UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

JÉSSICA KUCHAR

**Identificação dos Estágios Motivacionais para a Mudança em Candidatos e
Novos usuários de Aparelhos de Amplificação Sonora Individuais**

BAURU
2012

JÉSSICA KUCHAR

**Identificação dos Estágios Motivacionais para a Mudança em Candidatos e
Novos usuários de Aparelhos de Amplificação Sonora Individuais**

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.

Área de concentração: Processos e distúrbios da audição
Orientador: Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides

BAURU
2012

K952i Kuchar, Jéssica
Identificação dos Estágios Motivacionais para a
Mudança em Candidatos e Novos usuários de Aparelhos
de Amplificação Sonora Individuais / Jéssica Kuchar. –
Bauru, 2012.
155 p. : il. ; 31cm.

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

Orientadora: Prof. Dr. Dagma Venturini Marques
Abramides

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: 114/2010
Data: 30/09/2010

Dedicatória

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe *Maristela Nedochetko Kuchar* a pessoa mais importante da minha vida, pelo contínuo apoio em todos estes anos, auxiliando na construção de meus próprios valores.

“Teus braços sempre se abrem quando preciso um abraço. Teu coração sabe compreender quando preciso uma amiga. Teus olhos sensíveis se endurecem quando preciso uma lição. Tua força e teu amor me dirigiram pela vida e me deram as asas que precisava para voar.”

(Autor desconhecido)

Agradecimentos

AGRADECIMENTOS

A *Deus* por estar sempre presente em minha vida, guiando meus passos e minhas escolhas no caminho.

“O que nós somos é o presente de Deus a nós. O que nós nos tornamos é nosso presente a Deus” (Eleanor Powell)

À *Minha Família* pelo apoio incondicional em todas as fases de minha vida, por estarem presentes mesmo que a distância e por sempre respeitarem minhas decisões.

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

À *Profa Dra Dagma Venturini Marques Abramides* por ter aceito a orientação de minha dissertação, por compartilhar seus conhecimentos e pela confiança em mim depositada para a realização deste trabalho.

À *Profa Dra Deborah Viviane Ferrari* pela parceria fundamental na realização deste trabalho e por contribuir para o meu crescimento profissional.

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

À *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo* pelo fomento oferecido para a realização desta pesquisa.

À minha tia *Elisângela Bankersen* pela atenção e apoio na escrita deste trabalho.

À *Profa Dra Margareth da Silva Oliveira* pelo auxílio desde o início deste projeto, na elucidação de dúvidas quanto à escala utilizada e pelas contribuições na banca de qualificação.

À *Karen Priscila Del Rio Szupczynski* pelo apoio na reunião com o autor da escala.

Ao *Prof Dr Carlo Di Clemente* pela contribuição na construção do modelo utilizado nesta pesquisa, o qual eu não conhecia e no qual tanto acredito atualmente. Também pela análise da escala adaptada e pelas sugestões para a construção da mesma.

Aos *Juízes* que analisaram a escala inicial e contribuições para a adaptação da mesma.

À *Pós Graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru* especialmente aos *Professores* pela oportunidade de concretizar meu crescimento científico e profissional.

Aos *funcionários da recepção, arquivo e faturamento da Clínica de Fonoaudiologia*, em especial a *Karen* pela ajuda com o agendamento dos pacientes.

Ao funcionário do Departamento de Fonoaudiologia *Eliton*, pela ajuda com os equipamentos necessários a realização da videoconferência na qualificação.

Às *funcionárias do Departamento de Fonoaudiologia* em especial a *Karina*, sempre disposta a ajudar no que fosse preciso.

Às funcionárias da Clínica de Fonoaudiologia, *Fabiana, Josilene, Lu Mariotto, Patrícia, Raquel Agostinho, Raquel Amorim, Tatiana e Thaís*, pois, sem sua paciência não teria conseguido realizar a coleta final.

À *Turma de Mestrado 2010* pelos momentos bons e não tão bons que passamos juntos. Ficarão pra sempre na minha memória.

A todos os meus *Amigos* por estarem sempre ao meu lado e por confiarem em mim no que fosse preciso.

Aos *Participantes Deste Estudo* pois tudo é por eles e sem eles nada seria possível.

“Saber a gente aprende com os mestres e com os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes” (Cora Coralina)

Muito Obrigada!

Epígrafe

EPIÍGRAFE

*“Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana.”*

Carl Gustav Jung

Resumo

RESUMO

Atualmente, a aplicabilidade de ferramentas de motivação tem se mostrado eficaz para encorajar o processo de mudança de comportamento. O objetivo deste estudo foi elaborar uma escala com base na University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) para caracterização dos estágios motivacionais para a mudança para ser utilizada na população de indivíduos adultos e idosos com deficiência auditiva (DA). Participaram deste estudo: grupo piloto (GP): 17 usuários de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI); grupo focal (GF): 9 usuários de AASI e 8 candidatos ao uso do AASI; grupo estudo (GE): 200 candidatos ao uso e usuários de AASI. Inicialmente foi realizada a adaptação da URICA para o uso com pacientes com DA que passou então pela apreciação de juízes. No GP, a partir da aplicação e compreensão dos pacientes sobre a escala, foram feitas as alterações pertinentes e encaminhada para a apreciação de um dos autores da escala original que sugeriu a revisão de alguns itens, assim como a realização de um grupo com pacientes para a construção de um instrumento que levasse em conta a percepção do paciente a partir de sua percepção e vivência com a deficiência. Com esta finalidade foi estabelecida a estratégia de GF para escolher afirmativas que mais faziam sentido aos pacientes em cada estágio vivenciado, resultando na versão final da escala, a qual foi aplicada no GE. A análise fatorial por meio da Análise dos Componentes Principais, o coeficiente alfa de Cronbach verificou a consistência interna do instrumento, a validação convergente do instrumento por meio da comparação com a Escala de Prontidão e a comparação dos dados referentes aos dados demográficos, deficiência auditiva e AASI dos pacientes com a escala, adotando 5% de nível de significância. Após a Análise dos Componentes Principais e o coeficiente de Cronbach a escala foi reduzida de 34 para 25 itens, tendo boa consistência interna (0,813) e agrupando melhor em 3 fatores, havendo o agrupamento dos estágios de ação-manutenção e de contemplação-preparação, tendo a pré-contemplação uma boa discriminação. A maioria dos candidatos ao uso de AASI encontram-se nos estágios de contemplação e preparação e os usuários de AASI em ação. A validação convergente indicou que apesar da correlação fraca o p foi estatisticamente significativo nos 5 estágios. Quando comparados os estágios entre si, verificou-se correlação significativa entre os estágios de contemplação e preparação, ação e manutenção e pré-contemplação e preparação. Quanto à validade preditiva da escala, houve diferença significativa entre o tempo de uso do AASI e os estágios de contemplação, ação e

manutenção, entre o grau da deficiência auditiva e o estágio de manutenção, entre o tipo do AASI no estágio de manutenção, entre a escolaridade e os estágios de contemplação e preparação e entre a classificação socioeconômica e os estágios de pré-contemplação e preparação. É importante a realização de outros estudos para aprimorar o instrumento a fim de que o mesmo adquira melhor dimensão fatorial.

Palavras-chave: Auxiliares de Audição. Motivação. Reabilitação de Deficientes Auditivos.

Abstract

ABSTRACT

Identification of Motivational Stages of Change in Candidates and New Hearing Aids Users

Currently, the applicability of motivation tools has been effective in encouraging the process of behavioral change. This study aimed at developing a scale based on the University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) to characterize the motivational stages of change to be used in the population of adults and elderly people presented with hearing impairment (HI). The study comprised: pilot group (PG): 17 users of hearing aids (HA); focal group (FG): 9 users of HA and 8 candidates for HA; study group (SG): 200 candidates for HA. Initially, URICA was adapted to assess patients presented with HI, being appreciated by the judges. In PG, from the application and comprehension of the patients on the scale, appropriate amendments were made and sent to one of the authors of the original scale who suggested that some items be reviewed, as well as a study with a group of patients so as create a tool which took into account the perception of the patient, from his/her perception while dealing with the impairment. Thus, the FG strategy was established so as to choose statements which made more sense to patients in each stage experienced, resulting in the final version of the scale, which was applied to SG. The factorial analysis through Main Components Analysis, Cronbach's alpha coefficient, verified the internal consistence of the tool, the convergent validation of the instrument through comparison with the Readiness Scale and the comparison of demographic data, hearing impairment and HA of patients with the scale, by adopting a 5% significance level. Following the analysis of the Main Components and Cronbach's coefficient, the scale was reduced from 34 to 25 items, with a good internal consistency (0.813) and better grouping into 3 factors: stages of action-maintenance, contemplation-preparation, pre-contemplation having a good discrimination. Most candidates for HA are in the stages of contemplation and preparation and the users of HA, action. Convergent validation indicated that despite the weak correlation, p was statistically significant in the 5 stages. When compared, the stages showed a significant correlation in the contemplation and preparation, action and maintenance and pre-contemplation and preparation. As to the predictive validity of the scale, there was a significant difference between the time of HA use and the stages of contemplation, action and maintenance, between the degree of hearing impairment and the stage of maintenance, between the type of

HA and the stage of maintenance, between education and the stages of contemplation and preparation and between the socio-economic classification and the stages of pre-contemplation and preparation. Further studies to improve the tool and provide it with a better factorial dimension, are necessary.

Keywords: Hearing Aids. Motivation. Rehabilitation of Hearing Impaired.

