

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

SONIA MERCEDES YUSTY OSORIO

**Análise da motivação para mudanças de comportamento
de pessoas disfônicas.**

BAURU
2023

SONIA MERCEDES YUSTY OSORIO

**Análise da motivação para mudanças de comportamento
de pessoas disfônicas.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia, na área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação.

Orientador: Profa. Dra Alcione Ghedini Brasolotto

Versão Corrigida

BAURU
2023

Osorio, Sonia Mercedes Yusty
Análise da motivação para mudanças de
comportamento de pessoas disfônicas/ Sonia Mercedes
Yusty Orósio. -- Bauru, 2023.
79 p. : il. ; 31 cm.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Odontologia de
Bauru, Universidade de São Paulo, 2023.

Orientadora: Profa. Dra. Alcione Ghedini Brasolotto

Nota: A versão original desta dissertação/tese 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.

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 3.649.913
Data: 18 Outubro 2019
Protocolo nº: 4.142.359
Data: 8 Julho 2020



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru
Assistência Técnica Acadêmica
Serviço de Pós-Graduação

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação apresentada e defendida por
SONIA MERCEDES YUSTY OSORIO
e aprovada pela Comissão Julgadora
em 14 de março de 2024.

Prof.ª Dr.ª **JULIANA FERNANDES GODOY**
UFRN

Prof.ª Dr.ª **ANNA ALICE FIGUEIREDO DE ALMEIDA QUEIROZ**
UFPb

Prof.ª Dr.ª **DAGMA VENTURINI MARQUES ABRAMIDES**
FOB-USP

Prof.ª Dr.ª **ALCIONE GHEDINI BRASOLOTTO**
Presidente da Banca
FOB - USP


Prof. Dr. Marco Antonio Hungaro Duarte
Presidente da Comissão de Pós-Graduação
FOB-USP



Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 | Bauru-SP | CEP 17012-901



www.posgraduacao.fob.usp.br



[posgraduacaofobusp](https://www.facebook.com/posgraduacaofobusp)



[fobuspoficial](https://www.youtube.com/channel/UC...)



14 3233-8223



posgrad@fob.usp.br



[@posgradfobusp](https://www.instagram.com/posgradfobusp)



[@FobPos](https://twitter.com/FobPos)

DEDICATÓRIA

Ao meu avô, Aldemar Osorio, Sei que, do céu, você estará comemorando e guiando cada passo meu, como fez em vida,

“A vida não é sobre encontrar a si mesmo. A vida é sobre a criação de si mesmo”.

George Bernard Shaw

AGRADECIMENTOS

À Deus: por ser guia e luz nos momentos mais críticos, nas situações difíceis e por abrir portas em cada olhar para a meta.

Ao meu primo Leonardo Villabon: por incentivar meus objetivos profissionais.

Aos meus pais: por me apoiarem em cada decisão e projeto.

À Profa. Dra. Alcione Ghedini Brasolotto: por me dar a oportunidade de ser sua orientada, por me ensinar o valioso trabalho do fonoaudiólogo, por sua generosidade e orientações em todo esse tempo, e por confiar em mim como profissional.

Profa. Dra. Ana Alice Almeida: por aceitar ser minha avaliadora e por me permitir ser sua estudante especial da UFPB e da UFRN. Suas aulas foram minha motivação e meu incentivo na quarentena, terá sempre minha gratidão.

Profa. Dra. Dagma Abramides: por me ajudar em minha pesquisa. FOB-USP: por me aceitar como aluna e me permitir realizar o sonho de fazer parte desta grande família.

Clarena Yusty, Ivan Ayala e Elizabeth Santamaria, Lorena Pachón, Jesus Florez, Jonán Cardenas e Mauricio Barcenas, pelo apoio incondicional.

À minha banca examinadora por aceitar o convite a participar da defesa deste estudo e aos participantes que contribuíram na realização deste estudo.

À CAPES, por me conceder a bolsa de estudo.

RESUMO

O paciente com disfonia pode se encontrar em diferentes estágios motivacionais para as mudanças necessárias ao processo de reabilitação vocal. O Modelo Transteórico pode contribuir para a compreensão dos estágios motivacionais em diversas áreas e, para isso, podem ser usados diversos instrumentos que devem ter suas aplicações melhor compreendidas na área de voz. **Objetivos:** Analisar a motivação para mudanças de comportamento de pessoas disfônicas, buscando verificar se há diferenças no estágio de motivação para tratamento vocal e na qualidade de vida em voz entre homens e mulheres disfônicos; se há relação entre o estágio de motivação para tratamento vocal de pessoas disfônicas com as variáveis idade, sexo, tipo de disfonia e qualidade de vida em voz; se tais variáveis são preditoras do estágio de motivação para tratamento vocal; se há diferença no estágio de motivação para tratamento vocal e na qualidade de vida em voz após um período de terapia vocal, além de conhecer o grau de motivação para tratamento vocal de pacientes com disfonia por meio da aplicação da régua de prontidão adaptada para cuidados com a voz e sua relação com a qualidade de vida em voz e com o estágio de motivação para tratamento vocal. **Métodos:** Foram analisados retrospectivamente os resultados dos instrumentos de autoavaliação: URICA-V e Qualidade de Vida em Voz (QVV) de 81 pacientes antes de terapia vocal e 44 pacientes antes e após um período de terapia vocal. Foram aplicados, a distância e de forma síncrona, os instrumentos QVV, URICA-V e Régua de Prontidão em Voz (RP-V), adaptada para o presente estudo, com 27 pacientes disfônicos em início de terapia vocal. **Resultados:** Não houve diferença das variáveis do QVV e da URICA-V, quando comparados os subgrupos masculino e feminino (teste t *Student*). O escore geral da escala URICA-V correlacionou-se negativamente com os escores do QVV (teste Pearson). Dentre as variáveis sexo, diagnóstico, idade e QVV, o domínio global do QVV relacionou-se positivamente ao escore da URICA-V (análise de regressão linear múltipla). Ao comparar os momentos pré e pós terapia, não houve diferença no escore da URICA-V, mas houve redução da pontuação das questões do estágio de pré-contemplação e aumento nas questões do estágio de ação, além de aumento nos escores do QVV socioemocional e global (teste t Pareado). Os escores da RP-V foram elevados para todas as perguntas, e não houve correlação entre as perguntas da RP-V e a pontuação da URICA-V, nem os domínios do QVV (teste Spearman).

Conclusões: O escore global do QVV é um preditor do estágio de motivação do paciente para a terapia vocal e, quanto menor a qualidade de vida em voz, maior o estágio de prontidão para mudanças, medido pela URICA-V. Após os primeiros meses de terapia, houve aumento de pontuação para o estágio de ação, mas sem diferença no escore da URICA-V; no entanto, houve melhor qualidade de vida em voz. Os valores das questões da RP-V não se correlacionaram com os demais instrumentos aplicados.

Palavras Chave: Modelo Transteórico de Mudança, terapia de voz, Estágios motivacionais, autoavaliação, Disfonias.

ABSTRACT

Analysis of motivation for behavioral changes in dysphonic people.

Patients with dysphonia may experience varying stages of motivation when it comes to making the necessary changes in the vocal rehabilitation process. The Transtheoretical Model can help in understanding the motivational stages across various areas, and for this, different instruments can be used, whose applications should be better understood in the field of voice. **Objectives:** To analyze the motivation for behavior change in individuals with dysphonia, aiming to verify If there are differences in the stage of motivation for vocal treatment and in the quality of life in voice between dysphonic men and women; If there is a relationship between the stage of motivation for vocal treatment in dysphonic individuals and variables such as age, gender, type of dysphonia, and quality of life in voice; If these variables are predictors of the stage of motivation for vocal treatment; If there is a difference in the stage of motivation for vocal treatment and in the quality of life in voice after a period of vocal therapy; To understand the degree of motivation for vocal treatment in patients with dysphonia through the application of the readiness ruler adapted for voice care and its relation to the quality of life in voice and the stage of motivation for vocal treatment. **Methods:**The results of the self-assessment instruments URICA-V and Quality of Life in Voice (QVV) were retrospectively analyzed for 81 patients before vocal therapy and 44 patients before and after a period of vocal therapy. The QVV, URICA-V, and the Voice Readiness Ruler (RP-V), adapted for this study, were administered remotely and synchronously to 27 dysphonic patients at the beginning of vocal therapy. **Results:** There was no difference in the QVV and URICA-V variables when comparing male and female subgroups (t-test Student). The overall score of the URICA-V scale was negatively correlated with the QVV scores (Pearson test). Among the variables gender, diagnosis, age, and QVV, the global domain of the QVV was positively related to the URICA-V score (multiple linear regression analysis). When comparing pre- and post-therapy moments, there was no difference in the URICA-V score, but there was a reduction in the pre-contemplation stage scores and an increase in the action stage scores, as well as an increase in the socio-emotional and global QVV scores (paired t-test). The RP-V scores were high for all questions, and there was no correlation between the RP-V questions and the URICA-V scores, nor the QVV domains

(Spearman test). **Conclusions:** The global QVV score is a predictor of the patient's motivation stage for vocal therapy, and the lower the quality of life in voice, the higher the readiness stage for changes, as measured by the URICA-V. After the first few months of therapy, there was an increase in the action stage scores, but no difference in the URICA-V score; however, there was an improvement in the quality of life in voice. The RP-V question values did not correlate with the other instruments applied.

Keywords: Transtheoretical Model of Change, voice therapy, motivational stages, self-assessment, dysphonias.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|------------|--|----|
| Figura 1 - | Exemplo da ferramenta “o círculo” IDA INSTITUTE (2009) | 33 |
| Figura 2 - | Exemplo da “Caixa” IDA INSTITUTE (2009) | 33 |
| Figura 3 - | Exemplo da ferramenta “Régua” IDA INSTITUTE (2009) | 34 |

LISTA DE TABELAS

| | | | |
|------------|--|------|----|
| Tabela 1 - | Resultados descritos da aplicação dos instrumentos Urica e QVV em 81 pacientes e comparação entre os resultados obtidos para homens e mulheres | | 43 |
| Tabela 2 - | Correlação entre os escores dos instrumentos URICA e QVV aplicados em 81 pacientes | | 43 |
| Tabela 3 - | Análise de regressão linear de múltiplas variáveis entre o escore geral da escala URICA e as variáveis disfonia, sexo, idade e escore global do QVV..... | | 44 |
| Tabela 4 - | Comparação dos resultados da aplicação dos instrumentos URICA e QVV nos momentos pré terapia e após um período do tratamento..... | | 45 |
| Tabela 5 - | Resultados descritivos da aplicação da RP-V, da Escala URICA-V e do protocolo QVV..... | | 45 |
| Tabela 6 - | Correlação entre as pontuações das perguntas da RP-V,e das pontuações da escala URICA-V e do protocolo QVV | | 46 |

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

| | |
|----------------|--|
| ASHA | American Speech Language-Hearing Association |
| A | Ação |
| EM | Entrevista Motivacional |
| IDV-10 | Protocolo de Índice de Desvantagem Vocal |
| M | Manutenção |
| MTT | Modelo transteórico del comportamiento en salud |
| PIRV | Programa Integral de Reabilitação Vocal |
| PC | Precontemplação |
| PM | Prontidão para mudança |
| QVV | Protocolo de Qualidade de Vida em Voz |
| RP-V | égua da Prontidão em Voz |
| URICA-V | Escala URICA-VOZ para identificação de estágios de adesão ao tratamento de voz |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 18 |
| 2.1 | O Modelo Transteórico de Mudança (MTT) | 18 |
| 2.2 | O uso da URICA na área da VOZ | 26 |
| 2.3 | Ferramentas motivacionais | 32 |
| 3 | PROPOSIÇÃO | 35 |
| 4 | MATERIAL E MÉTODOS | 36 |
| 4.1 | Considerações éticas | 36 |
| 4.2 | Casuística | 36 |
| 4.3 | Materiais e procedimentos | 37 |
| | Prontuários | 37 |
| | Escala URICA - V | 37 |
| | Qualidade de vida em Voz - QVV | 38 |
| | Régua de Prontidão em Voz - RP-V | 39 |
| | Estudo retrospectivo | 40 |
| | Estudo prospectivo | 40 |
| | Análise dos dados | 41 |
| 5 | RESULTADOS | 42 |
| 5.1 | Relações da escala URICA com o protocolo QVV, o sexo, a idade e o tipo de disfonia | 42 |
| 5.2 | Comparação dos escores dos instrumentos de autoavaliação URICA e QVV nos momentos pré e pós terapia | 44 |
| 5.3 | Relações dos escores da régua de prontidão para mudança, da Escala URICA-Voz e do protocolo QVV | 45 |
| 6 | DISCUSSÃO | 47 |
| 7 | CONCLUSÕES | 57 |
| | REFERÊNCIAS | 58 |
| | APÊNDICE | 67 |
| | ANEXOS | 68 |

1 INTRODUÇÃO

O funcionamento e a potencialidade da voz são produtos da relação com a história pessoal de vida, aspectos anatomofisiológicos e condições ambientais do indivíduo (Gasparini; Behlau, 2009). Uma voz é considerada adaptada quando não se faz esforço para falar, é adequada para o contexto comunicativo e situação de fala, é apropriada à idade e ao sexo, é produzida com controle respiratório adequado e com ressonância equilibrada (Behlau; Pontes; Moreti, 2017).

Por outro lado, a disfonia é um distúrbio da comunicação que se caracteriza pela dificuldade na emissão da voz, a qual gera dificuldade de transmissão da mensagem do falante e faz com que atributos de harmonia e conforto não sejam atingidos durante a sua produção (Behlau; Azevedo; Pontes, 2001).

De acordo com sua etiologia, as disfonias podem ser classificadas como orgânicas ou comportamentais, sendo que a orgânica é caracterizada pela presença de alterações teciduais nas pregas vocais ou nos órgãos fonoarticulatórios com etiologia genética ou mecânica. Já a disfonia comportamental está relacionada ao mau uso da voz e pode apresentar ou não lesão nas pregas vocais, decorrentes de frequentes fonotraumas (Behlau *et al.*, 2017; Simberg *et al.*, 2009).

Diante de uma disfonia, há necessidade de se avaliar a voz para definir condutas. Os componentes geralmente utilizados para a realização de uma avaliação abrangente dos distúrbios da voz, segundo a ASHA (2022) são: avaliação perceptivo auditiva, avaliação acústica, autoavaliação e a avaliação laringológica. Em relação à autoavaliação, frequentemente são utilizados instrumentos para conhecer e mensurar a opinião do indivíduo sobre a sua voz em diversas dimensões.

Algumas das avaliações que podem ser realizadas em diversas fases do processo terapêutico em casos de disfonia buscam compreender a motivação do paciente para mudanças. A motivação é um fator importante na adesão à terapia, que interfere no sucesso terapêutico. Neste sentido, o Modelo Transteórico de Mudança (MTT) fornece subsídios para esta compreensão (Van Leer; Hapner; Connor, 2008).

O MTT é uma sistematização de teorias psicológicas criada por James Prochaska e seu grupo de estudos em 1979, que buscavam compreender a eficácia das intervenções clínicas em usuários de tabaco e, devido à sua eficácia, foi posteriormente utilizado em pacientes de diversas áreas da saúde para planejar e implementar intervenções com base nas características específicas de cada indivíduo. (Van Leer; Hapner; Connor, 2008).

Na fonoaudiologia, o modelo transteórico demonstrou sucesso para ajudar a compreender a prontidão do paciente para a adesão à tratamentos na área de gagueira (Floyd; Zebrowski; Flammecc, 2007; Turnbull, 2000) e de deficiência auditiva, (Bogoch; House; Kudla, 2005; Kaldo; Richards; Andersson, 2006; Kuchar; Ferrari; Abramides, 2012; Kuchar, 2018; Laplante-Lévesque; Hickson; Worrall, 2013; Lesner; Kricos, 2003; Raymond; Lusk, 2006a; Raymond; Lusk, 2006b).

O MTT possibilita também a compreensão da mudança de comportamento na terapia de voz (Van Leer; Hapner; Connor, 2008). Alguns dos aspectos estudados na área de voz com o uso do MTT descreveram os estágios de preparação para a mudança de comportamento em pacientes disfônicos, bem como a relação entre o nível de preparação e a terapia vocal. (Cavalcanti *et al.*, 2017; Costa, 2015; Costa *et al.*, 2017; Góes; Ferracciu; Silva, 2016; Kopf; Graetzer; Huh, 2015; Lopes; Vilela, 2016; Rossi-Barbosa; Gama; Caldeira, 2015; Zencke da Silva; Bello; Cassol, 2020).

Uma vez que o Modelo Transteórico auxilia na identificação da motivação do paciente para a mudança e no estabelecimento de estratégias nos diferentes estágios que ele atravessa na terapia, foram desenvolvidos instrumentos que buscam avaliar esses estágios na área da saúde no geral, como a *University of Rhode Island Change Assessment Scale - URICA* (McConaughy; Prochaska; Velicer, 1983).

A Escala URICA foi adaptada para a área de voz por Teixeira *et al.* (2013) para identificar os estágios de adesão ao tratamento na área de voz. As respostas dos pacientes permitem definir escores que correspondem aos estágios de pré-contemplação, contemplação, ação ou manutenção. Posteriormente, De Aguiar *et al.* (2023) obtiveram evidências de validade da escala URICA-V e as propriedades psicométricas de seus itens com base na teoria de resposta ao item (TRI), sendo

obtida uma versão da escala com possibilidade de resultados em dois domínios: contemplação e manutenção (URICA-VV).

