**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru
Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia**

Carmen Vanessa Coelho Costa

**Estágios motivacionais e sua correlação com sintomas de ansiedade e
depressão em pacientes com disfonia**

**BAURU
2015**

CARMEN VANESSA COELHO COSTA

**Estágios motivacionais e sua correlação com sintomas de ansiedade e
depressão em pacientes com disfonia**

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia.

Orientador: Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides.

Versão Corrigida

BAURU
2015

C823e Coelho Costa, Carmen Vanessa
Estágios motivacionais e sua correlação com sintomas
de ansiedade e depressão em pacientes com disfonia /
Carmen Vanessa Coelho Costa. – Bauru, 2015.
87 p. : il. ; 31cm.

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

Orientador: Profa. Dra. Dagma Venturini Marques
Abramides

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.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 492.487
Data: 27/11/2013

DEDICATÓRIA

À minha mãe, *Raimunda da Silva Coelho* exemplo de resiliência,
incentivando-me a buscar meus sonhos mesmo de coração partido pela minha ausência.

Ao meu pai, *Alivando Brito Costa*, por suas palavras fortes e protetoras,
que me ampararam nas dificuldades da caminhada.

AGRADECIMENTOS

À *Deus* por a cada instante dar provas da sua presença e amor incomparável a está pequenina criatura, que sem Ele nada é bom.

“*Confiar em Deus significa: crer que tudo o que acontece é o melhor*” (W. Goes)

Aos *Meus irmãos* especialmente minha irmã *Sandra*, por ser meu apoio forte e protetor, a irmã mais linda do mundo. A *Leno*, meu caçula inseparável de todas as aventuras e *Alex*, a alegria e espontaneidade em pessoa, por sempre estarem dispostos a me apoiar, incentivar e ouvir. Além de terem me dado os sobrinhos mais maravilhosos: *Ana Beatriz*, *Giovanna*, *Ayla Marjorie*, *Nicolas Romeu*, *Airam Fátima* e o mais novo (a) integrante que já amo.

À minha avó *Carmi* pelas orações e exemplo de vida que tanto admiro.

À *Rafael Lucena* o homem com quem quero compartilhar todos os momentos da minha vida, fundamental para concretização deste estudo ajudando-me com paciência, palavras de incentivo, escuta e firmeza.

À *Elza Lago*, uma segunda mãe, por sua generosidade e orientações em todo esse tempo.

Aos *Meus familiares*, pelo apoio incondicional, as orações, palavras de conforto e mesmo com toda distância fazerem-se presente em cada momento.

À *Frei Antonio Vegetali* meu padrinho, confessor e amigo, terá sempre minha gratidão.

Aos meus amigos *Lucianne Durans*, *Paulo Odino* e *Hugo Simas*, a distância não enfraquece aquilo que é verdadeiro.

Ao meu primo *Carlos Augusto*, pela acolhida em sua casa e incentivo a não desistir.

À *Dinamar* e *Luís Lucena*, a família paulista que Deus me concedeu.

A *Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo* referência em ensino de qualidade a mim concedido.

À *Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides* por aceitar a me orientar na dissertação e ter sensibilidade em perceber as minhas limitações e também as aptidões; e por contribuir para meu crescimento profissional.

À *Profa. Dra. Alcione Ghedini Brasolotto* por ter me acolhido tão carinhosamente nessa nova jornada da vida, exemplo de fonoaudióloga que sempre levarei e ter sido parceria fundamental na realização deste trabalho.

Ao *Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris* pelo apoio com as análises estatísticas.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* pelo fomento oferecido para realização desta pesquisa.

À *Banca de Qualificação, Profa. Dra. Ana Cristina C. Gama e Profa. Dra. Kelly Cristina A. Silverio*, que forneceram contribuições valiosas para o enriquecimento do estudo.

À *Turma de Mestrado 2013*, em especial *Alessandra Miranda e Daniene Tesson Ribeiro*, pelos bons momentos e experiências compartilhadas.

À *Jéssica Kuchar* por seu apoio nos momentos iniciais da escrita deste estudo.

À médica *Adélia Miranda*, por autorizar o uso dos dados do grupo experimental da sua pesquisa para realizar este trabalho.

À *Paula e Perla Muniz*, por serem as irmãs mais acolhedoras e prestativas que conheci.

Às amigas nordestinas *Natália Medeiros e Lilian Maria von Kostrisch* que foram primordiais para uma boa instalação na cidade de Bauru/SP.

Aos meus amigos de Garça/SP, especialmente *D. Nena, Gisele, Vitor e Silmara, Fernanda e Lindomar*, à família *Toffoli Costa* e a *Fábio Sabino*, por toda amizade e carinho.

À *Pós Graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru*, especialmente aos *Professores* que contribuíram para meu crescimento profissional, assim como as funcionárias *Ana Letícia Momesso* e *Leila Yerga*, que sempre estavam dispostas a ajudar.

À todas as alunas da turma XXIII do curso de Fonoaudiologia da FOB/USP.

Aos *Funcionários da Biblioteca Prof. Dr. Antonio Gabriel Atta da FOB-USP* por propiciar um lugar acolher aos estudos, especialmente a *Cybelle Fontes* pelos momentos de escuta e amizade.

A *Todos os Amigos do grupo USP RUNNERS* especialmente *Valéria, Marilza, Rita, Marcelo, Giane, Priscila e Juliana* por nossas corridas que melhoram corpo e alma.

Aos *Professores Alexandre Sasaki e Alexandre Carrara*, e ao amigo *Ovídio* por toda amizade, apoio e alegria, além do incentivo para as atividades esportivas.

As *Fonoaudiólogas do grupo de voz, Juliana, Larissa, Janine, Paula e Millena* pela parceria e conhecimentos compartilhados.

Aos *Funcionários da Seção de Eventos Culturais da Prefeitura do Campus de Bauru*, por todas as experiências compartilhadas, por ser meu segundo lugar preferido do campus e pelas amizades conquistadas.

Aos *Funcionários da Clínica de Fonoaudiologia FOB-USP*, especialmente *Eliton, Danilo, Thiago e Neide* pela amizade e disposição em ajudar.

A todos os *Funcionários do Restaurante PUSB-B* que forneceram refeições de qualidade durante esses anos, além da amizade e simpatia.

Aos *Participantes deste Estudo*, pois tudo é por eles e para melhorias ao atendimento deles.

Muito Obrigada!

“Perder a voz é perder boa parte de nossa verdadeira identidade. Não basta pensar nisso para cuidar dela da melhor maneira? Quando se melhora o emocional, melhora-se também a voz. Poderia dizer, também, que, por sua vez, a voz melhora a emoção. É isso”.

Pedro Bloch

Resumo

Em casos de disfonias, faz-se necessária a participação ativa do paciente ao tratamento fonoaudiológico, o que denota a importância de estudos sobre os aspectos motivacionais e a influência dos níveis de ansiedade e depressão. Neste sentido, a literatura vem apontando a aplicabilidade do Modelo Transteórico de Estágios de Mudança (MTT) na abordagem clínica. Este modelo estuda as mudanças de comportamento do indivíduo, bem como, a motivação que este apresenta para modificar um determinado comportamento. Na busca de maiores esclarecimentos quanto à prontidão do paciente, este estudo se propôs a identificar os estágios motivacionais para mudança de comportamento e verificar a correlação entre estes estágios e os níveis de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com disfonia. Participaram 41 indivíduos, na faixa etária entre 18 e 55 anos, com disfonias funcionais ou organofuncionais. Todos responderam a escala *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) adaptada para voz denominada URICA-Voz para identificação dos estágios motivacionais para mudança, o inventário IDATE traço e estado para ansiedade e o inventário de autoavaliação de Beck para depressão (BDI). A maioria dos participantes 30 (73,17%) desta pesquisa situa-se no estágio de contemplação, sete (17%) no de ação, 4 (9%) no estágio de pré-contemplação e nenhum dos participantes estava em manutenção. Encontrou-se correlação significativa entre a média de pontos correspondentes às questões do estágio de contemplação da escala URICA-Voz e a média total obtida nos inventários IDATE-T ($p=0,002$) e IDATE-E ($p=0,028$), sendo com maior força de correlação para o traço do que para o estado; isso significa que a pontuação obtida no estágio de contemplação é diretamente proporcional às médias dos resultados obtidos pelo IDATE-T, IDATE-E. O resultado também sugere uma tendência de significância para a correlação entre o estágio de contemplação e o BDI ($p=0,07$). Diante dos dados encontrados configura-se a importância de incluir instrumentos e ferramentas do MTT ao protocolo clínico na área de Voz bem como no 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.

Palavras-chave: Voz. Disfonia. Ansiedade. Depressão. Estágios motivacionais

ABSTRACT

Motivational stages in patients with dysphonia and indicative signs of anxiety and depression

In cases of dysphonia, it is necessary the active participation of the patient to speech therapy, evincing the importance of studies about the motivational aspects and the anxiety and depression influence. Accordingly, the literature has been showing the applicability of the Transtheoretical Model Stages of Change in clinical management. This model studies the individual's behavior changes as well as the motivation it demonstrates to change a specific behavior. Searching further clarifications about patient's motivation, this study aimed to identify the motivational stages and the correlation between these stages and the levels of anxiety and depression in patients with dysphonia. Have participated 41 persons in the 18 and 55 years old age group with functional or organofunctional dysphonia. They all answered the scale University of Rhode Island Change Assessment (URICA) adapted to voice, called URICA-Voice, to identify the motivational stages for change, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Beck Depression Inventory (BDI). Most participants 30 (73.17%) of this research lies in the contemplation stage, seven (17%) in the action, 4 (9%) in the precontemplation stage and none of the participants laid in the maintenance stage. Significant correlation was found between the average of corresponding points the contemplation stage the issues of URICA-Voice scale and the total average obtained in the STAI-T inventories ($p = 0.002$) and STAI-E ($p = 0.028$), and more correlation strength to trace than to the state, it means that the score obtained in the contemplation stage is directly proportional to the average results for the STAI-T, STAI-E. The results also suggested a trend toward significance of the correlation between the contemplation stage and BDI ($p = 0.07$). In our data set found the importance of including instruments and MTT tools to clinical protocol in Voice area and in the design of new studies to further clarification of the interference of low motivation and its relationship to symptoms of anxiety and depression in patients dysphonia, which may cause constraints on the results of treatment.

Keywords: Voice. Dysphonia. Anxiety. Depression. Motivacional Stages.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados descritivos dos escores das escalas URICA-Voz, IDATE -T, IDATE- E e BDI para o total de disfônicos.....	49
Tabela 2 - Ocorrência dos participantes em cada estágio motivacional, conforme a escala URICA – Voz.....	50
Tabela 3 - Ocorrência dos participantes em cada categoria nosológica dos inventários IDATE T e IDATE E.....	50
Tabela 4 - Ocorrência em cada categoria nosológica do BDI nos participantes com disfonia.....	51
Tabela 5 - Correlações entre às médias de escores da escala URICA – Voz e os pontos para cada estágio entre os inventários IDATE-T, IDATE-E e BDI.....	51
Tabela 6 - Correlações entre às pontuações das questões da escala URICA – Voz e os pontos para cada estágio entre o IDATE-T, IDATE-E e/ou BDI.....	52

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
DSM-III-R	Somatization Disorder Scale
IDATE	Inventários de Ansiedade Traço-Estado
BDI	Inventário de Beck para Depressão
QVV	Qualidade de vida em Voz
QSSV	Questionário de Sinais e Sintomas Vocais
PEED	Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia
VHI	Voice Handicap Index
MTT	Modelo Transteórico
PAIR	Perda auditiva induzida por ruído
PUC/RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
IDV	Índice de desvantagem vocal
PATV	Protocolo de Adesão a Terapia de Voz
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	INDICADORES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS QUADROS DE DISFONIAS	21
2.2	MODELO TRANSTEÓRICO DE ESTÁGIOS MOTIVACIONAIS PARA MUDANÇA	23
2.3	MODELO TRANSTEÓRICO DE ESTÁGIOS MOTIVACIONAIS PARA MUDANÇA E FONOAUDIOLOGIA	29
3	PROPOSIÇÃO	39
4	MATERIAIS E MÉTODOS	43
4.1	Participantes	43
4.2	Material	43
4.2.1	Inventário de ansiedade traço-estado – IDATE	43
4.2.2	Inventário de Depressão de Beck (BDI)	44
4.2.3	Escala <i>University of Rhode Island Change Assessment Scale</i> (URICA)- adaptada para área de voz por Teixeira et al (2013)	44
4.3	PROCEDIMENTOS E APLICAÇÃO DOS PROTOCOLOS	45
4.4	ANÁLISE DOS RESULTADOS	46
5	RESULTADOS	49
5.1	Caracterização do grupo analisado	49
5.2	Resultados descritivos e Correlação entre os instrumentos	49
6.	DISCUSSÃO	57
7.	CONCLUSÃO	67
	REFERÊNCIAS	71
	ANEXOS	81

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Um paciente com disfonia ao adentrar na clínica fonoaudiológica, é geralmente visto pelos terapeutas como alguém que no mínimo busca sanar sua queixa vocal. Por vezes, no decorrer da prática clínica observa-se oposição ao cumprimento das orientações necessárias, resistência quanto a mudanças para um comportamento saudável e falta de motivação. Para que a reabilitação vocal seja eficaz, independente do fator etiológico das disfonias, configura-se de suma importância a motivação ou prontidão do paciente. Chamam atenção para este fato, Van Leer et al. (2008), ao apontarem que a terapia vocal é principalmente uma intervenção comportamental e necessita do envolvimento ativo do paciente, por tanto da sua motivação no tratamento.

