogo não deve permitir que seu diagnóstico – e possível tratamento fonoaudiológico – vise somente as alterações físicas, mas procure manter um olhar amplo, buscando relacionar a possível causa psicológica em seus achados fonoaudiológicos.

Com base nessas informações, faremos, nesse trabalho, a possível relação entre a fonoaudiologia e a psicologia, associando diferentes manifestações psíquicas da depressão e da esquizofrenia com alterações fonoaudiológicas. A fim de entendermos essa relação, precisamos mencionar as características psicológicas dessas patologias psíquicas e associá-las com possíveis alterações fonoaudiológicas, nesse caso a disфонia espasmódica.

Porto (1999, p. 6-11) relatou que o termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, de uma ou várias doenças. O paciente com depressão apresenta como uma de suas características fonoaudiológicas, alterações vocais, como: baixa intensidade, sopro, melancolia, apresentando em sua voz todo sentimento negativo que esta vivenciando em sua vida.

Já a esquizofrenia, Silva (2006, p. 263-285) define como sendo uma psicose crônica idiopática, aparentando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem. Na esquizofrenia há alterações dopaminérgicas que causam efeitos motores e estes podem causar distonia aguda e tremor associado.

Nos pacientes “psicofonoaudiológicos”, não se pode afirmar o que se desenvolve primeiro: se a alteração fonoaudiológica ou a psicológica. Acreditamos que esses sintomas podem aparecer concomitantemente ou um influenciar o outro.

Os distúrbios da voz resultam da alteração das estruturas ou funcionamento alterado do trato vocal como, por exemplo, a respiração, fonação ou ressonância. Essa alteração é o que chamamos de disfonias e podem causar impactos nos diversos aspectos da vida do indivíduo, ocasionando limitações, dificuldades no âmbito profissional, social ou emocional.

Podemos enfatizar nesse momento que o componente psicogênico transpassa todos os tipos de disfonias. As pesquisas, cada vez mais minuciosas em relação à base fisiológica do mecanismo de produção vocal, permitem ao fonoaudiólogo o domínio de técnicas terapêuticas mais eficazes no tratamento das disfonias. No entanto, o fonoaudiólogo deve manter uma visão holística de seu paciente, considerando a



integridade voz/personalidade, lembrando que a voz é expressão emocional e ultrapassa o significado da própria palavra.

Há uma estreita relação entre as alterações vocais e as características da personalidade, fazendo-se muitas vezes a intervenção interdisciplinar para esclarecer um quadro disfônico. Entende-se por quadro disfônico qualquer dificuldade e/ou alteração na emissão vocal que impeça a produção natural da voz, devido a fatores comportamentais e/ou estruturais. As alterações vocais são classificadas, portanto, quanto ao seu envolvimento comportamental vocal com a causa da disфония, que pode ser de origem orgânica puramente, associada a uma origem psicogênica ou de origem funcional<sup>6</sup>.

### **Justificativa**

Essa pesquisa apresenta natureza clínico-qualitativa e foi desenvolvida a partir do procedimento de estudo de caso clínico longitudinal com a finalidade de verificar as relações existentes entre sintoma vocal e psiquismo. O material clínico foi analisado a partir de referenciais teóricos advindos da literatura fonoaudiológica, médica e psicanalítica. Na literatura fonoaudiológica e médica destacaram-se a caracterização da disфония espasmódica e procedimentos terapêuticos, bem como a relação entre voz e psiquismo. Quanto à literatura psicanalítica, ressaltou-se a noção de sintoma como manifestação que agrega corpo e o psiquismo. O eixo fundamental da análise foi a relação entre os conteúdos manifestos e latentes.

### **Objetivo**

O presente estudo possui por finalidade estudar as interferências psíquicas que podem apresentar um papel determinante no quadro da disфония espasmódica, embora apareçam marginalizadas nos estudos que ressaltam aspectos orgânicos. Não podemos e não desejamos desqualificar os tratamentos médicos, mas queremos sugerir que o fonoaudiólogo atente para a mútua afetação entre o corpo e o psiquismo, o que pode nos levar a considerar que a resistência dos sintomas remete à história de cada paciente e à

---

<sup>6</sup> Behlau, MS; Pontes, PAL. Avaliação e Tratamento das Disfonias. São Paulo: Lovise; 1995 a.

sua relação com a doença. Nossa intenção é relacionar nossos achados clínicos com os dados levantados na literatura, com ênfase recíproca entre voz e psiquismo.

## **Material e Métodos**

De acordo com as normas preconizadas para pesquisa utilizando seres humanos, este estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP/Marília – SP, sob o número de protocolo 2044/2009.

## **Sujeitos**

Nesse estudo, foi realizada uma descrição de dois casos confirmados de disfonia espasmódica de duas pacientes que receberam atendimento fonoaudiológico, no CEES durante um ano (caso 1) e dois anos (caso 2).

## **Caracterização da Amostra**

O estudo apresentado refere-se ao relato de duas pacientes do sexo feminino, 65 e 68 anos respectivamente, com queixa de voz trêmula, tensa e estrangulada. Após exame otorrinolaringológico, realizado no Centro de Estudos da Educação e da Saúde (CEES) – UNESP/Marília – SP, as duas pacientes receberam atendimento fonoaudiológico no mesmo local.

## **Procedimentos**

Tal descrição foi realizada por meio do estudo dos prontuários das pacientes, acompanhamento das avaliações otorrinolaringológicas e neurológicas realizadas durante o período de atendimento, avaliação vocal perceptivo-auditiva, análise acústica e realização do Protocolo de Qualidade de Vida e Voz (QVV). Foram realizadas três gravações da produção sustentada da vogal /a/, para análise acústica e por meio da fala espontânea das pacientes, foi realizada a avaliação perceptivo-auditiva.

Para efetuar a avaliação da análise acústica foram utilizados os softwares MDVP (Multi-Dimensional Voice Program) da Kay Elemetrics e o PRAAT, um software de específico de análise de fala, desenvolvido por Paul Boersma e David Weenink, do

Departamento de Fonética da Universidade de Amsterdã. (BOERSMA e WEENINK, 2005). A avaliação vocal perceptivo-auditiva foi analisada pela escala de rouquidão de GRBAS, (HIRANO, 1981) considerando que G-Grau; R-Áspero; B-Soproso; A-Astênico; S-Tenso.