Entre as outras ferramentas motivacionais que são úteis para avaliar o progresso terapêutico, encontra-se a *Régua ou Escala de Prontidão*, que é um instrumento psicométrico projetado por Klimek *et al.* (2017), e pode ser utilizado para a avaliação inicial ou como uma forma de acompanhamento de tratamentos na área da saúde (Velasquez *et al.*, 2016). O instrumento visa esclarecer em qual nível o paciente está, por meio de uma questão a ser respondida, assinalando em uma escala analógica visual de dez centímetros.

A régua de prontidão para mudança tem sido utilizada por outras áreas da saúde como ferramenta motivacional, a qual tem sido útil para compreender os comportamentos dos pacientes. É uma ferramenta simples, rápida e fácil de ser aplicada.

Este instrumento já foi adaptado pelo Ida Institute (2009) para pessoas com deficiência auditiva e esta adaptação fez uso de duas questões, uma focada em identificar o quanto é importante para o paciente melhorar a sua audição naquele momento; e outra para identificar o processo e autoeficácia para chegar a uma solução específica. A régua foi aplicada por Kuchar, Ferrari e Abramides (2012) para identificar os estágios motivacionais para a mudança em candidatos a usuários de aparelhos de Amplificação Sonora Individuais. Já na área de voz não foram encontrados estudos que utilizaram a régua de prontidão.

Diante do exposto, observa-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos das modificações que ocorrem no processo de terapia fazendo uso do Modelo Transteórico, por meio de análises variadas dos estágios motivacionais do paciente para as mudanças necessárias durante a reabilitação vocal e quais fatores contribuem para isso. O presente estudo pretende compreender os fatores que se relacionam com os estágios motivacionais para mudança de comportamento de pacientes que procuram tratamento para a voz e propor uma adaptação da Régua de Prontidão para uso clínico com esta população.

Vale ressaltar que a motivação do paciente é primordial para sua adesão à terapia e, conseqüentemente, para aumentar as possibilidades de sucesso

terapêutico, o que gera a necessidade de adaptar ou criar instrumentos que avaliem os constructos do modelo nesta área, a fim de se obter resultados confiáveis que auxiliem o fonoaudiólogo em seu planejamento da terapia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Modelo Transteórico de Mudança (MTT)

O Modelo Transteórico de Mudança, proposto em 1982 por Prochaska e DiClemente, sistematizou mais de 300 propostas teóricas da psicoterapia da dependência, tornando-se um produto central na análise comparativa das teorias para explicar as mudanças no comportamento de dependentes de drogas e usuários de cigarro (Prochaska; DiClemente, 1982). Mas hoje muitas áreas reconhecem a capacidade do MTT de descrever e explicar diferentes estágios, que são comuns na maioria dos processos de mudança comportamental. É conhecido como Transteórico pela reunião e transformação de diferentes conceitos da psicologia (Oliveira; Szupszynski; Diclemente, 2010).

O MTT descreve como as mudanças de comportamento ocorrem de acordo com cinco variáveis: estágios e processos de mudança, equilíbrio na tomada de decisões, autoeficácia e tentação (Cabrera, 2000). Ele baseia-se na terapia centrada na iniciativa do paciente para mudança e propõe etapas de mudanças conhecidas como estágios (Prochaska; Diclemente; Norcross, 2013).

Com o modelo, se torna mais fácil compreender o que muda, quando, onde, por que e como essas mudanças ocorrem, enquanto a dimensão dos estágios de mudança indica quando as pessoas fazem mudanças específicas na realização de comportamentos prejudiciais (McConaughy; Prochaska; Velicer, 1983).

Os estágios são conhecidos como pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (Prochaska, 2008). O tempo em cada estágio pode variar dependendo do paciente, entretanto, a mudança não é vista como uma progressão linear através dos estágios e sim como um padrão espiral, no qual é possível que o paciente regrida para um estágio anterior e o terapeuta deve adaptar as intervenções visando essa não linearidade e, inclusive, a permitindo, buscando identificar técnicas de abordagem terapêuticas (estratégias de enfrentamento) de acordo com o estágio em que o paciente se encontra. (Prochaska; Prochaska; Levesque, 2001; Van Leer; Hapner; Connor, 2008).

A motivação pode ser entendida, em uma visão abrangente, como algo que a pessoa deve construir, e não como algo que a pessoa “tem ou não tem” (Oliveira;

Szupszynski; Diclemente, 2010). O modelo indica que sem intervenções planejadas de acordo com os estágios de mudança, os pacientes continuarão nos estágios iniciais de mudança, sem motivação ou intenção de participar das intervenções ou programas oferecidos. Assim, as intervenções devem ser planejadas de acordo com os estágios de mudança específicos de cada grupo ou indivíduo. (Cabrera, 2000)

O MTT possibilita ao terapeuta entender melhor os sucessos e as falhas das decisões terapêuticas, no entanto, mesmo que o problema tratado seja o mesmo, nem todos os pacientes apresentam o mesmo comportamento prejudicial, por exemplo, motivação inadequada, resistência à terapia, defensividade ou incapacidade de se relacionar; que são variáveis frequentemente apresentadas para explicar os resultados imperfeitos no caminho de adquirir um comportamento positivo ou saudável (Prochaska; Diclemente; Norcross, 1992)

Os estágios apresentados por Prochaska, Diclemente e Norcross (2013), são:

Pré-contemplação: fase em que o paciente não está ciente de seu problema, assim não possui intenção de mudar seu comportamento. A assistência terapêutica nesse estágio deve ser à pressão do contexto (trabalho, conhecidos). Para os autores, um pré-contemplador pode ser reconhecido quando, dentro das perguntas feitas na terapia, o paciente demonstra que não pretende mudar de comportamento num período de pelo menos seis meses, e mesmo quando o paciente pré-contemplador pode querer mudar, falta intencionalidade e há uma resistência para reconhecer ou modificar o problema, evita ler, falar e pensar sobre seus comportamentos de risco que podem ser modificados.

Contemplação: estágio em que o paciente desenvolveu uma consciência da existência do problema, mas ainda não está comprometido com a mudança. Os autores indicam que o paciente pode permanecer por muito tempo no estágio de contemplação, pois encontra aspectos positivos em seus comportamentos não saudáveis e a pouca dedicação impede a superação do desafio de avançar. Entretanto, ao contrário da pré-contemplação, nesta fase pode haver um tempo contemplado pelo paciente, de pelo menos seis meses de antecipação para mudar, faltando apenas um maior compromisso com a mudança, o que pode levar muito tempo para se desenvolver.

Preparação: estágio em que o paciente mostra intenções de mudança e começa a se empenhar por atividades saudáveis, sem a necessidade de ter sucesso nas medidas tomadas, mas diminuindo os comportamentos problemáticos. Aqui os

pacientes tendem a ter pontuações altas tanto em contemplação quanto em ação e, no geral, já têm experiências concretas em relação à mudança, principalmente durante o último ano.

Ação: fase em que o paciente consegue modificar seu comportamento, experiências e ambientes para superar seus problemas. A ação envolve um comprometimento considerável de tempo e energia. Para chegar a este ponto, o paciente deve ter mudado com sucesso o comportamento disfuncional por um período de um dia a seis meses. Em geral, nas escalas de medição de estágios, os pacientes obtêm pontuações altas na escala de ação e menores nas demais escalas. De este modo, o Modelo também propõe uma balança decisória, a qual refere-se ao processo de resolução da ambivalência na contemplação, que se resolve quando o paciente se compromete com a ação.

Manutenção: estágio no qual o paciente atua na prevenção de recaídas e na consolidação das conquistas obtidas ao longo do processo terapêutico. É um período de pelo menos seis meses após a mudança observável, em que a pessoa trabalha ativamente na prevenção de recaídas. Essa fase pode ser considerada como uma mudança no estilo de vida, pois dura a vida toda. Os critérios para um paciente ser considerado como estando no estágio de manutenção são apenas dois, sendo o primeiro permanecer livre de comportamentos de dependência e ter desenvolvido novos hábitos saudáveis. Pacientes neste estágio frequentemente relatam que precisaram de reforço para ajudar a manter as mudanças que estavam ocorrendo e prevenir recaídas.

Durante a recaída, os pacientes podem se sentir envergonhados, fracassados ou culpados por acabarem retornando a um estágio anterior. Ao ficarem desmoralizados e relutantes em mudar, eles podem permanecer nesse estágio por longos períodos ou até mesmo interromper o tratamento, mas segundo os autores, perto de 85% dos pacientes retornam ao estágio de contemplação e, eventualmente, retornam à preparação e ao treinamento. Aqui é essencial que os pacientes estejam preparados para se reforçar positivamente ao enfrentarem as tentações (Prochaska, 2008).

Existem recomendações para a prática e sobre como seria necessário avaliar periodicamente o estágio de mudança do paciente para mudar e adaptar as intervenções respectivamente, sendo propostas três metodologias de autorrelato para determinar o estágio do paciente (Prochaska; Diclemente; Norcross, 2013).

A primeira metodologia proposta é fazer ao paciente uma série de perguntas para identificar seu estágio, por exemplo, "Quando você pretende mudar o comportamento X?", nesse caso, respostas como "algum dia" ou "não em breve", indicam que o paciente está no estágio de contemplação. Já resposta como "no próximo mês" demonstra o estágio de preparação; e para respostas como "agora", indicam que o paciente estaria no estágio de ação.

O segundo método proposto também envolve fazer perguntas excludentes e o terceiro seria desenvolver medidas produzidas por escalas separadas para pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

Os autores aconselham que se deve tomar cuidado em tratar os pacientes como se estivessem em ação, pois realizar programas de intervenção voltados para pacientes em fase de ação em indivíduos que ainda não estejam nesse estágio pode acarretar em um alto nível de deserção do tratamento, o que leva ao objetivo do programa não ser atingido ou o nível de registro não ser o esperado (Prochaska; Diclemente; Norcross, 2013).

Além disso, também se recomenda que a terapia seja planejada de forma que os pacientes possam mudar um estágio de cada vez, sabendo que programas projetados para ajudar pessoas progredirem de estágio em um curto período (um mês), dobra as chances de que os participantes avancem estágios em um futuro próximo. A pesquisa também demonstra que os resultados obtidos nos tratamentos com pacientes em estágio de ação são melhores e mais rápidos (Prochaska; Diclemente; Norcross, 2013).

O sucesso do tratamento pode ser evidenciado em pacientes com constante progressão ao longo dos estágios de mudança. À medida que aumenta o compromisso com a terapia, os pacientes reduzem sua atitude defensiva e de resistência.

Atualmente, o uso do modelo transteórico permanece amplamente utilizado para a mudança de comportamento em relação à saúde, inclusive com a ajuda da tecnologia, a seguir estão listados alguns estudos atuais que se basearam nos fundamentos do MTT.

Pedrosa, Garcia e Loureiro (2022) propuseram uma discussão teórica baseada no Modelo Racional Científico Mediacional (SRM) e no Modelo Transteórico de Mudança (MTT) e realizaram um estudo metodológico e de desenvolvimento da construção de um instrumento de medição de autorrelato, composto de 20 itens que

avaliam os efeitos benéficos da musicoterapia percebidos por pacientes adultos com dependência química em seus processos de mudança. Esses efeitos são teoricamente agrupados em dois domínios: processos experienciais (ou cognitivos) e processos comportamentais.

Griffin *et al.* (2023) estudaram o MTT, analisando barreiras e motivos para a adoção da telemedicina no treinamento esportivo. Foi realizada uma avaliação dos estágios de mudança e uma matriz previamente validada de barreiras e motivos para a telemedicina. Os resultados sugerem que a maioria dos treinadores esportivos mudou recentemente sua prestação de serviços de saúde nos últimos 6 meses ou mais e pretende continuar usando a telemedicina, e houve evidência de uma adesão ao uso da telemedicina nos estágios de mudança.

Gabele (2023) realizou um estudo qualitativo descritivo sobre teorias, modelos e estruturas no projeto de mudança de comportamento de saúde digital, especificamente com o uso de gamificação. O estudo mostra as vantagens da telessaúde e os aspectos a serem considerados no projeto de gamificação, como o gosto do paciente; os efeitos da gamificação na percepção, nas emoções e na durabilidade; e maneiras de complementar externamente o treinamento baseado em computador. Os autores concluem que a motivação também pode ser obtida por meio de "feedback", "pedido de ajuda", "medição do próprio progresso" e "socialização".

Singh *et al.* (2023) fizeram uma revisão sistemática sobre qualquer intervenção direcionada à atividade física, dieta ou sono, que envolvesse um *chatbot*. As pesquisas em bancos de dados foram limitadas a artigos de periódicos revisados por pares; as técnicas utilizadas foram definição de metas, automonitoramento, revisão de metas, identificação e solução de problemas de barreiras, motivação, feedback sobre a realização de metas, apoio social/pares e aconselhamento e educação individualizados. Os pesquisadores concluíram que a integração dessas técnicas de mudança podem contribuir na melhoria de comportamentos e ajudam a superar várias barreiras e desafios que eles identificaram nas intervenções presenciais tradicionais, como a interação limitada com um profissional de saúde, a redução da motivação ao longo do tempo e a falta de acesso à educação e às informações.

Galvão *et al.* (2018) conduziram uma pesquisa qualitativa que indagou, por meio de um questionário, sobre as percepções, os sentimentos e as experiências de 20 participantes de uma entrevista conduzida por um robô, propondo-o como uma ferramenta motivacional; no entanto, o estudo se concentra nas percepções dos

participantes da pesquisa sobre suas mudanças de comportamento, mas não mediu o nível de frequência dos comportamentos e estudou apenas um único momento no tempo.

Na fonoaudiologia, o modelo tem sido relacionado a estudos sobre fatores associados ao sucesso de um processo terapêutico, à autoavaliação e aos estágios de mudança; os artigos mencionados a seguir aplicaram o Modelo Transteórico no contexto dos distúrbios da voz.

Cavalcanti *et al.* (2017) analisaram os efeitos do Programa Integral de Reabilitação Vocal (PIRV) e os estágios motivacionais durante a terapia de voz em professoras com disfonia comportamental. O estudo foi observacional longitudinal retrospectivo com dados de prontuários de 33 professoras referente à análise perceptivo-auditiva, acústica, auto percepção vocal e Protocolo de Índice de Desvantagem Vocal (IDV-10) nas situações pré e pós-fonoterapia e estágios motivacionais de adesão ao tratamento. O programa promoveu resultados positivos quando comparada a avaliação vocal antes e após tratamento. Quanto à motivação, as professoras acreditavam com firmeza na possibilidade de enfrentar o problema, mas na realidade não houve esforço para mudar essa situação.

Behlau (2019) realiza uma análise das lições da terapia de voz, através da seleção de cinquenta artigos incluídos nos seguintes cinco tópicos; normalidade da laringe e da voz, avaliação clínica do fonoaudiólogo, a perspectiva do paciente, o núcleo da reabilitação vocal, e disfonias comportamentais versus orgânicas. Em relação à perspectiva do paciente, indica que o Modelo Transteórico se encaixa no campo da voz, não recomendando nenhuma abordagem específica, mas fornecendo uma estrutura para entender e facilitar mudanças comportamentais. Indica também que podem existir pacientes que não estejam na fase adequada para alcançar mudanças, isso significa que ainda não estão prontos para um comprometimento. A autora indica que um papel importante no processo terapêutico é ajudar o indivíduo a mudar sua percepção do problema e use estratégias mais fundamentadas na lógica, as quais podem ser mais adequadas conhecendo o estágio do paciente; neste sentido, a reflexão também indica como o controle percebido pelo paciente é diferente do controle real e essa percepção pode ser usada na reabilitação vocal, controlando os próprios recursos para reduzir o estresse. Finalmente, a autora recomenda considerar a autoavaliação do paciente e não subestimar a adesão e as estratégias de enfrentamento.

Em relação aos Estágios do Modelo Transteórico de Mudança aplicados à terapia de voz, Van Leer, Hapner e Connor (2008) aplicaram o MTT ao processo de terapia de voz. Inicialmente, forneceram uma estrutura organizacional para a compreensão da mudança de comportamento na terapia de voz, discutindo os principais constructos do modelo, incluindo estágios de mudança, equilíbrio decisório, processos de mudança e autoeficácia. Em seguida, explicaram como os problemas de adesão ao tratamento podem surgir a partir da incompatibilidade das estratégias utilizadas no estágio, o que gera uma ambivalência que ainda não foi resolvida e a baixa autoeficácia do paciente. Por último, forneceram amplas estratégias para melhorar a adesão ao tratamento referindo-se a tópicos como o papel da avaliação dos estágios, a importância e confiança na prática clínica de voz, oferecendo exemplos derivados da experiência clínica dos autores. Os autores exemplificaram situações de pacientes em terapia de voz de acordo com os seguintes estágios:

Pré-contemplação: Existem dois grupos distintos de pré-contempladores: aqueles que não sabem que a mudança de comportamento é possível ou benéfica e aqueles que estão cientes, mas escolhem não a fazer. Por exemplo, pacientes que não aceitam o diagnóstico de um componente funcional ou etiologia. O outro grupo não está interessado em alterar comportamentos. Alguns exemplos incluem pacientes "felizes, desde que não seja câncer"; ou que tem outras prioridades mais urgentes que a reabilitação vocal, e aqueles que mantêm sua disfonia por motivos financeiros ou recompensa psicossocial.