Lista de Ilustrações

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 -	Esquema da integração dos contrutos do MTT no processo de mudança de comportamento.....	47
Figura 2 -	Modelo espiral para os estágios de mudança.....	53

- GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Compreensão dos sujeitos do grupo piloto acerca dos enunciados da escala.....	89
-------------	---	----

- QUADROS

Quadro 1 -	Teorias e modelos utilizados para a compreensão de comportamentos e mudanças de comportamentos.....	44
Quadro 2 -	Estágios de Mudança relacionados com a Audiologia.....	61
Quadro 3 -	Processos de Mudança relacionados com a Audiologia.....	62
Quadro 4 -	Primeira versão da escala para indivíduos com deficiência auditiva.....	85
Quadro 5 -	Versão da escala para indivíduos com deficiência auditiva após avaliação dos juízes.....	86
Quadro 6 -	Versão da escala para indivíduos com deficiência auditiva após aplicação no grupo piloto.....	89
Quadro 7 -	Versão final do instrumento.....	99

Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Dados demográficos referentes aos participantes do estudo piloto.....	73
Tabela 2 -	Dados demográficos referentes aos pacientes participantes do grupo focal.....	74
Tabela 3 -	Dados quanto à deficiência auditiva e uso de AASI referentes aos participantes do grupo estudo.....	75
Tabela 4 -	Dados demográficos referentes aos participantes do grupo estudo.....	75
Tabela 5 -	Resultado final da aplicação do instrumento dos participantes do estudo piloto.....	88
Tabela 6 -	Itens discutidos nos grupos focais para o estágio de Pré contemplação.....	92
Tabela 7 -	Itens discutidos nos grupos focais para o estágio de Contemplação.....	93
Tabela 8 -	Itens discutidos nos grupos focais para o estágio de Preparação.....	94
Tabela 9 -	Itens discutidos nos grupos focais para o estágio de Ação.....	95
Tabela 10 -	Itens discutidos nos grupos focais para o estágio de Manutenção.....	96
Tabela 11 -	Frases sugeridas pelos grupos focais.....	97
Tabela 12 -	Alternativas reformuladas pelo grupo focal.....	98
Tabela 13 -	Distribuição do resultado da escala por estágio de mudança considerando 34 itens.....	101
Tabela 14 -	Distribuição do resultado da escala por estágio de mudança considerando 25 itens.....	101
Tabela 15 -	Quantidade de variância explicada pelos fatores que obtiveram eigenvalue > 1,0 para o instrumento com 34 itens.....	102

Tabela 16 - Análise dos Componentes Principais para 5 fatores e 34 itens.....	103
Tabela 17 - Quantidade de variância explicada pelos fatores que obtiveram eigenvalue > 1,0 para o instrumento com 25 itens.....	104
Tabela 18 - Análise dos Componentes Principais para 5 fatores e 25 itens.....	105
Tabela 19 - Análise dos Componentes Principais para 4 fatores e 25 itens.....	106
Tabela 20 - Análise dos Componentes Principais para 3 fatores e 25 itens.....	107
Tabela 21 - Coeficiente alfa de Cronbach das subescalas e itens da EEMMDA.....	108
Tabela 22 - Notas atribuídas pelos participantes do GE à primeira pergunta da escala de prontidão.....	108
Tabela 23 - Notas atribuídas pelos participantes do GE à segunda pergunta da escala de prontidão.....	109
Tabela 24 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre a EEMMDA e a Escala de Prontidão.....	109
Tabela 25 - Média, Desvio Padrão e Coeficiente de Correlação de Pearson entre os estágios da EEMMDA.....	109
Tabela 26 - Coeficiente de Correlação de <i>Pearson</i> entre os estágios da EEMMDA e a idade e o tempo de uso de AASI.....	110
Tabela 27 - Coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i> entre os estágios da EEMMDA e a classificação socioeconômica, escolaridade e grau da deficiência auditiva na melhor orelha.....	111
Tabela 28 - Média, desvio padrão e resultado do teste t de <i>Student</i> entre os gêneros nos estágios da EEMMDA.....	111
Tabela 29 - Média, desvio padrão e resultado do teste t de Student entre os tipos de AASI utilizado pelos participantes nos estágios da EEMMDA.....	112
Tabela 30 - Média, desvio padrão e resultado do teste t de Student entre o modo de utilização dos AASI pelos participantes nos estágios da EEMMDA.....	112

Lista de Abreviaturas e Siglas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
ALHQ	Questionário de Atitudes frente à Deficiência Auditiva
ASHA	American Speech-Language and Hearing Association
BD	Balança decisória
Bireme	Biblioteca virtual em saúde/Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
C-URICA	Versão chinesa da URICA
CIC	AASI microcanal
CSE	Classificação socioeconômica
DA	Deficiência auditiva
dB	Decibel
DeCS	Descritores em ciências da saúde
EP	Escala de Prontidão
ERIC	Education Resources Information Center
FAPESP	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
GE	Grupo Estudo
GF	Grupo Focal
GP	Grupo Piloto
HHIE	Hearing Handicap Inventory for the Elderly
IOI-HA	International Outcome Inventory for Hearing Aids
ITC	AASI intracanal
LOF	Leitura orofacial
MAPP	Modelo de Adoção do Processo de Prevenção
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
MTEC	Modelo Transacional de Estresse e Coping
MTT	Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIR	Perda auditiva induzida por ruído
PATV	Protocolo de Adesão a Terapia de Voz
PNH	Política Nacional de Humanização

PSOCQ	Pain Stages of Change Questionnaire
PUC/RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SN	Sensório-neural
SUS	Sistema Único de Saúde
TCP	Teoria do Comportamento Planejado
TSC	Teoria Social Cognitiva
TSOCQ	Tinnitus Stages of Change Questionnaire
URICA	University of Rhode Island Change Assessment Scale
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	31
2	REVISÃO DE LITERATURA	35
2.1	DEFICIÊNCIA AUDITIVA E REABILITAÇÃO AUDITIVA	35
2.2	REABILITAÇÃO AUDITIVA E A ABORDAGEM CENTRADA NO PACIENTE	40
2.3	MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	44
2.3.1	Construtos do MTT	47
2.3.1.1	Processos de Mudança	47
2.3.1.2	Estágios de Mudança	49
2.3.1.3	Níveis de Mudança	53
2.3.1.4	Balança Decisória	54
2.3.1.5	Autoeficácia	54
2.3.2	Instrumentos para identificação dos estágios de mudança: <i>University of Rhode Island Change Assessment Scale - URICA</i>	55
2.3.3	Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento e Fonoaudiologia	58
3	PROPOSIÇÃO	67
4	MATERIAL E MÉTODOS	71
4.1	LOCAL	71
4.2	PARTICIPANTES	71
4.3	PROCEDIMENTOS	76
4.3.1	1ª ETAPA: Adaptação inicial do instrumento	76
4.3.2	2ª ETAPA: Estudo Piloto	77
4.3.3	3ª ETAPA: Reestruturação do instrumento	78
4.3.4	4ª ETAPA: Grupo Focal	79
4.3.5	5ª ETAPA: Validação do instrumento final	81
4.4	ANÁLISE DOS RESULTADOS	81
5	RESULTADOS	85
5.1	1ª ETAPA: ADAPTAÇÃO INICIAL DO INSTRUMENTO	85
5.2	2ª ETAPA: ESTUDO PILOTO	87
5.3	3ª ETAPA: REESTRUTURAÇÃO DO INSTRUMENTO	90

5.4	4ª ETAPA: GRUPO FOCAL	91
5.5	5ª ETAPA: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO FINAL	100
5.5.1	Análise fatorial	102
5.5.2	Consistência interna	107
5.5.3	Validade convergente	108
5.5.4	Validade de construto	109
5.5.5	EEMDA x dados audiológicos e demográficos	110
6	DISCUSSÃO	115
7	CONCLUSÃO	131
	REFERÊNCIAS	135
	APÊNDICES	147
	ANEXOS	151

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A utilização de tecnologias assistivas como os Aparelhos de Amplificação Sonora Individuais (AASI), requer mudanças de comportamento do indivíduo adulto com deficiência auditiva para que incorpore o uso deste dispositivo em sua vida.

Características dessas mudanças incluem a mobilização dos recursos individuais necessários para atingir determinados objetivos terapêuticos. Assim, a concordância em realizar o tratamento por parte do paciente, bem como a adesão às propostas, tem sido os motivos pelos quais os profissionais da saúde buscam apoio em modelos que auxiliem na mudança de comportamento de sua clientela a fim de obter sucesso na função ou estrutura que se pretende modificar ou melhorar.

A mudança de comportamento de saúde é bastante complexa e diferentes teorias, principalmente de origem psicológica, surgiram para tentar explicá-la. Dentre estas encontra-se o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT), o qual utiliza estágios de mudança para integrar processos e princípios de mudança das principais teorias de intervenção para mudança de comportamento, daí o nome “transteórico”.

De acordo com o MTT, para que a mudança de comportamento ocorra, é necessário que sejam utilizadas estratégias adequadas para cada estágio motivacional em que os indivíduos se encontram.

Há indícios favoráveis quanto à aplicabilidade do MTT na área da saúde e os benefícios da intervenção baseada no modelo, no sentido de contribuir para tomada de decisão do indivíduo quanto às mudanças necessárias, bem como aumentar sua autoeficácia para atingir resultados satisfatórios.

Na Fonoaudiologia, em muitas das suas áreas de atuação, são necessárias mudanças de comportamentos dos pacientes a fim de obter sucesso no tratamento. Em especial na área de Audiologia, alguns deles demonstram pouca motivação, principalmente no que diz respeito à concordância em participar de um programa de intervenção no qual um dos elementos fundamentais é o uso de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI).

Várias barreiras, no entanto, interferem no uso ou na própria aquisição do AASI, variando desde a percepção e aceitação da perda auditiva, as percepções do uso do AASI (eficácia, aparência, proficiência em tecnologia), o estigma interno e externo, o nível de atividade do indivíduo, a satisfação com a vida, a pressão social, estado de saúde (incluindo a

destreza física e acuidade visual), a situação financeira, além de uma série de variáveis de personalidade, entre outras (KOCHKIN, 2007).

Para que estas dificuldades sejam superadas e o AASI seja usado efetivamente, há a necessidade de que os pacientes sejam inseridos em programas de reabilitação auditiva e passem por aconselhamento, treinamento das habilidades auditivas, do uso adequado dos controles do AASI, da higienização do molde auricular, além de suas necessidades individuais. E para que as atividades realmente façam sentido ao paciente é necessário que cada estratégia a ser utilizada no processo de mudança de comportamento ocorra no momento ou no estágio pelo qual o indivíduo está passando, por isso, existe a necessidade de mensuração destes estágios.

Para este fim existem instrumentos que auxiliam o profissional na identificação dos diferentes estágios, dentre estes podem ser elencados os questionários, a escala visual analógica e os algoritmos para a classificação dos estágios motivacionais.