O Protocolo de Qualidade de Vida e Voz (QVV), foi composto por 10 perguntas, divididas em 3 domínios: físico, sócio-emocional e global. A aplicabilidade se resume na compreensão do impacto da disfonia na vida do indivíduo, desenvolver a conscientização dos efeitos de um problema de voz e verificar a efetividade do tratamento realizado. O protocolo foi realizado no início dos atendimentos e não há dados no prontuário, relatando o QVV no final dos atendimentos para possível comparação. Sua aplicação na sessão de anamnese, no decorrer e término do tratamento oferece uma análise interessante da evolução do caso (Behlau, 2003).

## **Resultados**

**Caso 1:** mulher de 65 anos, casada, mãe de dois filhos. Chegou ao CEES queixando-se de sua voz, ressaltando que sempre que falava a voz não saía, que era trêmula e que tinha vergonha de falar em público. Praticante do catolicismo, frequentava a missa e passava boa parte do dia rezando.

A paciente relatou, durante anamnese, acreditar que a disfonia foi decorrente de uma forte gripe (sic-paciente). Durante o processo de diagnóstico fonoaudiológico, informou presumir que o hábito de fazer orações poderia ter piorado sua voz.

Logo em seguida à gripe, a paciente apresentou um quadro de alucinação, sendo diagnosticada, posteriormente, como esquizofrênica. Realiza atendimento psiquiátrico há 2 anos, fazendo uso de Risperidona, além do Pondera. Durante os atendimentos, a paciente apresentou crises de alucinações auditivas, relatando que outras pessoas falavam que a voz dela era feia e, com isso, apresentava ora um padrão vocal adequado, ora uma piora desse quadro.

O exame otorrinolaringológico diagnosticou a disfonia espasmódica por meio da videolaringoscopia, observando discreta coaptação de bandas ventriculares, fenda fusiforme e intenso tremor de laringe. Notou-se também tensão de toda região, como uma forma de compensar os tremores.

Ao exame fonoaudiológico, a paciente apresentou loudness rebaixado, pitch agravado, rouquidão, hipernasalidade leve, tempo máximo de fonação

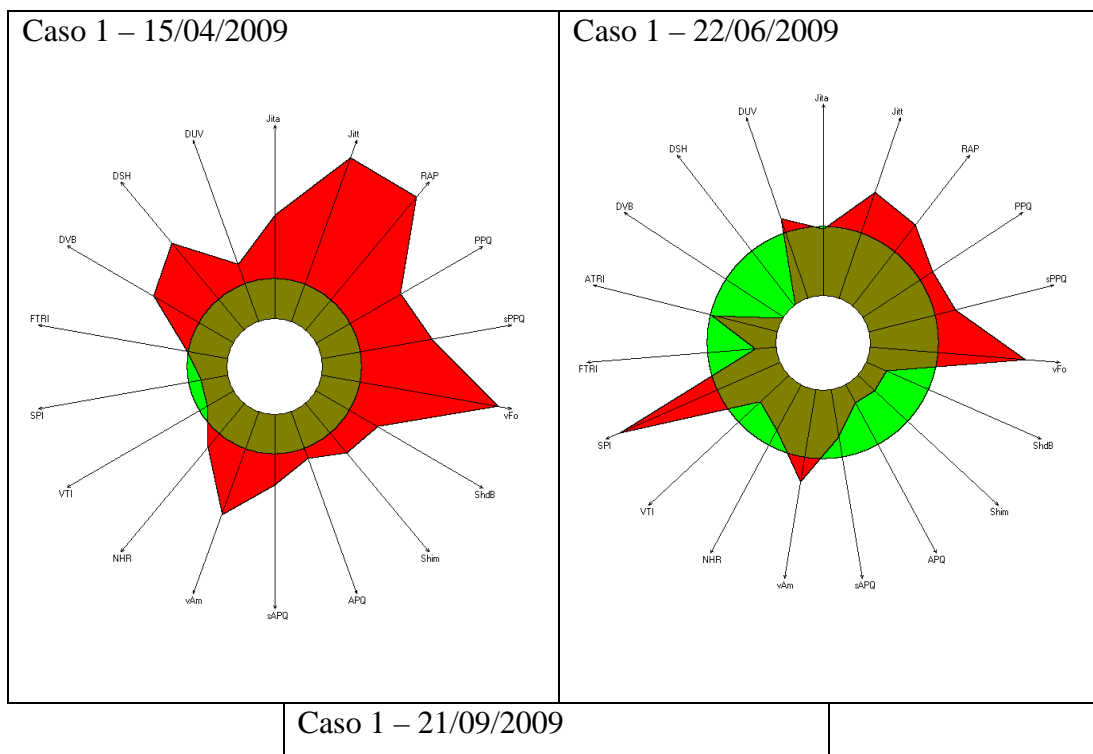
significativamente reduzido, incoordenação pneumofonoarticulatória e  $G^2$ ,  $R^2$ ,  $B^\circ$ ,  $A^\circ$ ,  $S^3$ . A primeira análise acústica foi realizada no dia 15-04-09, no início dos atendimentos, como mostra a Tabela 1 e Figura 1. É possível observar que, no decorrer dos atendimentos há significativa evolução da voz paciente, fato verificado também, na Tabela 1 e nas Figuras 1 e 2. A avaliação perceptivo-auditiva foi realizada pela terapeuta, mediante gravação da produção espontânea da paciente. Verificou-se piora da voz da paciente quando relatava fatos sobre sua família, em especial acerca do filho que iria se casar, e progresso quando relatava outros assuntos, como, por exemplo, uma receita. Os resultados do QVV no início do tratamento foram: domínio global: 52,5; domínio sócio-emocional: 43,8; e domínio físico: 58,3. Durante os atendimentos fonoaudiológicos, o padrão vocal da paciente também se modificava quando a mesma permanecia sem fazer uso do medicamento psiquiátrico. O padrão vocal melhorava quando a paciente não fazia uso do medicamento, diminuindo o tremor laríngeo e das estruturas diretamente relacionadas com a fala.

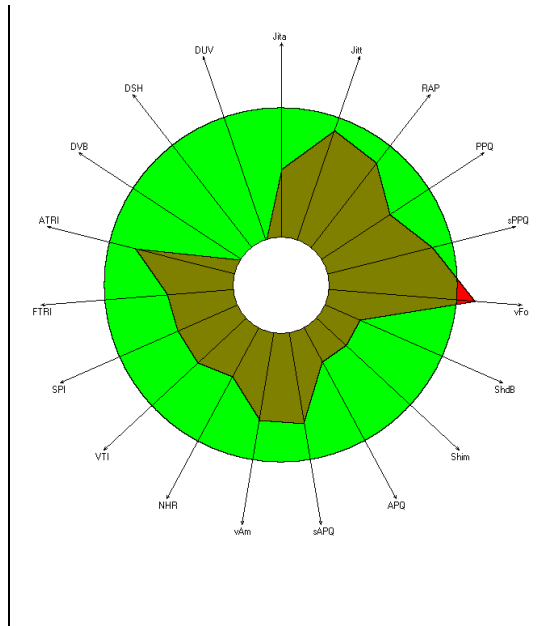
Com relação às considerações psicológicas, o diagnóstico da esquizofrenia leva a ressaltar os recursos de distanciamento das situações de estresse adquiridos pela paciente, o que pode promover um impacto menor na produção vocal. Por diversas vezes, a paciente relatou fatos da sua vida e foi possível observar uma piora no quadro vocal. Realizou atendimento fonoaudiológico durante 1 ano e recebeu alta depois de obter melhora significativa.