Van Leer, Hapner e Connor (2010) caracterizam a reabilitação vocal como um processo composto por eliminação de comportamentos vocais nocivos, realização diária de exercícios com automonitoramento e autocorreções que requer do paciente uma mudança comportamental. Neste sentido a motivação para mudança apresenta-se como algo fundamental para o sucesso terapêutico indo além da capacidade do paciente em somente seguir as prescrições recomendadas pelo clínico, mas a atitude de comprometer-se na busca dos objetivos propostos. Quando ocorre a falta de motivação e até resistência do paciente, algumas causas podem ser detectadas: o desconhecimento sobre a doença, escassez de recursos financeiros, aspectos emocionais limitantes, recusa em mudanças de hábitos e instabilidade de vínculo entre paciente e terapeuta (REHDER; BRANCO, 2011; BREHRMAN, 2006).

Em relação aos aspectos emocionais, alguns estudos investigaram a influência de estados emocionais diretamente na voz e encontraram maiores índices de ansiedade, depressão e estresse entre os pacientes com disfonia. (MIRANDA, 2014; DIETRICH, et al., 2008; DEARY, et al. 2003), a correlação entre ansiedade e performance comunicativa do indivíduo demonstrou que indivíduos com maior índice de ansiedade obtém maiores comprometimentos na voz, fala e gestos (ALMEIDA; BEHLAU; LEITE, 2011).

Neste sentido, um documento sobre o escopo da prática fonoaudiológica a *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA, 2012) considera que as medidas de avaliação da reabilitação, procedimentos de intervenção educacionais, comportamentais, tecnológicos e aconselhamento, além da interação paciente-profissional no monitoramento do progresso terapêutico, são itens essenciais para um modelo de reabilitação centrada no

1 Introdução

paciente que promove medidas bem sucedidas para as recomendações de tratamento e a responsabilidade profissional.

A partir de modelos de origem psicológica que investigam a prontidão do paciente nos tratamentos de saúde, o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT) é muito utilizado por proporcionar visualização do clínico quanto aos estágios de motivação em que o paciente se encontra, com integração de processos e princípios de mudanças.

Estudos sobre o estado de prontidão do paciente são desenvolvidos em várias áreas da saúde, como Psicologia (YOSHIDA, 2003; OLIVEIRA et al., 2003; DOZOIS et al., 2004; NIDECKER et al., 2008; SANTOS; ENÉIAS; YOSHIDA, 2012b), Enfermagem (KURITA; PIMENTA, 2004; COLOMBRINI et al., 2006), Nutrição (BITTENCOURT, 2009), Medicina (GUSMÃO; MION, 2006), Fisioterapia (GUIMARAES et al., 2006). Na Fonoaudiologia há estudos que utilizaram o modelo transteórico visando compreender de forma mais abrangente a prontidão do paciente na terapia fonoaudiológica, como em audiologia no uso de protetor auricular (BOGOCH; HOUSE; KUDLA, 2005; RAYMOND; LUSK, 2006a; RAYMOND; LUSK, 2006b), zumbido (KALDO; RICHARDS; ANDERSSON, 2006), gagueira (TURBULL, 2000; FLOYD; ZEBROWSKI; FLAMME, 2007), uso de AASI (LESNER; KRICOS, 2003; BABEU; KRICOS; LESNER, 2004; LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; WORRALL, 2013; LAPLANTE-LÉVESQUE et al, 2014) e voz (VAN LEER; HAPNER; CONNOR, 2008; TEIXEIRA et al, 2013).

A escala *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) é um dos instrumentos construídos a partir do MTT, desenvolvida com o objetivo de identificar os estágios motivacionais do paciente para o tratamento (MCCONNAUGHY; PROCHASKA; VELICER, 1983). Especialmente para a área de voz, em que a reabilitação vocal necessita do envolvimento ativo do paciente e eliminação de comportamentos nocivos, houve a adaptação da escala URICA, denominada URICA-Voz, para avaliação dos estágios de prontidão do paciente e delinear sua utilidade na área da voz. (TEIXEIRA et al., 2013).

Como é possível observar, existem dados que apontam a existência de influência dos indicadores de saúde mental, especificamente ansiedade e depressão na voz. O que se apresenta como desafio é verificar o quanto estes indicadores podem contribuir para a prontidão do paciente ao tratamento fonoaudiológico em casos de disfonias. Tal semelhança de raciocínio investigativo ocorreu em estudos com tabagistas, em que verificaram a interferência dos estados emocionais nos estágios motivacionais para prontidão do paciente no tratamento do tabagismo, indicando que os fumantes com menores escores de ansiedade e

1 Introdução

depressão obtiveram melhores resultados em relação ao tratamento (MELO; OLIVEIRA; FERREIRA, 2006). Outro estudo constatou que o baixo nível motivacional e alto nível de ansiedade estão associados ao fracasso da cessação do tabagismo (PAWLINA, et al. 2014). Para corroborar os autores Meller e Rollnick (2002) afirmam que as pessoas em estágios mais avançados da mudança são mais propensas a procurar o atendimento e apresentar melhores resultados.

Portanto, a partir das considerações prévias, o presente estudo propõe-se a identificar os estágios motivacionais para mudança em que se encontram pacientes disfônicos e estabelecer a relação destes estágios com a presença e intensidade de sinais e sintomas indicativos de ansiedade e depressão.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Indicadores de ansiedade e depressão nos quadros de disfonias

A literatura aponta que os aspectos emocionais na voz podem ser facilmente observados, apesar de ser bastante complexa a distinção em verificar se estes aspectos são causa ou efeito das disfonias. Tais interferências dos estados emocionais na voz, já há muito tempo desperta interesse quanto a sua influência na etiologia e evolução das disfonias, assim como também na causa de alterações nos processos neurofisiológicos em nível laríngeo e respiratório, o que consequentemente pode afetar a dinâmica vocal (SOUZA; HANAYAMA, 2005).

Para realizar a comparação de níveis de sofrimento psíquico de 204 pacientes, 74 com disfonia organofuncional e 130 destes diagnosticados com disfonia funcional, Millar et al. (1999), utilizaram três protocolos para avaliar a presença e intensidade de sofrimento psíquico e dois para traços de personalidade respectivamente: *General Health Questionnaire*, que é um instrumento de triagem geral para distúrbios psiquiátricos não-psicóticos, a *Hospital Anxiety and Depression Scale* que avalia ansiedade e depressão sem referir-se a sintomatologia física, o Entrevista Clínica CIS-R que avalia aspectos psíquicos não psicóticos, *Eysenck Personality Questionnaire* e o *DSM-III-R Somatization Disorder Scale*. Para comparação entre disfônicos e a população normal, de todas as medidas psicológicas, utilizaram dados normativos derivados de várias fontes. Todos os pacientes com disfonia apresentaram maiores índices de sofrimento psíquico em comparação ao grupo sem disfonia, onde as mulheres disfônicas apresentaram maiores índices de ansiedade e depressão em relação às mulheres sem disfonia, contudo não houve diferença significativa entre o grupo com disfonia organofuncional e o grupo com disfonia funcional.

Lauriello et al. (2003), pesquisou a sensibilidade da Escala de Sintomas de Hopkins 90 quanto a identificação, em maior e menor grau, dos sintomas de natureza psiquiátrica em indivíduos disfônicos e também para avaliar perturbações do humor em adultos com disfonia funcional. A Escala de Hopkins é autoaplicável com nove dimensões que abrangem os seguintes sintomas: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e traços psicóticos. Foram estudados três grupos (grupo 1- quarenta indivíduos com disfonia funcional, grupo 2 - vinte indivíduos com problemas laringológicos e grupo 3 - também com

20 indivíduos para o grupo controle). Houve diferença estatisticamente significativas entre os três grupos, com escores maiores para o grupo de disfônicos funcionais em relação a ansiedade, fobia, distúrbio obsessivo-compulsivo, dificuldades de relacionamento interpessoal e variáveis de sensibilidade e somatização. As diferenças entre os grupos 1 e 3, apresentaram-se em aspectos que se refere a distúrbios do sono, depressão e ideação paranóide. Os autores acreditam que o instrumento utilizado é sensível para definição mais completa de sintomas que afligem sujeitos com disfonia funcional.

Já o estudo na forma de revisão bibliográfica em base de dados entre os anos de 1985 e 2003, realizado por Souza e Hanayama (2005), evidenciou correlações entre aspectos psíquicos e a voz, assim como o aporte teórico para traçar o perfil psicológico de indivíduos com diagnóstico de disfonia funcional e organofuncional. Apesar de vários estudos apontarem para o predomínio de aspectos psicológicos relacionados à pacientes com disfonias funcionais e organofuncionais, ainda não há um consenso entre os autores, o que denota a necessidade de estudos metodologicamente mais estruturados para comprovação das hipóteses e para esclarecer se as inadequações de personalidades ou problemas emocionais somente acompanham as disfonias, contribuem para o surgimento das mesmas ou surgem a partir delas.

A investigação sobre correlação entre ansiedade traço-estado e parâmetros vocais, foi realizada por Almeida, Behlau e Leite (2011), num grupo de 24 indivíduos (12 homens e 12 mulheres), idade entre 19 e 42 anos, sem antecedentes psiquiátricos (o que foi verificado após avaliação clínica médica e aplicação de entrevista semiestruturada). A partir dos dados obtidos do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), os indivíduos foram divididos em dois grupos: baixa ansiedade e alta ansiedade. Também foram aplicados os instrumentos de Qualidade de vida em Voz (QVV) e o Questionário de Sinais e Sintomas Vocais (QSSV). Para obtenção dos parâmetros vocais, houve coleta de autoavaliação, avaliação perceptivo-auditiva-visual e avaliação acústica (coleta da vogal sustentada /a/, contagem de números e discurso do “episódios que mais lhe provocaram ansiedade durante a vida”). Foi elaborado um protocolo por meio de marcação de escala analógica para avaliar grau de ansiedade dos participantes para as tarefas da avaliação acústica, observação dos padrões de fala e gestos corporais. Perceberam que quanto maior o IDATE- traço, maior será o comprometimento na qualidade de vida em voz, no desempenho da comunicação e forma de expressão (fala e gestos), observado no grupo de indivíduos com alta ansiedade em relação aos com baixa ansiedade.

Oliveira et al. (2012), pesquisaram estratégias de enfrentamento em indivíduos com queixa vocal e buscaram relacionar este aspecto com a análise perceptiva, sintomas vocais, autoavaliação vocal, autoestima, locus de controle e estados de ansiedade e depressão. Participaram 178 indivíduos (87 com queixa e 91 sem queixa) que foram submetidos: a análise perceptivo-auditiva vocal, Protocolo de Estratégias de Enfrentamento na Disfonia (PEED), inventário de Beck para depressão, escala de autoestima de Rosenberg, Escala multidimensional de Locus de Controle de Levenson e IDATE para avaliação de ansiedade traço e estado. O grupo com queixa vocal obteve maior número de estratégias focalizadas no problema e o enfrentamento do distúrbio da voz apresentou correlação positiva com avaliação clínica da voz, com os aspectos de depressão e ansiedade estado.

Misono et al. (2014), avaliaram a prevalência de ansiedade, depressão, estresse e preocupações somáticas dos pacientes relacionados a voz, usando *Brief Symptom Inventory 18* (que avalia os aspectos mencionados), *Perceived Stress Scale* que avalia o grau de percepção do stress e o diferencia da depressão, *Voice Handicap Index 10* que avalia o impacto da disfonia na vida do indivíduo e para os desafios associados aos problemas vocais fizeram uma pergunta aberta. Participaram 196 indivíduos que procuraram uma clínica acadêmica de voz multiprofissional. Como conclusão, observaram a prevalência significativa de ansiedade, depressão e preocupações somáticas na amostra estudada e a necessidade de melhorar a detecção destas manifestações entre os pacientes disfônicos.

Com a proposta de investigar a presença de sinais de ansiedade e depressão em indivíduos disfônicos e não disfônicos, relacionar dados sobre qualidade de vida em voz e escala de desconforto vocal, aplicou-se em 62 indivíduos (31 pacientes com disfonias funcionais e organofuncionais; e 31 não disfônicos) as Escalas de heteroavaliação de Hamilton para Ansiedade e Depressão (HAM– A e HAM – D), Escalas de autoavaliação de Beck para depressão e IDATE traço e estado para ansiedade, Escala de Desconforto de Trato Vocal (EDTV) e protocolo de Qualidade de Vida em Voz (QVV). O grupo experimental contou com 22 mulheres e nove homens, igualmente para o grupo controle. Como resultado os indivíduos disfônicos apresentaram maiores índices de ansiedade e depressão do que os indivíduos não disfônicos e para o total de indivíduos avaliados houve correlações entre ansiedade e depressão com as escalas EDTV e QVV. (MIRANDA, 2014).

2.2 Modelo Transteórico de Estágios Motivacionais para Mudança

O sucesso da reabilitação de adultos com algum problema de saúde, dentre muitos fatores, requer mudanças nas cognições e comportamentos destes indivíduos. Diversos estudos ressaltam que o modelo transteórico (MTT) pode ser considerado um instrumento promissor de auxílio à compreensão da mudança comportamental relacionada à saúde, uma vez que, centra-se na prontidão de uma pessoa mudar adotando e mantendo comportamentos saudáveis (PROCHASKA et al., 2009).

O MTT foi desenvolvido por dois pesquisadores norte-americanos, James O. Prochaska e Carlo DiClemente (1979) que realizaram um estudo comparativo com os principais modelos e mais de 29 teorias das abordagens psicoterápicas, com foco nos processos de mudança. Na década de 80, os mesmos autores mediante estudos com tabagistas observaram que muitos fumantes conseguiam abandonar o vício sem auxílio de psicoterapia, enquanto outros somente tinham sucesso com esse tipo de tratamento. Segundo Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) o estímulo para as pesquisas que culminaram na elaboração do modelo foi segundo a hipótese, posteriormente confirmada, de que existiam princípios básicos que explicariam a estrutura da mudança de comportamento que ocorria na presença ou não de psicoterapia.

A mudança comportamental é vista como um processo no qual os indivíduos passam por diferentes estágios de prontidão ou motivação. Para isto o MTT se baseia em três dimensões principais: Estágios, Processos e Níveis de Mudança (PROCHASKA; NORCROSS, 2010) e incluem outros dois constructos relacionados aos demais: a balança decisória e autoeficácia (PROCHASKA et al., 2009).