Contemplação: Nesta fase, o paciente sente duas maneiras de mudar, essa ambivalência é gerada porque o indivíduo considera os caminhos das vantagens e desvantagens como maneiras de mudança. É recomendado que a ambivalência deve ser resolvida antes que seja aplicada qualquer terapia orientada à ação e manifestam que os pacientes ambivalentes demonstram comportamentos e expressam opiniões a favor e contra a mudança e que é provável que haja ambivalência durante a terapia e inclusive baixa adesão fora da terapia para aqueles que se inscrevem em terapia de voz sem um reconhecimento autônomo da necessidade, ("tentei fazer minha lição de casa, mas não tive tempo"). Outros sinais de contemplação incluem a necessidade de repetidas discussões sobre possíveis causas do problema, solicitando evidências que comprovem a eficácia da terapia vocal quando essas informações já foram fornecidas, e solicitações para explicar exercícios.

Preparação: À medida que os pacientes ficam mais decididos a buscar mudanças, entram no estágio de preparação. Na preparação, o compromisso de mudar é feito. Declarações de compromisso verbal (por exemplo, "Eu quero trabalhar nisso" ou "Eu tenho que fazer isso agora"; "Estou realmente empolgado em aprender técnicas melhores") são indicativos da fase de preparação. Pequenos passos em direção à mudança também podem ser iniciados: pacientes podem desejar limpar sua agenda de atividades vocais exigentes, identificar horários de prática ou comprar um amplificador.

Ação: O paciente está envolvido ativamente na modificação de seus comportamentos. O paciente usa sessões de terapia para discutir realizações e dificuldades de adotar novos comportamentos e revisar exercícios e técnicas de voz relevantes. Com experiências de domínio dentro e fora da clínica, a habilidade e a confiança aumentam ("Eu notei minha garganta ficando tensa, então comecei a falar mais suave"), mas também existe a possibilidade de falha, recaindo: "Estou trabalhando para manter minha voz ressonante, mas é tão difícil de fazer".

Manutenção: A manutenção é definida como a integração do recém-desenvolvido comportamento no dia a dia do paciente. Na terapia da voz, o indivíduo entra nesse estágio quando é efetivo e independente manter o uso saudável da voz, como também os comportamentos relacionados à saúde vocal em uma base contínua. Isto normalmente sinaliza o fim das sessões regulares de terapia de voz. O paciente pode afirmar que considera que terminou a terapia. Parte da manutenção bem-sucedida é dominar a capacidade de retornar ao uso saudável da voz em caso de recaída. Portanto, à medida que o paciente passa para a fase de manutenção, a discussão sobre prevenção de recaídas é importante. Os autores concluem que os princípios de mudança de comportamento em saúde podem ajudar os fonoaudiólogos a compreender a prontidão dos pacientes para terapia de voz.

2.2 O uso da URICA na área da VOZ

A escala URICA busca avaliar os estágios motivacionais e o quanto os indivíduos estão motivados para uma mudança em seu comportamento, com as perguntas em geral, estando voltadas para as queixas ou problemas do paciente.

Laplante-lévesque, Hickson e Worrall (2013) indicam que a escala URICA iniciou com uma versão de 75 itens, os quais logo foram reduzidos a 50, depois a 32 e finalmente à uma versão com 24 itens. Atualmente, a escala de 32 itens é a mais utilizada, sendo que esta é composta por oito itens por estágio (Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção) e é utilizada em diferentes línguas, tendo diferentes interpretações dos resultados. As respostas utilizam a escala Likert de cinco pontos, onde 1 corresponde a discordo totalmente e 5 a concordo totalmente.

A escala URICA “foi concebida com o propósito de orientar o clínico quanto à disponibilidade do paciente para a terapia” (Mcconnaughy; Prochaska; Velicer, 1983; Yoshida, 2002). Em todas as versões, também é calculado o escore de “Prontidão para a Mudança”, subtraindo o resultado referente à fase de pré-contemplação da soma do resultado das demais e quanto maior o valor encontrado no escore, maior a motivação do paciente para a mudança (Nidecker *et al.*, 2008).

Na fonoaudiologia, o modelo transteórico já demonstrou sucesso na ajuda de compreender a prontidão do paciente em estudos como: estágios de mudança e tratamento da gagueira (Turnbull, 2000); reconhecimento da percepção do indivíduo sobre sua deficiência auditiva (Lesner; Kricos, 2003); análise da percepção de participantes dos concertos de rock quanto o risco de perda auditiva (Bogoch; House; Kudla, 2005); definição dos estágios de prontidão e uso efetivo do protetor auricular em operários de uma fábrica automotriz (Raymond; Lusk, 2006a); Aplicação do modelo em trabalhadores expostos a níveis elevados de ruído aplicando a balança decisória e a autoeficácia (Raymond; Lusk, 2006b); Aplicação da escala reduzida para prever o sucesso do tratamento (Kaldo; Richards; Andersson, 2006); Avaliação da escala URICA em adolescentes e adultos com gagueira (Floyd; Zebrowski; Flammecc, 2007); identificação de estados motivacionais para adesão a adaptação; Propriedades psicométricas de candidatos ao uso de AASI (Kuchar; Ferrari; Abramides, 2012); análise de Clusters para classificar perfis para aplicação do Modelo Transteórico na reabilitação auditiva de adultos (Laplante-lévesque; Hickson; Worrall, 2013), escala

de estágios de mudança de comportamento em candidatos ao uso de AASI (Kuchar, 2018).

Além do estudo de Van Leer, Hapner e Connor (2008), que analisou o MTT aplicado à voz, descrito anteriormente, os demais estudos têm utilizado a escala URICA para analisar os estágios de prontidão para mudança em terapia de voz e ainda há um amplo panorama do MTT a ser explorado nesta área.

Teixeira *et. al.* (2013) realizaram a adaptação da Escala URICA original para identificar os estágios de adesão ao tratamento na área de Voz. A amostra foi composta por 66 pacientes, (58 mulheres e 8 homens), com disfonia. Esta pesquisa foi realizada em dois momentos: a análise dos prontuários para determinar as variáveis sexo, idade, tipo de disfonia, escolaridade, profissão e número de sessões de fonoterapia; e a aplicação da escala para o mapeamento da autopercepção do estágio de adesão dos pacientes disfônicos à terapia de voz. O escore de prontidão para a mudança prevê o resultado de um tratamento, no início deste, identificando se o indivíduo está ou não em uma fase adequada do ciclo de mudança para ser submetido à intervenção proposta. Os resultados possíveis são: estágios de pré-contemplação (PTC), contemplação (C), ação (A) e manutenção (M), sendo que cada estágio tem sete questões. Para obter-se o escore da prontidão para a mudança, aplica-se a seguinte fórmula: Média de C + Média de A + Média de M - Média de PC. As pontuações dos cortes são: - 8 ou inferior – para os sujeitos em fase de pré-contemplação; - 8-11 – para os sujeitos em fase de contemplação; e - 11-14 – para os sujeitos que estão preparados para uma atitude de ação diante do problema. A maioria dos pacientes, 38 (57,6%), estava no estágio de contemplação, 20 (30,3%) estavam na pré-contemplação e apenas oito (12,1%) no estágio de ação, o que é ideal para a terapia fonoaudiológica. Não houve associação entre os estágios de adesão e as variáveis idade, tipo de disfonia, nível de escolaridade e número de sessões de terapia de voz. A variável profissão foi associada ao estágio de ação do URICA-VOZ.

Rossi, Gama e Caldeira (2013) verificaram a associação entre prontidão para mudança de comportamento e problemas vocais autorreferidos de professoras dos cinco primeiros anos do ensino fundamental de escolas municipais. A escala URICA-VOZ foi usada para medir os estágios motivacionais de 138 professores e o estudo encontrou que a maioria (59,4%) dos professores com queixas vocais encontrava-se no estágio de pré-contemplação o que demonstra a necessidade de educação em saúde vocal para os professores. Os fatores que se associaram com maior prontidão

para mudança de comportamento foram uso de medicamentos, percepção de falha na voz e procura por tratamento fonoaudiológico.

Kopf, Graetzer e Huh (2015) estudaram a influência da utilização de vídeos nas mudanças de comportamento para voz em indivíduos com doença de Parkinson. Para isso, avaliaram a prontidão e os estágios de mudança e autoeficácia através da escala URICA VOZ e o questionário *Health-related Self Efficace* que adaptaram à voz. Os questionários foram aplicados antes e depois que oito pacientes assistiram o conjunto de 15 vídeos selecionados do Youtube, três representando cada um dos cinco estágios de mudança. Os vídeos selecionados estavam relacionados a programas de terapia de voz, envolvendo vários tópicos incluindo alterações relacionadas à doença na voz e na fala, o impacto da terapia vocal, o enfrentamento da doença e estratégias para combater as alterações relacionadas à doença. O estudo demonstrou que depois de assistir os vídeos os indivíduos avançaram em estágios de mudança e aumentaram a prontidão para mudança e a autoeficácia. Os pesquisadores indicaram que futuros estudos longitudinais devem ser conduzidos para determinar se as pessoas que assistem a esses vídeos realmente se envolvem na mudança de comportamento e quanto tempo as mudanças duram.

Costa (2015), estudou a identificação dos estágios de motivação para mudança e os correlacionou com os níveis de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com disfonia. O estudo contou com 41 pacientes entre 18 e 55 anos de idade, com diagnóstico de disfonia funcional ou organofuncional determinado por avaliação fonoaudiológica e otorrinolaringológica. Os participantes responderam ao Inventário de Ansiedade Traço - Estado IDATE; Inventário de Depressão de Beck BDI e a Escala URICA-Voz. A maioria dos participantes, 30 (73%), estavam no estágio de contemplação; sete (17%), no estágio de ação; e quatro (9%) no de pré-contemplação. Nenhum dos participantes estava na manutenção. Não houve correlação entre o escore total da escala URICA-Voz e os níveis de ansiedade e depressão avaliados, mas encontrou-se correlação positiva significativa entre a média de pontos correspondentes às questões do estágio de contemplação da escala URICA voz e a medida total obtida nos inventários IDATE-T e IDATE-E, sendo com maior força de correlação para o traço do que para o estado. Concluiu-se que é importante incluir instrumentos e ferramentas de MTT ao protocolo clínico da área da voz bem como o delineamento de novos estudos para maior esclarecimento sobre a interferência do

baixo nível motivacional e sua relação com sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com disfonia, o que pode causar restrições nos resultados do tratamento.

Fahning (2015) analisou a modalidade de atendimento, individual ou em grupo, para comparar os resultados de reabilitação vocal de indivíduos disfônicos e , para tal, aplicou a URICA-V, nos dois grupos. Os pacientes permaneceram no estágio de contemplação, independentemente da característica do atendimento e não revelaram diferença estatística entre os grupos analisados. Sobre esse resultado, surgiram hipóteses como a necessidade de rever o próprio conteúdo do programa de reabilitação administrado e de aspectos relacionados à interação clínico-paciente. Por fim, concluiu-se que é necessário analisar a sensibilidade à mudança de estágio de prontidão, pós-terapia fonoaudiológica, do próprio instrumento URICA-V.

Lopes e Vilela (2016) fizeram um estudo com o objetivo de analisar se existe associação entre a autoavaliação vocal e a prontidão para mudança em pacientes disfônicos. Participaram do estudo 151 pacientes com queixas vocais e com diagnóstico de disfonia na faixa etária de 18 a 65 anos, sendo 47 homens e 104 mulheres atendidos no ambulatório de voz de uma instituição pública. Foram aplicados quatro instrumentos de autoavaliação: Qualidade de Vida Relacionada a Voz (QVV), Índice de Desvantagem Vocal (IDV), Escala de Sintomas da Voz (ESV) e URICA-VOZ para verificar os estágios de prontidão para a mudança dos pacientes. Todos os dados utilizados foram coletados a partir dos prontuários dos pacientes e arquivados no laboratório em que foi realizada a triagem vocal. A sessão de coleta foi realizada no momento da avaliação inicial do paciente, antes da realização de qualquer procedimento de intervenção propriamente dito. A maioria dos pacientes (76,2%, n = 115) encontrava-se no estágio de contemplação, 22 (14,6%) estavam no estágio de pré-contemplação e 14 (9,3%) no estágio de ação. Houve correlação negativa entre o escore do URICA-VOZ e o domínio sócio-emocional e o escore total do QVV. Houve correlação positiva entre o escore URICA-VOZ e o IDV social, emocional e funcional, assim como entre o escore URICA-VOZ e os campos de limitação emocional da ESV. Os domínios sócio emocional do QVV e emocional do ESV evidenciaram diferenças estatisticamente significantes entre os estágios motivacionais, indicando que existe associação entre autoavaliação vocal e prontidão para mudança em pacientes disfônicos. Pacientes com grande impacto na qualidade de vida em voz no QVV e maior frequência de sintomas vocais citados na ESV mostram maior disposição para mudança.

Góes, Ferracciu e Silva (2016) buscaram analisar a associação entre a adesão da terapia vocal, o perfil de atividades vocais em pacientes disfônicos comportamentais e seus possíveis fatores associados, tais como número de sessões, faixa etária, tipo de disfonia comportamental, gênero e tratamento fonoaudiológico anterior. O estudo contou com a participação de 18 indivíduos que responderam ao protocolo Perfil de Participação e Atividades Vocais (PPAV) e à escala URICA-VOZ. A coleta das variáveis associadas foi realizada a partir de entrevistas realizadas aos pacientes e análise dos seus prontuários. Em relação aos estágios motivacionais da escala URICA-VOZ, observou-se que a maioria dos pacientes (66,7%) se encontravam no estágio de ação, seguido do estágio de contemplação (33,3%), enquanto nenhum deles manifestou estar nos estágios de pré-contemplação e manutenção. Foi evidenciado que conforme o avanço do estágio de adesão à terapia, foram aumentadas as variáveis de número de sessões e faixa etária e que o tipo de disfonia comportamental associou-se ao estágio de adesão, sugerindo que os pacientes com disfonia organofuncional demonstraram estágio mais avançado de motivação. Foi observado a partir dos escores médios do PPAV, que os indivíduos com disfonia organofuncional tinham maior impacto da alteração vocal nas atividades diárias, quando comparados com aqueles que tinham disfonia funcional. Foi observada unicamente associação entre o aspecto *Efeitos na Emoção* do PPAV e o estágio de prontidão para a adesão da terapia vocal, enquanto os outros aspectos do PPAV não tiveram associação com a URICA-VOZ, nem com as variáveis de número de sessões e faixa etária.

Cavalcanti *et al.* (2017) analisaram os efeitos do Programa Integral de Reabilitação Vocal (PIRV) e os estágios motivacionais durante a terapia de voz em professoras com disfonia comportamental. O estudo foi observacional longitudinal retrospectivo com dados de prontuários de 33 professoras referente à análise perceptivo-auditiva, acústica, auto percepção vocal e Protocolo de Índice de Desvantagem Vocal (IDV-10) nas situações pré e pós-fonoterapia e estágios motivacionais de adesão ao tratamento. O programa promoveu resultados positivos quando comparada a avaliação vocal antes e após tratamento. Quanto à motivação, as professoras acreditavam com firmeza na possibilidade de enfrentar o problema, mas na realidade não houve esforço para mudar essa situação.

Costa *et al.* (2017) estudaram o Estágio de prontidão de pacientes com disfonia comportamental em avaliações de terapia de voz pré e pós-grupo; o objetivo foi

verificar a eficácia da terapia vocal em grupo no estágio de prontidão e identificar quais itens da escala URICA-Voz são mais sensíveis à alteração pós-terapia em pacientes com disfonia comportamental. Esta intervenção foi realizada em 49 pacientes com disfonia comportamental. Uma abordagem eclética à terapia de grupo foi implementada em oito sessões, sendo a primeira e a últimas sessões consistindo de avaliações. A escala URICA-Voz foi utilizada para avaliar o estágio de prontidão nas avaliações pré e pós-terapia. Não houve diferença estatística ao comparar o escore médio total pré e pós-terapia da escala URICA-Voz. Houve mudanças significativas no estágio de prontidão dos pacientes em avaliações pré e pós de terapia.

Zencke da Silva, Bello e Cassol (2020) realizaram um estudo de intervenção com o objetivo de analisar a aplicabilidade da escala URICA-V antes e depois de um programa terapêutico para equilíbrio funcional na produção de voz. A amostra foi composta por 26 participantes adultos (18 do sexo feminino e 8 do sexo masculino) do Sistema Público de Saúde Brasileiro, aplicando a escala URICA-V antes da intervenção e após 10 sessões de um programa terapêutico. Os resultados indicaram que os valores do estágio motivacional foram significativamente aumentados após a intervenção em comparação com a primeira aplicação da escala. Pré-contemplação e ação foram os estágios mais comumente relatados pelos participantes. A adesão à terapia foi avaliada durante 12 semanas consecutivas, todos mostraram melhora após a intervenção. Este estudo demonstrou que a utilização da escala URICA-V na prática clínica é essencial para mensurar o desempenho do paciente no processo fonoaudiológico e determinar o momento ideal de alta. O estudo também refere possíveis práticas para a adesão à terapia, como seguir as orientações longe do ambiente de terapia; estar motivado para mudar o comportamento; e frequentar a terapia.