**Tabela 1.** Medidas de Análise Acústica – Caso 1.

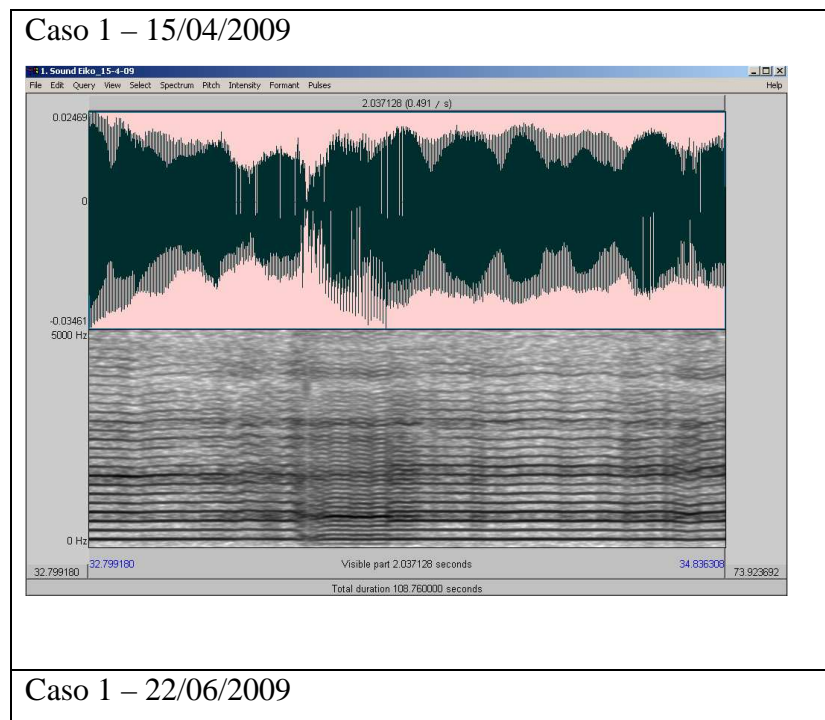
|  | <b>Valores MDVP (sexo feminino)</b> | <b>Data do exame</b> |                   |                   |
|--|-------------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|
|  |                                     | <b>15/04/2009</b>    | <b>22/06/2009</b> | <b>21/09/2009</b> |
| <b>Frequência fundamental (<math>F_0</math>) (Hz)</b>            | 241.080                             | 209.502              | 208.905           | 213.704           |
| <b>Frequência fundamental mínima (<math>F_0</math> min) (Hz)</b> | 234.861                             | 175.222              | 185.588           | 202.315           |
| <b>Frequência fundamental máxima (<math>F_0</math> max) (Hz)</b> | 252.724                             | 250.728              | 220.023           | 225.910           |
| <b>Varição</b>   | 11.644                              | 75.506               | 34,435            | 23,595            |

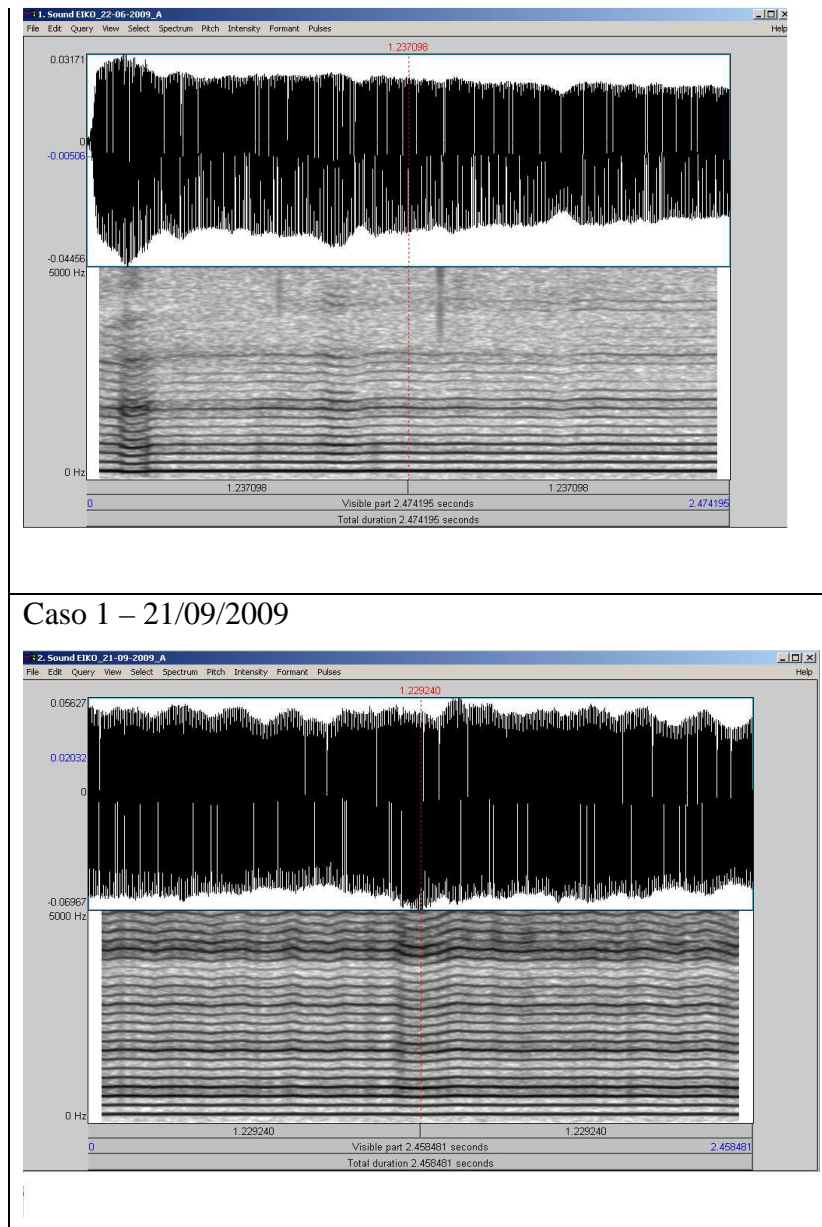
|  |       |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|
| <b>(F<sub>0</sub> max – F<sub>0</sub> min) (Hz)</b>                  |       |       |       |       |
| <b>Jitter</b><br>(%)   | 0.633 | 4.482 | 1.680 | 0.931 |
| <b>Shimmer</b><br>(%)  | 1.997 | 6.064 | 1.278 | 1.194 |
| <b>Noise-to-Harmonic Ratio</b>                                       | 0.112 | 0.267 | 0.143 | 0.081 |
| <b>N.º de quebras de sonoridade</b><br>(Number of Voice Breaks)      | 0.200 | 1     | 0     | 0     |
| <b>Grau de quebras de sonoridade</b><br>(Degree of Voice Breaks) (%) | 0.200 | 2.311 | 0     | 0     |