Os estágios de mudança apontam o “quando” da mudança. Eles foram redefinidos ao longo dos anos; no entanto, quatro estágios são mais frequentemente descritos: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção (MCCONNAUGHY et al. 1983; MCCONNAUGHY DICLEMENTE; PROCHASKA; VELICER, 1989; PROCHASKA DICLEMENTE; NORCROSS, 1992. DICLEMENTE e VELÁSQUEZ, 2002; PROCHASKA, 2008). São eles:

- Pré-contemplação: neste estágio as intenções de mudança no indivíduo são nulas, acreditando que os pontos negativos da mudança são maiores que os positivos. Na justificativa de que o que deve ser mudado são o ambiente ou as outras pessoas.
- Contemplação: o indivíduo começa a admitir a existência de um problema, sendo possível visualizar uma menção em mudar, mas com certa

ambivalência. Encontra-se mais consciente dos prós e contra, porém detém-se o quanto os aspectos positivos da mudança demandariam em esforços para superação do problema.

- **Ação:** é o estágio em que mudanças são evidentes no indivíduo que já é capaz de tomar decisões e realizar esforços contra comportamentos prejudiciais e modificações na rotina diária para alcançar objetivos de hábitos saudáveis.
- **Manutenção:** o indivíduo busca consolidar os ganhos adquiridos na ação, com a capacidade de manter-se no novo comportamento e prevenir a recaída, isto é, evitar retornar aos padrões anteriores.

A preparação ou tomada de decisão tem sido proposta como uma etapa entre contemplação e ação, na qual a mudança é iminente (PROCHASKA et al., 2009). Neste estágio é que o indivíduo começa a pensar em mudar num futuro próximo, temporariamente definido.

O término é o estágio em que o indivíduo encontra consolidado em si o comportamento almejado, como se nunca estivesse em situação diferente. Embora, o ideal seja a recuperação total, é importante reconhecer que para alguns pacientes (com algumas barreiras) o estilo de vida em manutenção é uma expectativa mais realista (PROCHASKA, 2008).

Os defensores do modelo argumentam que as pessoas nos estágios mais avançados da mudança são mais propensas a procurar o atendimento, aderir à intervenção e apresentar melhores resultados. A entrevista motivacional propõe que o estágio de mudança no qual a pessoa se encontra, pode informar necessidades de intervenção e aconselhamento (MILLER; ROLLNICK, 2002).

A outra dimensão do MTT refere-se aos processos cognitivos e comportamentais que descrevem “como” a mudança ocorre e englobam as atividades implícitas ou explícitas que o indivíduo realiza para modificar uma emoção, um pensamento, um comportamento relativo a problemas particulares ou padrões de vida. É nesta dimensão que os terapeutas formulam seus planos de tratamento e em como alterar os processos de seus clientes (PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

Os processos cognitivos se concentram nos pensamentos e/ou sentimentos do indivíduo acerca do comportamento e segundo Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) e

Prochaska, Redding e Evers (2008) tendem a ser mais importantes nos estágios de mudança iniciais (pré-contemplação e contemplação). São estes descritos a seguir:

- Conscientização: abrange maior consciência a respeito das causas, consequências e as formas de modificar um comportamento. As intervenções que podem aumentar este processo incluem *feedback*, confrontações, interpretações, biblioterapia e campanhas de mídia ou material informativo.
- Alívio dramático ou catarse: causa o aumento da experiência emocional, seguido da percepção de alívio antecipado de que tomou a atitude correta.
- Auto-reavaliação: centraliza-se em como o indivíduo sente e pensa ao seu respeito em relação do seu comportamento problema.
- Liberação social: refere-se à existência do aumento das possibilidades e alternativas sociais para o indivíduo, especialmente em relação à defesa dos direitos das populações relativamente oprimidas e carentes. Procedimentos e políticas apropriadas podem aumentar as oportunidades para a promoção da saúde, ajudando a pessoa a mudar.
- Reavaliação socioambiental: avaliam-se os efeitos do problema sobre o ambiente social e físico, bem como o custo financeiro e emocional para a sociedade e para a família.

Os processos comportamentais fornecem as ferramentas necessárias para levar o indivíduo à ação, uma vez que a pessoa está pronta para a mudança e, segundo Prochaska et al. (1994) estes processos são mais usados nos estágios de preparação, ação e manutenção, sendo estes:

- Gerenciamento de reforço/recompensa: reconhecimento do esforço que vem sendo feito frente à mudança de comportamento, podendo envolver a autorrecompensa ou recompensa de outras pessoas.
- Contracondicionamento: diz respeito ao aprendizado de um comportamento saudável para substituir o comportamento prévio não saudável.
- Controle de estímulos: viabiliza a reestruturação ou até evitar o ambiente que estimula o comportamento não saudável.

- Relações de ajuda: o indivíduo necessita de uma relação aberta e verdadeira com pessoas que reconheçam o esforço realizado frente à mudança de comportamento, como o próprio terapeuta e grupos de apoio.
- Autoliberação: o indivíduo escolhe e se compromete com a ação a ser realizada e/ou acredita na sua capacidade para mudar.

O terceiro constructo refere-se ao Nível de mudança utilizado para delinear o “quê” mudar. São cinco os níveis de mudança, os quais representam uma organização hierárquica, porém inter-relacionados de problemas psicológicos: sintomas ou problemas situacionais (estímulos imediatos que desencadeiam o comportamento e suas consequências); cognições mal-adaptativas (pensamentos que remetem aos padrões de comportamento); conflitos interpessoais atuais (dificuldades em lidar com o mundo fora do círculo mais íntimo); conflitos familiares (problemas dentro do círculo familiar e de amigos, que podem alimentar e desencadear o problema) e conflitos intrapessoais (impulsos e ansiedades que refletem um estilo de vida destrutivo). A relação entre os níveis é hierárquica, pois que os primeiros níveis são mais suscetíveis de mudança dos que os últimos, no entanto a mudança de um deles pode desencadear a de outros (PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

Outras variáveis importantes relacionados aos demais são: a balança decisória e autoeficácia, que influenciam no sucesso e movimentação do indivíduo através dos estágios de mudança. Prochaska, Prochaska e Levesque (2001) afirmam que a balança decisória deriva do modelo de tomada de decisão de Janis e Mann (1977) o qual incluiu quatro categorias de prós (ganhos para si e para os outros e aprovação de si e dos outros) e quatro categorias de contras (custos para si e para os outros e desaprovação de si e dos outros). No entanto, de muitos estudos que tentaram produzir esta estrutura de oito fatores revelaram uma estrutura de dois fatores muito mais simples que era quase sempre encontrada os prós e os contras da mudança. Prochaska et al. (1994) em um estudo integrativo em 12 diferentes comportamentos encontraram que a balança de “prós e contras” foi sistematicamente relacionada com os estágios de mudança em todos os comportamentos analisados no estudo: os “contras” superando os “prós” no estágio de pré-contemplação havendo um cruzamento entre eles nos estágios intermediários (contemplação e preparação) e os “prós” compensando os “contras” no estágio de ação.

O constructo de autoeficácia é muito importante, sobretudo nos estágios de ação e manutenção e envolve confiança e tentação. A confiança que o indivíduo tem em si mesmo para superar situações de desafios em sua mudança comportamental e a habilidade de

enfrentar as tentações contrárias a esta mudança (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). Este constructo foi incorporado da Teoria de Bandura (1982) a qual propõe que a percepção pessoal de confiança a respeito das habilidades de modificar comportamentos está relacionada ao sucesso de realmente modificá-los.

A partir do MTT algumas medidas foram propostas para identificar os estágios de mudança, mas duas delas são genéricas e podem ser aplicadas a todas as populações na área da saúde. A primeira medida é o algoritmo de teste, no qual cada fase de mudança é representada por uma declaração e os respondentes devem identificar aquela que melhor representa a sua situação: I- Não pretendo mudar nos próximos seis meses (pré-contemplação); II- Tenho a intenção de mudar nos próximos seis meses (contemplação); III- Eu mudei nos últimos 6 meses (ação); IV- Eu mudei há mais de 6 meses atrás (manutenção). Os autores observam que o critério de tempo de seis meses pode ser revisto para uma estimativa de tempo mais relevante em algumas populações. Por exemplo, 12 meses tem sido utilizado para o rastreio mamográfico (PROCHASKA et al., 1994).

A segunda medida é a escala *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA), proposta por McConaughy, Prochaska e Velicer (1983) que foi, inicialmente, criada para problemas relacionados ao tabagismo e composta por 32 itens, com 8 itens para cada um dos estágios de mudança sendo a estrutura de quatro fatores compatíveis com os quatro estágios de mudança pré-contemplação (Eu não tenho quaisquer problemas que precisam mudar), contemplação (Pode ser interessante trabalhar o meu problema), ação (Estou trabalhando ativamente em meu problema), e manutenção (Eu tenho sido bem sucedido em trabalhar no meu problema, mas eu não estou certo de que possa manter este esforço). As cinco opções de resposta são: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) indeciso, (4) concordo, e (5) concordo muito.

Desde então, surgiram estudos controlados que tem permitido analisar as qualidades psicométricas da URICA (ABELLANAS; MCLELLAN, 1993; CARNEY; KIVLAHAN, 1995; PANTALON; SWANSON, 2003; DOZOIS et al. 2004). Atualmente, existe também uma versão com 24 itens utilizada em estudos internacionais e locais que demonstra bons resultados, onde são dispostos 6 itens para cada estágio (NIDECKER et al., 2008; SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008). 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 fases de Contemplação, Ação e Manutenção, e quanto

mais alto for o valor encontrado no escore, maior a motivação para a mudança (NIDECKER et al., 2008).

No Brasil, a URICA está sendo validada por meio de vários estudos em diversas populações pelo Grupo de Pesquisa em Intervenções Cognitivas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS), sob a coordenação da Professora Doutora Margareth da Silva Oliveira. Dentre estes estudos, Szupszynski e Oliveira (2008) realizaram a adaptação e validação da escala, em versão reduzida de 24 itens, para usuários de drogas ilícitas. Para isto, foi realizada a tradução da língua inglesa para a portuguesa por meio dos procedimentos de tradução, aplicação de piloto, tradução reversa e avaliação de comitê de juízes. Neste estudo a escala apresentou-se adequada para avaliar os estágios motivacionais, tanto para uso em pesquisa quanto na prática clínica. E, as propriedades psicométricas da versão reduzida de 24 itens foram satisfatórias e similares a outras validações americanas. Em estudos do mesmo grupo, a URICA foi adaptada e validada para fim de identificar a configuração dos estágios motivacionais em alcoolistas internados em unidades especializadas (OLIVEIRA et al., 2003), para a população com comportamento de comer compulsivo (BITTENCOURT, 2009) e jogadores patológicos (SOUZA, 2011) e que concluíram que aplicação da URICA permite o melhor delineamento das técnicas a serem adotadas durante o processo terapêutico.

2.3 Modelo Transteórico de Estágios Motivacionais para Mudança e Fonoaudiologia

As publicações sobre o MTT e a Fonoaudiologia são escassas e recentes, no entanto, apresentam resultados satisfatórios para o delineamento de condutas mais apropriadas nos tratamentos. (KUCHAR; FERRARI; ABRAMIDES, 2011).

O modelo foi utilizado por Bogoch, House e Kudla (2005) para análise da percepção de participantes dos concertos de rock, quanto o risco de perda auditiva induzida por ruído e a disposição de uso de proteção auditiva nesses eventos. Foram aplicados 204 questionários (75% de resposta) na porta de quatro concertos de rock, os entrevistados tinham uma média de idade de 20,6 anos e era 55, 4% do sexo masculino. Foi encontrada uma alta pontuação na escala de prontidão na avaliação da percepção dos participantes quanto ao risco de perda auditiva induzida por ruído (PAIR) (39,8%) e os participantes mencionaram nunca usar proteção auditiva em tais eventos (80,2%), além de admitir sentir zumbidos (84,7%) e outros distúrbios auditivos (37,8%). Quanto à disposição em usar proteção auditiva, a maioria dos participantes encontravam-se nas fases iniciais dos estágios de mudança com 41,18% em

pré-contemplação e 38,2% em contemplação, no entanto 40% dos entrevistados relataram disposição em usar proteção auditiva no futuro se fosse fornecido gratuitamente nas entradas dos eventos.

A perda auditiva induzida por ruído é uma grande preocupação para muitos trabalhadores e o estudo de Raymond e Lusk (2006a) explorou a utilização do modelo transteórico, para definição dos estágios de prontidão, em operários de uma fábrica de automóveis, a partir de questionários e evidenciaram quanto tempo o indivíduo faria uso efetivo do protetor auricular. Verificaram que os resultados refletiram as diferenças esperadas no decorrer dos estágios de mudança, para adoção de cuidados para o uso do protetor. O uso deste modelo para promoção de saúde e prevenção de doenças é confirmado a partir de estudos com comportamentos distintos, como quando é esperado que nos estágios iniciais fossem percebidos mais os pontos negativos do que os pontos positivos da mudança, mas no decorrer do processo notou-se a inversão desta ordem. Outro estudo dos mesmos autores (RAYMOND; LUSK, 2006b) investigou o uso deste modelo em trabalhadores de fábrica expostos a níveis elevados de ruído, em relação ao uso de protetores auriculares, centrando-se na balança decisória e na autoeficácia. Os autores recomendam o uso positivo do modelo neste tipo de intervenção, uma vez que introduz a estratégia mais adequada às necessidades do estágio específico no qual se encontra o trabalhador.

Como o zumbido é de origem crônica e nem sempre uma mudança de comportamento produz alteração neste sintoma, Kaldo, Richardes e Andersson (2006) questionaram a aplicabilidade do modelo transteórico para este tipo de problema. No entanto, verificou-se capacidade preditiva de sucesso no tratamento de intervenção para zumbido ao correlacionar o questionário elaborado a partir do MTT, o *Tinnitus Stages of Change Questionnaire*, com diversos tipos de intervenção para o mesmo problema, e sugeriram maiores investigações para melhor compreensão do instrumento aplicado a esta população.