Silva (2022) realizou um estudo para confirmar a validade da Escala URICA-V em relação a outras variáveis e consequências do teste. O trabalho foi dividido em dois estudos: um transversal com 130 participantes e outro longitudinal com 79. Os protocolos utilizados foram os validados pela TRI e TCT. Verificou-se que a escala URICA-V em ambas as versões apresentou validade discriminante com alguns dados da avaliação multidimensional com a voz e validade concorrente entre as duas versões. As variáveis que influenciaram o estágio de contemplação na escala TRI foram: número de fatores de risco pessoais, idade, ser profissional da voz, apresentar baixa escolaridade e a intensidade vocal dos sujeitos. No entanto, não houve

responsividade para monitoramento do estágio de prontidão em nenhuma das duas versões da escala.

Liu *et al.* (2023) fizeram a validação da escala URICA para a população Chinesa por meio de cálculos estatísticos. Um total de 32 questões foram selecionadas estatisticamente e consideradas significativas entre 247 questões, demonstrando que a URICA cumpre os requisitos de fiabilidade e validade. Para avaliar a fiabilidade, utilizaram Cronbach α , Para a análise de itens utilizou-se o método de razão crítica e o coeficiente de correlação de Pearson, para verificar a validade da escala utilizaram a validade de conteúdo a nível de item, a validade de conteúdo a nível de escala e a análise fatorial confirmatória.

2.3 Ferramentas motivacionais

As ferramentas foram adaptadas pelo *IDA INSTITUTE* (2009) para a área de audição, as quais foram inspiradas no MTT e auxiliam na análise detalhada dos comportamentos e do contexto em que ocorrem, incluindo as capacidades físicas e psicológicas, bem como as oportunidades sociais do paciente; o IDA indica que tem sido útil em situações em que é necessária uma compreensão mais detalhada de todas as diferentes complexidades da mudança de comportamento.

Elas trabalham o foco de enfatizar o lado positivo das mudanças, as entendendo como processos emocionais (negativos e positivos) que são mantidos por longos períodos de tempo, sendo que os positivos tendem a ser mais fortes (paixão, alegrias, expectativas). Partindo das ações que estão ocorrendo da forma adequada naquele momento, trabalha-se no desenvolvimento de habilidades para resolver os problemas. A motivação permite trabalhar com o futuro e não só no presente como se faz com os enfoques tradicionais.

As ferramentas motivacionais são: o círculo, a caixa ou quadrado e a linha. O círculo ajuda na determinação de onde o paciente se encontra de acordo com os estágios, já a caixa pode ser aplicada a pacientes ambivalentes para explorar o que pode encorajá-los a mudar. Para esta ferramenta é necessário que o paciente preencha a caixa por conta própria, para se trabalhar os custos e as vantagens do paciente em mudar.

Figura 1 Exemplo da ferramenta “o círculo” IDA INSTITUTE (2009)



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 2 Exemplo da “Caixa” IDA INSTITUTE (2009)

| | |
|--|---|
| Quais são as vantagens de continuar como está agora? | Quais são as desvantagens para continuar como está agora? |
| Quais são as desvantagens para agir em sua disфонia? | Quais são as vantagens para agir em sua disфонia? |

Fonte: Elaborado pela autora

A régua que tem sido utilizada em outras áreas da saúde para ajudar a reconhecer as necessidades do paciente e estabelecer um diálogo aberto entre paciente e terapeuta. Na adaptação feita pelo IDA Institute, se fazem duas perguntas. A primeira avalia o quão importante é para o paciente melhorar sua audição. A segunda, avalia o quão confiante o paciente está de que pode seguir com o tratamento recomendado.

Figura 3 Exemplo da ferramenta “Régua” IDA INSTITUTE (2009)



Fonte: Elaborado pela autora

A régua pode ser utilizada na primeira sessão e ao longo do tempo, assim como para aumentar a motivação daqueles que têm recaídas durante o processo. Devido a isso, a ferramenta é útil para o planejamento do tratamento de acordo com as

respostas e o estágio (URICA) onde se encontra o paciente. A régua é uma linha de 10 centímetros que representa uma escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a “*nada*” e 10 a “*muito*”, avaliando a opinião do paciente.

Assim, conclui-se que o processo de mudança de comportamento e estágios na terapia da voz é bastante abrangente, desde o início até a conclusão do tratamento fonoaudiológico. A motivação do paciente para a terapia, juntamente com sua dedicação e comprometimento, são cruciais para alcançar uma maior autoeficácia e a avaliação desses fatores de mudança pode ser realizada adaptando ferramentas motivacionais. Os estudos sobre MTT na área de voz se concentram na utilização da escala URICA e nos estágios de mudança. Dado o potencial desta teoria em outras áreas da saúde, é fundamental explorar como ela pode contribuir para o avanço de estudos de intervenção e ensaios clínicos na área da da Fonoaudiologia.

3 PROPOSIÇÃO

3.1. Objetivo Geral

Analisar a motivação para mudanças de comportamento de pessoas disfônicas.

3.2. Objetivos específicos

Verificar se há diferenças no estágio de motivação para tratamento vocal e na qualidade de vida em voz entre homens e mulheres disfônicos.

Verificar a relação entre o estágio de motivação para tratamento vocal de pessoas disfônicas com idade, sexo, tipo de disfonia e qualidade de vida em voz.

Verificar se as variáveis idade, sexo, tipo de disfonia e qualidade de vida em voz são preditoras do estágio de motivação para tratamento vocal.

Verificar se há diferença no estágio de motivação para tratamento vocal e na qualidade de vida em voz após um período de terapia vocal.

Conhecer o grau de motivação para tratamento vocal de pacientes com disfonia por meio da aplicação da régua de prontidão adaptada para cuidados com a voz e sua relação com a qualidade de vida em voz e com o estágio de motivação para tratamento vocal.

4 MÉTODOS

4.1 Considerações éticas

O presente estudo foi desenvolvido a partir da reunião de dois projetos, um retrospectivo e outro prospectivo. O estudo retrospectivo foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (CAE n. 16147419.0.0000.5417) e aprovado de acordo com o parecer número 3.649.913 (Anexo A). O uso do banco de dados foi autorizado pela responsável e os participantes que foram localizados, foram informados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre as análises que seriam realizadas com os dados de prontuários (Anexo B). O estudo prospectivo foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (CAE n. 26148919.9.0000.5417) e aprovado de acordo com o parecer número 4.142.359 (Anexo C). Os participantes foram informados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre os procedimentos aos quais seriam submetidos (Anexo D). A concordância foi expressa por meio de assinatura do TCLE presencial ou enviada por e-mail.

4.2 Casuística

Inicialmente foi realizado o estudo retrospectivo, com os prontuários de pacientes atendidos na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP submetidos à terapia por apresentarem problemas de voz. Rotineiramente, os pacientes respondem a questionários de autoavaliação, incluindo o protocolo de Qualidade de Vida em Voz (QVV) e a escala URICA-Voz, no momento de avaliação inicial e algumas vezes ao longo do tratamento para acompanhamento.

Foram incluídos os prontuários de pacientes com diagnóstico de disfonia confirmado a partir de exame laríngeo e avaliação fonoaudiológica que possuíam o questionário da escala URICA-Voz e QVV completamente preenchidos no momento pré terapia.

Adicionalmente, foram analisados os prontuários que continham os questionários citados completamente preenchidos em dois momentos (um pré terapia e outro pós um período de terapia vocal eclética).

Em um segundo momento, foi desenvolvido o estudo prospectivo. Foram convidados a participar do estudo os pacientes da Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP em início de atendimento fonoaudiológico para tratamento vocal. Os critérios de inclusão foram: ter recebido diagnóstico de disfonia comportamental ou orgânica após avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica e apresentar condições de responder aos questionários indicados.

4.3 Materiais e procedimentos

Prontuários

Foram coletados dos prontuários dos pacientes os dados de idade, sexo e resultados de exame otorrinolaringológico, bem como a classificação da disfonia registrada na conclusão diagnóstica fonoaudiológica. A disfonia foi considerada de origem comportamental, com ou sem lesões de pregas vocais como consequência do uso vocal, ou disfonia de origem orgânica.

Foram analisados os resultados que constavam nos prontuários e/ou aplicados com os pacientes os seguintes instrumentos de autoavaliação: URICA-V, QVV e RP-V.

Escala URICA-V

A escala URICA-V (Teixeira *et al.*, 2013) tem o objetivo de avaliar os estágios motivacionais para tratamento vocal e o quanto os indivíduos estão motivados para uma mudança em seu comportamento. A escala é composta por 32 itens com quatro grupos de oito afirmações (Anexo E). Para cada estágio existem as perguntas referentes, dispostas dessa maneira: pré-contemplação (PC): 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 e 31 (Exemplo: Acredito que não tenho que mudar a minha voz); contemplação (C): 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 e 24 (Exemplo: Eu acho que estou pronto para melhorar minha voz); ação (A): 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 e 30 (Exemplo: O meu problema de voz me

incomoda e eu estou tentando resolvê-lo); e manutenção (M): 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 e 32 (Exemplo: Fico preocupado em ter um novo problema de voz, por isto estou procurando ajuda). Para cada item as possibilidades de respostas são em escala do tipo *likert* de cinco pontos, sendo as respostas: (1) “discordo totalmente”, (2) “não sei”, (3) “discordo”, (4) “concordo”, (5) “concordo totalmente”. Para realizar o cálculo da escala URICA, usa-se os critérios propostos pela *Healthy and Addictive Behaviors Investigating Transtheoretical Solutions* (HABITS), onde inicialmente realiza-se uma média simples das marcações das afirmações correspondentes a cada estágio de mudança separadamente (omitindo-se os itens 4, 9, 20 e 31) e dividindo-se por sete. Em seguida, para encontrar o escore da prontidão para a mudança, usa-se a fórmula: $(C+A+M) - PC$, onde a média dos resultados dos estágios de contemplação (C), ação (A) e manutenção (M), com a subtração do resultado do valor médio do estágio de pré-contemplação (PC). As pontuações são classificadas da seguinte forma (Diclemente; Schundt; Gemmell, 2004):

- valores menores ou iguais a 8 – pacientes em fase de pré-contemplação;
- acima 8 até 11 – pacientes em fase de contemplação;
- acima de 11 até 14 – pacientes em estágio de ação diante do problema
- acima de 14 – paciente em estágio de manutenção

Qualidade de Vida em Voz (QVV)

O protocolo QVV tem o objetivo de avaliar a autopercepção dos impactos da disfonia na qualidade de vida do indivíduo. Possui 10 itens, sendo que 6 deles (itens 1, 2, 3, 6, 7 e 9) abrangem o domínio de funcionalidade física e 4 deles (itens 4, 5, 8 e 10) o domínio sócio-emocional (Anexo F). A escala contém cinco opções de resposta que correspondem ao quanto cada item é considerado um problema para o paciente e são as seguintes: 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 pacientes são instruídos a responder cada item do questionário de acordo com a gravidade do problema (Gasparini; Behlau, 2009).

De acordo com a proposta dos autores, podem ser calculados os domínios do QVV isoladamente e o escore total, usando-se as fórmulas:

$$\begin{aligned} \text{Funcionalidade Física:} & \quad 100 - \frac{(\text{escore bruto} - 6)}{24} \times 100 \\ \text{Sócio-Emocional:} & \quad 100 - \frac{(\text{escore bruto} - 4)}{16} \times 100 \\ \text{Escore total:} & \quad 100 - \frac{(\text{escore bruto} - 10)}{40} \times 100 \end{aligned}$$

Os escores variam de 0 (zero) a 100, sendo que quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida.

Régua de Prontidão em Voz (RP-V)

A RP-V foi adaptada para este estudo da ferramenta motivacional denominada “Linha”, proposta pelo Ida Institute (2009) para explorar se o paciente está pronto para aceitar e seguir com o tratamento recomendado na área de cuidados à audição. O instrumento possui uma linha de 10 centímetros que representa uma escala de 0 a 10, onde 0 corresponde a “nada” e 10 a “muito” para avaliar a opinião do paciente sobre as questões apresentadas. O paciente deve sinalizar na linha e afirmar o valor que representa sua resposta a cada uma das perguntas.

Após discussões com um grupo de pesquisadores da área de voz, foram estabelecidas quatro questões seguindo a mesma premissa do Ida Institute, mas voltado para os cuidados com a voz.

As perguntas propostas foram:

1. O quanto é importante para você melhorar a sua VOZ agora?
2. O quanto você está disposto a vir assiduamente à terapia.
3. O quanto você está disposto a fazer terapia em casa?

Apenas para os casos de disfonias comportamentais foi aplicada a quarta questão, levando em consideração alguns hábitos mencionados no Questionário de Saúde e Higiene Vocal (Moreti, 2016):

4) Muitas vezes, para se reduzir as alterações da voz, é necessário modificar hábitos como falar sem esforço, não gritar, hidratar o organismo, dentre outros. O quanto você está disposto a melhorar os seus hábitos?

O paciente deveria sinalizar na linha e afirmar o valor que representa sua resposta a cada uma destas perguntas (Apêndice A).

Estudo retrospectivo

Inicialmente, para a análise dos resultados do QVV e URICA-V contidos nos prontuários, foi elaborada uma tabela com todas as datas de preenchimento dos protocolos em questão e foram eleitas para análise os momentos antes do início da terapia e após três meses do início da terapia. A partir disso, foram tabuladas as respostas em planilha do excel.

Estudo Prospectivo

Foi necessária a aplicação dos instrumentos QVV, URICA-V e RP de forma virtual, uma vez que no período disponível para a coleta de dados, os atendimentos presenciais da clínica de Fonoaudiologia estavam suspensos em decorrência do momento da pandemia por COVID-19. Desta forma, os protocolos QVV e URICA-V foram compartilhados na plataforma de transmissão com o paciente, o qual indicava qual era a sua resposta para cada questão, a fim de que a pesquisadora registrasse a resposta do paciente no protocolo compartilhado, em tempo real. A RP foi apresentada pela pesquisadora em planilha do Excel com barra de rolagem para o paciente orientar a pesquisadora qual o ponto que correspondia à sua avaliação na escala de 0 a 10. Foi utilizada a plataforma Google Meet, uma vez que era o recurso disponibilizado pela instituição durante o período de atividades a distância. Seguiu-se a Health Insurance Portability and Accountability Act. (HIPAA)- A Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde de 1996 a fim de assegurar a confiabilidade, integralidade e disponibilidade de toda informação eletrônica de saúde na criação, recebimento, armazenamento e transmissão de dados.

A sequência de aplicação dos instrumentos foi: RP-V, URICA-V e por último o QVV.

Análise dos dados do estudo retrospectivo

Os prontuários que continham os questionários QVV e URICA-V no momento pré terapia , foram analisados em relação a:

- comparação dos resultados entre homens e mulheres por meio do teste t de Student;
- correlação entre os resultados dos dois instrumentos por meio do teste de Pearson;
- análise de regressão linear de múltiplas variáveis, onde considerou-se o escore geral da escala URICA como variável dependente e, como variáveis independentes preditoras, o tipo de disfonia, o sexo, a idade e o escore global do QVV.

Os prontuários que continham os questionários QVV e URICA-V nos dois momentos, foram analisados quanto à comparação dos momentos pré e pós terapia por meio do teste t pareado .

Análise dos dados do estudo prospectivo

Para o estudo prospectivo, foi realizado o teste de correlação de Spearman entre os resultados das aplicações dos instrumentos QVV, URICA-V e RP nos pacientes ao início do processo terapêutico. Em todas as análises foi considerado o valor de p de 5%.

5 RESULTADOS

Para a realização das análises retrospectivas, 1.708 prontuários de pacientes com disfonia foram revisados e 1.629 foram excluídos por serem de pacientes crianças, não ter o questionário URICA-V, ou ter algum dos instrumentos (QVV e URICA-V) preenchidos de forma incompleta. Desta forma, foram incluídos prontuários de 81 pacientes, sendo 58 mulheres e 23 homens, com média de 47,5 anos de idade. Destes, 53 apresentavam disfonia comportamental, e 28 apresentavam disfonias orgânicas,. Adicionalmente, foram analisados 44 dos 81 prontuários incluídos, que continham os questionários QVV e URICA-V preenchidos nos dois momentos, pré e pós terapia; 35 eram mulheres e 9 homens, com média de 47,2 anos de idade, sendo 27 com disfonia comportamental e 17 com disfonia orgânica.

Foi possível realizar a aplicação dos protocolos prospectivamente com 27 pacientes, sendo 18 mulheres e 9 homens, com média de idade de 43,6 anos. Destes, 25 apresentavam disfonia comportamental e 2 apresentavam disfonias orgânicas.

5.1 Relações da escala URICA-V com o protocolo QVV, o sexo, a idade e o tipo de disfonia

Os resultados das aplicações dos instrumentos URICA-V e QVV com o total de 81 pacientes com disfonias e os resultados dos subgrupos de homens (o) e mulheres (58) encontram-se na Tabela 1. Pode-se observar que não houve diferença dos resultados dos dois instrumentos quando considerados os subgrupos de homens e mulheres.

As alternativas de respostas da escala URICA-V: DT=Discordo Totalmente; D=Discordo; NS=Não sei; C=Concordo; CT=Concordo totalmente, foram convertidas nos valores 1, 2, 3, 4 e 5, respectivamente. Considerando que, para cada estágio de motivação foi realizada a somatória simples dos itens pertencentes ao estágio para o seu cálculo, a média das respostas às questões que correspondem ao estágio de pré-

contemplação foi próximo do valor 2 (discordo), contemplação e ação próximo a 4 (concordo); e manutenção 3,60 (mais próximo do concordo).