Portanto, é de suma importância a identificação destes estágios para o planejamento de uma intervenção adequada a fim de promover hábitos favoráveis. Mas tal empreendimento implica, necessariamente, na mudança de paradigma dos profissionais da saúde em geral ao adotar a prática clínica centrada no paciente de maneira que optem por uma postura mais empática, menos persuasiva e assumam o papel de facilitador do processo de mudança. Na verdade, a proposta de qualquer mudança de comportamento do paciente deve ter como ponto de partida a identificação do estágio em que ele se encontra e, a partir disto, apoiá-lo ao longo do processo, culminando na manutenção de determinado comportamento.

A partir das considerações prévias é razoável supor o importante papel da mudança de comportamento no processo de reabilitação auditiva. Entretanto, na área de Audiologia, são necessárias pesquisas práticas com base no MTT, a fim de identificar os estágios motivacionais em que se encontram os pacientes deficientes auditivos, bem como, estabelecer a relação dos estágios com a aceitação da deficiência auditiva e uso do AASI, garantindo maior benefício para o usuário. E para tanto é necessário que instrumentos sejam desenvolvidos para este fim.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DEFICIÊNCIA AUDITIVA E REABILITAÇÃO AUDITIVA

Com o passar dos anos, cada vez mais pessoas apresentam deficiência auditiva, podendo ser devido ao crescente aumento da população de idade mais avançada e as próprias condições ambientais em que estão inseridas, no trabalho, nas ruas e situações de lazer. Estudos de base populacional realizados no Brasil demonstraram prevalências de deficiência auditiva incapacitante de 5,2% até 6,8%, o que é um número alto para o país (CRUZ et al., 2009; BÉRIA et al., 2007).

Além das alterações fisiológicas, a deficiência auditiva pode comprometer as relações do indivíduo com família, suas atividades de trabalho e sociais, pois, pode gerar dificuldades em ouvir sons ambientais, dificuldades na comunicação, isolamento, depressão, raiva e comprometimento do estado psicológico geral do indivíduo (ARLINGER, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a restrição de participação relaciona-se aos aspectos não auditivos, resultantes da limitação de atividade ou deficiência auditiva, que reduz as possibilidades do indivíduo desempenhar atividades consideradas normais, sofrendo influência da idade, do gênero e de fatores psicossociais e culturais do indivíduo.

A deficiência auditiva interfere na qualidade de vida dos indivíduos e, portanto, necessita de tratamento adequado, podendo este ser médico-cirúrgico ou clínico-reabilitativo - como é o caso do uso dos aparelhos de amplificação sonora individual (AASI), associado a um programa terapêutico.

Para que as reações psicossociais decorrentes da deficiência auditiva sejam minimizadas é necessário selecionar, indicar e adaptar os AASI, bem como inserir o paciente em programas de reabilitação auditiva que o auxiliem juntamente com seus familiares a lidarem de forma positiva frente às dificuldades de comunicação, sendo que, por meio destes programas é possível reduzir a percepção da desvantagem auditiva da população, que irá refletir na promoção de contatos sociais, diminuindo o isolamento e consequentemente melhorando a qualidade de vida destes indivíduos (MARQUES; KOZLOWSKI; MARQUES, 2004).

Desde o início dos anos 90, estes dispositivos são concedidos gratuitamente no Brasil por meio do SUS e em 28 de setembro de 2004 foi estabelecida a Portaria MS/GM n. 2.073 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, que dentre outros, visa à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da deficiência auditiva com atendimento multiprofissional e interdisciplinar de responsabilidade pública e da sociedade.

O número de dispositivos concedidos pelo SUS tem aumentado ano a ano e segundo os dados do Ministério da Saúde¹, no ano de 2011 foram concedidos 194.092 mil aparelhos, representando um gasto de R\$141.754.525,00.

Soares et al. (2010) realizaram um estudo a fim de avaliar o grau de satisfação dos usuários de AASI em seu cotidiano. Foram avaliados 100 pacientes de 18 a 85 anos, usuários de AASI há pelo menos quatro semanas utilizando um questionário de satisfação. Os piores resultados foram relacionados ao ruído ambiental e a performance do AASI ao telefone, no entanto, o estudo mostrou que no geral os pacientes estão satisfeitos com o desempenho dos AASI.

Araújo et al. (2010) realizaram uma revisão sistemática para identificar a melhora da qualidade de vida dos pacientes que participaram do processo de reabilitação auditiva após adaptação do AASI e chegaram à conclusão de que indivíduos que realizam reabilitação auditiva usam mais horas diárias os seus AASI, melhoram as suas atividades de comunicação e utilizam mais estratégias de comunicação no dia-a-dia, melhorando desta forma sua qualidade de vida.

Vários fatores, no entanto, interferem no uso efetivo do AASI, entre as queixas dos pacientes está o fato de serem desconfortáveis, de difícil manipulação, captarem o ruído de fundo, quebrarem com facilidade, terem o som pouco natural, exigir muitos ajustes, exigir a troca frequente da bateria, apresentar microfonia, não funcionar como prometido e não restaurar a audição ao normal. Também ficam preocupados com a opinião dos amigos e família, pois acreditam que os AASI fazem parecerem mais velhos e incapazes, já que é visível e causa vergonha ao usar, também não querem admitir a perda auditiva em público, uma vez que as pessoas podem fazer brincadeiras e tratá-los de maneira diferente (KOCHKIN, 2007).

¹ Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sia/cnv/qauf.def>.

Por outro lado, as desvantagens de viver sem o AASI são imensas, pois a deficiência auditiva pode causar redução na percepção de fala em várias situações e ambientes acústicos; problemas de comunicação com familiares, amigos e profissionais da saúde; alterações psicológicas como depressão, embaraço, frustração, raiva e medo, causados pela incapacidade de se comunicar com outros; isolamento social; problemas relacionados ao alerta e defesa, como dificuldade de ouvir pessoas e veículos se aproximando, alarme, campainha do telefone e da porta e até mesmo uma redução do desempenho cognitivo (ARLINGER, 2003).

Dependendo de vários aspectos, como o grau, o tipo e a própria aceitação da deficiência auditiva, há indivíduos que se adaptam facilmente com o uso de AASI e que com o processo de seleção e adaptação obtêm sucesso com a amplificação, porém, há outros casos em que somente o processo de adaptação (concessão do AASI) não é suficiente, podendo levar ao abandono do AASI (RUSSO; ALMEIDA; FREIRE, 2003).

Com o crescente número de pessoas com deficiência auditiva, distribuição e procura de AASI, muito se tem falado sobre aconselhamento e reabilitação auditiva, principalmente para novos usuários de AASI, pois, nem sempre a adaptação por si só é suficiente para que o indivíduo que apresenta deficiência auditiva faça uso efetivo do mesmo (FURTADO, 1999).

A concessão de AASI também não é suficiente para que os pacientes façam uso do mesmo, havendo uma necessidade de mudança de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde, como já publicado na Política Nacional de Humanização (PNH). Pois, é vivenciada no modelo a existência de metas (financeiras) a serem alcançadas e por isso nem sempre o tempo dos profissionais da saúde é suficiente para realizar um atendimento integral ao paciente, fazendo com que o mesmo receba intervenções insuficientes ou ineficientes e não faça uso efetivo do AASI não melhorando sua audição, comunicação e consequente qualidade de vida.

Segundo Kochkin (2009), de cada cinco norte-americanos que procuram tratamento para a deficiência auditiva, apenas um adquire o AASI. No Brasil, não existem dados como estes para serem consultados, no entanto, Bento (2012) relata que cerca de 40% dos pacientes que recebem AASI na rede pública deixam de fazer uso do mesmo, sendo um dos desafios monitorar o uso que os pacientes fazem dos AASI, e comenta ainda que em levantamento feito pela coordenação de um programa que distribui AASI gratuitamente pela

Fundação Otorrinolaringologia na cidade de São Paulo a taxa de abandono dos aparelhos é de cerca de 15%.

A reabilitação auditiva em adultos é definida de forma holística, como a redução dos déficits de função, atividade, participação e qualidade de vida induzidos pela perda auditiva, por meio de uma combinação de gerenciamento sensorial, orientação, treinamento perceptual e aconselhamento (BOOTHROYD, 2007).

O gerenciamento sensorial consiste na avaliação auditiva e adaptação de AASI ou IC a fim de melhorar a função auditiva, otimizando o acesso à informação dos sons da fala e a capacidade de perceber o discurso dos outros e de se comunicar (BOOTHROYD, 2007).

Na orientação ou aconselhamento informativo são sanadas as dúvidas do paciente, fornecidas informações acerca dos resultados dos exames realizados, anatomia da orelha, uso do AASI, estratégias de comunicação, entre outros (ENGLISH, 2008). Boothroyd (2007) relata que há evidência de que a orientação formal conduz a uma utilização maior do AASI melhorando a função e atividade quando somados ao longo do tempo. Porém, de toda a informação oferecida ao paciente, somente 50% é compreendida e desta somente 50% é lembrada, o que representa uma taxa de falha de comunicação de 75% (ENGLISH, 2008).

O treinamento perceptual não se destina especificamente à função, seu objetivo é um melhor uso dessa função através da melhoria da habilidade auditiva (BOOTHROYD, 2007). A utilização da leitura orofacial (LOF) associada com estratégias de comunicação deve ser utilizada como agente facilitador para a efetividade da comunicação (MARQUES; KOZLOWSKI; MARQUES, 2004). Este treinamento inclui principalmente exercícios para utilizar e relacionar as pistas auditivas e visuais, selecionar da conversa palavras-chave que possibilitem a correta identificação do significado do discurso, treino da localização sonora e exercícios com presença de ruído de fundo (KIELING, 1999). Há evidências de melhora em testes de percepção de fala formais, no entanto, nem sempre é claro como grande parte dessa melhora reflete nas habilidades que são generalizáveis a todas as situações de comunicação diária (BOOTHROYD, 2007).

O aconselhamento atua especificamente na participação e qualidade de vida e há evidência da sua eficácia, mas, obviamente, os resultados serão altamente dependentes das características da pessoa com a perda auditiva, o *rappor*t com o conselheiro, o *rappor*t com os outros participantes (se aconselhamento em grupo ou casal) e o conteúdo do programa (BOOTHROYD, 2007).

Segundo Sousa e Wieselberg (2005) o aconselhamento em Audiologia é de extrema importância, ajudando os indivíduos e suas famílias a serem sujeitos ativos e participantes no processo de reabilitação auditiva, propiciando a familiarização, a aceitação e o uso efetivo do AASI, e auxiliando a superar as dificuldades de comunicação e tornarem-se sujeitos independentes e integrados socialmente.