Em um estudo de cunho teórico descreveu-se a aplicabilidade clínica dos estágios de mudança para o tratamento da gagueira, ilustrado com exemplos de casos clínicos por Turnbull (2000), afirmando que o terapeuta além de analisar em qual estágio de mudança o paciente se encontra, precisa decidir se continua a trabalhar com um indivíduo que não está disposto a se comprometer, como por exemplo, um paciente em pré-contemplação que precisa compreender a existência de um “problema” e que há possibilidades de melhoras. Como sugestão, o autor incentiva o uso do modelo para promoção de processo de mudança em adultos que gaguejam.

Lesner e Kricos (2003) demonstraram também por meio de abordagem teórica, a importância da aplicação do MTT na clínica fonoaudiológica por apresentar a possibilidade de reconhecer a percepção do indivíduo em relação a sua deficiência auditiva, havendo maior ajuste e distinção por parte do paciente no processo de reabilitação. O mesmo sendo observado por Babeu, Kricos e Lesner (2004) ao evidenciarem que a necessidade do fonoaudiólogo quanto à intervenção protética no paciente com deficiência auditiva, não se dá somente para entender as atitudes em relação à disposição para o uso da prótese auditiva, mas também a oportunidade de analisar as necessidades, desejos e os medos em relação à protetização.

A escala URICA como um dos principais instrumentos do MTT, avalia os estágios motivacionais e o quão motivado para mudança encontra-se o indivíduo a partir das respostas de questões relacionadas ao problema.

Laplante-Lévesque, Hickson e Worrall (2013) analisaram as propriedades psicométricas da *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) com intuito de testarem a validade do constructo na população com deficiência auditiva. Houve a participação de 153 pacientes adultos que buscavam atendimento pela primeira vez. Realizaram a aplicação da escala no início do atendimento, após seis meses da intervenção e logo após três meses da conclusão da intervenção. Primeiramente, para validade do constructo dos estágios, analisaram as pontuações de todos os estágios de mudança em cada grupo e encontraram quatro fases (pré-contemplação, contemplação, preparação e ação), sendo que a maioria encontrava-se em ação. O segundo passo foi à avaliação da associação dos estágios com o grau de deficiência auditiva e o tempo de deficiência referida. Os autores perceberam que os participantes que relataram um estágio mais avançado de mudança, apresentavam grau de deficiência mais grave e maior tempo de deficiência. O terceiro passo da pesquisa foi analisar a associação entre os estágios de mudança e a captação das intervenções, em que os pacientes nos estágios mais avançados de mudança eram aqueles mais propensos a assumir a intervenção. Concluíram que o modelo de estágios para mudança tem alguma validade na reabilitação de adultos com deficiência auditiva.

Na busca para compreender adultos com deficiência auditiva que falharam em uma triagem auditiva sueca (medida de reconhecimento de fala em ruído) e na tentativa de promover a procura de ajuda e reabilitação, os autores Laplante-Lévesque et al. (2014), descreveram novamente as propriedades psicométricas dos estágios de mudanças e validação da escala URICA para essa população, aplicando juntamente com um questionário on-line,

em 224 adultos. Observaram que metade (50%) dos adultos encontrava-se no estágio de preparação, 38% estavam em contemplação, 9% no estágio de pré-contemplação e somente 3% dos participantes no estágio de ação. Os adultos que estavam num estágio mais avançado de mudança apresentavam maior grau de deficiência auditiva. A maioria dos participantes encontrar-se em preparação demonstra a necessidade de uma orientação mais adequada para estes adultos.

Foram encontrados estudos para identificação de aspectos de pacientes que tiveram sucesso e dos que não tiveram em terapia de voz (SMITH et al., 2010), estudos que buscavam compreender a percepção do paciente e que tipo de material era mais eficaz para adesão ao tratamento (VAN LEER; CONNOR, 2010; VAN LEER; CONNOR, 2012), também quanto adesão à recomendação médica para terapia vocal (PORTONE; JOHNS; HAPNER, 2008), sobre a verificação de possíveis fatores associados a adesão de professoras de uma rede de ensino (SANTOS et al., 2013), análise quanto a aplicação do MTT em relação à terapia vocal através de dados teóricos e clínicos (VAN LEER; HAPNER; CONNOR, 2008) e a identificação dos estágios motivacionais para adesão e adaptação da escala URICA-Voz (TEIXEIRA et al. 2013).

O propósito do estudo de Smith et al. (2010) foi verificar a possibilidade de identificar os fatores relacionados aos pacientes, encaminhados para terapia de voz, que tiveram resultados terapêuticos positivos. Classificado também como um estudo de cunho retrospectivo, foram analisados 100 prontuários de pacientes de um centro médico acadêmico, 27 homens e 73 mulheres, com idades entre 18 e 78 anos, dividindo-os em 5 grupos conforme os resultados terapêuticos em: (1) alta com sucesso terapêutico, (2) participação em algumas sessões seguido de melhora da voz, mas deixou de frequentar, (3) participação de muitas sessões com melhora na voz, (4) não conseguiu melhorar apesar de frequentar terapia e (5) não compareceu a terapia, como recomendado. Verificaram que 53% (grupo 1 e 3) dos pacientes deste estudo apresentaram variação positiva de voz, enquanto uma alta porcentagem de 44% (grupo 5) não compareceram a terapia. A maior frequência de pacientes com resultados terapêuticos bem sucedidos foi de jovens que apresentavam menor problema vocal e menores pontuações no protocolo de índice de desvantagem vocal (IDV). Por outro lado, profissionais com maior demanda vocal, níveis elevados de estresse, escores mais altos no IDV e os casos mais complexos de problemas laríngeos e de saúde adicionais, representaram maior desafio para o terapeuta por indicar baixa frequência na terapia.

Van Leer e Connor (2010) buscaram compreender os desafios enfrentados por pacientes em terapia vocal, para fornecimento de base em intervenções adequadas e conquista de resultados eficazes, com a documentação da percepção dos pacientes em relação ao tratamento, o que incluía as facilidades e dificuldades para adesão ao tratamento. Participaram 15 pacientes adultos, com ao menos duas sessões de terapia de voz e diagnóstico vocal de disfonia orgânicas e funcionais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas pessoalmente e por telefone, que foram transcritas em unidades de significado (grupos de palavras que se relacionam com o mesmo significado central) para assim manter a integridade da percepção dos participantes. Depois de serem analisadas por 2 investigadores, foram novamente revistas por uma das pesquisadoras do estudo, com confiabilidade final de 97% das transcrições. Como resultado, surgiram três grandes temas: (1) A terapia de voz é difícil, (2) O fazer acontecer, e (3) A relação terapeuta/paciente. Para adesão na terapia de voz, o estudo demonstrou ser um processo que requer do paciente motivação, autorregulação, comprometimento, aprendizagem e boa relação com o terapeuta.

Fatores que proporcionam maior adesão à terapia de voz foram investigados por Van Leer e Connor (2012). Os autores avaliaram se o uso de vídeos portáteis de exercícios da terapia vocal resultaria em maior prática e motivação para o paciente quando comparados às instruções por escrito dos exercícios adotados mais comumente pelos terapeutas. Participaram do estudo 12 pacientes com disfonia por tensão muscular e presbifonia, sendo oito mulheres e quatro homens, divididos em dois grupos de seis cada e idade média de 28 a 64 anos. Realizaram sessões de terapia com quatro fonoaudiólogas especialistas em voz usando técnicas do método de sons facilitadores por duas semanas. Para cada participante, foi entregue a lista dos exercícios por escrito e também gravações de vídeo em dispositivo de players (MP4), tanto do terapeuta fazendo os exercícios como do próprio paciente, juntamente a um contador de frequência dos exercícios, pois deveriam realizá-los ao menos por dois minutos de três a cinco vezes por dia. Para avaliar a motivação quanto à realização dos exercícios foram utilizadas a Escala pós-sessão semanal (*Readiness Ruler*) e a escala de autoeficácia. Como resultado observaram que os vídeos foram utilizados duas vezes mais que os exercícios por escrito, somente dois pacientes usaram duas vezes mais o escrito, no entanto em ambas as condições, ainda ficaram aquém da prática de três a cinco vezes ao dia. Porém dos 12 participantes, quatro realizaram os exercícios utilizando os vídeos como instruído enquanto nenhum deles realizou a mesma quantidade quando seguindo as recomendações por

escrito. Demonstrou-se, com os resultados, um modesto efeito positivo do uso de MP4 players para prática e motivação de exercícios de terapia de voz.

Portone, Johns e Hapner (2008) investigaram quantos pacientes, após consulta com otorrinolaringologista e encaminhamento para terapia fonoaudiológica, seguiam esta recomendação. Realizaram a análise retrospectiva de 294 prontuários de pacientes distribuídos em duas instituições de atendimento clínico em voz, com faixa de idade entre 15 e 90 anos, todos com queixa de disfonia e encaminhados para terapia de voz. Destes, 38% não procuraram atendimento fonoaudiológico e 47% não retornaram a segunda sessão (avaliação vocal); não houve diferença significativa por gênero ou faixa etária. Como principais motivos para o não comparecimento foram identificados: a falta de cobertura do plano de saúde, a percepção da gravidade do problema de voz (mencionaram terem resolvido espontaneamente o problema) e a longa distância da clínica. Como sugestão os autores ressaltaram a necessidade de pesquisas para apreciação mais completa das razões de não adesão às recomendações médicas para terapia de voz com objetivo de melhorar a prestação de cuidados de saúde destes pacientes.

Para compreender os fatores associados à adesão ao tratamento fonoaudiológico das disfonias de professoras da Rede Municipal de ensino de Belo Horizonte, realizaram uma pesquisa retrospectiva com análise de 251 prontuários destes profissionais, atendidos no Ambulatório de voz do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (AV-UFMG) no período de 2007 a 2009. Corresponderam aos critérios de inclusão 135 prontuários e foram coletados os dados de idade, número de sessões programadas, número de faltas, número de filhos, tipo de disfonia, grau da disfonia, renda mensal e escolaridade. Calculou-se a distância da residência ao local de trabalho e do local de trabalho ao local de tratamento (em quilômetros). Classificaram os sujeitos incluídos em dois grupos: alta com 89 (65,93%) e abandono com 46 (34,07%). As únicas variáveis que apresentaram relações significantes à adesão a terapia de voz foram apenas o número de faltas, em que pacientes com três ou mais faltas tiveram a probabilidade de 3,67 mais chances de abandonar o tratamento e os pacientes com disfonia organofuncional (tipo de disfonia) com 2,34 mais chances (SANTOS et al., 2013).

Questões levantadas sobre o comportamento de determinados pacientes quanto a sua constância à terapia e prática de exercícios, enquanto outros já apresentavam desistência no primeiro sinal de dificuldade, fizeram com que Van Leer, Hapner e Connor (2008) através de dados teóricos e experiência clínica, verificassem a aplicação do MTT no processo de

terapia vocal com objetivo de compreender a mudança de comportamento, o surgimento de problemas para adesão ao tratamento e com isso fornecer estratégias para melhorar a adesão. Caracterizou-se cada estágio com exemplos clínicos das declarações dadas pelos pacientes, o uso dos dez processos cognitivos e comportamentais para auxiliar na mudança dos estágios e como incentivar a autoeficácia para conquista dos objetivos em terapia. O MTT apresentou-se como um modelo prático de mudança de comportamento de relevância para terapia de voz.

Teixeira et al. (2013) foram os autores que adaptaram a escala URICA, com o título URICA – Voz para avaliar em que estágio de motivação para adesão os pacientes com disfonia se encontram e analisar a associação desses estágios com as variáveis: idade, sexo, profissão, número de sessões e tipo de disfonia (retirados a partir dos prontuários dos pacientes). A adaptação da escala procedeu-se da seguinte forma: obteve-se a permissão dos autores originais, a tradução foi realizada por duas fonoaudiólogas independentes entre si, em seguida o grupo de pesquisadores do estudo reuniu-se para discutir sobre as duas traduções, o que resultou em uma única versão, ocorrendo às devidas correções e a contraversão (comparação entre a versão em inglês e a tradução adaptada para a voz no português), uma terceira fonoaudióloga fez as correções finais quanto à compreensão obtendo a versão piloto que foi aplicada em 10 pacientes. Contaram com uma amostra de 66 pacientes com disfonia atendidos nos ambulatórios de voz das Universidades Federais de Minas Gerais e de São Paulo. Destes 58 eram mulheres e oito homens. Quanto ao grau de escolaridade 8 eram graduados e 14 não graduados, 48 eram profissionais da voz enquanto 18 não eram profissionais da voz, para o diagnóstico fonoaudiológico temos 60 que apresentavam disfonia comportamental e seis disfonia não comportamental. O programa utilizado para as análises amostrais foi o SPSS 17.0, por meio de medidas de tendência central e de dispersão e por testes de hipóteses a um nível de significância de 5%. As variáveis contínuas foram analisadas por meio do ANOVA e para as categóricas foi aplicado o teste qui-quadrado. Como resultado obtiveram 38 (57,6%) pacientes no estágio de contemplação, 20 (30,3%) no estágio de pré-contemplação, 8 (12,1%) no de ação e nenhum paciente no de manutenção. Não houve relação entre as variáveis estudadas e os estágios de adesão do URICA-Voz.

A literatura aponta a importância para reabilitação clínica nos tratamentos fonoaudiológicos, o uso do modelo transteórico e seus constructos. No entanto, a intervenção terapêutica nas disfonias carece de mais estudos que contribuam para a elucidação das dificuldades para mudança de comportamento e adesão dos pacientes, a fim de obter condutas terapêuticas e resultados eficazes.

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

Objetivo Geral

Identificar os estágios de motivação para mudança e correlacionar com os níveis de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com disfonia.