Em relação ao escore geral do instrumento URICA-V que permite identificar o estágio de prontidão para mudança, o grupo de 81 pacientes com disfonia apresentou um resultado de 9,90, o que permite observar que, em geral, os pacientes encontram-se no estágio de Contemplação. A distribuição dos pacientes nos diversos estágios confirma este dado, uma vez que 52 (64,2%) apresentaram respostas condizentes com o escore final compatível com o estágio de contemplação, apenas 8 (9,9%) com pré-contemplação e 21 (25,9%) com ação.

Tabela 1 - Resultados descritivos da aplicação dos instrumentos URICA-V e QVV em 81 pacientes e comparação entre os resultados obtidos para homens e mulheres

| | Todos | | Mulheres | | Homens | | p |
|---------------------------------------|-------|------|----------|-------|--------|-------|-------|
| | Média | dP | Média | dP | Média | dP | |
| URICA – Pré-contemplação | 2,08 | 0,59 | 2,10 | 0,62 | 2,02 | 0,56 | 0,590 |
| URICA - Contemplação | 4,21 | 0,49 | 4,21 | 0,50 | 4,21 | 0,47 | 0,980 |
| URICA - Ação | 4,16 | 0,61 | 4,19 | 0,66 | 4,08 | 0,47 | 0,451 |
| URICA - Manutenção | 3,60 | 0,55 | 3,66 | 0,51 | 3,45 | 0,65 | 0,120 |
| URICA - Prontidão para Mudança | 9,90 | 1,64 | 9,97 | 1,70 | 9,72 | 1,54 | 0,540 |
| QVV - Socioemocional | 74,3 | 21,1 | 74,58 | 22,10 | 73,66 | 19,21 | 0,862 |
| QVV - Físico | 59,8 | 21,1 | 58,91 | 22,24 | 61,97 | 18,81 | 0,563 |
| QVV - Escore global | 65,6 | 19,4 | 65,13 | 20,57 | 66,63 | 17,07 | 0,757 |

Legenda: dP = desvio padrão

Os resultados da correlação entre os escores da escala URICA-V e do QVV são apresentados na Tabela 2. Pode-se observar que o escore geral da escala URICA-V correlacionou-se negativamente com os escores do QVV

Tabela 2 - Correlação entre os escores dos instrumentos URICA-V e QVV aplicados em 81 pacientes

| Variáveis | r | p |
|--|---------|---------|
| <u>URICA-V geral X QVV Sócio-emocional</u> | -0,2439 | p=,028* |
| <u>URICA-V geral X QVV Físico</u> | -0,3509 | p=,001* |
| <u>URICA-V geral X QVV Global</u> | -0,3538 | p=,001* |

Para a realização da análise de regressão linear de múltiplas variáveis, considerou-se o escore geral da escala URICA-V como variável dependente e, como variáveis independentes predictoras, o tipo de disfonia e o escore global do QVV. Obteve-se um valor de $R^2 = 0,136$ com valor de $p = 0,024$. O valor de p indicou que o modelo é significativo e, ao menos, uma das quatro variáveis tem um impacto significativo no desfecho. A Tabela 3 indica que o escore global do QVV foi a variável que influenciou de maneira significativa o resultado do escore geral da escala URICA-V. Cada unidade do QVV que aumenta, diminui 0,03 na pontuação da escala URICA-V.

Tabela 3 - Análise de regressão linear de múltiplas variáveis entre o escore geral da escala URICA-V e as variáveis disfonia, sexo, idade e escore global do QVV.

| | Coefficientes | p |
|--------------------|----------------------|--------------|
| Intercepto | 1188346 | < 001 |
| Diagnóstico | -021297 | 0580 |
| Sexo | -021407 | 0584 |
| Idade | 000416 | 0691 |
| QVV | -003027 | 0.001 |

5.2 Comparação dos escores dos instrumentos de autoavaliação URICA-V e QVV nos momentos pré e pós terapia

Os resultados da aplicação dos instrumentos URICA-V e QVV nos momentos pré terapia e após um período do tratamento de 44 pacientes com disfonia encontram-se na Tabela 4. Observa-se que houve redução da pontuação das questões que correspondem ao estágio de pré-contemplação e aumento nas questões do estágio de ação. Houve aumento nos escores do QVV socioemocional e global. Para o escore geral da escala URICA-V e o domínio físico do QVV o valor de p foi próximo do valor considerado significativo.

Resultados

Tabela 4 - Comparação dos resultados da aplicação dos instrumentos URICA-V e QVV nos momentos pré terapia e após um período do tratamento

| | Pré | | Pós | | Dif. | | p |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|---------------|
| | Média | dP | Média | dP | Média | dP | |
| Pré-contemplação | 1,987 | 0,567 | 1,804 | 0,418 | 0,183 | 0,564 | 0,037* |
| Contemplação | 4,299 | 0,439 | 4,325 | 0,424 | -0,026 | 0,531 | 0,747 |
| Ação | 4,299 | 0,549 | 4,497 | 0,364 | -0,198 | 0,464 | 0,007* |
| Manutenção | 3,620 | 0,492 | 3,614 | 0,451 | 0,00595 | 0,48 | 0,935 |
| URICA | 10,231 | 1,455 | 10,631 | 1,129 | -0,401 | 1,386 | 0,062 |
| QVV socioemocional | 70,568 | 22,622 | 81,007 | 21,150 | -10,439 | 27,401 | 0,015* |
| QVV físico | 56,348 | 22,477 | 62,236 | 20,171 | -5,889 | 20,219 | 0,060 |
| QVV global | 61,602 | 21,393 | 69,284 | 19,163 | -7,682 | 20,949 | 0,019* |

5.3 Relações dos escores da RP-V, da URICA-Voz e do QVV

Os resultados da aplicação da RP-V, da Escala URICA-Voz e do protocolo QVV com 27 pacientes encontram-se na Tabela 5 e os resultados da correlação entre os referidos instrumentos, na Tabela 6. O teste estatístico revelou que não houve correlação significativa entre as perguntas da régua, a pontuação média das quatro perguntas (RP-V), a pontuação da URICA nem os domínios do QVV.

Tabela 5. Resultados descritivos da aplicação da régua de prontidão para mudança, da Escala URICA-Voz e do protocolo QVV

| | Média | Mediana | dP | Mínimo | Máximo |
|--------------------------------|-------|---------|-------|--------|--------|
| Régua - pergunta 1 | 9,11 | 10 | 1,12 | 6 | 10 |
| Régua - pergunta 2 | 9,74 | 10 | 0,656 | 8 | 10 |
| Régua - pergunta 3 | 8,96 | 10 | 1,68 | 5 | 10 |
| Régua - pergunta 4 | 9,04 | 10 | 1,65 | 4 | 10 |
| RP-V | 9,22 | 9,38 | 0,695 | 7,5 | 10 |
| URICA – Pré-contemplação | 2,13 | 2,00 | 0,508 | 1,14 | 3,57 |
| URICA - Contemplação | 4,15 | 4,14 | 0,420 | 2,86 | 5,00 |
| URICA - Ação | 3,85 | 4,00 | 0,634 | 2,00 | 5,00 |
| URICA - Manutenção | 3,43 | 3,43 | 0,567 | 2,00 | 4,29 |
| URICA - Prontidão para Mudança | 9,29 | 9,29 | 1,58 | 4,00 | 12,1 |
| QVV - Socioemocional | 73,2 | 75,0 | 22,4 | 31,3 | 100 |
| QVV - Físico | 61,9 | 62,5 | 19,0 | 29,2 | 100 |
| QVV- Global | 67,5 | 68,8 | 18,8 | 35,0 | 97,5 |

Resultados

Tabela 6 - Correlação entre as pontuações das perguntas da RP-V e as pontuações da URICA-V e do QVV

| | | URICA Pré- contemplação | URICA Contemplação | URICA Ação | URICA Manutenção | URICA | QVV Socioemocional | QVV Físico | QVV Global |
|---------------|---|----------------------------|-----------------------|---------------|---------------------|-------------|-----------------------|---------------|---------------|
| Pergunta 1 | r | -0,0116 | 0,0797 | 0,1334 | 0,2433 | 0,1664 | -0,1656 | 0,1251 | - 0,1039 |
| | p | 0,956 | 0,705 | 0,525 | 0,241 | 0,427 | 0,429 | 0,551 | 0,621 |
| Pergunta 2 | r | 0,1227 | 0,2728 | 0,1284 | 0,0447 | 0,1019 | 0,2296 | 0,0834 | 0,1822 |
| | p | 0,559 | 0,187 | 0,541 | 0,832 | 0,628 | 0,270 | 0,692 | 0,383 |
| Pergunta 3 | r | 0,1399 | 0,2307 | 0,2786 | 0,2662 | 0,2252 | -0,3070 | - 0,1984 | - 0,2468 |
| | p | 0,505 | 0,267 | 0,177 | 0,198 | 0,279 | 0,135 | 0,342 | 0,234 |
| Pergunta 4 | r | 0,1873 | 0,0408 | - 0,0982 | 0,0216 | - 0,0810 | 0,0533 | 0,3323 | 0,2646 |
| | p | 0,370 | 0,846 | 0,641 | 0,918 | 0,700 | 0,800 | 0,105 | 0,201 |
| RP-V | r | 0,225 | 0,242 | 0,180 | 0,246 | 0,153 | -0,082 | 0,169 | 0,058 |
| | p | 0,259 | 0,224 | 0,370 | 0,216 | 0,447 | 0,684 | 0,400 | 0,774 |

6 DISCUSSÃO

Este estudo analisou a motivação para mudanças de comportamento de pessoas disfônicas por meio de três enfoques distintos e inter-relacionados. Inicialmente, verificou-se a relação entre o estágio de motivação para tratamento vocal de pessoas disfônicas com idade, sexo, tipo de disfonia e qualidade de vida em voz; em seguida, a comparação do estágio de motivação para tratamento vocal e da qualidade de vida em voz antes e após um período de terapia vocal; e finalmente, o grau de motivação para tratamento vocal de pacientes com disfonia por meio da adaptação da régua de prontidão para cuidados com a voz e sua relação com a qualidade de vida em voz e os estágios motivacionais. A seguir, serão discutidos os resultados dos três enfoques separadamente e, também, os aspectos globais do estudo.

Relação entre o estágio de motivação para tratamento vocal de pessoas disfônicas com idade, sexo, tipo de disfonia e qualidade de vida em voz.

Em relação ao estágio de motivação para tratamento vocal de pessoas disfônicas, a análise dos 81 prontuários mostrou que a maioria dos pacientes estava no estágio de contemplação (64,2%), o que corresponde com os achados de outros estudos, nos quais a maioria (entre 55 a 80%) dos pacientes também se encontravam neste estágio (Teixeira *et al.*, 2013; Fahnin, 2015; Lopes e Vilela, 2016; Cavalcanti *et al.*, 2017; Costa *et al.*, 2017). O estágio de contemplação pode se associar com a presença da visualização de um problema por parte do paciente, o que pode levá-lo com maior probabilidade à procura de atendimento especializado, não sendo isso um fator preditivo na aderência ou no sucesso da terapia vocal (Teixeira *et al.*, 2013).

Porém, o presente estudo difere dos três citados anteriormente, uma vez que esta pesquisa mostrou que o segundo estágio mais comum dos pacientes foi a ação (25,9%) enquanto nos outros estudos (Teixeira *et al.*, 2013; Lopes e Vilela, 2016; Cavalcanti, *et al.*, 2017) este estágio mostrou-se em menor prevalência e o estágio de pré-contemplação ocupou o segundo lugar. Este resultado sobre o estágio de ação

do presente estudo pode se relacionar com o fato de todos os pacientes já terem sido submetidos ao exame laríngeo e já terem sido convocados para terapia vocal, o que pode ter contribuído para um comportamento mais ativo dos pacientes diante de seu problema vocal. Adicionalmente, outro estudo (Góes; Ferracciu; Silva, 2016) constatou que 66,7% dos pacientes avaliados estavam no estágio de ação, mas vale considerar que a situação dos participantes do estudo citado era diferente do presente estudo, pois os primeiros já estavam em tratamento.

Com relação ao sexo, o presente estudo contou com uma maioria feminina, o que também pode ser observado em outros estudos (Costa, 2015; Fahning, 2015; Lopes e Vilela, 2016; Costa *et al.*, 2017; Nogueira e Medeiros, 2018; De Aguiar *et al.*, 2020). A disfonia funcional acomete mais as mulheres e/ou estas são as que mais procuram por tratamento diante das disfonias. Aspectos como maior número de mulheres na docência, mudanças hormonais e características anatômicas contribuem para esta distribuição (Góes, Ferracciu, Silva, 2016; D'haeseleer, 2019; Petrović e Ilić, 2023)

Observou-se que não houve diferenças nos resultados da escala URICA e do protocolo QVV quando comparados ambos os sexos. Isso condiz com os achados em outros estudos (Góes; Ferracciu; Silva, 2016; Putnoki *et al.*, 2010), nos quais se evidenciou que o sexo não foi preditor de maior ou menor adesão à terapia ou qualidade de vida, porém contradiz os achados de um estudo que evidenciou um escore menor do domínio emocional do QVV na população masculina (Bastilha; Lima; Cielo, 2014). O resultado do presente estudo pode estar justificado porque tanto o processo de adesão à terapia como a qualidade de vida podem estar mediados por outros fatores, além do gênero, tais como o diagnóstico fonoaudiológico (Bastilha; Lima; Cielo, 2014; Góes; Ferracciu; Silva, 2016; Souza, *et al.* 2017) o grau de disfonia (Fatma; Yomna; Rasha, 2018; Nemr *et al.* 2018; Putnoki *et al.*, 2010;) a importância que tem a voz para o indivíduo Spina *et al.* (2009) o grau de adesão à terapia desde o início do tratamento Gama *et al.* (2012), o delineamento detalhado das terapias (Souza, *et al.* 2017), e ainda a abordagem que é usada dentro das sessões (Kopf; Graetzer; Huh, 2015).

Os participantes deste estudo tinham uma média de 47 anos de idade, semelhante à faixa etária de outros estudos que analisaram os estágios motivacionais para terapia vocal (Góes; Ferracciu; Silva, 2016; Lopes e Vilela, 2016). A porcentagem de participantes com disfonia comportamental foi de 65,4% e 34,6% com disfonia orgânica, condizente com a característica da demanda de pacientes que buscam terapia vocal.

O resultado da análise de regressão com diversas variáveis indicou que a idade e o tipo de disfonia não influenciaram de maneira significativa o resultado do escore geral da escala URICA. No estudo de Teixeira *et al.* (2013), ambas as variáveis também não tiveram uma relação com os resultados do URICA-V. Porém o estudo realizado por Góes, Ferracciu e Silva (2016) indicou que, para a população estudada, houve relação entre a idade e o tipo de disfonia com os estágios de motivação, sendo que, quanto mais velha a população e diante da presença de disfonia organofuncional, maior adesão à terapia. Este último estudo teve uma população de estudo pequena (18), comparada com o presente estudo e com o estudo de Teixeira *et al.* (2013), o que poderia justificar a presença de resultados divergentes.

Destaca-se no presente estudo que os escores do protocolo QVV aumentaram, enquanto diminuiu o escore total da URICA. Dessa forma, pode-se dizer que esses questionários foram inversamente proporcionais, assim, quanto maior a qualidade de vida, menor a tendência de adaptação às mudanças de comportamento. O estudo de Lopes e Vilela (2016) evidenciou pior qualidade de vida em voz no domínio emocional dos pacientes que se encontravam no estágio de contemplação quando comparados com aqueles que estavam no estágio de pré-contemplação. Assim, pode-se dizer que quem apresenta pior qualidade de vida, ou seja, quem percebe um pior impacto na sua vida cotidiana é quem mais procura atendimento e, portanto, esses pacientes têm maior interesse e prontidão para realizar as mudanças necessárias.

Dentre as variáveis consideradas na análise de regressão linear, a única que influenciou de maneira significativa o resultado do escore geral da escala URICA foi o escore global do QVV, sendo que, cada unidade que aumentou o QVV, diminuiu 0,03

na pontuação da URICA. Assim, poderia se afirmar então, que aqueles pacientes que apresentam maiores queixas na qualidade de vida relacionadas com a sua voz têm uma maior possibilidade de apresentar melhores estágios de adesão na terapia. No estudo realizado por Lopes e Vilela (2016) foi evidenciada uma correlação negativa entre o escore do URICA e o escore do QVV total e no domínio emocional, sugerindo com isso uma possível influência dos estados emocionais na prontidão para realizar as mudanças. É muito importante ressaltar que as disfonias trazem consigo outro tipo de alterações ou mudanças, além das vocais e que para o paciente implicam grandes transformações na sua vida cotidiana e profissional (Ugulino; Oliveira; Belhau, 2012), presença de condutas socioemocionais negativas tais como isolamento, depressão, ansiedade (Costa, 2015; Oliveira *et al.* 2022), e/ou frustração (Seifert e Kollbrunner, 2005). Dessa forma, poder-se-ia afirmar que quem é mais consciente dos impactos negativos da disfonia na vida cotidiana, teria uma maior consideração para resolver o problema e, portanto, possivelmente maior disposição e comprometimento no processo terapêutico vocal (Lopes e Vilela, 2016).

Tais aspectos reforçam a importância da habilidade do Fonoaudiólogo para detectar esses sintomas concomitantes à disfonia, e a importância do trabalho em parceria com a área da psicologia, nas diversas fases do tratamento vocal, permitindo dessa forma visualizar os estados mentais do paciente, presença/ausência de alterações emocionais que possam interferir no processo terapêutico fonoaudiológico, levando à escolha, por parte do terapeuta, de melhores ferramentas e abordagens para favorecer uma ótima atenção do paciente (Prochaska; Diclemente; Norcross, 2013), que por sua vez levaria a uma melhor adesão deste na terapia.