**Figura 1.** Produção sustentada da vogal /a/ nos 3 exames – Caso 1 – software MDVP.





**Figura 2.** Produção sustentada da vogal /a/ nos 3 exames – Caso 1 – software PRAAT.

**Caso 2**, mulher de 68 anos, casada, mora atualmente com o marido, uma neta e cuida de um neto usuário de drogas. Sofreu três acidentes vasculares encefálicos (AVE), o primeiro ocorrido há 26 anos. Quatro anos após o primeiro AVE, iniciou-se a rouquidão (sic-Paciente). A paciente se queixava muito da má qualidade vocal, relatando que as pessoas reclamavam não entender o que falava ou que sua voz era diferente. Apresentava maior oscilação de melhora e/ou de piora do quadro disfônico, sempre que algum fato familiar ocorria. A paciente realizava atendimento psicológico, ainda sem diagnóstico fechado. Esse fato foi evidenciado em todo o processo terapêutico. Durante consulta otorrinolaringológica, foi diagnosticada a disfonia espasmódica por meio da

videolaringoscopia, observando alteração de pregas vocais direita e esquerda, além de intenso estrangulamento de bandas ventriculares. Notou-se também tensão de toda região, como uma forma de compensar os tremores.

Ao exame fonoaudiológico apresentou voz tensa e estrangulada, com rouquidão, instabilidade durante a fonação, ataque vocal brusco, ressonância laringofaríngea, tempo máximo de fonação reduzido, G<sub>3</sub>,R<sub>2</sub>,B<sub>0</sub>,A<sub>0</sub>,S<sub>3</sub>, incoordenação pneumofonoarticulatória, loudness rebaixado, pitch agudizado, diplofonia durante a conversação e a fonação sustentada. A primeira análise acústica foi realizada no dia 13-03-08, no início dos atendimentos, como mostra a Tabela 2 e Figura 2. É possível observar que, no decorrer dos atendimentos há significativa evolução da voz paciente, fato verificado também, na Tabela 2 e nas Figuras 3 e 4. Os resultados iniciais do QVV foram: domínio global: 35; domínio sócio-emocional: 37,5; e domínio físico: 33,3.

Durante todo o processo de terapia fonoaudiológica, houve uma evolução significativa da voz da paciente, fato verificado por meio das análises acústicas (Tabela 2 e Figuras 3 e 4). Em relação à avaliação perceptivo-auditiva também, foi possível verificar tal progresso no primeiro ano de tratamento, e devido a problemas de saúde, a paciente recebeu a alta circunstancial por um período de 6 meses.

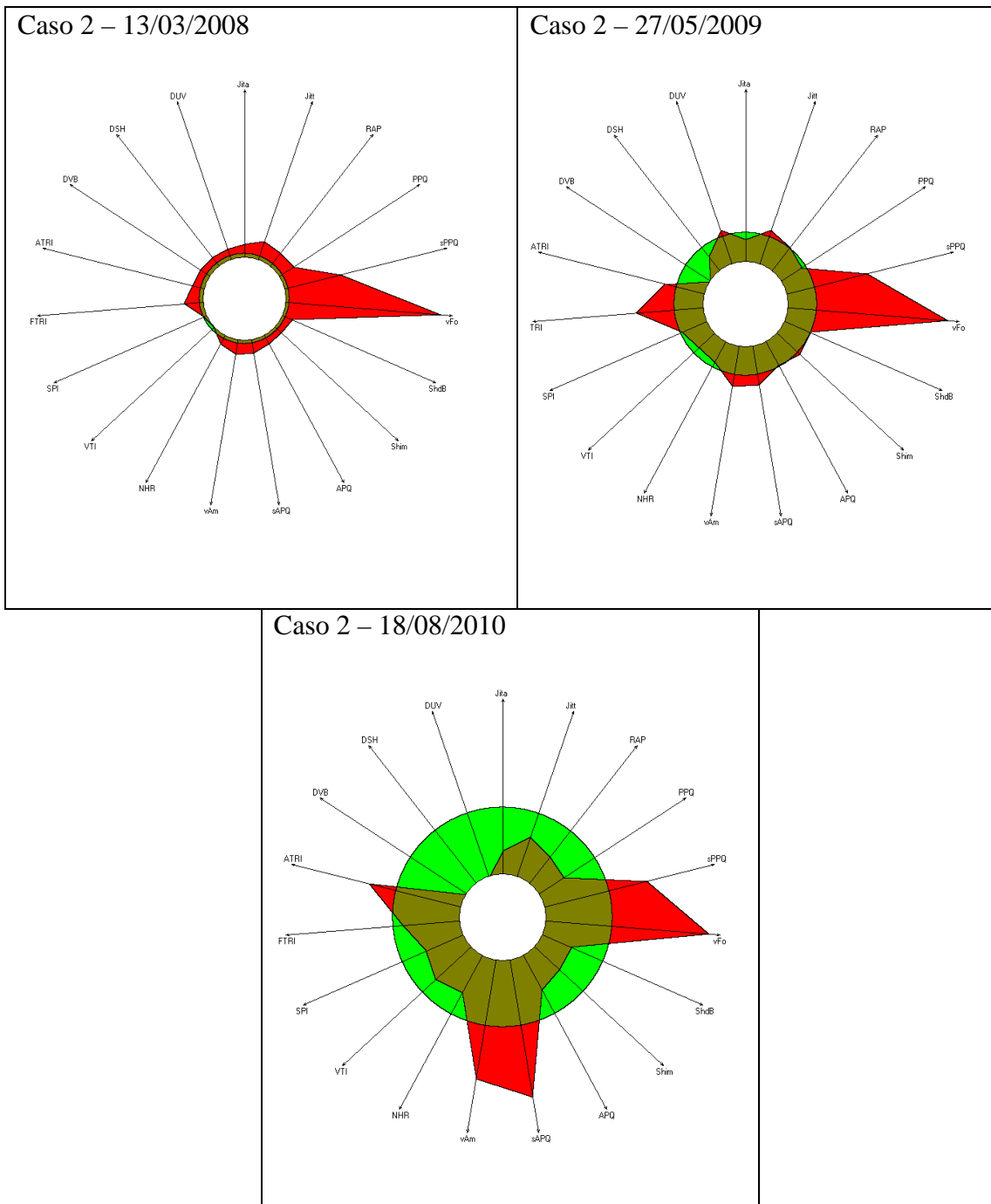
No final do ano de 2009, a paciente retornou o tratamento fonoaudiológico, após melhora do quadro clínico; entretanto, devido a problemas familiares, foi verificado decréscimo na qualidade perceptivo-auditiva da voz da paciente. Nessa mesma época, passou também, por reavaliação neurológica e otorrinolaringológica e verificou-se melhora do quadro clínico; entretanto, após um período de férias, a paciente retornou com problemas familiares graves e expressiva piora do quadro disfônico.