4 Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Participantes

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB - USP) sob o nº 492.487, contemplando todos os aspectos éticos contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em que todos participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos aplicados, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Obtivemos autorização para utilizar os dados do grupo experimental da pesquisa “Ansiedade e depressão em indivíduos com disfonias funcionais e organofuncionais” de Adélia Ferraz Daher Miranda, sob orientação da Profa. Dra. Alcione Ghedini Brasolotto, composto por 31 pacientes, dos quais somente 22 puderam participar. Foram convidados mais 19 pacientes que estavam em atendimento e também da lista de espera que passarem por processo de triagem. Obtiveram-se como total de participantes para esta pesquisa 41 pacientes da Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP.

Consideramos como critérios de inclusão para o estudo: ter idade entre 18 e 55 anos, ter diagnóstico de disfonia funcional ou organofuncional (BEHLAU; PONTES; AZEVEDO, 2001) determinado por avaliação fonoaudiológica e otorrinolaringológica e ter respondido os questionários de ansiedade e depressão do estudo mencionado no parágrafo anterior. Como critérios de exclusão considerou-se a presença em seu prontuário de relatos de doenças neurológicas ou outros distúrbios da comunicação, além da disfonia.

4.2. Material

4.2.1. Inventário de ansiedade traço-estado – IDATE:

O IDATE é um inventário escalar de autoavaliação para a ansiedade não somente como doença, mas também de traços de ansiedade na maneira habitual de ser do indivíduo. Está traduzida e validada para uso no Brasil desde o final da década de 70. É composto por dois questionários, cada um com 20 itens, o primeiro referindo-se a como o paciente sente-se durante a maior parte do tempo (traço) e o segundo como o paciente sente-se no momento da avaliação (estado). A cada item é atribuído um escore de zero a quatro, correlacionando o

número do escore com a intensidade e frequência do sintoma. É feita a somatória destes escores e avalia-se a presença ou não de ansiedade traço ou estado, considerando: valor menor que 30 – baixo nível de ansiedade, entre 31 a 49 – médio nível de ansiedade, valor maior que 50 – alto nível de ansiedade. (SANTOS, 2012a).

4.2.2. Inventário de Depressão de Beck (BDI):

É amplamente utilizada tanto em pesquisas quanto na prática clínica. É empregado como uma complementação da entrevista clínica fornecendo uma visão do próprio paciente sobre seu estado psíquico. Não é indicado que seja usada isoladamente como instrumento diagnóstico, mas é considerada eficiente quando associada à história clínica e outras escalas de avaliação ou correlacionando sintomas de referência. É um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade dos episódios depressivos e de ansiedade. A recente versão é desenhada para pessoas acima de 13 anos de idade e é composta de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos, como desesperança, irritabilidade e sentimentos de culpa ou de estar sendo punida, assim como sintomas físicos, como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. Essa escala consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes cuja intensidade varia entre 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, autodepreciação, autoacusações, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso e preocupação somática. O *Center for Cognitive Therapy Beck* (1988) recomenda, para as amostras, os seguintes pontos de corte:

- A) <10 - sem depressão ou depressão mínima;
- B) 10 a 18 - depressão leve a moderada;
- C) 19 a 29 - depressão moderada a grave;
- D) 30 a 63 - depressão grave.

4.2.3. Escala *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA)-adaptada para área de voz por Teixeira et al (2013).

A versão original da escala URICA apresenta 12, 24 e 32 itens. A que utilizamos foi a adaptada para voz, sendo esta de 32 itens com quatro grupos de 8 afirmações (Anexo 1). Essa adaptação foi realizada através do Modelo Transteórico (MTT) desenvolvido por Prochaska e Diclemente em 1982, com intuito de especificar em quais estágios de prontidão

encontravam-se os pacientes em tratamento de saúde. Para cada estágio existem as perguntas referentes, dispostas dessa maneira: pré-contemplação: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 e 31 (Item 1. Acredito que não tenho que mudar a minha voz); contemplação: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 e 24 (Item 2. Eu acho que estou pronto para melhorar minha voz); ação: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 e 30 (Item 3. O meu problema de voz me incomoda e eu estou tentando resolvê-lo); e manutenção: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 e 32 (Item 6. Fico preocupado em ter um novo problema de voz, por isto estou procurando ajuda). A aplicação dura cerca de três a cinco minutos. Para cada item as possibilidades de respostas são usadas 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), em que 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). Como resultado para as notas de corte adota-se a seguinte interpretação: valores menores ou iguais a 8 – pacientes em fase de pré-contemplação; de 8 até 11 – pacientes em fase de contemplação; a partir de 12 até 14 – pacientes em estágio de ação diante do problema (DICLEMENTE; SCHUNDT; GEMMELL, 2004).

Os resultados encontrados serão, conforme procedimento da Clínica de Fonoaudiologia da FOB – USP, anexados aos protocolos dos respectivos pacientes participantes desta pesquisa para apreciação e maiores informações com intuito de contribuir e esclarecer para melhores condutas das abordagens terapêuticas fonoaudiológicas.

4.3 Procedimentos e aplicação dos protocolos

Rotineiramente, os pacientes com queixas vocais atendidos na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP, são submetidos a diversos procedimentos e atendidos somente uma vez na semana. Foram extraídas dos seus prontuários, informações sobre o diagnóstico otorrinolaringológico e classificação da disfonia.

Para aplicação da escala os pacientes foram previamente agendados preferencialmente após o horário das sessões terapêuticas realizadas na Clínica de

Fonoaudiologia da FOB – USP. Em um único encontro, cada paciente recebia as orientações iniciais para responder sozinho, as questões da URICA-Voz e dos inventários para análise dos traços de ansiedade e depressão. Houve intervenção do aplicador em caso de dúvida sobre alguma questão. A aplicação dos protocolos teve duração aproximada de 30 minutos. Os pacientes que não haviam respondido o BDI e IDATE-T, IDATE-E tiveram a apuração e análise dos resultados realizados pela Profa. Dra. Dagma V. Marques Abramides.

4.4 Análises dos Resultados

Os resultados foram submetidos ao tratamento estatístico por meio da aplicação do teste de Correlação de Pearson com a finalidade de correlacionar os resultados obtidos dos estágios para mudança da escala URICA – Voz, com os inventários de ansiedade IDATE T-E e depressão de Beck em pacientes com disfonia.

Os valores da correlação foram considerados de acordo com a classificação:

- $r=0.70$ até 1- positivo ou negativo indica uma forte correlação.
- $r=0.40$ a 0.60 - positivo ou negativo indica correlação moderada.
- $r=0.10$ a 0.30 - fraca correlação (DANCEY; REIDY, 2006).

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

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1. Caracterização do grupo analisado

Os participantes apresentavam entre 18 e 55 anos de idade (média=34,3; mediana=32), sendo 27 (65,85%) mulheres com média de 34,7 anos de idade e 14 homens (34,14%) com média de 33,57 anos. Dentre todos os participantes, 23 (56%) foram diagnosticados com disfonias funcionais e 18 (43,9%) organofuncionais. Considerando o momento do tratamento, 33 (80,4%) se encontravam em atendimento, cinco (12, 5%) em alta recente e somente três (7,5%) em lista de espera.

Quanto à profissão, houve uma grande diversidade na amostra, com 18 (43, 9%) professores, quatro (10%) estudantes, dois (5,0%) jornalistas e quatro (10%) vendedores. As demais ocupações foram: administrador, advogado, artista (palhaço), auxiliar de veterinário, técnico em enfermagem, cantor, cozinheiro, designer, diretor, empresário, recuperador de crédito, telemarketing e fisioterapeuta.

5.2 Resultados Descritivos e de correlação entre os instrumentos

Os valores das médias dos escores, do desvio padrão e dos valores mínimo e máximo da escala URICA-Voz, os inventários IDATE-T, IDATE-E e BDI foram descritas para o grupo total de pacientes disfônicos avaliados (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados descritivos dos escores das escalas URICA-Voz, IDATE -T, IDATE- E e BDI para o total de disfônicos.

Escalas	Média	($\pm$ Dp)	Mín-Máx
URICA-Voz	9,89	($\pm$ 1,439)	3,85-11,85
URICA pré-contemplação	1,78	($\pm$ 0,432)	1,00-2,71
URICA contemplação	4,16	($\pm$ 0,488)	2,00-5,00
URICA ação	4,07	($\pm$ 0,612)	2,14-4,85
URICA manutenção	3,43	($\pm$ 0,554)	1,85-4,42
IDATE -T	40,49	($\pm$ 11,256)	19-59
IDATE-E	42,23	($\pm$ 9,352)	23-60
BECK	10,07	($\pm$ 6,310)	0-27

Em relação aos estágios motivacionais da escala URICA-Voz, observou-se que a maioria encontra-se no estágio de contemplação (Tabela 2).

A tabela 2. Ocorrência dos participantes em cada estágio motivacional, conforme a escala URICA – Voz.

URICA – Voz (estágios motivacionais)	n (%)
Pré-contemplação	4 (9,75%)
Contemplação	30(73,17%)
Ação	7(17,07%)
Manutenção	0

De acordo com o IDATE-T, observou-se que todos os pacientes disfônicos apresentaram baixo e médio níveis de ansiedade, com apenas um paciente com alto nível de ansiedade, e de acordo o IDATE-E, a maioria apresentou níveis médio e baixo (Tabela 3).

Tabela 3. Ocorrência dos participantes em cada categoria nosológica dos inventários IDATE T e IDATE E.

	IDATE - T	IDATE – E
Escores	n (%)	n (%)
< 40-Baixo Nível de Ansiedade	14 (34,15%)	22 (53,65%)
41-59- Médio Nível de Ansiedade	26 (63,41%)	19 (46,34%)
> 60-Alto Nível de Ansiedade	1 (2,43%)	0

A tabela 4 descreve a ocorrência de pacientes disfônicos nos diferentes níveis de depressão, segundo o BDI. Observou-se que a maioria foi classificada sem depressão ou com depressão de leve a moderada.

Tabela 4. Ocorrência em cada categoria nosológica do BDI nos participantes com disfonia.

BDI	n (%)
Escores	Disfônicos (N=41)
< 10 sem depressão	21 (51,21%)
10-18 depressão leve a moderada	18 (43,90%)
19-29 depressão moderada a grave	2 (4,87%)
30-63 depressão grave	0 (0%)

Na tabela 5 observamos que houve correlação significativa entre a pontuação no estágio de contemplação da escala URICA – Voz e IDATE -T e E.

Tabela 5. Correlações entre às médias de escores da escala URICA – Voz e os pontos para cada estágio entre os inventários IDATE-T, IDATE-E e BDI.

ESCALAS		IDATE-T	IDATE-E	BDI
URICA pré-contemplação	r	0,018	0,136	0,178
	p	0,911	0,395	0,266
URICA contemplação	r	0,470*	0,342*	0,285
	p	0,002	0,028	0,071
URICA ação	r	0,126	-0,026	0,071
	p	0,434	0,870	0,657
URICA manutenção	r	0,226	0,219	0,194
	p	0,156	0,169	0,224

*Resultado significativo de correlação entre as escalas (Teste de Pearson).

Ao analisar individualmente as respostas das questões da escala URICA-Voz, observamos que houve correlações significativas entre as questões 6, 8, 12, 14, 19, 23 e 24 da escala URICA – Voz e os Inventários IDATE-T, IDATE-E e/ou BDI (Tabela 6).

Tabela 6. Correlações entre às pontuações das questões da escala URICA – Voz e os pontos para cada estágio entre o IDATE-T, IDATE-E e/ou BDI.

Questões da Escala URICA- Voz		IDATE-T	IDATE-E	BDI
Q1. Acredito que não tenho que mudar a minha voz.	r	0,078	-0,012	0,101
	p	0,627	0,939	0,260
Q2. Eu acho que estou pronto para melhorar minha voz.	r	0,105	0,136	0,711
	p	0,514	0,395	0,060
Q3. O meu problema de voz me incomoda e eu estou tentando resolvê-lo.	r	-0,038	-0,86	0,186
	p	0,815	0,591	0,244
Q4. Acho que vale a pena cuidar da minha voz.	r	-0,080	-0,115	0,097
	p	0,619	0,475	0,544
Q5. Eu não tenho um problema na voz. Não faz sentido para mim, mudá-la.	r	-0,185	-0,240	-0,256
	p	0,248	0,130	0,105
Q6. Fico preocupada em ter um novo problema de voz, por isto estou procurando ajuda.	r	0,311*	0,271	0,197
	p	0,048	0,086	0,216
Q7. Finalmente estou tratando o meu problema de voz.	r	0,107	0,030	0,90
	p	0,505	0,851	0,577
Q8. Eu acho que quero mudar a minha voz.	r	0,138	0,310*	0,174
	p	0,388	0,048	0,277
Q9. Tenho tido sucesso no meu tratamento de voz, mas não tenho certeza se consigo mantê-la boa sem ajuda.	r	0,256	-0,055	0,136
	p	0,107	0,732	0,398
Q10. Às vezes é difícil tratar a minha voz, mas estou me dedicando para isto.	r	0,203	0,165	0,051
	p	0,202	0,301	0,751
Q11. O tratamento de voz é um desperdício de tempo para mim, pois minha voz não me incomoda.	r	-0,036	0,049	0,096
	p	0,825	0,759	0,550
Q12. Eu espero compreender melhor o meu problema de voz.	r	0,368*	0,276	0,228
	p	0,018	0,080	0,152
Q13. Eu sei que tenho um problema de voz, mas não preciso fazer nada para melhorar.	r	-0,077	0,154	-0,053
	p	0,633	0,337	0,742
Q14. Estou me dedicando bastante para melhorar o meu problema de voz.	r	0,322*	0,005	0,208
	p	0,040	0,975	0,193
Q15. Eu tenho um problema de voz e estou certo de que vou resolvê-lo.	r	0,180	-0,009	0,181
	p	0,259	0,955	0,257