Mudanças no estágio de motivação para tratamento vocal e na qualidade de vida em voz após um período de terapia vocal

Serão discutidos agora, os resultados sobre a verificação da diferença no estágio de motivação para tratamento vocal e na qualidade de vida em voz após um período de terapia vocal de 44 pacientes com disfonia.

O presente estudo não mostrou uma diferença significativa entre os scores totais da URICA quando comparados o pré e pós-terapia, assim como nos estudos de Fahning (2015) e Costa (2015), nos quais também não houve significância estatística comparando o escore total da URICA nos momentos pré e pós-terapia. Vale ressaltar que o momento pós considerado na presente análise foi um período aproximadamente após três meses de terapia, sendo importante em futuro estudo, considerar o momento de alta terapêutica.

Entretanto, ressalta-se que houve redução na pontuação das questões correspondentes ao estágio de pré-contemplação e aumento na pontuação das questões do estágio de ação. Vale ressaltar que as terapias realizadas eram direcionadas ao caso, com abordagem eclética e, quando indicadas, eram utilizadas estratégias motivacionais. No estudo de Fahning (2015) evidenciou-se aumento no número de pacientes que se encontravam no estágio de contemplação e ação após a terapia, correspondente com os achados da presente pesquisa com respeito ao estágio de ação.

Tais resultados sobre o nível de prontidão para mudanças pré e pós-terapia em voz, poderia sugerir que o sucesso no engajamento do tratamento é multifatorial, podendo interferir agentes notadamente relacionados com a própria terapia, tais como a frequência das sessões, as modalidades de intervenção grupal ou individual e a duração total do tratamento (Vilela e Ferreira, 2006) quanto com aspectos demográficos (idade, sexo, classe social, presença de doenças ou deficiências físicas ou mentais concomitantes), assim como com elementos mais psicossociais tais como o relacionamento entre paciente-terapeuta, a receptividade do profissional ante comportamentos do paciente, os imaginativos e as expectativas que têm o paciente referente à doença e a terapia, presença/ausência de suporte familiar entre outros (Vermeire, *et al.*, 2001). Não obstante, existem ainda poucos estudos para poder determinar os elementos preditivos de um bom engajamento a um processo médico ou terapêutico, especialmente no campo da terapia vocal.

Com relação aos resultados do QVV pré e pós terapia, constatou-se um aumento nos escores do campo sócio emocional e global após o tratamento. Crisóstomo, (2017) observou no seu estudo também um aumento no escore global em pacientes com disfonia comportamental submetidos a terapias individuais, junto com melhora no domínio físico, enquanto os pacientes que receberam terapias grupais mostraram uma melhora no domínio socioemocional. Assim mesmo, Penha *et al.* (2023) constataram melhora em todos os domínios do questionário nos pacientes que receberam terapias presenciais versus aqueles que receberam as terapias semi-presenciais. Godoy *et al.* (2020) também encontraram um aumento nos escores globais do QVV aplicados a idosos que foram submetidos a terapias vocais intensivas (4 encontros semanais) e convencional (2 vezes por semana). Por outro lado, outros estudos (De Oliveira, 2013; Siqueira *et al.*, 2019) não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum domínio de QVV quando comparadas pré e pós-terapia. Esta divergência pode estar associada com o número de sessões que foram consideradas em cada estudo, a casuística e o tipo de abordagem terapêutica que foi realizada em cada uma das pesquisas.

O aumento dos escores do QVV após finalizado o processo terapêutico mostra a efetividade da terapia fonoaudiológica nos pacientes com queixas vocais. É importante então, não só fomentar a aplicação deste tipo de ferramentas nos atendimentos fonoaudiológicos cotidianos, mas também continuar realizando pesquisas permitindo demonstrar evidências dos efeitos do tratamento vocal.

Análise do grau de motivação para tratamento vocal de pacientes com disfonia por meio da adaptação da régua de prontidão para cuidados com a voz e sua relação com a qualidade de vida em voz e os estágios motivacionais

A régua de prontidão para cuidados com a voz foi adaptada da ferramenta “linha” para cuidados com a audição do Ida Institute (2009). Em alguns estudos ela é denominada “régua” e em outros, “linha”. No presente estudo, optou-se pela denominação “Régua de Prontidão em Voz– RP-V”. Os valores médios das quatro

perguntas da RP-V foram elevados (de 8,96 a 9,74) e a mediana foi o valor máximo (10 para todas as perguntas). Entretanto, observa-se que houve pacientes que indicaram valores baixos, como visto na coluna de valores mínimos da Tabela 5. O valor total da RP-V, composto pela média das questões 1 a 4 para disfonias comportamentais e questões 1 a 3 para disfonias orgânicas, indicou média 9,22, com mínimo de 7,5 para dois pacientes e máximo de 10 para quatro pacientes. A análise dos escores das respostas individuais e do total da RP-V mostra que o comportamento dos pacientes é particular, o que deve ser considerado na reabilitação vocal.

No geral, mostrou-se que não há correlação entre a Régua de prontidão (RP-V) e os resultados obtidos na URICA-V bem como no QVV, o que indica que os instrumentos avaliam aspectos diferentes e que não existe uma correspondência entre eles ou que seria necessária uma casuística maior que permita identificar a possível relação entre as três ferramentas. No estudo sobre reabilitação auditiva de (Kuchar, 2018) também não foi verificada correlação entre os resultados da URICA e da régua.

Entretanto, pode se observar que, enquanto na RP-V mostrou maior tendência a uma possível conduta de mudança nos comportamentos prejudiciais à voz e maior comprometimento no processo terapêutico, a URICA- V, por sua vez, evidenciou maior predisposição dos pacientes se situarem no estágio de contemplação, existindo assim, consciência do problema, mas ainda sem esforços efetivos que levem ao paciente a uma mudança real. Estes dados apontam para uma incongruência entre o que o paciente acha que pode ou que de fato está fazendo para mudar a sua conduta, medido a partir da régua.

Um estudo que analisou a linha (RP) em relação às doenças cardiovasculares indicou que essa ferramenta tem sido usada em um contexto clínico, demonstrando que o número encontrado não mede necessariamente um grau de motivação, mas é visto como uma ferramenta visual que incentiva um diálogo consciente entre o paciente e o terapeuta, que busca justamente demonstrar inconsistências (Cole *et al.*, 2023). Os pacientes tendem a responder bem à régua; independentemente do número específico fornecido pelo paciente, o clínico pode cultivar o diálogo sobre a mudança

pedindo ao cliente que explique por que deu aquele número e não um menor (Cole *et al.*, 2023). Assim, a utilidade da régua é demonstrar a ambiguidade dos pacientes que dizem estarem prontos para mudar seu comportamento, mas acham difícil interromper um hábito prejudicial.

A formulação das questões para o presente estudo seguiu o formato de perguntas abertas da entrevista motivacional, onde também são utilizadas declarações e reflexões (Cole *et al.*, 2023; Magill; Hallgreen, 2019). Assim como na entrevista motivacional, as perguntas propostas para o estudo seguem a premissa do cuidado centrado na pessoa, com foco na importância de melhorar a voz, na disposição para fazer terapia, na disposição para passar tempo em casa fazendo exercícios terapêuticos e na disposição para mudar seu hábito prejudicial específico. Tudo isso com o objetivo de ajudar a resolver a ambivalência, exigindo que o cliente seja um ouvinte ativo e promovendo a reflexão sobre as questões associadas aos comportamentos nocivos que o estão impedindo de participar da terapia.

A implementação da linha, proposta no estudo de (Kuchar, 2018), utilizou duas perguntas, sendo elas: quanto é importante para você melhorar sua audição agora? e quanto você acha que está pronto para usar, por exemplo, aparelhos auditivos ou estratégias de comunicação; e foi observado um aumento da motivação após reabilitação auditiva, de 8,69 para 9,15 na questão 1 e de 6,62 para 9,31 na questão 2.

A teoria motivacional (MTT) ainda tem muito a ser explorado em relação à disfonia, embora haja avanços em fonoaudiologia em MTT (URICA e RP), estes estudos estão voltados na área da audiolgia, estudando mudanças comportamentais em candidatos e usuários de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (Kuchar, 2018). No entanto, este estudo permitiu observar que é necessário continuar estudando a população disfônica à luz do MTT, como a teoria da entrevista motivacional, as outras ferramentas para medir a motivação, os processos e os níveis de mudança, bem como outros estudos que também se preocupam com o reconhecimento dos estados de mudança na disfonia. É muito importante tornar

visível a disposição e a motivação do paciente para realizar as terapias, pois disso depende o sucesso da terapia (Teixeira *et al.*, 2013).

Considerações gerais

A etapa prospectiva do estudo sobre a motivação de pacientes com disfonia para mudanças de comportamento foi adaptada para o formato online por ter sido desenvolvida durante o período de restrição social que a pandemia por COVID-19 impôs. Além da forma de aplicação dos instrumentos, houve também redução do número de participantes em potencial, por dificuldades de alguns deles usarem os recursos online de aplicação dos instrumentos. O uso das ferramentas online possibilitou o atendimento de pacientes que não puderam frequentar a clínica devido à pandemia. Isso demonstrou que a ferramenta pode contribuir para a conscientização dos pacientes, apesar da distância, e sem incorrer em custos adicionais. A integração de intervenções digitais e interativas tem sido crucial para promover o engajamento e a participação ao longo do tempo em populações que tendem a ter altas taxas de recaída (Ramsey *et al.*, 2023). No futuro, seria interessante estudar a aplicação física da RP-V em comparação com a aplicação online para verificar se há alguma variação nas respostas dos pacientes, sendo que tal comparação também poderia se realizar com as demais ferramentas analisadas no estudo.

A RP-V deve ser utilizada clinicamente e em pesquisas qualitativas e quantitativas com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre as suas contribuições, inclusive para se desenvolver futura validação de sua utilização com pacientes disfônicos. Conclui-se que o presente estudo propõe o uso da régua como uma forma de monitoramento durante a terapia.

Os instrumentos URICA-V e QVV foram recentemente validados por meio da teoria de resposta ao item (De Aguiar *et al.*, 2023; Almeida *et al.*, 2022) e análises como as do presente estudo poderão ser futuramente realizadas considerando tais versões.

As reflexões proporcionadas por este estudo reforçam que a motivação é influenciada pelo bem-estar e pela satisfação que os pacientes podem alcançar por

meio da saúde física, da saúde mental, das relações sociais e do ambiente físico. Entretanto, a particularidade de cada caso significa que as ferramentas motivacionais e o modelo transteórico proposto precisam ser aprofundados e fundamentados à luz de estudos interessados em descrever comportamentos e desafios nesta área.

Os resultados do presente estudo indicam que a motivação do paciente para a terapia vocal no início do tratamento independe de idade, sexo e tipo de disfonia, mas depende da percepção do paciente do quanto o seu problema de voz interfere em sua qualidade de vida. Embora exista um movimento dos pacientes mudarem sua motivação ao longo do tratamento, pois observou-se uma progressão dos pacientes da pré-contemplação para a ação, o escore global da escala URICA-V não evidencia esta mudança; já o protocolo QVV mostra melhora na qualidade de vida em voz após o mesmo período. A RP-V obtém dados ricos em relação à motivação do paciente para terapia de voz, os quais devem ser considerados durante o processo de reabilitação vocal, entretanto, suas respostas não se relacionam diretamente com a URICA-V e o QVV. A RP-V, como ferramenta de autoavaliação, contribui para o planejamento de estratégias na terapia fonoaudiológica, com foco nas necessidades de cada paciente. Tais aspectos sugerem que os três instrumentos são complementares e devem ser considerados na fase inicial de tratamento, bem como nas diversas fases de acompanhamento dos efeitos da terapia.

7 CONCLUSÕES

O estudo sobre a motivação para mudanças de comportamento de pessoas disfônicas permitiu as conclusões a seguir.

Não houve diferença nos resultados da URICA-V e QVV entre homens e mulheres.

O resultado da Escala URICA-V correlacionou-se com os domínios físico, socioemocional e total do protocolo QVV.

Dentre as variáveis idade, sexo, tipo de disфонia e qualidade de vida em voz, a última pode ser considerada preditora da motivação para tratamento vocal de pessoas disfônicas.

Não houve diferença no escore da escala URICA-V após um período de terapia vocal, mas a pontuação das questões de contemplação reduziu e das questões de ação aumentou após terapia. Houve aumento do escore dos domínios sócio emocional e global QVV após terapia vocal.

Os pacientes apresentaram valores elevados nas questões da RP-V, os quais não se relacionaram com os resultados da URICA-V e do QVV.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, L.N.; BEHLAU, M.; RAMOS, N.D.S.; BARBOSA, I. K.; ALMEIDA, A.A. (2022). Factor analysis of the brazilian version of the voice-related quality of life (V-RQOL) questionnaire. *Journal of Voice*, 36(5), 736-e17-736.e24. doi: 10.1016/j.jvoice.2020.08.033. [https://www.jvoice.org/article/S0892-1997\(20\)30333-7/abstract](https://www.jvoice.org/article/S0892-1997(20)30333-7/abstract)
2. ASHA - American Speech-Language-Hearing Association. Voice Disorders. (Practice Portal). Disponível em: www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Voice-Disorders/. Acesso 03, 29, 2022.
3. BASTILHA, G.R.; LIMA, J.P.M.; CIELO, C.A. Influência do sexo, idade, profissão e diagnóstico fonoaudiológico na qualidade de vida em voz. **Rev. CEFAC.**, v. 16, n. 6, p. 1900-1907, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/CmRrYV35rd86bSmf9TrHRym/?lang=en&format=pdf>
4. BEHLAU, M. et al. Voice self-assessment protocols: different trends among organic and behavioral dysphonias. *Journal of Voice, Brasil*, v. 31, n. 1, p. 112.e13-112.e27, 2017 DOI <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.014>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.014>.
5. BEHLAU, M.; PONTES, P.; MORETI, F. Higiene vocal: cuidando da voz. Brasil: **Revinter Ltda.**, 2017
6. BEHLAU, M.; AZEVEDO, R.; PONTES, P. Conceito de voz normal e classificação das disfonias. *Voz: o livro do especialista* 1. p. 53-79. 2001
7. BEHLAU, M. The 2016 G. Paul Moore Lecture: Lessons in Voice Rehabilitation: **Journal of Voice and Clinical Practice**. Philadelphia, V. 33, P. 669-681. 2019 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.02.020>
8. BOGOCH, I.I.; HOUSE, R.A.; KUDLA, I. Perceptions about hearing protection and noise-induced hearing loss of attendees of rock concerts. **Canadian Journal Of Public Health**, Canada, v. 96, n. 1, p. 69-72, 2005. DOI [10.17269/CJPH.96.583](https://doi.org/10.17269/CJPH.96.583). Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9bce/021af4be65c81f12b3b9de5b4d5346254b67.pdf>
9. CABRERA, G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. **Revista facultad nacional de salud pública**, Colômbia, v. 18, n. 2, p. 129-138, 2000. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>
10. CAVALCANTI, N. R. *et al.* Efeito do programa abrangente de reabilitação vocal em professores com disfonia comportamental. **CODAS**, Brasil, v. 30, n. 4, p. 1-8, 2017. DOI 10.1590/2317-1782/20182017182. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v30n4/2317-1782-codas-30-4-e20170182.pdf>

11. COLE, S.A. *et al.* Using motivational interviewing and brief action planning for adopting and maintaining positive health behaviors. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 77, p. 86-94, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.02.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033062023000099>
12. COSTA C.V. **Estágios motivacionais e sua correlação com sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com disfonia**. 2015. 87 p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2015. DOI <https://doi.org/10.11606/D.25.2015.tde-03062015-084513>. Disponível: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25143/tde-03062015-084513/en.php>
13. COSTA, B. *et al.* Estágio de prontidão de pacientes com disfonia comportamental em avaliações de terapia de voz pré e pós-grupo. **CODAS**, Brasil, v. 249 n.4, p. 1-8, 2017. DOI 10.1590/2317-1782/20172016198. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n4/2317-1782-codas-29-4-e20160198.pdf>
14. CRISÓSTOMO, F. L. S. **Qualidade de vida em voz: pós duas modalidades terapêuticas**. 2017. 75 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/9018/2/arquivototal.pdf>
15. D'HAESELEER, E. *et al.* The impact of the menopause on the voice. **Revista de logopedia, foniatria y audiología**, v. 29, n. 4, p. 257-261, 2009. DOI [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(09\)70033-6](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(09)70033-6). Disponível: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214460309700336>
16. DE AGUIAR, A. C. *et al.* Stages of readiness in patients with dysphonia: a proposal based on factor analysis using the URICA-V scale. **J Voice**, v. 34, n. 4, p. 547-558, 2020. DOI 10.1016/j.jvoice.2018.12.004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0892199718303308?via%3Dihub>
17. DE AGUIAR, A. C. *et al.* Urica-VV Scale: A New Research Perspective of The Stage of Readiness for Treatment in Patients with Dysphonia. **J Voice**, v. 37, n. 6, p. 807-821, 2023. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.06.004>. Disponível em: [https://www.jvoice.org/article/S0892-1997\(21\)00184-3/fulltext](https://www.jvoice.org/article/S0892-1997(21)00184-3/fulltext)
18. DE OLIVEIRA, I. B. A pessoa com disfonia: análise comparativa pré e pós terapia vocal. **Distúrb Com**, v. 25, n. 1, p. 103-118, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14929/11137>
19. DICLEMENTE, C.C.; SCHLUNDT, D.; GEMMELL, L. Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. **The American Journal on Addictions**, v. 13, n. 2, p. 103-119, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1080/10550490490435777>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1080/10550490490435777>
20. FAHNING, A. K. C. A. **Terapia de grupo como facilitadora da adesão do paciente com disfonia comportamental**. 2015. 81 p. Dissertação (Mestrado