Em 2010 a paciente retornou para reavaliação fonoaudiológica. Informou que presenciava crises familiares com um neto usuário de drogas, fato que a deixava muito nervosa. Nestas ocasiões, apresentou tremor laríngeo, de lábios e, principalmente, na voz, verificando assim, pela terapeuta, piora da qualidade de voz da paciente. Com isso, por orientação médica, a paciente está fazendo uso de medicamento para verificar a possível substituição da aplicação de botox. A paciente relatou possuir muito medo dessa aplicação, por entender ser procedimento muito invasivo.



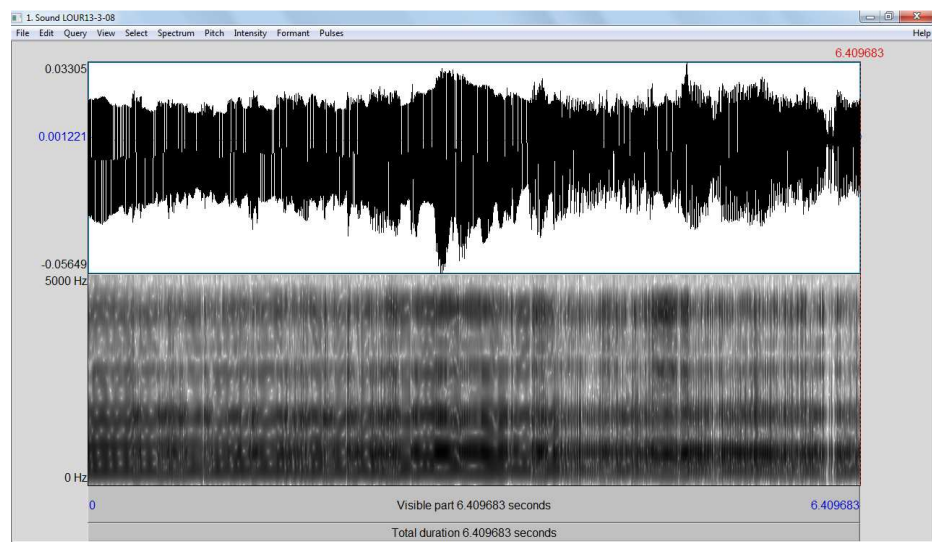
**Tabela 2.** Medidas de Análise Acústica – Caso 2.

|   | <b>Valores MDVP</b><br>(sexo feminino) | <b>Data do exame</b> |                   |                   |
|---|--|----------------------|-------------------|-------------------|
|   |  | <b>13/03/2009</b>    | <b>27/05/2009</b> | <b>18/08/2010</b> |
| <b>Frequência fundamental (F<sub>0</sub>) (Hz)</b>                | 241.080                                | 180.730              | 197.755           | 223.616           |
| <b>Frequência fundamental mínima (F<sub>0</sub> min) (Hz)</b>     | 234.861                                | 74.997               | 142.891           | 207.163           |
| <b>Frequência fundamental máxima (F<sub>0</sub> max) (Hz)</b>     | 252.724                                | 384.097              | 240.148           | 249.984           |
| <b>Variação (F<sub>0</sub> max – F<sub>0</sub> min) (Hz)</b>      | 11.644                                 | 309,100              | 97.257            | 42.825            |
| <b>Jitter (%)</b>   | 0.633                                  | 4.868                | 1.265             | 0.654             |
| <b>Shimmer (%)</b>  | 1.997                                  | 8.112                | 0.333             | 0.168             |
| <b>Noise-to-Harmonic Ratio</b>                                    | 0.112                                  | 0.460                | 0.150             | 0.122             |
| <b>N.º de quebras de sonoridade (Number of Voice Breaks)</b>      | 0.200                                  | 7                    | 0                 | 0                 |
| <b>Grau de quebras de sonoridade (Degree of Voice Breaks) (%)</b> | 0.200                                  | 4.367                | 0                 | 0                 |