Q16. Não estou conseguindo manter minha voz “boa” e quero evitar um novo problema.	r	0,215	0,215	0,049
	p	0,177	0,176	0,760
Q17. Ainda que minha voz eu me livraria deste problema, mas algumas vezes ele ainda me incomoda.	r	0,167	0,059	0,085
	p	0,297	0,712	0,597
Q18. Achei que depois de tratar a voz eu me livraria deste problema, mas algumas vezes me incomoda.	r	0,174	0,171	0,156
	p	0,276	0,285	0,331
Q19. Eu gostaria de saber mais como melhorar minha voz.	r	0,317*	0,224	0,363*
	p	0,043	0,159	0,020
Q20. Eu comecei a tratar a minha voz, mas preciso de mais ajuda.	r	0,198	0,067	0,163
	p	0,214	0,667	0,308
Q21. Talvez eu seja fonoaudiologia ou tratamento possa ajudar a resolver meu problema de voz.	r	0,202	0,175	0,086
	p	0,206	0,273	0,594
Q22. Eu preciso de um incentivo para manter o que consegui mudar na minha voz.	r	0,084	0,132	0,128
	p	0,601	0,412	0,425
Q23. Talvez eu seja responsável por parte do meu problema de voz, mas não sou o único responsável.	r	0,181	0,324*	0,372*
	p	0,258	0,039	0,017
Q24. Eu tenho esperança que alguém me ajude a melhorar a minha voz.	r	0,416**	0,190	0,187
	p	0,007	0,234	0,241
Q25. Eu já estou fazendo a minha parte para melhorar minha voz.	r	0,120	-0,111	0,071
	p	0,455	0,491	0,659
Q26. 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?	r	0,086	0,220	0,115
	p	0,593	0,167	0,475
Q27. Estou me esforçando muito para não ter uma recaída no meu problema de voz.	r	-0,075	-0,201	-0,144
	p	0,643	0,208	0,368
Q28. É frustrante, mas eu sinto que minha voz está piorando de novo.	r	0,094	0,099	0,170
	p	0,599	0,537	0,288
Q29. Eu me preocupo com minha voz como todo mundo. Por que perder tempo pensando nisso?	r	0,023	0,052	-0,081
	p	0,886	0,745	0,615

Q30. Eu estou trabalhando ativamente para resolver meu problema de voz.	r	-0,025	-0,186	-0,123
	p	0,877	0,243	0,445
Q31. Eu prefiro lidar com meu problema de voz do que fazer um tratamento.	r	0,080	0,214	-0,021
	p	0,621	0,180	0,896
Q32. Depois de tudo o que fiz para melhorar a minha voz, ela às vezes ainda preocupa.	r	0,083	0,085	0,078
	p	0,607	0,598	0,629

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Muitas vezes nos tratamentos para os distúrbios da voz, encontram-se pacientes que transmitem a impressão de estarem engajados nas propostas da terapia vocal, o que pode não condizer com a realidade. A literatura apresenta o questionamento sobre por que alguns pacientes conseguem executar as propostas terapêuticas tão rapidamente, enquanto outros desanimam nas primeiras dificuldades. Entretanto, é escassa a investigação quanto à relação de fatores que podem influenciar a motivação e prontidão do paciente para mudança o que favoreceria assim adesão ao tratamento. (TEIXEIRA et al., 2013; VAN LEER, HAPNER, CONNOR, 2008). Desta forma, este estudo propôs-se a verificar se os níveis de sintomas de ansiedade e depressão apresentam relação com os estágios motivacionais para mudança de comportamento em pacientes com disfonia.

Considerando os resultados do inventário de ansiedade traço e estado, observaram-se níveis baixos e médios para população estudada. Somente um participante apresentou nível alto para o inventário IDATE-T. A literatura aponta para níveis mais elevados de ansiedade em pacientes disfônicos, quando comparados a não disfônicos (MILLAR, 1999; LAURIELLO et al., 2003; MIRANDA, 2014) e a correlação positiva entre ansiedade traço-estado e parâmetros vocais (ALMEIDA; BEHLAU; LEITE, 2011),

Os resultados tanto para as médias como para o número de ocorrências do BDI, indicaram que a maioria dos participantes apresentou-se sem depressão ou com depressão leve a moderada. Oliveira et al. (2012) não encontrou maiores níveis de ansiedade e depressão entre disfônicos e não disfônicos. No entanto, Telles-Correia e Barboza (2008) apontaram que a maioria das doenças clínicas é acompanhada por traços de ansiedade e depressão, bem como Souza e Hanayama (2005) ao afirmarem em sua revisão de literatura que nem toda doença apresenta origem psicológica, mas os aspectos emocionais devem ser levados em consideração na etiologia, evolução e tratamento das patologias. Entretanto, o modo como aspectos de ansiedade e depressão se relacionam com as disfonias, ainda não foi bem explicitado.

Com relação aos resultados da escala URICA-Voz, encontrou-se que a maioria dos participantes (73,17 %) desta pesquisa situa-se no estágio de contemplação conforme valores médios e número de ocorrência obtidos na referida escala. Os resultados obtidos no estudo de Teixeira et al. (2013) que também apontam maior ocorrência de indivíduos disfônicos neste estágio, indicam baixa motivação para mudança de comportamento vocal na

maioria dos pacientes, o que pode restringir os resultados da terapia uma vez que, segundo as autoras, prognósticos satisfatórios dependem da ação do paciente em relação ao tratamento.

A ambivalência é a característica marcante do estágio de contemplação, sendo entendida como a dificuldade encontrada pelo paciente em escolher entre os prós e contras da mudança. Pode-se notar, entre outras características, um comportamento recorrente do paciente em pedir explicações já definidas sobre a causa do problema e sobre a execução de exercícios realizados por diversas vezes, como também questionamentos quanto à eficácia da terapia (VAN LEER; HAPNER; CONNOR, 2008). Ressalta-se que em grande parte dos programas de mudança de comportamento de saúde tradicionais, a terapia é projetada apenas para os pacientes que estão prontos para agir, ao passo que a maioria destes não se encontra preparada para tal abordagem (PROCHASCA; DICLEMENTE, 1983).

Os resultados da correlação entre a média de pontos que correspondem ao estágio de contemplação da Escala URICA-Voz e a média total obtida nos inventários IDATE-T ($p=0,002$) e IDATE-E ($p=0,028$), indicam que quanto maior a pontuação no estágio de contemplação, maiores os níveis de traço e estado de ansiedade. Sendo com maior força de correlação para o traço do que para o estado.

Como foi possível observar na literatura, existem estudos que correlacionam os aspectos emocionais de ansiedade e depressão com as disfonias. Este é o primeiro estudo que se propôs a investigar a relação entre a ansiedade, depressão e os estágios motivacionais em disfônicos. Sendo assim, não existem estudos até a data atual com o qual possamos comparar nossos resultados. Entretanto, tal relação foi investigada na população de tabagistas por MELO, OLIVEIRA, FERREIRA (2006) que aplicaram as escalas URICA- tabagismo, Beck para ansiedade (BAI) e depressão (BID) em 109 indivíduos, divididos em dois grupos distintos: os que aderiram (23,9%) e os que não aderiram ao tratamento (76,1%). Os participantes passaram por quatro medidas da escala URICA e das escalas de ansiedade e depressão durante as oito semanas do tratamento para monitorar os estágios motivacionais e averiguar se está associado com a manutenção da abstinência de tabaco. Na primeira medida ($n=106$) a média para cada sub-escala foi: Pré-contemplação (13,11), Contemplação (29,41), Ação (28,89) e Manutenção (11,08). Nas outras medidas realizadas com o grupo que aderiu, encontraram-se modificações significativas somente no estágio de Manutenção ($p<0,001$). Escores iniciais de ansiedade obtidos pelos pacientes que aderiram ao tratamento foram menores do que quando comparados àqueles que não aderiram. Os escores iniciais de depressão, igualmente, apresentaram-se menores entre aqueles que aderiram ao tratamento,

sugerindo que índices altos de ansiedade e de depressão são fatores que dificultam a adesão dos pacientes ao tratamento. Segundo os autores, existe uma tendência corroborativa a esses dados, haja vista que os pacientes com escores mínimos de ansiedade aderiram mais e os mais graves aderiram menos à intervenção, ao passo que os mais deprimidos aderiram menos e os menos deprimidos demonstraram aderir mais.

Estudo de Pawlina et al. (2014) também analisou a associação entre o fracasso na cessação do tabagismo e o grau de motivação (URICA) e o nível de ansiedade (BAI) e depressão (BID) com o intuito de subsidiar as ações para reavaliar as abordagens para o melhor tratamento do fumante. Os dados apontam que o baixo nível motivacional, o menor tempo de tabagismo, a maior carga tabágica e o alto nível de ansiedade estão associados ao fracasso na cessação, o mesmo não ocorrendo com a depressão, como era o esperado. Os autores concluíram que a ansiedade parece ser mais fortemente associada com tabagismo que com a depressão e, entre os fumantes, a prevalência dessas características é maior que na população em geral, embora tanto indivíduos com ansiedade e depressão tenham menos probabilidades de deixar de fumar ao final do tratamento, pois são os que apresentam maior grau de dependência. Para Russo e Azevedo (2010) o estado motivacional é um importante fator que reforça a necessidade de trabalhar o comportamento ambivalente evidenciado pelo fumante que simultaneamente procura ajuda, mas não está preparado para a cessação.

Algumas inferências podem ser feitas no presente estudo com base na correlação entre sete questões da escala URICA-Voz com os inventários IDATE-T, IDATE-E e BDI, sendo que quatro delas correspondem ao estágio de contemplação. A questão 24 (“Eu tenho esperança que alguém me ajude a melhorar minha voz”) obteve relação forte com o inventário IDATE-T e as questões 8 (“Eu acho que quero mudar a minha voz”), 12 (“Eu espero compreender melhor o meu problema de voz”) e 19 (“Eu gostaria de saber como melhorar minha voz”) com fracas correlações entre os inventários. Tal análise indica que níveis maiores de ansiedade dificultam a tomada de ação prevalecendo processos cognitivos ambivalentes envolvendo o sistema de crença/pensamento e o sistema emocional. De fato, os processos emocionais interferem na tomada de decisões e conforme Leite (1999) os pensamentos de uma pessoa ansiosa podem levar às distorções cognitivas que assumem funções de controle sobre a ansiedade tais como a catastrofização, valorização de aspectos ameaçadores e inferência arbitrária. Estudos na área da neurociência apontam que alterações neurobioquímicas no sistema límbico (especificamente da amígdala) inibem a conectividade com o sistema pré-frontal, responsável pela tomada de decisões (GOLEMAN, 1995).

Tal resultado também pode sugerir alto nível de expectativa em relação ao tipo de apoio esperado e que o paciente tem pouca consciência quanto ao seu papel ativo no distúrbio vocal. Entretanto, tal questão analisada isoladamente pode apenas significar um viés cultural uma vez que a maioria dos serviços públicos de saúde adota o modelo médico, no qual o paciente assume uma posição mais passiva. Behrman (2006) ressalta a importância da atuação do terapeuta como um guia para a motivação do paciente, contrastando com a abordagem tradicional em que o clínico, de acordo com seus próprios sistemas de valores, instrui o paciente a mudar.

Dentre a população desta pesquisa (9%) dos participantes encontra-se no estágio de pré-contemplação, correspondendo aos valores médios e número de ocorrências da escala URICA-Voz, enquanto o estudo realizado por Texeira et al. (2013) foi observado um maior número de indivíduos neste estágio conforme a sua população pesquisada, ressaltando a importância de uma intervenção imediata para resolução dos problemas. A caracterização do estágio de pré-contemplação por Van Leer, Hapner e Connor (2008) são de pacientes que não consideram a mudança do comportamento vocal, podendo distinguir-se em dois grupos: os que não acreditam no componente funcional do seu problema de voz e o outro grupo de pré-contempladores que mesmo tendo consciência da etiologia do problema funcional na voz, por motivos variados, recusam-se a mudar.

Entre a média de pontos correspondentes ao estágio de pré-contemplação e os inventários IDATE-T, IDATE-E e BDI, não se observou correlações significativas. Enquanto que para questão 23(“Talvez eu seja responsável por parte do meu problema, mas não sou o único responsável”), correspondente ao estágio de pré-contemplação, observou-se fraca correlação entre o inventário IDATE –E e BDI.

Apenas sete participantes (17%) desta pesquisa corresponderam à pontuação da URICA-Voz, conforme os valores médios e número de ocorrências, indicativa de estarem no estágio de ação, em que o paciente encontra-se disposto no sentido de modificar comportamentos relacionados à voz. Proporção semelhante foi obtido no mesmo estudo de Teixeira et al. (2013), mencionando que a partir dos dados encontrados a maioria dos pacientes não iniciou verdadeiramente uma ação para mudar de comportamento.

Van Leer, Hapner e Connor (2008) descreveram que os pacientes de seu estudo que encontravam-se no estágio de ação demonstravam engajamento em modificar seu comportamento relacionado à voz por meio de discussões sobre dificuldades em adquirir novos comportamentos, além de revisar os exercícios e técnicas utilizados.

Quanto à correlação entre a média das questões do URICA-Voz e os inventários de ansiedade e depressão, a questão 14 (“Estou me dedicando bastante para melhorar o meu problema de voz”), que se refere ao estágio de ação obteve uma fraca correlação com o inventário IDATE-T.

Não houve participantes da pesquisa no estágio de manutenção. Pacientes no estágio de manutenção foram descritos no estudo de Van Leer, Hapner e Connor (2008) com comportamentos que sinalizam a alta, pois já dominam a habilidade de realizar manobras saudáveis, evitando desgastes e comportamentos prejudiciais para voz. Entretanto, apesar dos pacientes apresentarem-se mais confiantes com as conquistas adquiridas ainda necessitam de cuidado quanto a evitar-se o retorno a comportamentos anteriores, assim como enfatizam Teixeira et al. (2013) em que nenhum dos participantes da sua pesquisa estavam no estágio de manutenção e caracterizam este estágio com atitudes para evitar as recaídas e estabelecimento dos ganhos.