- em Modelos de Decisão em Saúde) – Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7969/2/arquivototal.pdf>
21. FATMA, E.M.; YOMNA, H.E.; RASHA, M.S. Grade of Dysphonia: Correlation with Patient Self-Assessment Questionnaire and Acoustic Measures. **The Medical Journal of Cairo University.**, v. 86, p. 4023-4032, 2018. DOI: [10.21608/MJCU.2018.62199](https://doi.org/10.21608/MJCU.2018.62199). Disponível em: https://mjcu.journals.ekb.eg/article_62199.html
22. FLOYD J.; ZEBROWSKI P.M.; FLAMME, G.A. Stages of change and stuttering: a preliminary view. **Journal of Fluency Disorders**, v. 32, n. 2, p. 95-120, 2007 DOI 10.1016/j.jfludis.2007.03.001. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0094730X07000186?token=445D71C2506DAAA280C6507291F1C1DD3E70AD59BC28EBC5223E99FEBD18CD64B3BE323026DFB4AF1614AC0DB762001>
23. GABELE, M. **Development and design of software-based methods to promote motivation of patients in cognitive rehabilitation.** 2023. 385 p. Dissertação - Fakultät für Informatik der Otto-von-Guericke, Universität Magdeburg, Magdeburg, 2023. Disponível em: <https://repo.bibliothek.uni-halle.de/handle/1981185920/103813>
24. GALVÃO, J. G. *et al.* Experiences of a motivational interview delivered by a robot: qualitative study. **Journal of medical Internet research**, v. 20, n. 5, 2018. DOI [10.2196/jmir.7737](https://doi.org/10.2196/jmir.7737). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29724701/>
25. GAMA, A.C.C. *et al.* Adesão a orientações fonoaudiológicas após a alta do tratamento vocal em docentes: estudo prospectivo. **Rev. CEFAC**, v. 14, n. 4, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000105>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/V4VZfQxnPY8cDNpJ67GWLrc/>
26. GASPARINI, G.; BEHLAU, M. Quality of life: validation of the Brazilian version of the voice-related quality of life (V-RQOL) measure. **Journal of Voice**, Philadelphia, v. 23, n. 1, p. 76-81, 2009. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.04.005>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0892199707000628>
27. GODOY J.F. *et al.* Método intensivo de terapia vocal para idosos. **Audiol., Commun. Res.**, v. 25, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2098>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/QnMwKvNBhvGvXSgVS4K4BWM/?format=html&lang=en>
28. GÓES, T.R.V.; FERRACCIU, C.C.S; SILVA D.R.O. Associação entre a adesão da terapia vocal e perfil de atividades vocais em pacientes disfônicos comportamentais. **CODAS**, Brasil, v. 28, n. 05, p. 595-601, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015232>. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822016005014102&script=sci_abstract&tlng=pt

29. GRIFFIN, G. A. *et al.* Exploring the Transtheoretical Model of Change, Barriers, and Motives to Telemedicine Adoption in Athletic Training. **Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice**, v. 21, n. 2, 2023. DOI 10.46743/1540-580X/2023.2267. Disponível: <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol21/iss2/12/>
30. IDA INSTITUTE. **Motivation tools: the line, box and circle**. 2009. Disponível em: https://idainstitute.com/fileadmin/user_upload/documents/Motivational_Tools_final_nov13.pdf
31. KALDO V.; RICHARDS J.; ANDERSSON G. Tinnitus Stages of Change Questionnaire: Psychometric development and validation. **Psychology, Health and Medicine**, London, v. 11, n. 4, p. 483-97, 2006. DOI <https://doi.org/10.1080/13548500600726674>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548500600726674>
32. KLIMEK, L. *et al.* Visual analogue scales (VAS): Measuring instruments for the documentation of symptoms and therapy monitoring in cases of allergic rhinitis in everyday health care. **Allergo J Int**, v. 26, n. 1, p. 16-24, 2017. DOI 10.1007/s40629-016-0006-7. Disponível: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs40629-016-0006-7.pdf>
33. KOPF, L.M; GRAETZER, S.; HUH, J. Videos Influence Behavior Change Measures for Voice and Speech in Individuals with Parkinson's Disease. **Proc Wirel Health**, 2015. DOI 10.1145/2811780.2811932. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26949753>
34. KUCHAR J. **Escala de estágios de mudança de comportamento em candidatos e usuários de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI)**. 2017. 138 p. Dissertação (Doutorado) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2018. DOI <https://doi.org/10.11606/T.25.2018.tde-11062018-191725>. Disponível: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25143/tde-11062018-191725/en.php>
35. KUCHAR, J; FERRARI D.V; ABRAMIDES D.V.M. Focal group as strategy for adaptation of an instrument of evaluation of the deficient periods of training of change in auditory. **Int. Arch. Otorhinolaryngol**, vol. 16, 2012. DOI: 10.7162/S1809-9777201200S1O-016. Disponível em: https://arquivosdeorl.org.br//conteudo/acervo_eng.asp?id=908
36. LAPLANTE-LÉVESQUE, A.; HICKSON, L., WORRALL, L. Stages of change in adults with acquired hearing impairment seeking help for the first time: application of the transtheoretical model in audiologic rehabilitation. **Ear. Hear.**, v. 34, n. 4, p. 447-457, 2023. DOI 10.1097/AUD.0b013e3182772c49. Disponível em: https://journals.lww.com/ear-hearing/abstract/2013/07000/stages_of_change_in_adults_with_acquired_hearing.6.aspx
37. LESNER, S. A.; KRICOS, P. B. Acknowledgement of and adjustment to hearing loss: Applications of the transtheoretical Stages-of-Change Model. **American Speech-Language-Hearing Association**, Estados Unidos, v. 8, n.1, p. 13-15.

2003. DOI <https://doi.org/10.1044/gero8.1.13>. Disponível em: <https://pubs.asha.org/doi/pdf/10.1044/gero8.1.13>
38. LIU, C. *et al.* Reliability and validity of the Chinese version of URICA-Voice scale. **Lin Chuang Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi**, China, v. 37, n. 5, p. 323-328, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10495775/>
39. LOPES, L.W.; VILELA, E.G. Autoavaliação e prontidão para mudança em pacientes disfônicos. **CoDAS**, Brail, v. 28, n. 3, p. 295-301, 2016. DOI 10.1590/2317-1782/20162015111. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304743975_Autoavaliacao_e_prontidao_para_mudanca_em_pacientes_disfonicos
40. MAGILL, M.; HALLGREN Mechanisms of behavior change in motivational interviewing: do we understand how MI works?. **Current Opinion in Psychology**, v. 30, p. 1-5, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.12.010>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352250X18302422>
41. MCCONNAUGHY, E.A.; PROCHASKA, J.O.; VELICER, W.F. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. **Psychotherapy: theory, research and practice**, Estados Unidos, v. 20, n. 3, p. 368-375, 1983. DOI <https://doi.org/10.1037/h0090198>. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/McConnaughyetal-1983-URICA-Psychotherapy%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/McConnaughyetal-1983-URICA-Psychotherapy%20(4).pdf)
42. MENEZES, L. N. *et al.* Atendimento em voz no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, 2011 DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WcsRfN54dVWWDGhYhMYLbPt/?format=pdf&lang=pt>
43. MORETI, F. T. G. **Questionário De Saúde E Higiene Vocal – Qshv: Desenvolvimento, Validação E Valor De Corte**. 2016. 120 p. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/41300>
44. NEMR, K. *et al.* Voice deviation, dysphonia risk screening and quality of life in individuals with various laryngeal diagnoses. **Clinics**, v.73, 2018. DOI: 10.6061/clinics/2018/e174. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1807593222005245?via%3Dihub>
45. NIDECKER M. *et al.* Application of the Transtheoretical Model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. **Psychotherapy: theory, research and practice**, Chicago, v. 33, n. 8, p. 1021-1030, 2008. DOI [10.1016/j.addbeh.2008.03.012](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.03.012). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2583262/>

46. NOGUEIRA, B.; MEDEIROS, A. Comportamento vocal e condições de trabalho de professores após fonoterapia para tratamento de disfonia comportamental. **Audiol., Commun. Res.**, v. 23, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2061>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/94rmXBfFP3Jf7vn9wrnX3LP/?format=pdf&lang=pt>
47. OLIVEIRA, M.; SZUPSYNSKI, K.; DICLEMENTE, C. Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. **Psico**, v. 41, n. 1, p. 40-46, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-587631>
48. PENHA, P.B.C *et al.* Effectiveness of a Blended-Learning Intervention in Teachers' Vocal Health. **J Voice**, v. 37, n 4, p. 635.e1-635.e13, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.03.012>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0892199721001028>
49. PETROVIĆ, L. M.; SAVIC, I. I. Changes in the level of sex hormones with aging and their influence on the voice. **Health Care.**, v. 52, n. 3, p. 56-65, 2023. DOI <https://www.doi.org/10.5937/zdravzast52-44412>. Disponível em: <https://www.komorazus.org.rs/pdf/casopis/Casopis%20ZZ%202023-3.pdf#page=57>
50. PEDROSA, F. G., GARCIA, F. D., e LOUREIRO, C. M. V. Abordagem de tratamento musicoterapêutico em dependência química baseado no Modelo Transteórico de Mudança. **Per Musi**, v.42 p 1-16. (2022). DOI <https://periodicos.ufmg.br/index.php/permusi/article/download/36890/30227/125195>
51. PROCHASKA J.O. Decision Making in the Transtheoretical Model of Behavior Change. **Medical Decision Making**, California, v. 28, n. 6, p. 845-849, 2008. DOI <https://doi.org/10.1177/0272989X08327068>. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/cfa6/4338705a4903b3d38ae98901dc21183bf86c.pdf>
52. PROCHASKA, J.M; PROCHASKA, J.O.; LEVESQUE, D.A. A transtheoretical approach to changing organization. **Adm Policy Ment Health**, New York, v. 28, n. 4, p. 247-261, 2001. DOI doi: 10.1023/a:1011155212811. Disponível em: <https://welcomeinsight.com/wp-content/uploads/2013/06/A-Thanstheoretical-approach-to-changing-organisations-Procheska-et-al-2001.pdf>
53. PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE C.C., NORCROSS J.C. Applying the stages of change. In: KOOCHER, G.P; NORCROSS, J.C; GREENE, B.A. **Psychotherapy Desk Reference**. Estados Unidos, Oxford University Press. 2013. cap. 34, p. 177-181.
54. PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Psychoter Theory Res Practice**, v.19, n. 3, p. 276-288, 1982. DOI doi: <https://doi.org/10.1037/h0088437>. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1984-26566-001>

55. PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C.; NORCROSS, J.C. In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. **Am Psychol**, Washington, v. 47, n. 9, p. 1102-14, 1992. DOI 10.1037//0003-066x.47.9.1102. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/cfa6/4338705a4903b3d38ae98901dc21183bf86c.pdf>
56. PUTNOKI, D.A. *et al.* Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com gênero, idade e uso vocal profissional. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, v. 15, n. 4, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342010000400003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/LX4wQSqnNp7t6rvCXVJLPhD/?lang=pt>
57. RAMSEY, A.T. *et al.* Leveraging Implementation Science in the Treatment of Tobacco Use Disorder. **Mo Med**, v. 1240, n. 4, p 285-291, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37609466/>
58. RAYMOND, D.M.; LUSK, S.L. Staging workers' use of hearing protection devices: Application of the Transtheoretical Model. **AAOHN Journal**, Estados Unidos, v. 54, n. 4, p. 165-172, 2006a. DOI 10.1177/216507990605400406. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/216507990605400406>
59. RAYMOND, D.M.; LUSK, S.L. Testing decisional balance and self-efficacy applied to workers' use of hearing protection. **Nursing Reserach**, Estados Unidos, v. 55, n. 5, p. 328-335, 2006b. DOI 1 10.1097/00006199-200609000-00005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16980833>
60. ROSSI-BARBOSA, L.A.; GAMA, A.C.; CALDEIRA, A. Associação entre prontidão para mudanças de comportamento e queixa de disfonia em professores. **CoDAS**, Brasil, v. 27, n. 2, p. 170-177, 2015. DOI 10.1590/2317-1782/20152013088. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/codas/v27n2/pt_2317-1782-codas-27-02-00170.pdf
61. SEIFERT, E.; KOLLBRUNNER, J. Stress and distress in non-organic voice disorder. **Swiss Med Wkly.**, v. 135, n. 28-28, p. 387-397, 2005. DOI: 10.4414/smw.2005.10346. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16220409/>
62. SIMBERG, S. *et al.* Exploring Genetic and Environmental Effects in Dysphonia: A Twin Study. **J Speech Lang Hear Res.**, v. 52, n. 1, p. 153-63, 2009. DOI [10.1044/1092-4388\(2008/07-0095\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0095)). Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/07-0095\)](http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0095))
63. SIQUEIRA L.T.D. *et al.* Effects of transcutaneous electrical nervous stimulation (TENS) associated with vocal therapy on musculoskeletal pain of women with behavioral dysphonia: A randomized, placebo-controlled double-blind clinical trial. **J Commun Disord.**, v. 82, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.105923>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0021992418300911>
64. SINGH, B.; OLDS, T.; BRINSLEY, J.; DUMUID, D.; VIRGARATA, R.; MATRICCIANI, L., e MATHER, C. Systematic review and meta-analysis of the

- effectiveness of chatbots on lifestyle behaviours. **Digital Medicine**. V. 6 P 118. 2023 DOI: <https://www.nature.com/articles/s41746-023-00856-1>
65. Silva, H. F. D. (2022). Etapas finais do processo de validação da escala Urica-VV: responsividade e relação com outras variáveis da avaliação multidimensional da voz. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/24921>
66. SOUZA, B.O. Adesão e satisfação de professores participantes do Programa Integral de Reabilitação Vocal. **Distúrb Comun.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 284-291, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i2p284-291>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/30345/22999>
67. SPINA, A.L. Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 75, n. 2, p. 275-279, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992009000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rboto/a/fkqG9HjCDYssTKYxPWfjP4H/?format=pdf&lang=pt>
68. TEIXEIRA, L. C. *et al.* Escala URICA-VOZ para identificação de estágios de adesão ao tratamento de voz. **CoDas**, Brasil, v. 25, n. 1, p. 8-15, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v25n1/v25n1a03.pdf>
69. TURNBULL, J. The transtheoretical model of change: Examples from stammering. **Counselling Psychology Quarterly**. Reino Unido, v. 13, n. 1, p. 13-21, 2000 DOI <https://doi.org/10.1080/09515070050011033> Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09515070050011033>
70. UGULINO, A.C.; OLIVEIRA, G.; BELHAU, M. Disfonia na percepção do clínico e do paciente. **J Soc Bras Fonoaudiol.**, v. 24, n. 2, p. 113-118, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2179-64912012000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jsbf/a/hGvrBdkP9BMQhj8yhMwNynw/?format=pdf&lang=pt>
71. VAN LEER, E.; HAPNER, E. R.; CONNOR N. P. Transtheoretical Model of Health Behavior Change Applied to Voice Therapy. **Journal of Voice**, Estados Unidos, v. 22, n. 6, p. 688-698. 2008 DOI [10.1016/j.jvoice.2007.01.011](https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.01.011). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904548/>
72. VELASQUEZ, M.M.; CROUCH, C.; STEPHEINS, N.S.; DiClemente, C.C. Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual. 2. ed. New York: The Guilford Press., 2016
73. VERMEIRE, E.; HEARNshaw, H.; VAN ROYEN, P.; DENEKENS, J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **J Clin Pharm Ther**, v. 26, n. 5, p. 331-342, 2001. DOI [10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11679023/>
74. VILELA, F. C., FERREIRA, L. P. Voz na clínica fonoaudiológica: grupo terapêutico como possibilidade. **Distúrb. Com**, v. 18, n. 2, p. 235-243, 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-440665>

75. YOSHIDA, E. M. P. Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. **Psico-USF**, Brasil, v. 7, n. 1, p. 59-66, 2002. Disponível: <https://www.researchgate.net/publication/239931948>
76. ZENCKE da SILVA, K.; BELLO, J.Z.; CASSOL, M. Motivational Stage Analysis of Patients with Behavioral Dysphonia. **Folia Phoniatica et Logopaedica**, v. 72, n. 4, p. 267-272, 2020. DOI <https://doi.org/10.1159/000500403>. Disponível em: <https://karger.com/fpl/article-abstract/72/4/267/141525/Motivational-Stage-Analysis-of-Patients-with?redirectedFrom=fulltext>

Apêndice A – Escala de Prontidão (adaptado de IDA INSTITUTE, 2009)**Escala de Prontidão Adaptada à Área da voz – Disfonia Comportamental (IDA INSTITUTE, 2009)**

Por favor responda em uma escala de “0 = Nada” a “10 = Muito” às seguintes perguntas:

1. O quanto é importante para você melhorar a sua VOZ agora?

2. O quanto você está disposto a vir assiduamente à terapia?

3. O quanto você está disposto a fazer terapia (exercícios) em casa?

4. Muitas vezes, para se reduzir as alterações da voz, é necessário modificar hábitos como falar sem esforço, não gritar, hidratar o organismo, dentre outros. O quanto você está disposto a melhorar os seus hábitos?