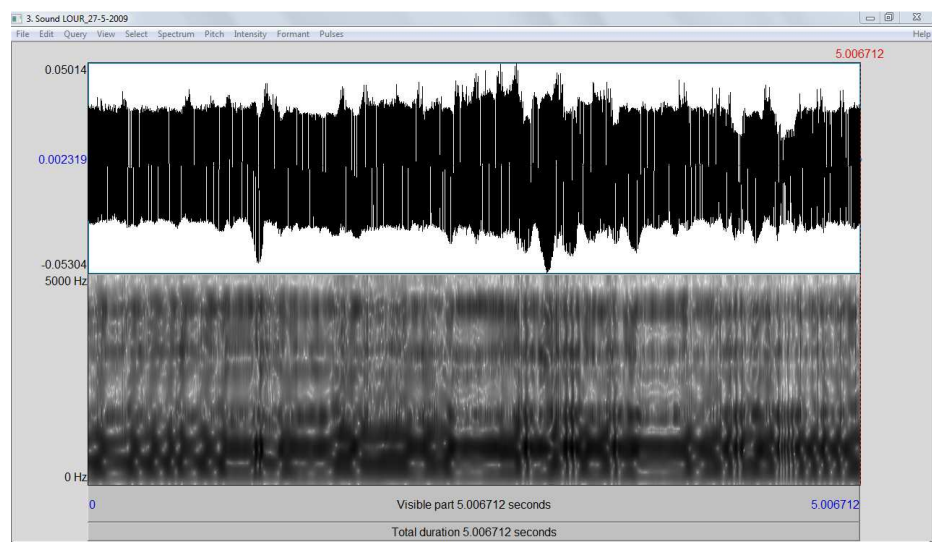


**Figura 3.** Produção sustentada da vogal /a/ nos 3 exames – Caso 2 – software MDVP.

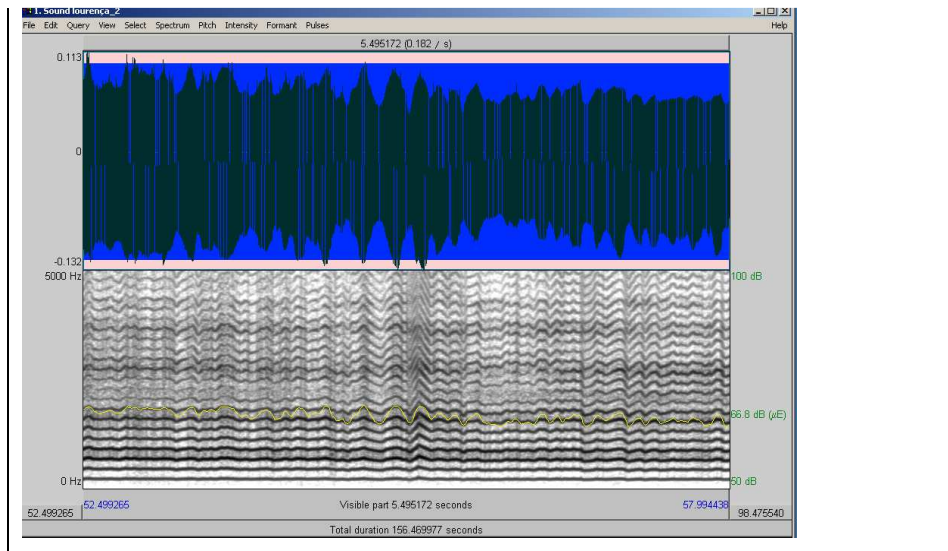
### Caso 2 – 13/03/2008



### Caso 2 – 27/05/2009



### Caso 2 – 18/08/2010



**Figura 4.** Produção sustentada da vogal /a/ nos 3 exames – Caso 2 – software PRAAT.

## Discussão

Os casos das duas pacientes descritas neste estudo ilustram a relação direta entre o psiquismo e a voz. Sugerimos que seja imprescindível que o fonoaudiólogo não tome o sintoma estritamente no que diz respeito ao funcionamento orgânico, mas investigue a serviço de que e porque o sintoma se manifesta especificamente na voz.

Nesse sentido, vale ressaltar que Freud relatou o caso de uma paciente que apresentava, dentre seus sintomas, afonia e rouquidão. No entanto, o que chamou a atenção no relato desse caso foi o seguinte trecho:

Não nos teremos simplesmente deixado enganar por um jeu d'esprit? Creio que não. Aqui convém lembrar a questão tão freqüentemente levantada de saber se os sintomas da histeria são de origem psíquica ou somática ou, admitindo-se o primeiro caso, se todos têm necessariamente um condicionamento psíquico. (...) Até onde posso ver todo o sintoma histórico requer participação de ambos os lados. Não pode ocorrer sem a presença de uma certa complacência somática fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou a ele relacionado. Porém, não se produz mais de uma vez – e é do caráter do sintoma histórico a capacidade de se repetir – a menos que tenha uma significação psíquica, um sentido (Freud, 1980).

Freud já descrevia que há relações de componentes psíquicos relacionados com sintomas vocais. A partir dessa questão, será possível desvendar as razões inconscientes da manifestação da doença em um determinado sujeito. Consideramos assim, que o problema vocal é um fenômeno que vai além de componentes fonoaudiológicos.

Pensar na história do paciente dessa maneira supõe ir além de toda técnica vocal, de todo procedimento clínico-terapêutico. Para o fonoaudiólogo, existe uma importante participação de fatores psíquicos na produção da voz, os quais poderiam causar alterações vocais. É, com certeza, uma grande contribuição para a fonoaudiologia pensar nos sintomas que se manifestam no corpo e que podem ser substitutos de conteúdos recalçados, que não puderam ser elaborados psiquicamente.

Acreditamos que tanto o psicólogo quanto o fonoaudiólogo fazem intervenções que envolvem o paciente, como psiquismo e corpo. O psicólogo intervém no inconsciente e, a partir disso, “toca” o corpo; já o fonoaudiólogo, por meio de suas técnicas específicas, intervém no corpo e, a partir disso, “toca” o inconsciente. A técnica fonoaudiológica seria o caminho utilizado para que o paciente que nos chega, expressando sofrimento pela sua alteração vocal, possa mostrar-se (Pinheiro e Cunha, 2004, p. 83-91).

Caracteristicamente, a disfonia espasmódica é considerada como idiopática, sendo um distúrbio no qual a voz está prejudicada por contrações incontroláveis dos músculos laríngeos. Frequentemente, os sintomas são confundidos com outros comportamentos, uma vez que esta desordem é exacerbada por estresse, fadiga ou hábitos compensatórios mal adaptados e estados emocionais alterados (Koener, 2010, p. 163-166).

Sintomas neurológicos e psíquicos podem ser concomitantes com as alterações da voz. No presente estudo, verificamos a existência de tremor na região laríngea e em estruturas dos componentes do trato vocal, mas esse tremor aparece de maneira diferente nos dois casos. No Caso 1, há evidências de que o tremor possa estar associado com a utilização de remédios psiquiátricos, uma vez que houve significativa mudança dos mesmos da ausência da medicação. Já no Caso 2, a presença do tremor foi mais intensa quando houve alterações emocionais da paciente.

Existem características na disfonia espasmódica que podem confundir a definição das causas dessa alteração, levantando hipóteses neurológicas ou psicogênicas. No Caso 1 fica bem clara a participação neurológica. Aronson, Brown, Litin e Pearson (1968, p. 203-218) já mencionavam a presença de tremor vocal

associado ao tremor de componentes do trato vocal como, por exemplo, a língua, o céu palatino e a laringe, esses também encontrados nas duas pacientes estudadas.

Outro ponto importante nesse estudo, que faz alusão entre a psicologia e a fonoaudiologia, reside no diagnóstico psiquiátrico da paciente do Caso 1. Para falarmos da esquizofrenia, e podermos entender essa relação, primeiramente, devemos entender do que se trata essa alteração psiquiátrica, relacionando suas causas e seus possíveis tratamentos medicamentosos.