Conforme a correlação entre as questões da escala URICA-Voz, a questão 6 correspondente ao estágio de manutenção (“Fico preocupado em ter um novo problema de voz, por isso estou procurando ajuda”) obteve correlação com o IDATE –T. Tal resultado pode ser justificado pela compreensão dos pacientes em relação a esta questão e parece estar mais relacionado às características próprias da ansiedade (estar comumente mais preocupado) do que a uma conduta para garantir a manutenção dos comportamentos adquiridos e desenvolvidos.

Para maior elucidação dos resultados obtidos faz-se necessário a análise de vários aspectos subjacentes ao processo de reabilitação vocal bem como às características dos pacientes, a fim de identificar fatores que facilitam e dificultam o maior engajamento à terapia. Van Leer e Connor (2010) assinalaram que os pacientes que se submetem a tratamentos de voz apresentam semelhanças gerais a de outros tratamentos de intervenção comportamental, como a fisioterapia, nos exercícios físicos para perda de peso e cessação do tabagismo. Por exemplo, os pacientes de terapia vocal devem agendar e concluir exercícios de voz de uma maneira similar à fisioterapia e os programas de exercícios físicos nas dietas, devem realizar automonitoramento e correções de movimentos dos exercícios. Como pacientes na perda de peso ou em programas de cessação do tabagismo, pacientes na terapia de voz devem resistir a comportamentos problemáticos em ambientes sociais.

Behlau et al.(2005) apresentam a terapia de voz como algo complexo que envolve etapas fundamentais baseada no vínculo clínico-paciente, no aprimoramento e execução dos

exercícios e apontam como vilãs do processo de reabilitação: técnicas instruídas de modo errado, com tensão, constrangimento, timidez ou sensação de ridículo, não valorizar fatores que mantêm a disfonia como a utilização da voz como válvula de escape emocional. Para os autores, a terapia vocal sintomatológica tem como abordagem a modificação direta dos sintomas, causando resultados imediatos que podem inicialmente deixar o paciente motivado, no entanto, para modificação dos sintomas é necessário grande participação do paciente que muitas vezes apresenta pouca colaboração. É também uma questão do paciente buscar uma percepção de si mesmo, em que Oliveira et al. (2012) afirmam que para haver mudança na utilização da voz e da fala é necessário que os participantes se vejam, escutem a própria voz, conscientizem-se de seus pontos fortes e fracos de comunicação e desenvolvam a autocrítica, quanto à forma de falar e empregar a voz.

Behrman (2006) considera como causas para a resistência do paciente ao tratamento, a confusão sobre sua identidade vocal, imposição de higiene vocal exagerada, dificuldades quanto interação entre terapeuta e paciente, o fracasso em outras modalidades de tratamento, incluindo repouso vocal e tratamento médico. O autor emprega a mudança de comportamento vocal dentro do contexto da Entrevista Motivacional, que é uma abordagem terapêutica baseada numa discussão construtiva incorporando conceitos propostos no modelo transteórico, a partir de quatro pressupostos: (1) a motivação do paciente reflete prontidão para a mudança considerado um estado dinâmico que varia com o tempo, (2) a prontidão para a mudança é suscetível à influência do terapeuta e depende do estilo de interação, (3) prontidão para a mudança está relacionada a um estado de ambivalência, uma luta interna sobre a mudança comportamental e (4) cada paciente tem o potencial para a mudança comportamental; em que cabe ao terapeuta liberar esse potencial facilitando o processo de mudança natural e inerente ao paciente.

Possibilitar a liberdade de escolha do paciente em relação a mudar ou não, é um dos princípios da Entrevista Motivacional, pois ninguém conseguirá mudá-lo se ele não quiser mudar (Miller e Rollnick, 2001). Desta forma, recomendações em relação a exercícios, higienização e hábitos vocais de saúde exagerados não devem ser impostas, mas sim discutidas e planejadas com o paciente para evitar resistência. Convém ressaltar que quando o paciente mostra ambivalência, não quer dizer que esteja resistente. A ambivalência deve ser vista como uma oportunidade de ampliar o engajamento do paciente a partir da expressão de suas crenças e sentimentos, e conforme Héту, Jones e Getty (1993) pode representar o ponto de partida para discutir tais crenças e sentimentos dos pacientes, não no sentido de forçá-los a

optar por uma intervenção específica, mas sim apoiá-los em acessar as informações de que necessitam para tomar uma decisão adequada, compatível com a sua situação, crenças e percepções.

De fato, a mudança de comportamento individual pode ser facilitada pela modificação dos fatores pessoais internos. Estes fatores incluem não somente a obtenção dos conhecimentos necessários e práticas apropriadas para fazer uma mudança, mas também um componente de autodesenvolvimento. Apesar de uma pessoa ter o desejo de realizar uma mudança e seja definitivamente a responsável pela modificação deste comportamento, o clínico poderá ajudá-la no desenvolvimento pessoal de autoeficácia, autocontrole e autoavaliação, três aspectos críticos da mudança (BALDWIN; FALCIGLIA, 1995).

Em suma, os resultados dos estudos sobre a terapia vocal reforçam que a mudança de comportamento de saúde ocorre de maneira processual e implica em explorar crenças e percepções do paciente e inclui a mobilização dos recursos individuais necessários para atingir determinados objetivos terapêuticos. Conforme, Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) e Prochaska, Redding e Evers (2008), os processos cognitivos se concentram nos pensamentos e/ou sentimentos do indivíduo acerca do comportamento e tendem a ser mais importantes nos estágios de mudança iniciais (pré-contemplação e contemplação). Assim, o MTT aponta que, inicialmente, devem ser trabalhados os processos englobando conscientização, alívio dramático, autorreavaliação, liberação social e reavaliação socioambiental.

Na verdade, a aplicação da URICA-Voz representa apenas uma das ferramentas do MTT a serem utilizadas na abordagem terapêutica. Convém ressaltar que os estágios de mudança não preveem a adesão a uma intervenção, conforme mostra estudo de Laplante-Lévesque, Hickson e Worrall (2012) na área da Audiologia, muito embora os participantes que relataram um estágio mais avançado da mudança eram aqueles mais propensos a assumir uma intervenção e relatar resultados bem sucedidos. Os autores reafirmam que o modelo tem validade na reabilitação de adultos com deficiência auditiva e que os dados suportam que a mudança poderia ser melhor representada em um continuum ao invés do movimento de uma etapa para a seguinte.

Associar a abordagem centrada no paciente com a utilização de outras ferramentas motivacionais como, por exemplo, a Linha, o Círculo e a Balança Decisória (PROCHASKA; NORCROSS; DiCLEMENTE, 1994; JORGENSEN, 2003) podem ampliar e elucidar os dados obtidos por meio da URICA, permitindo assim acessar os processos cognitivos e

emocionais importantes para o planejamento das ações dentro da reabilitação podendo ser incorporadas ao protocolo de atendimento para o disfônico nas instituições de saúde que conte com uma equipe multiprofissional.

Este estudo demonstrou que a identificação dos estágios motivacionais, favorece uma reflexão importante sobre o tratamento dos pacientes com disfonia, quanto à necessidade de entender a presença de níveis menores de motivação e prontidão de pacientes em atendimento terapêutico, sendo este o primeiro estudo que correlaciona os estágios motivacionais com os níveis de ansiedade e depressão, para busca de estratégias mais adequadas e resultados eficazes. Melo, Oliveira e Ferreira (2006) corroboram ao enfatizar a importância de se aprender sobre os estágios motivacionais, no sentido de capacitar o terapeuta para a condução de um melhor resultado no atendimento dos pacientes.

Como foi possível notar estudos sobre a URICA-Voz no tratamento de voz ainda é escasso, especialmente quando o comportamento ativo do paciente deve ser indispensável para uma terapia ter sucesso, sendo mais observável por meio de instrumentos para tal finalidade. A importância de pesquisar este constructo do MTT se torna evidente como apresentado na revisão de literatura e nos resultados deste estudo. Neste sentido, utilizar-se de uma escala ainda não validada em suas propriedades psicométricas a serem analisadas numa amostra maior de disfônicos brasileiros, pode ser visto como uma das limitações do estudo.

Outro aspecto a ser evidenciado sobre este estudo refere-se ao número amostral, o qual dependeu em parte da demanda dos pacientes em tratamento ou de lista de espera da Clínica de Fonoaudiologia da FOB/USP e que se encaixaram nos critérios de inclusão.

Finalmente, sugere-se a aplicação da escala URICA-Voz numa amostra maior de pacientes disfônicos, avaliando-se os níveis de ansiedade e depressão assim como de motivação para mudanças ao longo do tratamento fonoaudiológico, oferecendo dados mais robustos à clínica, ampliando conhecimentos e desenvolvendo estratégias de prevenção e tratamento para resultados mais positivos.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

Por meio da análise do presente estudo, pode-se concluir que:

- A maioria dos participantes disfônicos avaliados encontrava-se no estágio de contemplação, um quinto da população em ação, um décimo em pré-contemplação e nenhum dos participantes em manutenção.
- Não houve correlação entre o escore total da escala URICA-Voz e os níveis de ansiedade e depressão avaliados, mas houve correlação entre a média de pontuação do estágio de contemplação da escala URICA-Voz com o traço e estado de ansiedade do Inventário IDATE T-E, sendo que quanto maior a pontuação neste estágio, maiores os níveis de ansiedade e depressão.

8 Referências

REFERÊNCIAS

Abellanas L, McLellan AT. "Stage of change" by drug problem in concurrent opioid, cocaine and cigarette users. *Journal of Psychoactive Drugs*; 1993;25(4):305-313.

Almeida AAF, Behlau M, Leite JR. Correlação entre ansiedade e performance comunicativa. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(4):384-9.

Almeida LD, Santos LR, Bassi IB, Teixeira LC, Gama ACC. Relationship Between Adherence to Speech Therapy in Patients with Dysphonia and Quality of Life. *Journal of Voice*, In Press, Corrected Proof, available online 13 April 2013.

American Speech-Language-Hearing Association [homepage na internet]. Knowledge and Skills Required for the Practice of Audiologic/Aural Rehabilitation [acesso em 2013 jun 17]. Disponível em: www.asha.org/policy.

Andrade FBF, Azevedo R. Similaridades dos sinais e sintomas apresentados nas disfonias funcionais psicogênicas e nas disfonias com suspeita de simulação: diagnóstico diferencial. *Distúrbios da Comunicação*; 2006;18(1):63-73.

Babeu LA, Kricos PB, Lesner SA. Application of the Stages-of-Change Model in Audiology. *JARA*; 2004;37:41-56.

Baker J. Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: a discussion paper with two case reports. *Journal of Voice*. 2003;17(4):308-318.

Baldwin T, Falciglia GA. Application of cognitive behavioral theories to dietary change in clients. *Journal of the American Dietetic Association*, Chicago, v.95, n.11, p.1315-1317, 1995

Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 1982;37,122-147.

Banziger T; Scherer KR. The role of intonation in emotional expressions. *Speech Communication*; 2005;46(3):252-267.

Beck A T, Steer R A, Garbin M G. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988;8:77-100.

Behlau M, Madazio G, Feijó D, Azevedo R, Gielow I, Rehder MI. Aperfeiçoamento vocal e tratamento fonoaudiológico nas disfonias. In: Behlau M [organizadora] Voz - o livro do especialista vol 2. Rio de Janeiro:Revinter; 2004,409-30.

Behrman A. Facilitating Behavioral Change in Voice Therapy: Relevance of Motivational Interviewing. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2006,15: 215–225.

Bittencourt SA. Motivação para mudança: adaptação e validação da escala URICA (University of Rhode Island Change Assement) para o comportamento de comer compulsivo[tese]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Psicologia; 2009.

Bogoch II, House RA, Kudla I. Perceptions about hearing protection and noise-induced hearing loss of attendees of rock concerts. *Can J Public Health*; 2005;96(1):69-72.

Carney MM, Kivlahan DR. Motivational subtypes among veterans seeking substance abuse treatment: Profiles based on stages of change. *Psychology of Addictive Behaviors*; 1995;9(2):135-142.

Cielo CA, Finger LS, Roman-Niehues G, Deuschle VP, Siqueira MA. Disfonia organofuncional e queixas de distúrbios alérgicos e/ou digestivos. *Rev. CEFAC*; 2009;11(3):431-439.

Colombrini MRC, Lopes MHB, Fiueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Revista. Esc Enferm USP*. 2006;40(4):576-81.

Dancey CP, Reidy J. Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.

Deary IJ, Wilson JA, Carding PN, Mackenzie K. The dysphonic voice heard by me you and it: differential associations with personality and psychological distress. *Clin Otolaryngol*; 2003;28:374-78.

DiClemente CC, Velásquez MM. Motivational Interviewing and the Stages of Change. In: Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002;201-16.

DiClemente CC, Prochaska JO. Self change and therapy change of smoking behavior. a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*; 1982; 7(2):133-42.

DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell Leigh. Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *The American Journal on Addictions*; 2004;13:103-119.

Dietrich M, Verdolini A, Gartner – Schmidt J, Rosen C. The frequency of perceived stress, anxiety and depression in patients with common pathologies affecting voice. *J Voice*; 2008;22:472-87.

Dragone MLOS e Almeida AAF. Departamento de Voz. Site da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. [acesso em 2013 Jun 3]. Disponível no site: http://www.sbfa.org.br/portal/pg.php?id=departamentos&id_depto=0&tpc=cinza

Dozois DJA, Westra HÁ, Collins KA, Fung TS, Garry JKF. Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behaviour Research and Therapy*; 2004;42:711-129.

Floyd J, Zebrowski PM, Flamme GA. Stages of change and stuttering: a preliminary view. *J Fluency Disord*; 2007;32(2):95-120.

Gama ACC, Santos LR, Almeida LD, Bassi IB, Teixeira LC, Assunção AA. Adesão das professoras disfônicas ao tratamento fonoterápico. *CoDAS*; 2013;25:134-139.