O aconselhamento de ajuste pessoal é utilizado para ajudar o paciente a expressar, compreender e aceitar suas reações emocionais e psicológicas frente à perda da audição, pretendendo como resultados que a pessoa se veja separadamente do seu problema, tendo uma autoimagem positiva e, desta forma, estar disposto a participar ativamente do processo de reabilitação (ENGLISH, 2008).

O aconselhamento em saúde auditiva tem sido identificado como uma variável crítica para atingir resultados bem sucedidos, pois quando a perda auditiva não é abordada por meio deste aconselhamento, o resultado é a baixa aceitação de soluções auditivas, baixos níveis de satisfação do paciente e frustração geral por consumidores e profissionais (BUNDESEN, 2011).

Um aspecto importante a ser considerado é que a busca do paciente pelo atendimento normalmente ocorre pela indicação da família e/ou amigos e não pela consciência da sua dificuldade (GATES; MILLS, 2005; FURTADO, 1999). É neste sentido que se observa o descompasso entre a percepção do paciente, sua família e os profissionais da saúde sendo que, vários estudos demonstraram maior adesão ao uso do AASI em pacientes que participaram de programas de reabilitação auditiva a fim de garantir maiores níveis de satisfação com AASI na vida diária (VEIGA; MERLO; MENGUE, 2005; VUORIALHO; KARINEN; SORRI, 2006; VIEIRA et al., 2007).

Além disso, estudos vêm demonstrando a importância do cuidado ao paciente estar direcionado a ele e não ao seu problema, a fim de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, aumentando a satisfação do paciente e promovendo a adesão do paciente ao tratamento (ROBINSON et al. 2008).

2.2 REABILITAÇÃO AUDITIVA E A ABORDAGEM CENTRADA NO PACIENTE

A abordagem biomédica é centrada no profissional e muitas vezes usada por médicos. O profissional faz as perguntas, faz o diagnóstico e chega a conclusões, mantendo controle completo e sendo responsável por todas as decisões relativas às necessidades do paciente. Pelo contrário, a abordagem centrada no paciente busca uma compreensão integrada do mundo dos pacientes, suas necessidades emocionais e questões de vida, explora a razão principal da visita, assim como, suas preocupações e necessidade de informação, para assim entrar em comum acordo sobre o problema, tomando uma decisão compartilhada de tratamento, aumentando desta forma a prevenção e a promoção da saúde e melhorando a relação entre paciente e profissional (STEWART, 2001, SWEETOW, 1999).

Elementos acerca de cuidados centrados no paciente têm sido descritos desde a antiguidade (STEWART et al., 2000; EPSTEIN, 2000). Embora diferentes autores empreguem nomenclaturas diferentes, a ideia fundamental é que o processo de “cura” depende do conhecimento do paciente como um todo e do diagnóstico preciso (EPSTEIN, 2000). Stewart et al. (2006) relatam ainda que todas as abordagens centradas na pessoa do paciente são semelhantes em sua tentativa de ampliar a abordagem médica convencional ao incorporar seis componentes interativos: 1) explorar a doença/problema e a experiência de adoecer pelo paciente, tendo esta experiência quatro dimensões: o sentimento de estar doente; a ideia a respeito do que está errado; o impacto do problema na vida diária; e as expectativas sobre o que deveria ser feito; 2) entender a pessoa como um todo; 3) buscar objetivos comuns entre médico e paciente; 4) incorporar medidas de prevenção e promoção de saúde; 5) aprimorar a relação médico-paciente; 6) ser realista.

O método clínico (biomédico), pelo contrário, é aquele no qual o médico trata seus pacientes fazendo observações, utilizando instrumentos e coletando dados com foco na patologia, sendo por mais de 100 anos o único paradigma no atendimento ao paciente. Esta abordagem circunscreve a doença como uma entidade localizada no corpo sem relação com a pessoa doente; é analítica, impessoal e não contempla os aspectos humanos da doença ou deficiência, tais como, as reações emocionais, eventos da vida diária, relacionamentos e desafios ambientais (DUCHAN, 2004).

Sendo assim, a adoção do modelo clínico pela Audiologia certamente vem acompanhada de problemas, uma vez que a perda auditiva (patologia) não pode ser separada

da pessoa, ao passo que a abordagem centrada no paciente permite a troca de percepções entre o clínico e o paciente, o que resultará no desenvolvimento da compreensão mútua e de objetivos em comum. Nesta abordagem, os profissionais não desempenham apenas o papel de observadores, pois, ser centrado no paciente significa atender com atenção os “problemas da vida” e fornecer ajuda para reduzir esses problemas, por exemplo, quando se relaciona o tratamento com as preocupações autorrelatadas pelos pacientes, por meio do uso de escalas de autoavaliação, este deve abordar os problemas vivenciados pelo paciente com perda de audição e não apenas o seu audiograma (ENGLISH, 2005).

Por meio de métodos centrados no paciente, os profissionais de saúde também podem ajudar os pacientes a tomar a decisão de procurar e utilizar os serviços de saúde auditiva (BABEU; KRICOS; LESNER, 2004).

Na área da Psicologia, a Abordagem Centrada na Pessoa pressupõe que todo indivíduo possui uma tendência para crescer, desenvolver e atualizar suas potencialidades numa direção positiva e construtiva, sendo esta promovida por uma relação interpessoal permeada das atitudes de empatia (se colocar no lugar da pessoa para compreendê-la), consideração positiva incondicional (não colocar condições para a aceitação ou para a apreciação da pessoa) e congruência (estar aberto aos sentimentos e atitudes que fluírem na pessoa no momento) (ROGERS, 1979). Nessa perspectiva, cabe ao terapeuta oferecer condições de crítica que propiciem o espaço para a mudança baseada nas motivações do indivíduo. Dela deriva-se a Entrevista Motivacional, um método centrado no cliente, utilizado para aumentar a motivação intrínseca para a mudança explorando e resolvendo a ambivalência (MILLER; ROLLNICK, 2002).

Na Fonoaudiologia, a motivação passa a ser um tema essencial na medida em que facilita a mudança de comportamentos relacionados com a saúde e afeta diretamente o comportamento de adesão aos diversos tratamentos.

A abordagem centrada no paciente é um desafio à expansão dos pontos de vista do fonoaudiólogo em torno da execução de responsabilidades profissionais. Deve-se adotar uma postura que permita ouvir atentamente os desejos do paciente e estar disposto a aceitá-los para tratá-los. Isto pode ser uma visão desafiadora e desconfortável para o tratamento, sendo que alguns profissionais podem questionar como isso afeta a sua autopercepção, podendo ser desconcertante quando as recomendações não forem seguidas, se acreditar que o cumprimento teria melhorado uma dada situação. No entanto, se o trabalho for realizado dentro dos desafios

apresentados pelos pacientes, percebe-se muitas vezes que a melhor ajuda que se pode oferecer é a de orientar os mesmos a estabelecer a sua própria motivação (CLARK, 2007).

Poost-Foroosh et al. (2011) por meio dos resultados encontrados em seu estudo a fim de identificar os fatores na interação cliente-profissional que podem influenciar o uso de AASI, reforçam a influência da interação cliente-clínico e sugerem a possibilidade do uso de AASI melhorar através da capacitação de pacientes por meio de uma interação centrada na pessoa.

Na Audiologia, essa mudança de paradigma vem sendo apontada pela literatura há alguns anos (GAGNÉ et al., 1995; GAGNÉ, 1998; SWEETOW; DAVIS; HICKSON, 2010; HICKSON, 2012). Segundo Sweetow et al. (2007) mudanças radicais em tecnologia são adotadas ansiosamente e rapidamente pela indústria, mas as mudanças radicais na prática clínica ocorrem muito lentamente.

Gagné et al. (1995) e Gagné (1998) referem que é necessária a mudança de paradigma para acompanhar as alterações na prestação de serviços desencadeados pelas conceituações atuais de reabilitação, além de avaliar a eficácia de programas de intervenção na reabilitação auditiva, e descrevem três princípios fundamentais da reabilitação auditiva contemporânea que podem alterar estes paradigmas: 1) aliviar situações de deficiência e incapacidade (intervenção individualizada e contextualizada, trabalhando com situações de vida real); 2) reabilitação como um processo (evolução da consciência e das necessidades sentidas pelo paciente) e 3) reabilitação como um processo para resolver problemas centrado no cliente (negociar os objetivos da intervenção; processo e resultados são avaliados pelo cliente).

Hickson (2012) reflete sobre a mudança de paradigma na reabilitação auditiva ao analisar os aspectos tecnológicos de atenção à saúde auditiva. Quatro fontes de evidência para uma mudança de paradigma de reabilitação auditiva foram apresentadas:

- o desenvolvimento e a utilização de programas de reabilitação que se estendem além da concessão do AASI por si só e se preocupam em acompanhar e atender as necessidades permanentes de comunicação de pessoas com deficiência auditiva;
- a ênfase crescente na literatura acadêmica de audiolgia sobre reabilitação centrada no paciente, apresentando novas perspectivas sobre a perda de audição a partir da perspectiva da pessoa que experimenta essa condição e os seus parceiros comunicativos;
- mudanças na educação de estudantes de audiolgia promovendo a aprendizagem do aluno, incentivando o aprendizado profundo, e desenvolvendo modos flexíveis de

aprendizagem, para um modelo de prática mais centrada no paciente em reabilitação audiológica, que envolve mais ouvir do que falar. As mudanças que ocorrem na educação são um bom presságio para mudanças semelhantes na prática clínica, pois como os alunos tornam-se mais ativos e responsáveis por sua própria aprendizagem, eles podem perceber que é exatamente a mesma abordagem que é necessária para seus pacientes;

- e o surgimento de oportunidades de desenvolvimento profissional contínuos, tais como os fornecidos pelo IDA Institute (o qual é descrito posteriormente) para promover uma maior compreensão das dinâmicas humanas de perda auditiva.

Sweetow, Davis e Hickson (2010) descrevem essa mudança de paradigma na educação em Audiologia a partir de uma abordagem tradicional de didática em sala de aula para uma abordagem de aprendizado interativo baseado em problemas, pois, segundo os autores, as mudanças devem ocorrer não só na forma como se trata o paciente, mas também na forma como os profissionais são educados para a realização destas práticas.