A esquizofrenia (Taniguchi, 2008, p. 51-55) é definida como sendo um distúrbio psiquiátrico, no qual se observa disfunção comportamental acentuada, incapacidade de raciocínio coerente, distorção da realidade e alucinações. O aumento de dopamina nas vias dopaminérgicas, mesolímbica e mesocortical, estão relacionadas com a patologia psiquiátrica. Esse quadro causa nos pacientes distúrbios de movimento, como a acatisia, distonia aguda, tremor perioral e parkinsonismo farmacológico.

No Caso 1, segundo o relato do esposo da paciente, a mesma apresentou a disfonia (distonia aguda) antes do quadro psiquiátrico, mas os comprometimentos vocais pioram com a regulação da dopamina, ou seja, com a utilização dos medicamentos psiquiátricos – Risperidona. Quando a paciente fez uso desse medicamento, o quadro disfônico piorou, aumentando os espasmos e o tremor laríngeo. A partir do momento em que a paciente deixou de fazer uso de Risperidona, por conta própria, o quadro disfônico melhorou, mas as alucinações auditivas retornaram, piorando o quadro esquizofrênico.

A paciente do Caso 1, no início do tratamento fonoaudiológico, utilizava dois remédios psiquiátricos, Risperidona e Pondera. O Risperidona é um antipsicótico que trata a esquizofrenia. Pode apresentar como efeitos colaterais, sintomas extrapiramidais de todos os tipos: distonia, rigidez parkinsoniana, atetose, entre outros. O Pondera é um antidepressivo que pode exacerbar um tremor essencial pré-existente, mas não desencadeia tremor em quem não apresenta pré-disposição. Podemos relacionar a administração de tais remédios com a queda da qualidade de voz da paciente. As disposições psicóticas são congênitas (Laing, 1991) e pode ser acentuado dependendo do contexto social e familiar do indivíduo. As disposições psicóticas, neste caso evoluíram para a esquizofrenia. A qualidade da voz da paciente em questão sofreu os efeitos da ação dos medicamentos antipsicóticos. Neste caso, podemos sugerir a exacerbação de um tremor essencial pré-existente por ação dos medicamentos antipsicóticos e uma provável interferência do quadro psicológico da paciente quando

em momentos de manifestações psicóticas mais intensas. Não podemos falar, portanto, de uma interferência direta da psicopatologia de caráter psicótico na qualidade da voz da paciente, mas de uma ação de agravamento do distúrbio de voz.

Podemos relacionar mais rigorosamente, através de exames, as alterações vocais do Caso 2 com o tremor laríngeo e as alterações fonoaudiológicas. Durante os atendimentos fonoaudiológicos, mudanças vocais foram observadas em situações em que a paciente estava diante de complicações familiares. Houve presença de tremor nas estruturas do trato vocal, além de tremor laríngeo e mudanças significativas na produção vocal, quando a paciente estava psicologicamente afetada. A paciente do Caso 2 permaneceu realizando acompanhamento psicológico até a última avaliação realizada, mas continuou envolvida com problemas familiares que afetavam diretamente a qualidade de sua vida e, conseqüentemente, comprometiam ainda mais sua alteração vocal.

Diante das relações psicológicas encontradas nas duas pacientes, o diagnóstico de esquizofrenia do Caso 1 nos leva a ressaltar os recursos de distanciamento das situações de estresse adquiridos pela paciente, o que pode promover um impacto menor na produção vocal. Por outro lado, o quadro depressivo da paciente do Caso 2 a deixa mais exposta às adversidades emocionais vividas, influenciando enormemente na sua produção vocal.

Os dois casos apresentam características psicológicas que devem ser observadas pelo fonoaudiólogo, mas o mesmo não pode esquecer-se das alterações fonoaudiológicas associadas com tais características. Assim, o fonoaudiólogo não deve realizar um distanciamento das alterações orgânicas em relação às alterações psicogênicas.

Algumas características encontradas nos dois casos são relatadas pela literatura, mesmo em disfonias de origem psicogênica ou neurológica. São elas: presença de pitch agravado, alteração de frequência, tensão durante a fonação, tremor de laringe e em outras estruturas relacionadas com a fonação (Koener, 2010; Behlau e Pontes, 1995<sup>a</sup>). Aronson (1990) relatou que tanto a disfonia espasmódica do tipo adutora ou abductora de origem psicogênica, podem fazer aparecer simultaneamente, em um paciente, características psicogênicas, como depressão, e características fonoaudiológicas, como a rouquidão. Nesse estudo, encontramos características distintas fonoaudiológicas nas duas pacientes, apesar do mesmo diagnóstico fonoaudiológico; além disso, os

comprometimentos psicológicos atuais, também de maneira distinta, afetaram a qualidade de vida relacionada à voz de ambas.

Podemos verificar esse fato no Protocolo de Qualidade de Vida (QVV), no qual observamos que, para o Caso 1, há uma discreta importância do comprometimento vocal na vida da paciente, já que o quadro esquizofrênico pode influenciar no distanciamento desse problema, como mencionado anteriormente. Em contrapartida, no Caso 2, a importância da má qualidade vocal é maior, uma vez que não há o distanciamento e a paciente ficou exposta às adversidades emocionais, influenciando na qualidade vocal da mesma. Esse fato foi observado, também, na realização da análise acústica da voz e na avaliação perceptivo-auditiva, relacionando, assim, comprometimentos psicológicos na qualidade vocal das pacientes.

No Caso 1 foi possível verificar que houve evolução significativa da voz considerando a análise acústica. Verificamos que o controle de movimentação glótica melhorou, diminuindo o tremor laríngeo durante a produção sustentada da vogal /a/. Porém, em relação à avaliação perceptivo-auditiva, tal melhora foi verificada apenas quando a paciente mencionava assuntos que não envolviam os familiares, tais como receitas culinárias e religião. Nesse momento, podemos observar que questões psicológicas poderiam estar interferindo na percepção auditiva do terapeuta em relação à qualidade da voz da paciente, indicando uma relação direta entre alterações psicológicas e a disfonia.