Guimarães CQ, Teixeira-Salmela LF, Rocha IC, Bicalho LIL, e Sabino GS. Fatores associados à adesão ao uso de palmilhas biomecânicas. *Rev. bras. fisioterapia, São Carlos*. 2006;10(3):271-7.

Goleman D. *Inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

Gusmão JL, Mion Jr D. Adesão ao tratamento - conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*; 2006;13(1):23-25.

Hétu R, Jones L, Getty L. The impact of acquired hearing impairment on intimate relationships: implications for rehabilitation. *Audiology*. 1993.

Janis IL, Mann L. *Decision Making*. New York: Free Press. 1977.

Kaldo V, Richards J, Andersson G. Tinnitus Stages of Change Questionnaire: Psychometric development and validation. *Psychol Health Med*; 2006;11(4):483-97.

Kuchar J, Ferrari DV, Abramides DVM. Aplicação do Modelo Transteórico em Fonoaudiologia e Odontologia: revisão sistemática. In: Anais da XVIII Jornada Fonoaudiológica de Bauru; Bauru-SP. 2011;17-20,262-72.

Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo. 2004;38:254-61

Jorgensen SV, Hansen HV, Hesselov IB, Lauritsen, JB, Madelung S, Tønnesen H. Operation – Complications are preventable; Copenhagen, International Health Promoting Hospitals & Health Services, Bispebjerg Hospital, 2003.

Lauriello M, Cozza K, Rossi Um, Di Rienzo L, Coen Tirelli G. Psychological profile of dysfunctional dysphonia. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2003;23:467-73

Leite S M C de S. Transtornos de ansiedade: estratégias de intervenção. In: Wielenska R C. (Org.). Sobre comportamento e cognição. Rio de Janeiro: Esetec, 1999. p. 235-238.

Lesner S, Kricos P. Acknowledgement of and adjustment to hearing loss: Applications of the transtheoretical Stages-of-Change Model. Perspectives on Gerontology; 2003;8(1):13-15.

Lima II. Modelo Transteórico de aconselhamento (MTT) no período de pré-adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) [Dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2011.

Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. Interação em Psicologia; 2006;10(1):91-99.

Misono S, Peterson CB, Meredith L, Banks K, Bandyopadhyay D, Yueh B, Frazier PA. Psychosocial distress in patients presenting with voice concerns. J Voice; 2014;28:753-61.

McConaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: a follow-up report. Psychother Theor Res Pract Train. 1989;26(4):494-503.

McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. Psychotherapy: theory, research and practice; 1983;20(3):368-75.

Millar A, Deary IJ, Wilson JA, Mackenzie K. Is an organic/functional distinction psychologically meaningful in patients with dysphonia? *J Psychosom Res.* 1999;46(6):497-505.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change.* 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002.

Miller W R, Rose G S. *Motivational Interviewing in Relational Context.* *American Psychologist;* 2010;65(4):298-99.

Miranda A, Brasolotto AG. *Ansiedade e depressão em indivíduos com disfonias funcionais e organofuncionais.* [tese]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2014.

Mirza N, Ruiz C, Baum ED, Staab JP. The prevalence of major psychiatric pathologies in patients with voice disorders. *Ear Nose Throat J.* 2003;82(10):808-10,812,814.

Nidecker M, DiClemente CC, Bennett ME, Bellack AS. Application of the Transtheoretical Model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. *Addictive Behaviors.* 2008;33:1021-30.

Oliveira G, Hirani SP, Epstein R, Yazigi L, Behlau M. Coping strategies in voice disorders of a Brazilian population. *J Voice;* 2012;26(2):204-13.

Oliveira MS, Laranjeira R, Araujo RB, Camilo RL, Schneider DD. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2003;16(2):265-70.

Pawlina MMC, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso da cessação do tabagismo. *J Bras. Psiquiatria;* 2014;63(2):113-20.

Pantalon MV, Swanson AJ. Use of the University of Rhode Island Change Assesment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2003;17(2):91-97.

Portone C, Johns III MM, Hapner ER. A Review of Patient Adherence to the Recommendation for Voice Therapy. *J Voice.* 2008;22(2):192-96.

Prochaska J M, Prochaska, J O ,Levesque D A. A transtheoretical approach to changing organizations. *Administration and Policy in Mental Health.* 2001;28,247-61.

Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychother Theor Res Pract*. 1982;19(3):276-88.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102-14.

Prochaska JO, Norcross, JC. *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. 2010.

Prochaska JO, Prochaska JM. Change (stage of). In S.J. Lopez, (Ed.). *The Encyclopedia of Positive Psychology*. Oxford, UK and Malden, MA: Wiley-Blackwell. 2009.

Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The Transtheoretical Model and stages of change. In Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4 ed., pp. 97-121). San Francisco: Jossey-Bass. 2008.

Prochaska J O. Decision Making in the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Med Decis Making*. 2008; 28(6):845-49.

Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychol*. 1994;13(1):39-46.

Prochaska, J O (1979). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Homewood, III.: Dorsety.

Raymond DM, Lusk SL. Staging workers' use of hearing protection devices: application of the transtheoretical model. *AAOHN Journal*. 2006a;54(4):165-72.

Raymond DM, Lusk SL. Testing decisional balance and self-efficacy applied to workers' use of hearing protection. *Nurs Res*. 2006b;55(5):328-35.

Rehder MI, Branco A. Interface entre disfonia e disfagia: atuação fonoaudiológica e rotina clínica. In: Rehder M I, Branco A. *Disfonia e disfagia: interface, atualização e prática clínica*. Rio de Janeiro: Revinter. 2011;201-5.

Santos FS, Oliveira KR, Colet CF. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. *Rev Ciênc Básica Apl*; , 2010;31(3):223-7.

Santos EB, Jr Quintans LJ, Fraga BP, Macieira JC, Bonjardim LR. Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012a;46(3):590-6.

Santos AC, Enéias MLE, Yoshida EMP. Estágios de mudança: correlação entre duas formas de avaliação. *Psicologia: teoria e prática*. 2012b;14(3):134-9.

Santos LR, Almeida L, Teixeira LC, Bassi I, Assunção AA, Gama ACC. Adesão das professoras disfônicas ao tratamento fonoterápico. *CoDAS*. 2013;5(2):134-9.

Smith BE, Kempster GB, Sims HS. Patient factors related to voice therapy attendance outcomes. *JVoice*;24(6):694-701,2010.

Souza CC, Silva JG, Oliveira, MS. Motivação para mudança de comportamento em amostra de jogadores patológicos. *J. bras. Psiquiatr*; ,2011;2(60):73-79.

Souza OC, Hanayama EM. Fatores psicológicos relacionados a disfonia funcional e a nódulos vocais em adultos. *Rev CEFAC*; 2005;7(3):388-97.

Stemple JC. Principles of voice therapy. In: Stemple J. Voice therapy. Clinical studies. St. Louis: Mosby, 1993.

Szupszynski KPDR, Oliveira MS. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*. 2008;13(1):31-40.

Teixeira LC, Rodrigues ALV, Silva AFG, Azevedo R, Gama ACC, Behlau M. Escala URICA-VOZ para identificação de estágios de adesão ao tratamento de voz. *CoDas*. São Paulo. 2013;25(1).

Turnbull J. The transtheoretical model of change: Examples from stammering. *Counsell Psychol Q*. 2000;13(1):13-21.

Van Leer E, Hapner ER, Connor NP. Transtheoretical Model of Health Behavior Change Applied to Voice Therapy. *J Voice*. 2008;22(6):688-98.

Van Leer E, Connor NP. Patient perceptions of voice therapy adherence. *J Voice*. 2010;24(4):458-69.

Van Leer E, Connor NP. Use of portable digital media players increases patient motivation and practice in voice therapy. *J Voice*. 2012;26(4):447-453.

Willinger U, Aschauer HN. Personality, anxiety and functional dysphonia. *Personality and individual differences*, v. 39, n. 8, p. 1441-1449, 2005.

Yoshida EMP, Primi R, Pace R. Validade da escala de estágios de mudança. *Estud. psicol. (Campinas)*. 2003;20(3):21-7.

Anexos

ANEXO 1: University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) adaptação brasileira para disfonia. Escala URICA-V (Voz).

Teixeira L, Gama AC, Vilar A, Girundi A, Azevedo R, Behlau M, 2011. JSBFa 2012

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 existem respostas certas ou erradas; as afirmações abaixo 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

27. Estou me esforçando muito para não ter uma recaída no meu problema de voz.	DT	D	NS	C	CT
28. É frustrante, mas eu sinto que minha voz está piorando de novo.	DT	D	NS	C	CT
29. Eu me preocupo com minha voz como todo mundo. Por que perder tempo pensando nisso?	DT	D	NS	C	CT
30. Eu estou trabalhando ativamente para resolver meu problema de voz.	DT	D	NS	C	CT
31. Eu prefiro lidar com meu problema de voz do que fazer um tratamento.	DT	D	NS	C	CT
32. Depois de tudo o que fiz para melhorar a minha voz, ela às vezes ainda me preocupa.	DT	D	NS	C	CT

ANEXO 2: Aprovação Comitê de Ética

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

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

Título da Pesquisa: ADESÃO AO TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM PACIENTES COM DISFONIA

Pesquisador: Carmen Vanessa Coelho Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18112613.6.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Ajustes no parecer

Justificativa: Solicita-se correções no Parecer Consubstanciado, uma vez que a pesquisa foi

Data do Envio: 08/11/2013

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 492.487

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação da Notificação:

A pesquisadora responsável submete Notificação a este CEP, solicitando correção no parecer, tendo em vista o projeto ter sido considerado aprovado em reunião anterior, mas no despacho do Colegiado, erroneamente foi informado parecer COM PENDÊNCIA.

Objetivo da Notificação:

Correção no parecer do Colegiado.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pode-se considerar como risco o desconforto em responder dois protocolos que demoram em média de 15 a 30, cada.

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

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 492.487

Benefícios:

Contribuirá para uma melhor e esclarecida conduta terapêutica para o tratamento do paciente além de suscitar conhecimento sobre os estágios de mudança para adesão terapêutica e da forma que o paciente enfrenta sua restrição vocal, para um tratamento fonoaudiológico mais eficaz na solução das disfonias.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Notificação adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação adequada conforme exigências deste CEP para análise dos protocolos de pesquisa.

Recomendações:

não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Notificação aceita por este Colegiado.

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 27.11.2013, com base nas normas ética 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.

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

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 492.487

BAURU, 13 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Izabel Regina Fischer Rubira Bullen
(Coordenador)

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

ANEXO 3:

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: “ADESÃO AO TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM PACIENTES COM DISFONIA”, sob execução da aluna de pós graduação Carmen Vanessa Coelho Costa e da pesquisadora Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides, da FOB/USP (Departamento de Fonoaudiologia).

O motivo que nos leva a estudar este tema é saber o quanto os sintomas ou traços de ansiedade e depressão influenciam nos estados de adesão para o tratamento fonoaudiológico e como determinados indivíduos enfrentam seu problema vocal, a pesquisa se justifica na importância da busca de maiores esclarecimentos quanto a sua motivação e o modo que enfrenta seu problema vocal, para maior contribuição no tratamento fonoaudiológico.

O objetivo desse projeto é verificar seu nível motivacional de adesão ao tratamento fonoaudiológico e quais estratégias você utiliza para enfrentar este mesmo problema.

Os procedimentos de coleta de material de dados serão realizados da seguinte forma: serão convidados a participar desta pesquisa pacientes que estejam em tratamento de disfonias, em lista de espera ou recente alta para o mesmo tipo de tratamento na Clínica de Fonoaudiologia da FOB – USP, ocorrendo somente uma única vez a aplicação de quatro protocolos: um trata dos estágios motivacionais para adesão ao tratamento de voz (URICA – Voz) consta de 32 itens, o questionário chamado de Estratégia de Enfrentamento na disfonia, composto por 27 perguntas referentes às estratégias utilizadas, podendo ser respondido com ou sem ajuda da fonoaudióloga responsável e a aplicação de duas escalas para autoavaliação de ansiedade traço-estado (IDATE) com 40 itens e autoavaliação para ansiedade e depressão (BECK) com 21 itens, sendo estes dois últimos avaliados pela psicóloga da Clínica de Fonoaudiologia FOB–USP Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides CRP: 06/30432-7. Para aplicação será necessário apenas um encontro de aproximadamente 20 minutos. Esta pesquisa será realizada nas dependências da Clínica de fonoaudiologia da FOB- USP em horários previamente agendados.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: o possível desconforto que poderá causar ao senhor (a) nesta pesquisa se refere ao tempo de aplicação dos protocolos. Quanto aos benefícios, será um melhor direcionamento no planejamento da sua reabilitação, para maior chance de eficácia terapêutica.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Caso você apresente algum problema em seus resultados você será acompanhado (a) e/ou encaminhado (a) para tratamento adequado da seguinte maneira: será encaminhado (a) para acompanhamento psicológico e/ou o orientador/psicólogo fornecerá suporte e acompanhará a equipe para que realize abordagem centrada neste aspecto na Clínica de Fonoaudiologia FOB/USP.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os resultados da pesquisa serão enviados para você, caso desejar. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: a presente pesquisa não lhe trará nenhum gasto financeiro, não haverá também nenhum tipo de pagamento por sua participação, bem como ressarcimento a qualquer despesa decorrente, e no caso de você sofrer algum dano decorrente de sua participação nesta pesquisa, será-lhe garantido o direito à indenização.

Para quaisquer esclarecimentos de dúvidas poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo endereço: Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária, (14)98173-1414, e-mail: cvanessaccosta@usp.br e, para denúncias e/ou reclamações entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa-FOB/USP, à Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária, ou pelo telefone

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

(14)3235-8356, e-mail: cep@fob.usp.br

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o 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 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.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 sujeito da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Carmen Vanessa Coelho Costa
Pesquisadora

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 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, no horário das **13h30 às 17 horas**, em dias úteis.

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