O fato dos pesquisadores abordarem questões referentes a abordagens centradas no paciente e que trabalhos de pesquisa estão aparecendo cada vez mais em revistas científicas, mostra um nível de aceitação e interesse por seus pares e indica que uma mudança fundamental está ocorrendo na área de reabilitação auditiva (HICKSON, 2012).

English (2005) discute que uma abordagem que atenderia bem a Audiologia, deveria evoluir além dos cuidados centrados no paciente para o que está sendo chamado de “cuidados centrados no relacionamento”, que enfatiza como papel central a relação profissional-paciente.

Segundo a American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2001) as medidas de avaliação de reabilitação, os procedimentos de intervenção educacionais, comportamentais, tecnológicos e aconselhamento, além da interação cliente-profissional na avaliação e monitoramento do progresso agora são considerados aspectos essenciais de um modelo de reabilitação centrada no cliente que promove a adesão bem sucedida para as recomendações de tratamento e a responsabilidade profissional.

A aceitação da perda auditiva e do uso da amplificação, assim como a motivação para buscar ajuda e fazer uso do AASI, influenciam o trabalho a ser realizado e devem ser diretamente incluídos como objetivos a serem alcançados (SOUSA; WIESELBERG, 2005). Se uma pessoa não está motivada a usar AASI, a probabilidade de uma adaptação de sucesso é muito reduzida (SWEETOW, 1999). Portanto, é de fundamental importância que o paciente realize mudanças em seu comportamento - problema aumentando sua motivação e percebendo

a importância da reabilitação auditiva em sua vida. Assim como, é necessário que os profissionais que atuam nesta área iniciem uma mudança de paradigmas tornando sua prática voltada para as necessidades advindas do paciente.

2.3 MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO (MTT)

Várias teorias e modelos são utilizadas para a compreensão de comportamentos e mudanças de comportamentos.

Glanz, Rimer e Viswanath (2008) relatam que as teorias que ganham reconhecimento ajudam a definir o escopo da prática e influenciam o treinamento e socialização dos profissionais. Na atualidade, nenhuma teoria ou modelo teórico tem dominado a prática ou a pesquisa na promoção e educação em saúde, pelo contrário, pode-se optar por uma infinidade destas. Em seu estudo, os autores acima citados, realizaram um levantamento das teorias e modelos mais utilizados em pesquisas entre os anos de 2000 e 2005 e encontraram como os de maior ocorrência o MTT, a Teoria Social Cognitiva (TSC) e o Modelo de Crenças em Saúde (MCS). Estes e alguns mais comumente utilizados na atualidade para a área da saúde, tanto para a mudança de comportamento interpessoal como individual serão apresentados no Quadro 1.

Mudança de Comportamento Interpessoal	
Teoria Social Cognitiva (TSC)	Proposta por Bandura (1986) descreve um processo dinâmico e contínuo, no qual fatores pessoais, fatores ambientais e comportamentos humanos exercem influência sobre o outro. Três fatores provavelmente afetam a mudança de um comportamento em saúde: a autoeficácia, os objetivos e as expectativas do resultado.
Modelo Transacional de Estresse e Coping (MTEC)	Proposta por Lazarus e colaboradores ressalta a interdependência entre cognição, emoção e comportamento. Trata-se de uma perspectiva na qual se destacam dois tipos de processos, a avaliação e o <i>coping</i> (enfrentamento), os quais se referem à relação que se estabelece entre o indivíduo e o seu meio ambiente. A avaliação e o <i>coping</i> são processos transacionais, na medida em que consideram não o meio ou a pessoa isoladamente, mas sim a integração de ambos numa determinada

	transação. A avaliação implica um conjunto de condições do meio que são avaliados pela pessoa que tem características psicológicas particulares. O <i>coping</i> , por sua vez, inclui pensamentos e comportamentos que a pessoa utiliza para lidar com as exigências das transações indivíduo – meio que têm relevância para o seu bem estar (MARTINS, 2004).
Mudança de Comportamento Individual	
Modelo de crenças em saúde (MCS)	Teve início por volta dos anos de 1950 e centra-se em três crenças associados a um indivíduo tomar algumas medidas específicas de saúde: 1) vulnerabilidade percebida, que se refere à expectativa de uma pessoa de ser suscetível a um problema de saúde, 2) gravidade percebida é o grau em que uma pessoa acredita que o problema de saúde vai ter consequências graves, e 3) os benefícios percebidos, ou seja, a expectativa de que certos comportamentos terão o resultado de saúde desejado. Em suma, as atitudes e crenças das pessoas são componentes fundamentais da gestão da mudança (CRANDELL; MILLS; GAUTHIER, 2004).
Teoria do Comportamento Planejado (TCP)	Foi proposta por Ajzen Icek como uma extensão da teoria da ação racional. É uma teoria sobre a relação entre atitudes e comportamento, baseia-se no pressuposto de que os indivíduos tomam suas decisões de forma eminentemente racional e utilizam sistematicamente as informações que estão disponíveis, considerando as implicações de suas ações antes de decidirem se devem ou não comportar-se de determinada forma. Foi aplicada a estudos das relações entre crenças, atitudes, intenções comportamentais e comportamentos em vários campos, tais como publicidade, relações públicas, campanhas publicitárias e de saúde (PINTO, 2007).
Modelo de Adoção do Processo de Precaução (MAPP)	Modelo formulado para explicar o processo pelo qual as pessoas adotam precaução contra um risco novo, procura identificar todos os estágios envolvidos na mudança de comportamento do indivíduo na busca para proteção da sua saúde e determinar os fatores que levam o indivíduo a passar de um estágio para outro (WEINSTEIN; SANDMAN; BLALOCK, 2008).

Quadro 1: Teorias e modelos utilizados para a compreensão de comportamentos e mudanças de comportamentos.

O MTT foi a base para o presente estudo e será explicado com mais detalhes a seguir. Optou-se pela utilização do mesmo por reunir construtos de diversos modelos e teorias, formando um modelo complexo para a compreensão da mudança de comportamento e

por ser amplamente utilizado em diversas áreas e por haver indícios de sucesso de sua aplicação na Fonoaudiologia (TURNBULL, 2000; BOGOCH; HOUSE; KUDLA, 2005; RAYMOND; LUSK, 2006a; RAYMOND; LUSK, 2006b; KALDO; RICHARDS; ANDERSSON, 2006; FLOYD; ZEBROWSKI; FLAMME, 2007; VAN LEER; HAPNER; CONNOR, 2008; LESNER; KRICOS, 2003; BABEU; KRICOS; LESNER, 2004; RODRIGUES; SILVA, 2010; LIMA, 2011; LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; WORRALL, 2011; LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; WORRALL, 2012a).

O MTT foi elaborado por James O. Prochaska em 1979, sugerindo uma sofisticada integração por meio da análise comparativa dos principais sistemas de psicoterapia, a fim de demonstrar como as mudanças de comportamento ocorrem. A mudança comportamental é vista como um processo onde os indivíduos passam por diferentes estágios de prontidão ou motivação para a mudança de comportamento. Para isto o MTT se baseia em três dimensões principais: Processos, Estágios e Níveis de Mudança (PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

Estas dimensões estão relacionadas da seguinte maneira: enquanto os estágios de mudança representam uma dimensão temporal permitindo entender quando uma mudança de comportamento ocorreu, os processos de mudança permitem entender como ocorreu esta mudança, descrevendo os mecanismos pelos quais as mudanças ocorrem (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992), de acordo com o nível do problema identificado, ou seja o que mudar (PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

Em suma, o MTT identifica as noções básicas de como (processos), quando (estágios), e o que (níveis) mudar (PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

Outros dois construtos têm destaque no MTT a Balança Decisória e a Autoeficácia, os quais se relacionam com os construtos principais (RAYMOND, LUSK 2006b).

Na Figura 1 pode ser verificada a integração dos construtos do MTT no processo de mudança de comportamento.

Figura 1: Esquema da integração dos construtos do MTT no processo de mudança de comportamento (Baseado em DiClemente, CC. Evaluating Readiness to Change: The Transtheoretical Model. Apresentação em PowerPoint. Disponível em: www.ahqa.org/pub/uploads/DICLEMENTE.ppt).

2.3.1 Construtos do MTT

2.3.1.1 Processos de Mudança

A primeira dimensão do MTT envolve os processos de mudança. Processos são as atividades implícitas ou explícitas que o indivíduo realiza para modificar uma emoção, um pensamento, um comportamento ou um relacionamento relativo a problemas particulares ou padrões de vida. É nesta dimensão que os terapeutas formulam seus planos de tratamento, não em termos de teorias globais ou técnicas específicas, mas em como alterar os processos de seus clientes. Uma das posições do MTT é que o terapeuta deve ser tão cognitivamente complexo quanto seus clientes, pois devem pensar no conjunto de processos e aplicar técnicas para envolver cada um, quando indicado (PROCHASKA;NORCROSS, 2010).

O MTT incorpora 10 processos de mudança, divididos em duas categorias: cognitivos e comportamentais - cada uma destas categorias é mais frequente em determinados estágios de mudança (PROCHASKA, DICLEMANTE; NORCROSS, 1992).

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) (PROCHASKA; DICLEMANTE; NORCROSS, 1992). São estes:

1. Conscientização: envolve maior consciência a respeito das causas, consequências e formas de modificar um comportamento, e as intervenções que podem aumentar este processo incluem feedback, confrontações, interpretações, biblioterapia e campanhas de mídia ou material informativo (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008).

2. Alívio dramático ou Catarse: produz o aumento da experiência emocional, seguido da percepção de alívio antecipado de que tomou a atitude correta (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008). Na maioria das vezes, este processo terapêutico tem sido ao nível da experiência individual, em que as reações de catarse vêm diretamente de dentro do indivíduo, sendo chamadas então de experiências emocionais corretivas, pois uma intensa experiência emocional produz uma correção psicológica (PROCHASKA; DICLEMANTE, 1982).

3. Autorreavaliação: concentra-se em como o indivíduo sente e pensa sobre si a respeito do seu comportamento problema (PROCHASKA; DICLEMANTE; NORCROSS, 1992).