No Caso 2 foi possível verificar, também, evolução na voz quando consideramos os aspectos da análise acústica. Houve adequação do controle dos movimentos glóticos e diminuição do tremor laríngeo, fato também verificado durante produção sustentada da vogal /a/. Durante o primeiro ano de tratamento fonoaudiológico, mesmo com complicações no quadro clínico, a paciente apresentou, em relação à análise perceptivo-auditiva, evolução na qualidade vocal; mas ao final do tratamento, devido a complicações familiares, mesmo apresentando melhora no quadro clínico, houve verificação do decréscimo na qualidade vocal, fato que influenciou na utilização social da voz pela paciente. A voz da paciente apresentou evolução, segundo a avaliação da análise perceptivo-auditiva, quando a mesma não se encontrava com problemas familiares. Em situações de crises familiares, a qualidade vocal era afetada negativamente quando mencionava qualquer assunto, principalmente sobre sua família. Apresentava como característica, nesses momentos, muita tensão no fechamento glótico bem como o aumento do blefaroespasma (“espasmos” nas pálpebras). Podemos assim,



associar os comprometimentos psicológicos dessa paciente com a não evolução da qualidade de voz. Com o presente estudo, podemos verificar em vários aspectos, como o fonoaudiólogo não pode se distanciar dos comprometimentos psíquicos de seus pacientes, sem esquecer os seus comprometimentos fonoaudiológicos. Foi possível observar que é possível relacionar comprometimentos psicológicos com distintas manifestações fonoaudiológicas. Tais comprometimentos também são encontrados na disфония espasmódica, podendo assim relacionar as características distônicas e a presença de tremor com esses pacientes esquizofrênicos.

### **Conclusão**

Os dados demonstraram casos diagnosticados como disфония espasmódica, com graus diversos de severidade nas manifestações otorrinolaringológicas e fonoaudiológicas, além de diferentes envolvimento psicogênicos. O grau de severidade, em tais manifestações, ficou implícito no impacto da voz na qualidade de vida das pacientes estudadas, bem como nos outros instrumentos de avaliação fonoaudiológica. Nesse estudo, apontamos a relação psíquica com comprometimentos fonoaudiológicos. Acreditamos que essa relação possa tornar a intervenção fonoaudiológica, nos sinais vocais, um processo que assuma seu caráter efetivamente terapêutico. Para tal, propomos que o fonoaudiólogo não dicotomize o paciente com sintoma vocal por meio da antinomia orgânico e psíquico. Por fim, mostra-se recomendável a continuação deste estudo com a inclusão de novos pacientes a fim de se verificar outros possíveis resultados ou a confirmação dos resultados aqui apresentados.

### **Referências**

- Aronson, AE. *Clinical Voice Disorders*. New York: Thieme Inc., 1990
- Aronson, AE; Brown, JR; Litin, EM; Pearson JS. (1968). Spastic dysphonia. In: *Voice, neurologic, and psychiatric aspects*. *J Speech Hear Disord*, 33(3).
- Behlau, M (Org., 2003) *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter, Vol. I.
- Behlau, M; Pontes, PAL. *Disfonias Psicogênicas* (1995b). In: Ferreira, LP. *Um pouco de nós sobre voz*. 4ª ed. Carapicuíba: Pró-Fono; p. 61-86.
- Behlau, MS; Pontes, PAL. *Avaliação e Tratamento das Disfonias*. São Paulo: Lovise, (1995 a).

Pinho, SMR; Hanayama, E; Pontes, P. Disfonia espástica. Apresentação de dois casos. In: XXX Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia e XXIII Congresso Brasileiro de Endoscopia Perioral, Rio de Janeiro; XXX Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia: 1990- Anais. p. 184-184.

Calvi, A. Disfonia Espasmódica: Aspectos de interesse para o entendimento do distúrbio e seu tratamento. Monografia de conclusão do curso de Especialização em Voz, Rio de Janeiro, 1999.

Damrose, JF; et al (2004). The impact of long-term botulinum toxin injections on symptom severity in patients with spasmodic dysphonia. Filadélfia: J. Voice. 18, n. 3, p. 415-422.

Ferraz, M G C F. (2010) A participação das psicopatologias no processo de aquisição e desempenho da linguagem. Projeto de pesquisa cadastrado na Pró-Reitoria de pesquisa da UNESP.

Ferraz, M G C F. Sujeito psíquico e sujeito lingüístico: uma introdução à psicopatologia aplicada à fonoaudiologia. Marília: UNESP – Marília – Publicações, 2000.

Freud, S. (1901-1905) Um caso de histeria e três ensaios sobre a sexualidade. Em Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1980

Freud, S. Fragmentos da análise de um caso de histeria. Em Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. F. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago; 1967. p. 56.

Freud, S. Histeria. Em Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. F. Rio de Janeiro: Imago; 2004. Vol. I, p. 85.

Greene, MCL. Distúrbios da Voz. São Paulo: Manole; 1989; Behlau, MS; Pontes, PAL. Avaliação e Tratamento das Disfonias. São Paulo: Lovise; 1995 a.

Isshiki, M. et al. Afastamento da comissura anterior – um novo tratamento para disfonia espástica de adução. Anais do 33º Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia e 4º Congresso Norte-Nordeste de Otorrinolaringologia, Recife, 1996, poster 311.

Koener, HN, et al. Disfonia Espasmódica: Descrição da Doença e dos Distúrbios Neurológicos Associados. Arq. Int. Otorrinolaringol 2010; 14(2): 163-166.

Koener, HN, et al. Disfonia Espasmódica: Descrição da Doença e dos Distúrbios Neurológicos Associados. Arq. Int. Otorrinolaringol 2010; 14(2): 163-166;

Laing, RD, O eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura. 6ª edição, Petrópolis: Vozes, 1991.

Mehta, RP; Goldman, SN; Orloff, LA. Long-term Therapy for Spasmodic Dysphonia. Arch. Otolaryngol.- Head Neck Surg.: Chicago; abr. 2001. 127, n. 4, p. 393-399.

Pinheiro, M.; Cunha MC. Voz e psiquismo: diálogos entre fonoaudiologia e psicanálise. Distúrbio da Comunicação. São Paulo, abr. 2004; v. 1, n. 16

Pinho, SMR, et al. Achados otoneurológicos na disfonia espasmódica de adução. Acta AWHO; 2007. 25, p. 27-33.

Pinho, SMR; Hanayama, E; Pontes, P. (1990). Disfonia espástica. Apresentação de dois casos. In: XXX Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia e XXIII Congresso Brasileiro de Endoscopia Perioral, Rio de Janeiro; XXX Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia: Anais.

Porto, JAD. Conceito e Diagnóstico. Revista Brasileira de Psiquiatria, maio/1999. p. 6-11.

Salfatins, DG; Cunha, MC. Distonia focal laríngea: investigações no corpo que remetem à mente. São Paulo: Pró-Fono; 2006; 18. (2).

Silva RCB. Esquizofrenia: uma revisão (2006). Psicologia USP; 17(4).

Stekel, W. Vocabulário da Psicanálise. Lamprenche, J. Os Estados de Angustia Neurótica e o seu Tratamento, por Freud. São Paulo: Ed. Moraes, 1970.

Taniguchi, SF et al. (2008). Efeitos extrapiramidais como consequência de tratamento com neurolépticos. Trabalho realizado no Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo, Brasil; 6(1).