ANEXO A – Parecer CEP CAAE 16147419.0.0000.5417

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Estágios motivacionais para mudanças durante tratamento de voz

Pesquisador: Aldione Ghedini Brasolotto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16147419.0.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.649.913

Apresentação do Projeto:

O estudo propõe-se analisar se o processo terapêutico modifica o estágio motivacional do paciente para as mudanças necessárias durante a reabilitação vocal e quais fatores contribuem para isso.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar e comparar os Estágios Motivacionais para Mudanças de indivíduos disfônicos no início e durante o tratamento de voz.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de versão 3 para correção de pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Agora estão adequados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado sem restrições de ordem ética.

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:** cep@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP**



Continuação do Parecer: 3.648.913

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 09/10/2019, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação desta, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB: INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_1379869.pdf | 23/09/2019 00:40:56 | | Aceito |
| Outros | carta_de_encaminhamento3.pdf | 23/09/2019 00:38:33 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_URICA_QVV-versao2.pdf | 23/09/2019 00:32:42 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
| Outros | autorizacao_banco_de_dados.pdf | 19/06/2019 19:19:51 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_URICA_retrospectivo.pdf | 19/06/2019 19:19:01 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | 01.jpg | 19/06/2019 18:04:37 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | 02.jpg | 19/06/2019 18:04:09 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO.pdf | 19/06/2019 18:03:12 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA B
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.013-901
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP



Continuação do Parecer: 31819/193

BAURU, 18 de Outubro de 2019

Assinado por:
Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
(Coordenador(a))

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: cep@fob.usp.br

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Estágios Motivacionais para Mudanças Durante Tratamento de Voz
Pesquisador Responsável: Alcione Ghedini Brasolotto

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa que tem como objetivo identificar e comparar os estágios motivacionais no processo de terapia de pacientes da clínica de voz no início e durante o tratamento.

Para isso, você não precisará realizar nada novo, pois se você consentir, os pesquisadores apenas realizarão consulta aos dados de seu prontuário e aos questionários que você respondeu no período em que foi atendido na clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Os questionários a serem consultados são o QVV (Qualidade de Vida em Voz) e o URICA-Voz.

As respostas dos dois questionários serão comparadas e os seus dados serão agrupados com os resultados dos outros pacientes de voz por análise estatística. O processo ajudará a verificar se há relação entre os estágios motivacionais e os tipos de disfonias e as queixas em relação à qualidade de vida em voz.

Não há previsão de custos ao participante em casos de acesso à dados pré-existentes em prontuários de pacientes e, portanto, não haverá ressarcimento de despesas. Você não é obrigado (a) a consentir o acesso aos dados já existentes em seu prontuário. Mesmo após consentir, você pode mudar de ideia se desejar e isto não o(a) prejudicará, caso necessite de qualquer outro atendimento da Clínica de FONOAUDIOLÓGIA da Faculdade de Odontologia de Bauru. Não são esperados danos a partir da participação em pesquisas deste tipo, porém, caso eventuais danos ao participante ocorram, é assegurado o direito à indenização. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em artigos escritos ou apresentação de eventos científicos, entretanto sua identidade será mantida em sigilo, mantendo o caráter confidencial da informação relacionada a privacidade do participante. Você poderá também obter os resultados, se assim desejar, entrando em contato com as pesquisadoras na Clínica de FONOAUDIOLÓGIA da Faculdade de Odontologia de Bauru.

Oferecemos duas opções de preenchimento e assinatura deste termo de consentimento. Você pode comparecer à Clínica de Fonoaudiologia pessoalmente e assinar o termo; neste caso, você receberá uma via assinada. A outra forma é receber o termo por e-mail, o qual você deverá fazer a gentileza de responder, preenchendo o documento no corpo do e-mail com o seu nome, número da cédula de identidade, local e data e encaminhando a resposta para o remetente.

Rubrica do pesquisador responsável

Rubrica do participante da pesquisa



**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Departamento de Fonoaudiologia

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, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o participante da pesquisa, 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 do sigilo profissional (Art. 13º do Código de Ética Fonoaudiológico). Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3 e IV.4, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012. Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão Caso queira apresentar reclamações em relação à sua participação no estudo, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FOB/USP pelo endereço Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, pelo telefone (14) 3235-8356 (sala no prédio da Biblioteca FOB/USP) e caso queira esclarecimentos quanto à pesquisa, com a docente responsável Profa. Dra. Alcione Ghedini Brasolotto pelo telefone (14) 3435-8470.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Profa Dra. Alcione Ghedini Brasolotto
Responsável

Participante da pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, organizado e criado pela FOB-USP, em 29/06/98 (Portaria GD/0698/FOB), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira (em dias úteis), no horário das 14hs às 17h30.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901

Telefone/FAX(14)3235-8356

e-mail: cep@fob.usp.br

ANEXO C - Parecer CEP CAAE 26148919.9.0000.5417

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Escalas de prontidão para mudanças de comportamento em pacientes com disfonia

Pesquisador: Alcione Ghedini Brasolotto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 26148919.9.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.142.359

Apresentação do Projeto:

O Estudo "Escalas de prontidão para mudanças de comportamento em pacientes com disfonia" tem a finalidade de aprofundar os conhecimentos das modificações que ocorrem no processo de terapia de voz por meio de métricas e análises variadas dos estágios motivacionais do paciente para as mudanças necessárias durante a reabilitação vocal e conhecer quais fatores contribuem para isso. Serão aplicados os instrumentos Escala Úrica-V, Escala Úrica-Va, Qualidade de Vida em Voz, Autopercepção vocal, Régua de Prontidão e será realizada análise perceptivoauditiva vocal de 30 pacientes com disfonia em atendimento na Clínica de Fonoaudiologia. Será analisado o nível de prontidão (mensurado pela régua de prontidão) para mudanças de comportamento e o estágio de motivação mensurado por duas escalas (URICA-V e URICA-Va), bem como a correspondência entre eles em pacientes com disfonia. Será analisado também o nível de prontidão e os estágios motivacionais para mudanças de comportamento em pacientes com disfonia em relação ao diagnóstico da disfonia, à qualidade de vida em voz, à idade, ao sexo, à severidade da disfonia e à autopercepção vocal. Por fim, será verificado se há diferenças em relação ao nível de prontidão e aos estágios de motivação para mudanças de comportamento quando o paciente com disfonia está no começo ou em fase avançada de terapia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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:** cep@fob.usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP



Continuação do Parecer: 4.142.358

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A solicitação de emenda, para a realização do trabalho também no formato à distância, foi realizada de forma adequada quanto à forma e ao conteúdo e portanto está aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda apresentada pelo(a) pesquisador(a) foi considerada APROVADA, na reunião ordinária do CEP de 02/07/2020, via Google Meet, devido à pandemia da COVID-19 e por orientações da CONEP, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_157589_6_E1.pdf | 12/06/2020 00:00:10 | | Aceito |
| Outros | carta_emenda.pdf | 11/06/2020 23:50:09 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_emenda.pdf | 11/06/2020 23:44:16 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEadistancia.pdf | 11/06/2020 23:40:53 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEpresencial.pdf | 11/06/2020 23:40:31 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO_Unica_Prospectivo.pdf | 13/12/2019 12:40:18 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
| Outros | checklist.pdf | 22/11/2019 01:35:26 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DeclaracaoCompromissoPesquisadorResultadosPesquisaURICAprospectivo.pdf | 22/11/2019 01:34:50 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |

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

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP



Continuação do Parecer: 4.142.359

| | | | | |
|--|--------------------|------------------------|--------------------------------|--------|
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | encaminhamento.pdf | 22/11/2019 01:34:34 | Alicione Ghedini Brasolotto | Aceito |
|--|--------------------|------------------------|--------------------------------|--------|

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 08 de Julho de 2020

Assinado por:

Juliana Fraga Soares Bombonatti
(Coordenador(a))

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: cnp@fob.usp.br

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Página 1 de 2

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Escalas de Prontidão para Mudanças de Comportamento em Pacientes com Disfonia
Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Alcione Ghedini Brasolotto

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa que tem como objetivo verificar a motivação no processo de terapia de pacientes da clínica de voz no início e durante o tratamento. Rotineiramente, os pacientes atendidos nesta clínica são submetidos a diversos procedimentos e, para esta pesquisa, serão analisados alguns deles. Você não precisará fazer nenhum procedimento a mais para participar desta pesquisa, apenas autorizar, se for de seu do consentimento, a análise dos resultados de alguns destes procedimentos de avaliação.

Entretanto, caso não haja possibilidade do seu comparecimento por questões sanitárias atuais, em decorrência da pandemia pelo COVID-19, a aplicação dos questionários e gravação de amostra de voz será realizada a distância, com acompanhamento da pesquisadora de todas as atividades em tempo real. Será utilizada a Plataforma Virtual Zoom Healthcare e seguidas as normas de segurança das informações do paciente de forma digital, de acordo com a Health Insurance Portability and Accountability Act. (HIPAA).

Os procedimentos a serem considerados para a pesquisa são: preencher um questionário de qualidade de vida contendo 10 questões, dois questionários de motivação, questões sobre prontidão para mudanças de comportamento, uma questão sobre a sua voz, além de gravação das emissões da vogal sustentada "a" por três vezes, contagem de números de 1 até 10 e conversa espontânea.

Você poderá sentir cansaço durante o preenchimento dos questionários ou gravação da sua voz, mas se isto acontecer, serão realizados períodos de descanso. Para cumprimento dos tempos marcados, o compromisso será estar conectado 10 minutos antes, confirmando que o equipamento funcione corretamente; caso não haja uma boa conexão com a Internet, teremos que remarcar outro horário.

Este estudo será levado em consideração como parte do processo terapêutico quando as atividades na clínica forem retomadas. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em artigos escritos ou apresentação de eventos científicos, entretanto sua identidade será mantida em sigilo, mantendo o caráter confidencial da informação relacionada a privacidade do participante.

Você não terá gastos para participar desta pesquisa, uma vez que os procedimentos serão realizados durante os atendimentos rotineiros para a sua terapia fonoaudiológica ou de forma virtual, da sua própria casa, com o equipamento tecnológico que você tiver disponível, por isso você não terá ressarcimentos com gastos para transporte ou teletecnologia. Haverá garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, pelo pesquisador responsável e equipe.

Os benefícios desta pesquisa para você são indiretos, uma vez que o conhecimento sobre a motivação para terapia de voz aumentará as possibilidades de sucesso terapêutico de indivíduos disfônicos.

Você não é obrigado a aceitar participar da pesquisa e se desejar interromper a atividade proposta ou não se submeter à pesquisa, esteja ciente de que isto não prejudicará o seu atendimento na Clínica de Fonoaudiologia.

Você receberá uma via deste termo de consentimento

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
e-mail: dap-fono@usp.br – Fone/FAX (0xx14) 32358232
<http://www.fbb.usp.br>

Rubrica do Pesquisador Responsável

Rubrica do Participante da Pesquisa



Página 2 de 2

Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

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, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o participante da pesquisa, 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. 13º do Código de Ética Fonoaudiológica). Por fim, como pesquisadora responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3 e IV.4, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012. Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão Caso queira apresentar reclamações em relação à sua participação no estudo, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FOB/USP pelo endereço Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, pelo telefone (14) 3235-8356 (sala no prédio da Biblioteca FOB/USP) e caso queira esclarecimentos quanto à pesquisa, com a docente responsável Profa. Dra. Alcione Ghedini Brasolotto pelo telefone (14) 3435-8470.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Profa Dra. Alcione Ghedini Brasolotto
Responsável

Participante da pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, organizado e criado pela FOB-USP, em 29/06/98 (Portaria GD/0698/FOB), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira (em dias úteis), no horário das 14hs às 17h30.
Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75
Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901
Telefone/FAX (14)3235-8356
e-mail: cep@fob.usp.br

ANEXO E – Escala Urica-V (Teixeira *et al.*, 2013)

Queremos conhecer sua opinião sobre como você lida com sua voz. Abaixo estão escritas 32 frases que as pessoas usam sobre isso. Por favor, leia com atenção e marque o quanto você discorda ou concorda com as afirmações. Não existe certo ou errado, elas apenas refletem modos diferentes de agir.

| | | | | | |
|---|----|---|----|---|----|
| 1. Acredito que não tenho que mudar a minha voz. | DT | D | NS | C | CT |
| 2. Eu acho que estou pronto para melhorar minha voz. | DT | D | NS | C | CT |
| 3. O meu problema de voz me incomoda e eu estou tentando resolvê-lo | DT | D | NS | C | CT |
| 4. Acho que vale a pena cuidar da minha voz. | DT | D | NS | C | CT |
| 5. Eu não tenho um problema na voz. Não faz sentido para mim, mudá-la. | DT | D | NS | C | CT |
| 6. Fico preocupado em ter um novo problema de voz, por isto estou procurando ajuda. | DT | D | NS | C | CT |
| 7. Finalmente estou tratando o meu problema de voz. | DT | D | NS | C | CT |
| 8. Eu acho que quero mudar a minha voz. | DT | D | NS | C | CT |
| 9. Tenho tido sucesso no meu tratamento de voz, mas não tenho certeza se consigo mantê-la boa sem ajuda. | DT | D | NS | C | CT |
| 10. Às vezes é difícil tratar a minha voz, mas estou me dedicando para isto. | DT | D | NS | C | CT |
| 11. O tratamento de voz é um desperdício de tempo para mim, pois minha voz não me incomoda. | DT | D | NS | C | CT |
| 12. Eu espero compreender melhor o meu problema de voz. | DT | D | NS | C | CT |
| 13. Eu sei que tenho um problema de voz, mas não preciso fazer nada para melhorar. | DT | D | NS | C | CT |
| 14. Estou me dedicando bastante para melhorar o meu problema de voz. | DT | D | NS | C | CT |
| 15. Eu tenho um problema de voz e estou certo de que vou resolvê-lo. | DT | D | NS | C | CT |
| 16. Não estou conseguindo manter minha voz "boa" e quero evitar um novo problema. | DT | D | NS | C | CT |
| 17. Ainda que minha voz não esteja boa o tempo todo, estou me dedicando para melhorá-la. | DT | D | NS | C | CT |
| 18. Achei que depois de tratar a voz eu me livraria deste problema, mas algumas vezes ele ainda me incomoda. | DT | D | NS | C | CT |
| 19. Eu gostaria de saber mais como melhorar minha voz. | DT | D | NS | C | CT |
| 20. Eu comecei a tratar a minha voz, mas preciso de mais ajuda. | DT | D | NS | C | CT |
| 21. Talvez um fonoaudiólogo ou algum tratamento possa ajudar a resolver meu problema de voz. | DT | D | NS | C | CT |
| 22. Eu preciso de um incentivo para manter o que consegui mudar na minha voz. | DT | D | NS | C | CT |
| 23. Talvez eu seja responsável por parte do meu problema de voz, mas não sou o único responsável. | DT | D | NS | C | CT |
| 24. Eu tenho esperança que alguém me ajude a melhorar a minha voz. | DT | D | NS | C | CT |
| 25. Eu já estou fazendo a minha parte para melhorar minha voz | DT | D | NS | C | CT |
| 26. Toda essa conversa sobre voz é uma chatice. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer o problema e conviver com a voz que têm? | DT | D | NS | C | CT |

ANEXO F – **Protocolo de Qualidade de vida em voz – QVV.** (Gasparini e Behlau, 2009)

PROTOCOLO DE QUALIDADE DE VIDA EM VOZ – QVV

HOGIKYAN, SETHURAMAN 1999

VALIDADO POR GASPARINI, BEHLAU 2005

NOME _____ DATA _____
SEXO _____ IDADE _____ PROFISSÃO _____

Estamos tentando compreender melhor como um problema de voz pode interferir nas atividades de vida diária. Apresentamos uma lista de possíveis problemas relacionados 'a voz. Por favor, responda a todas as questões baseadas em como sua voz tem estado nas duas últimas semanas. Não existem respostas certas ou erradas.

Para responder ao questionário, considere tanto a severidade do problema como sua frequência de aparecimento, avaliando cada item abaixo de acordo com a escala apresentada. A escala que você irá utilizar é a seguinte:

- 1= nunca acontece e não é um problema
- 2= acontece pouco e raramente é um problema
- 3= acontece às vezes e é um problema moderado
- 4= acontece muito e quase sempre é um problema
- 5= acontece sempre e realmente é um problema ruim

| Por causa de minha voz, | O quanto isto é um problema. |
|---|-------------------------------------|
| 1 Tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em ambientes ruidosos | 1 2 3 4 5 |
| 2 O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo | 1 2 3 4 5 |
| 3 Não sei como a voz vai sair quando começo a falar | 1 2 3 4 5 |
| 4 Fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz) | 1 2 3 4 5 |
| 5 Fico deprimido (por causa da minha voz) | 1 2 3 4 5 |
| 6 Tenho dificuldades ao telefone (por causa da minha voz) | 1 2 3 4 5 |
| 7 Tenho problemas para desenvolver o meu trabalho, minha profissão (pela minha voz) | 1 2 3 4 5 |
| 8 Evito sair socialmente (por causa da minha voz) | 1 2 3 4 5 |
| 9 Tenho que repetir o que falo para ser compreendido | 1 2 3 4 5 |
| 10 Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz) | 1 2 3 4 5 |