4. Liberação social: é quando existe o aumento das possibilidades e alternativas sociais para o indivíduo, especialmente no que se refere 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, como é o caso de zonas livres de fumo, opções de salada em refeitórios escolares e fácil acesso a preservativos e outros contraceptivos (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008).

5. Reavaliação socioambiental: é o processo que avalia os efeitos do problema sobre o ambiente social e físico, bem como o custo financeiro e emocional da perda mesmo para a sociedade e para a família (PROCHASKA; DICLEMANTE; NORCROSS, 1992).

Os processos comportamentais fornecem as ferramentas que são necessárias para levar o indivíduo à ação, uma vez que a pessoa está pronta para a mudança (LESNER E

KRICOS, 2003). Segundo Prochaska et al. (1994) estes processos são mais usados nos estágios de preparação, ação e manutenção, são os seguintes:

6. Gerenciamento de reforço/recompensa: pode envolver a autorrecompensa ou recompensa de outras pessoas a partir do reconhecimento do esforço que vem sendo feito frente à mudança de comportamento; tais reforços podem ser de natureza implícita ou explícita (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

7. Contracondicionamento: envolve o aprendizado de um comportamento saudável para substituir o comportamento prévio não saudável (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008).

8. Controle de estímulos: é o processo de evitar ou reestruturar o ambiente que estimula o comportamento não saudável (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

9. 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 (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

10. Autoliberação: o indivíduo escolhe e se compromete com a ação a ser realizada e/ou acredita na sua capacidade para mudar (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

2.3.1.2 Estágios de Mudança

Os estágios de mudança (Figura 1) são o principal construto do MTT e foram definidos a partir de um estudo de DiClemente e Prochaska (1982) realizado com tabagistas que estavam tentando largar o vício.

Estes estágios, caracterizados por padrões de comportamentos distintos, ocorrem sequencialmente ao longo do processo de mudança: Pré-contemplação, Contemplação, Determinação, Ação, Manutenção e Término.

Os estágios de mudança representam uma dimensão temporal que permite entender quando uma mudança de comportamento intencional ocorreu (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982; DICLEMENTE; VELÁSQUEZ, 2002; PROCHASKA, 2008). O

estágio de mudança do paciente no pré-tratamento é um importante determinante do seu prognóstico (PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

A seguir será apresentada a descrição de cada estágio de mudança, sendo que no Quadro 2 no capítulo 2.5.3 pode ser vista a interrelação com a deficiência auditiva.

1. Pré-contemplação: é o primeiro estágio de mudança de comportamento. Neste estágio o indivíduo não tem qualquer intenção de mudar o seu comportamento. Acredita que os pontos negativos da mudança são maiores que os positivos e que o que deve ser mudado é o ambiente ou as outras pessoas (MCCONNAUGHY et al., 1989; DICLEMENTE; VELÁSQUEZ, 2002).

O indivíduo “não consegue enxergar o próprio problema”, no entanto, as pessoas que convivem com o mesmo são cientes do problema e o pressionam para procurar ajuda. O indivíduo pode até demonstrar mudança enquanto estiver sob pressão, mas quando esta acaba muitas vezes retorna rapidamente aos velhos hábitos, pois não reconhece o próprio problema (PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

As pessoas podem estar nesta fase, porque estão desinformadas ou pouco informadas sobre as consequências do seu comportamento, ou podem ter tentado mudar várias vezes e sentem-se desmoralizadas acerca de suas habilidades para mudar. Em ambos os casos os indivíduos tendem a evitar ler, falar ou pensar sobre o seu comportamento problema (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008).

Neste estágio, o indivíduo tende a utilizar significativamente menos os processos de mudança do que os indivíduos nos demais estágios (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982). E para que possa dar o próximo passo, é necessário que reconheçam seu problema, tomem consciência dos seus aspectos negativos e avaliem sua capacidade de autorregulação (PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

2. Contemplação: neste estágio o indivíduo começa a admitir que existe um problema, tem a intenção de iniciar uma mudança, mas, nada de concreto é realizado (YOSHIDA, 2002).

Neste estágio, os indivíduos já estão mais conscientes dos prós e contras da mudança de comportamento, o que pode produzir uma profunda ambivalência, o que pode manter as pessoas neste estágio por longos períodos de tempo (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008).

A regra para este estágio é: “quando há dúvida, não há ação” (PROCHASKA, 2008).

3. Preparação (Determinação): é quando o indivíduo começa a pensar em mudar em um futuro próximo, temporariamente definido para ocorrer dentro de 30 dias (RAYMOND; LUSK, 2006b). Normalmente neste estágio já existe um plano de ação e já aconteceram algumas pequenas mudanças de comportamento (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008; PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

Este estágio foi originalmente definido como a “tomada de decisão” (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Os indivíduos na fase de preparação precisam estabelecer metas e prioridades, e dedicar-se ao plano de ação. Muitas vezes, eles já estão envolvidos em processos de mudança que podem aumentar a autorregulação e iniciar a mudança de comportamento (PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

“Um aspecto importante para o sucesso dessa etapa é a necessidade de tornar pública a intenção de mudar. A pessoa assume não só um compromisso interno, mas também externo, envolvendo-se ainda mais com o processo de mudança. Nessa etapa, não há, necessariamente, ações ocorrendo concomitantemente, visto que as pessoas no estágio de preparação não precisam ter sua ambivalência completamente resolvida” (SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008b).

4. Ação: este é o estágio no qual os indivíduos modificam o seu comportamento, experiências ou ambiente a fim de superar seus problemas, sendo as mudanças evidentes (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). O indivíduo já é capaz de tomar decisões e realizar mudanças comportamentais (YOSHIDA, 2002).

As modificações de um problema realizadas no estágio de ação tendem a ser mais visíveis e por isso receber o maior reconhecimento externo. No entanto, são necessários esforços significativos para manter as mudanças realizadas (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA; NORCROSS, 2010). Neste estágio é essencial o apoio de familiares e amigos (BABEU; KRICOS; LESNER, 2004; LESNER; KRICOS, 2003).

O estágio de ação exige que os indivíduos tenham habilidades para usar os processos de mudança de contracondicionamento, controle de estímulos e gerenciamento de recompensas e reforços, para interromper os padrões habituais de comportamento e adotar padrões mais produtivos. O indivíduo se torna consciente das armadilhas que podem prejudicar a ação continuada, sejam elas cognitivas (expectativas de violação de abstinência), comportamentais (decisões aparentemente irrelevantes), emocional (aumento do estresse ou depressão) ou ambientais (falta de reforço ou apoio do cônjuge). Desta forma, são adquiridas

estratégias eficazes para evitar lapsos ou deslizes para ter recaídas completas (PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

5. Manutenção: ocorre quando há persistência do indivíduo nos comportamentos modificados e um esforço para não ter recaídas aos estágios anteriores (YOSHIDA, 2002; PROCHASKA, 2008).

Nesta fase, as pessoas trabalham para prevenir recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante os estágios de ação. Tradicionalmente, a manutenção tem sido vista como um estágio estático, no entanto, é uma continuação e não uma ausência de mudança. Este estágio se estende de seis meses a um período indeterminado após a ação inicial. Em alguns casos, a manutenção pode durar por toda a vida. Permanecer livre do problema ou se engajar consistentemente em um novo comportamento por mais de seis meses é o critério para a fase de manutenção (PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

6. Término: é o estágio em que o indivíduo não sente nenhum desejo de retomar ao comportamento, como se nunca estivesse em situação diferente. Nos diversos tratamentos realizados o ideal é a recuperação total do problema, no entanto, é importante reconhecer que para alguns pacientes com algumas limitações, uma expectativa mais realista seria um estilo de vida no estágio de manutenção (PROCHASKA, 2008).

7. Recaída: Se a mudança for, inicialmente, sem sucesso, então o indivíduo retornará aos estágios anteriores, ou seja, terá uma Recaída (PROCHASKA; NORCROSS, 2010). Yoshida, Primi e Pace (2003) salientam que o progresso nos estágios de mudança não costuma acontecer de forma linear, podendo existir recaídas aos padrões antigos de comportamento.

A Figura 2 apresenta um padrão espiral de como muitos indivíduos se movem através dos estágios de mudança. Neste padrão, pode haver a progressão linear entre os estágios, mas muitas vezes ocorrem recaídas. O padrão espiral sugere que a maioria dos recidivantes não gira sem parar em círculos e que não regride todo o caminho desde o início, ao invés disso, podem aprender com seus erros e tentar algo diferente na próxima vez (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992, PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

Fonte: Prochaska; Diclemente; Norcross (1992)

Figura 2: Modelo espiral para os estágios de mudança

2.3.1.3 Níveis de Mudança

A terceira principal dimensão do MTT são os níveis de mudança, os quais representam uma organização hierárquica de cinco níveis distintos, porém interrelacionados, de problemas psicológicos que podem ser abordados na psicoterapia. Correspondem aos sintomas ou problemas situacionais (estímulos imediatos que desencadeiam o comportamento e suas consequências), às crenças mal-adaptativas (pensamentos que levam aos padrões de comportamento), aos conflitos interpessoais atuais (dificuldades que a pessoa tem em lidar com o mundo fora do círculo íntimo, incluindo as questões relacionadas com a falta de habilidades sociais ou de aceitação por parte da sociedade em geral), conflitos familiares ou sistêmicos (problemas dentro do círculo íntimo da família e dos amigos, tais conflitos muitas vezes podem desencadear e alimentar o problema) e aos conflitos intrapessoais (conflitos internos do paciente dentre os quais impulsos, ansiedade e defesas que representam sua preocupação central, refletindo um estilo de vida destrutivo adotado em uma idade precoce). A mudança de um deles costuma ensejar a de outros, ainda que se possa prever que os primeiros níveis sejam mais suscetíveis de mudança, se comparados aos últimos, o que justifica, portanto, que se diga que a relação entre eles é hierárquica (PROCHASKA; NORCROSS, 2010).

2.3.1.4 Balança Decisória

Outra importante variável do MTT e que influencia no sucesso e movimentação do indivíduo através dos estágios de mudança é a balança decisória, onde são comparadas as vantagens (prós) e desvantagens (contras) de mudar um comportamento.

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, muitos estudos que tentaram produzir esta estrutura de oito fatores, quase sempre encontraram uma estrutura muito mais simples, composta de dois fatores: 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.

2.3.1.5 Autoeficácia

O construto de autoeficácia também é muito importante, principalmente 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 construto 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.

2.3.2 Instrumentos para identificação dos estágios de mudança: *University of Rhode Island Change Assessment Scale - URICA*

Atualmente, o uso de ferramentas de motivação tem se mostrado altamente eficaz e prático para encorajar o processo de mudança da maneira mais eficiente. No caso do MTT é possível identificar quão motivada para a mudança a pessoa está e quais as melhores estratégias a serem utilizadas em cada estágio por meio de instrumentos específicos, os quais são utilizados para avaliar os estágios do MTT, bem como, sua eficácia em vários tipos de comportamentos necessários de mudança.

Um desses instrumentos é a University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) (ANEXO 1), uma escala que busca avaliar os estágios motivacionais e o quanto os indivíduos estão motivados para uma mudança em seu comportamento-problema, na qual respondem questões gerais voltadas para o “seu problema”. A escala original continha 165 itens que foram reduzidos para 125 com 25 itens definindo cada estágio, sendo a proposta inicial do trabalho diminuir ainda mais estes itens com base na análise de componentes principais, coeficiente de Alfa de Cronbach e análise de itens, a fim de obter uma escala curta e confiável. Passou então por três modificações: uma versão com 75 itens, outra com 50 e finalmente a versão com 32 itens com oito itens por estágio (Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção). A amostragem estudada era composta de pacientes ambulatoriais que provinham de serviços comunitários, psicoterapia particular, centros de aconselhamento e tratamento militar ou universitário. Quanto às suas propriedades psicométricas após a redução dos itens, verificou-se que os quatro estágios encontrados foram responsáveis por 58% da variância total e o coeficiente de Alfa de Cronbach variou de 0.88 a 0.89. Para as respostas é utilizada uma escala do tipo Likert de 5 pontos, com as seguintes opções resposta: (1) Discorda totalmente; (2) Discorda; (3) Indeciso; (4) Concorda; (5) Concorda totalmente (MCCONNAUGHY; PROCHASKA; VELICER, 1983).

Um segundo estudo foi realizado com população não clínica. A análise de componentes principais, consistência interna e análise de agrupamento (*cluster*) demonstraram a replicação das evidências originais: quatro estágios de mudança (MCCONNAUGHY et al., 1989).

Atualmente, existe também uma versão com 24 itens utilizada em estudos internacionais e locais que demonstra bons resultados, onde são dispostos seis itens para cada estágio (NIDECKER et al., 2008; SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008a).

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).

Na Fonoaudiologia a referida escala já foi utilizada por Floyd, Zebrowski e Flammec (2007), em um estudo com adolescentes e adultos com gagueira o qual teve por objetivo avaliar a validade da URICA modificada para esta população, contendo 32 itens. Os autores verificaram que 26 destes demonstraram relação significativa com o estágio hipotetizado e que houve resultados mistos para a análise de correlação entre os estágios, ou seja, a contemplação e a ação foram positivamente correlacionados com suas fases adjacentes (ação e manutenção), pressupondo a validade do modelo por meio de estágios sequenciais.

Também baseado na URICA, o *Tinnitus Stages of Change Questionnaire* (TSOCQ), é um instrumento com 26 itens adaptado para pacientes com zumbido, o qual tem capacidade de prever o sucesso do tratamento, porém, segundo os autores mais pesquisas são necessárias para verificar a utilidade do MTT na compreensão do processo de reabilitação em pacientes com zumbido (KALDO; RICHARDS; ANDERSSON, 2006).

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 (2008a) 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 outro estudo, Bittencourt (2009) do mesmo grupo de pesquisa, utilizou a URICA traduzida para drogas ilícitas e realizou a adaptação semântica para que a mesma possa ser utilizada no comportamento de comer compulsivo, sendo que as evidências de

validação da escala foram satisfatórias. Souza (2009) construiu uma versão da URICA adaptada para jogadores patológicos, descrevendo o processo de tradução e adaptação desta escala e verificando que a mesma é um instrumento de fácil aplicação e com boa equivalência semântica.

Em estudo anterior a fim de identificar a configuração dos estágios motivacionais em alcoolistas internados em unidades especializadas, Oliveira et al (2003) já destacava a importância da aplicação das escala para o melhor delineamento das técnicas a serem adotadas durante o processo terapêutico.

No Brasil, na Fonoaudiologia foi encontrado um estudo na área de Voz o qual contou com uma adaptação da URICA intitulada Protocolo de Adesão a Terapia de Voz (PATV) aplicada em uma população a fim de avaliar em que estágio de adesão em fonoterapia os pacientes disfônicos se encontram e verificar a associação desses estágios com determinadas variáveis. Entretanto, não foi encontrada associação significativa com dos estágios com a maioria das variáveis estudadas, sendo que apenas houve significância relacionando a variável profissão, a qual apresentou relação significativa com o estágio de ação e revelou que os pacientes disfônicos não profissionais da voz aderem mais à terapia do que os profissionais da voz (RODRIGUES; SILVA, 2010).

Outro instrumento utilizado é a “Escala de Prontidão”, proposta por Rollnick et al. (1999), é utilizada para esclarecer onde o paciente se vê no processo de mudança e foca a importância da mudança de comportamento desejado, a autoconfiança do paciente e crença na sua própria capacidade para alcançar esta mudança. O *Ida Institute* realizou a adaptação da mesma para ser utilizada na deficiência auditiva, propondo duas versões: uma utilizada para identificar o objetivo do paciente no tratamento, o quanto é importante para o paciente melhorar a sua audição naquele momento, e outra utilizada para identificar o processo e investigar a crença na autoeficácia, como o paciente classifica a sua vontade de chegar a uma solução específica. Os pacientes são convidados a responder cada questão em uma escala de zero a 10 (IDA INSTITUTE, 2009).

Algoritmos de porcentagem de pretensão de mudança hoje e no futuro também são utilizados para hipotetizar os estágios de mudança em que os indivíduos se encontram. Exemplificando na Fonoaudiologia, Raymond e Lusk (2006a) utilizaram questões que evidenciavam em quanto tempo os trabalhadores de uma fábrica pretendiam fazer uso efetivo do protetor auricular e o quanto o utilizavam atualmente, hipotetizando assim os estágios de mudança de comportamento para o uso de protetor auricular da seguinte forma: Pré-

contemplação: o participante relatou nenhum uso de proteção auditiva durante a semana passada e não planeja usá-la no próximo ano. Contemplação: o participante relatou 0% a 99% de uso de proteção auditiva durante a última semana e planeja de 1% a 99% de uso no ano seguinte. Preparação: o participante relatou 1% a 99% de uso do protetor auditivo durante a última semana e pretende ter 100% de uso no ano seguinte. Ação: o participante relatou 100% de uso de dispositivos de proteção auditiva durante a semana passada, mas não relataram 100% de uso durante o mês passado, no entanto planeja 100% de uso no próximo ano. Manutenção: o participante relata usar o protetor auditivo 100% das vezes durante a última semana e mês, e pretende continuar com 100% de uso no ano seguinte.

2.3.3 Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento e Fonoaudiologia

Na área de Fonoaudiologia, são escassas as publicações encontradas acerca do MTT.

Kuchar, Ferrari e Abramides (2011) realizaram uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional sobre a aplicação do MTT na Fonoaudiologia e Odontologia, sem limitação de ano, nas bases de dados eletrônicas Biblioteca virtual em saúde/Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), Web of Science, Education Resources Information Center (ERIC), Psycodoc e Psycinfo, utilizando os seguintes termos extraídos dos descritores em ciências da saúde (DeCS): autoeficácia, audição, deficiência auditiva, audiologia, zumbido, voz, linguagem, fonoaudiologia e fala, além de palavras-chave livres indispensáveis para busca que não foram encontradas no DeCS: modelo transteórico, mudança de comportamento, balança decisória, processos de mudança, estágios de mudança e prontidão para a mudança, em artigos publicados em português, inglês ou espanhol. Foram encontrando os seguintes estudos na Fonoaudiologia: Turnbull (2000), Bogoch, House e Kudla (2005), Raymond e Lusk (2006a), Raymond e Lusk (2006b), Kaldo, Richards e Andersson (2006), Floyd, Zebrowski e Flamme (2007), van Leer, Hapner e Connor (2008).

Além destes, por meio de busca livre na ferramenta de buscas Google foram encontrado mais estudos não indexados em bases de dados: Lesner e Kricos (2003), Babeu, Kricos e Lesner (2004), Rodrigues e Silva (2010), Lima (2011). Além de estudos mais

recentes de Laplante-Lévesque, Hickson e Worrall (2011) e Laplante-Lévesque, Hickson e Worrall (2012a).

A aplicação do MTT na Fonoaudiologia é relativamente recente, o que pode ser evidenciado pelo fato de que a maioria dos artigos encontrados serem publicados na última década e também pelo número de artigos de revisão.

Como a Fonoaudiologia possui uma ampla gama de áreas de atuação, os comportamentos estudados nos artigos envolvendo a Fonoaudiologia e o MTT foram bastante diversificados, envolvendo o uso de protetor auricular (BOGOCH, HOUSE, KUDLA, 2005; RAYMOND, LUSK, 2006a; RAYMOND, LUSK 2006b), o zumbido (KALDO, RICHARDS, ANDERSSON, 2006), a gagueira (FLOYD, ZEBROWSKI, FLAMME, 2007), voz (VAN LEER, HAPNER, CONNOR, 2008; RODRIGUES, SILVA, 2010), e o uso de AASI (LESNER; KRICOS, 2003, BABEU; KRICOS; LESNER, 2004; LIMA, 2011, LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; WORRALL, 2011; LAPLANTE-LÉVESQUE; HICKSON; WORRALL, 2012a).

Turnbull (2000) em estudo de cunho teórico descreveu a aplicabilidade clínica dos estágios de mudança do MTT de mudança para o tratamento da gagueira, ilustrando com exemplos de casos.

Van Leer, Hapner e Connor (2008) também realizaram um estudo teórico a fim de aplicar o MTT na área de Voz, objetivando compreender a mudança de comportamento na terapia vocal, explicar como os problemas de adesão ao tratamento podem ocorrer e fornecer estratégias para melhorar esta adesão.

Como o referido modelo propõe que para a mudança de comportamento acontecer seja necessário a aplicação de estratégias adequadas em cada estágio de mudança, alguns estudos são voltados para o desenvolvimento ou adaptação de instrumentos que buscam caracterizar os estágios de mudança em uma determinada população (BOGOCH, HOUSE, KUDLA, 2005; FLOYD, ZEBROWSKI, FLAMME, 2007; RAYMOND, LUSK, 2006a; RAYMOND, LUSK 2006b).

Uma das medidas utilizadas nos artigos selecionados para classificar os indivíduos nos estágios de mudança refere-se à caracterização do comportamento atual e da intenção de mudar no futuro (BOGOCH, HOUSE, KUDLA, 2005; RAYMOND, LUSK, 2006a).

Bogoch, House e Kudla (2005) analisaram a percepção dos participantes de concertos de rock sobre o risco de perda auditiva induzida por ruído (PAIR) e uso de proteção auditiva, sendo encontrada uma pontuação alta na escala de prontidão para mudança

comportamental, sendo relatado desejo em usar proteção auditiva no futuro se fosse fornecido gratuitamente na porta.

Outra medida já padronizada para outros comportamentos como parar de fumar ou realizar atividades físicas, a URICA, foi também adaptada para zumbido (KALDO, RICHARDS, ANDERSSON, 2006) e gagueira (FLOYD, ZEBROWSKI, FLAMME, 2007).

Raymond e Lusk (2006a) hipotetizaram os estágios de mudança de comportamento para o uso de protetor auricular por trabalhadores de fábrica utilizando questões que evidenciavam em quanto tempo o indivíduo pretendia fazer uso efetivo do protetor auricular. Também realizaram a comparação entre a balança decisória com os estágios de mudança, sendo verificado que os resultados da balança decisória refletiram as diferenças esperadas no decorrer dos estágios de mudança dos pacientes para adotar cuidados para uso de protetor auricular. É esperado que nos estágios iniciais sejam percebidos mais os pontos negativos do que os pontos positivos da mudança, mas no decorrer do processo essa percepção inverte-se, fato este que é confirmado por estudos com comportamentos distintos, e que pode justificar a aplicação do MTT para uso na promoção da saúde e prevenção de doenças.

No estudo referente ao zumbido, os autores questionam a aplicabilidade do MTT por este ser a princípio voltado para comportamento aditivos (tabagismo, abuso de álcool e drogas), e não para problemas de origem crônica como o zumbido, no qual, nem sempre uma mudança de comportamento produz alteração neste sintoma. Porém, ao correlacionarem o questionário elaborado com os resultados de diversos tipos de intervenção para zumbido, verificaram sua capacidade preditiva de sucesso no tratamento. Os autores sugerem que mais pesquisas são necessárias para a compreensão da utilização do MTT no processo de reabilitação em pacientes com zumbido (KALDO, RICHARDS, ANDERSSON, 2006).

Raymond e Lusk (2006b) investigaram a utilidade do MTT para a pesquisa com o uso de protetores auriculares em trabalhadores de fábrica, expostos a níveis elevados de ruído, centrando-se especificamente na balança decisória e na autoeficácia. Sugerem que estudos como este podem melhorar os resultados da intervenção, reduzindo o tempo necessário de contato com o trabalhador, por introduzir a estratégia mais adequada nas necessidades do estágio específico.

O estudo de Laplante-Lévesque, Hickson e Worrall (2011) procurou determinar os preditores das escolhas de intervenção ou reabilitação de adultos e idosos com deficiência auditiva adquirida por meio da URICA (com 32 itens substituindo o termo “o problema” por

“o problema auditivo”). Como os pacientes estavam procurando atendimento pela primeira vez, não foram aplicadas as questões referentes ao estágio de manutenção. Os autores encontraram 60% da amostra no estágio de contemplação.

Lesner e Kricos (2003) publicaram um estudo teórico relacionando o MTT com a área de Audiologia, hipotetizando como o indivíduo se sente em relação à sua deficiência auditiva e como o MTT pode ser importante para o fonoaudiólogo, para que haja maior reconhecimento e ajuste por parte do paciente no processo de reabilitação auditiva.

Babeu, Kricos e Lesner (2004) a fim de relacionar o MTT na área de reabilitação auditiva e compreender as mudanças de comportamento dos candidatos ao uso de AASI, sugerem uma validação na área, pois é possível aumentar a adesão ao uso deste dispositivo tão importante. Os mesmos autores relacionaram os estágios de mudança com a área de Audiologia descritas no Quadro 2.

Estágios de Mudança	Audiologia
Pré-contemplação	Podem não acreditar ou não saber que tem uma deficiência auditiva. Achem que não escutam somente em algumas situações ou que as pessoas falam muito baixo e resmungando, concluindo que não precisam de ajuda profissional.
Contemplação	O indivíduo com deficiência auditiva começa a questionar se as coisas seriam diferentes com aparelhos auditivos e pesar os pontos positivos e negativos.
Preparação	Podem buscar informações na internet ou outros lugares sobre deficiência auditiva, aparelhos auditivos e locais que fornecem tratamento. Podem também realizar consultas com profissionais da saúde.
Ação	É essencial o apoio de familiares e amigos, pois é quando o indivíduo adquire os AASI e precisa aprender a manusear e a conviver com os mesmos.
Manutenção	Já integrou o uso do AASI ao seu estilo de vida, já está acostumado com sua deficiência auditiva e busca assistência quando necessário.
Término	Como se a pessoa com deficiência auditiva sempre tivesse feito uso de AASI, o comportamento é automático, como escovar os dentes.

Quadro 2: Estágios de Mudança relacionados com a Audiologia

Cada estratégia a ser utilizada no processo de mudança de comportamento deve ocorrer no momento ou no estágio pelo qual o indivíduo está passando, por isso, existe a necessidade de mensuração destes estágios.

Lesner e Kricos (2003) relatam que o objetivo dos audiologistas não deve ser persuadir os indivíduos com deficiência auditiva a mudar, mas, seria identificar os estágios de mudança em que os pacientes estão e então ajudá-los a se movimentar ao longo dos estágios de mudança até alcançarem o estágio de manutenção.

Os mesmos autores ainda acrescentam que a aplicação dos processos de mudança podem efetivamente alterar a balança decisória do indivíduo e aumentar sua autoeficácia para que tenha resultados positivos. Para que isso possa acontecer é importante realizar o aconselhamento no processo de reabilitação auditiva, sendo necessário adotar o papel de facilitador ao invés do papel de técnico, oferecendo a mensagem certa no tempo certo do paciente.

No Quadro 3 estão apresentadas as estratégias a serem utilizadas nos diferentes processos de mudança segundo Babeu, Kricos e Lesner (2004).

Processo de Mudança		Audiologia
Cognitivos	Conscientização	Fornecer informações individuais sobre a perda auditiva, seu impacto na qualidade de vida, bem como suas causas. Pode-se trabalhar com materiais que demonstrem as falhas na comunicação, pois ajuda o indivíduo a perceber que a DA não é necessariamente a falta completa de audição. Aplicar questionários de autoavaliação como o HHIE pode ajudar a aumentar a consciência de desentendimentos familiares, etc.
	Alívio dramático ou Catarse:	Discutir sobre como o indivíduo se sente a respeito da sua perda auditiva e dificuldades de comunicação resultantes desta e como se sente a respeito da solução para o seu problema. Ao ouvir mais do que falar, o profissional permite aos indivíduos articular as suas opiniões sobre sua audição e soluções para o problema.
	Auto-reavaliação	Discutir com o indivíduo sobre os estigmas e mitos associados à deficiência auditiva e uso do AASI. Poderá realizar a balança decisória listando os “prós e contras” a respeito do uso de AASI. O desafio neste processo é responder às preocupações (sentimentos negativos sobre o AASI) e aumentar o conhecimento dos aspectos positivos do AASI.
	Liberação social	O fonoaudiólogo deve trazer as questões sociais para que o indivíduo perceba que a sociedade em geral está começando a ser

		mais compreensiva, e os aparelhos auditivos estão mais populares, mais pessoas usam, inclusive na mídia.
	Reavaliação socioambiental	Discutir com o paciente os efeitos negativos que a DA pode ter sobre uma pessoa, tais como ansiedade, sintomas de depressão, frustração, insegurança, redução da interação social, além de afetar negativamente também a vida familiar.
Comportamentais	Gerenciamento de reforço/recompensa	Podem ser usados livretos/diários explicativos, fornecendo informações sobre a necessidade de expectativas realistas, estratégias de comunicação para o novo usuário de AASI, seus amigos e familiares, reforçando o uso contínuo dos AASI.
	Contracondicionamento	Ajudar o indivíduo quando está aborrecido com os seus problemas de comunicação causados pela perda auditiva, utilizando técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade. Inserir em grupos de novos usuários de AASI juntamente com seus familiares onde poderão discutir sobre as situações que produzem ansiedade e como superá-las.
	Controle de estímulos	Outros significativos devem ser convidados a participar de programas de apoio e/ou orientação para novos usuários de AASI, nível de apoio e incentivo pode ser oferecido durante o período de adaptação do aparelho auditivo. O novo usuário também deve ser ensinado a usar a tecnologia assistiva.
	Relações de ajuda	O indivíduo pode se beneficiar de grupos de apoio para novos usuários de AASI, grupos de ajuda on-line ou reuniões de autoajuda para pessoas com deficiência auditiva.
	Autoliberação	Alguns vídeos de como utilizar o AASI podem ser usados para iniciar as discussões sobre a sua aquisição. Familiares e amigos podem querer participar de uma reunião de autoajuda para deficientes auditivos. O indivíduo terá oportunidade de interagir com outras pessoas que tenham tomado medidas para lidar com a deficiência auditiva.

Quadro 3: Processos de Mudança relacionados com a Audiologia.

Lima (2011) analisou o MTT no aconselhamento em audiologia em 20 adultos candidatos a uso de AASI, utilizando estratégias como a Escala de Prontidão (EP) e a Balança Decisória (BD), ambas propostas pelo *Ida Institute*, e as Proposições de Babeu, Kricos e Lesner (2004). O aconselhamento foi realizado em três sessões: após o diagnóstico

audiológico; no retorno para o teste com AASI, mas antes do mesmo; e após, ao menos, uma semana de utilização do AASI. Em cada sessão eram aplicadas as três ferramentas. As atitudes dos participantes foram avaliadas nos três momentos por meio do Questionário de Atitudes frente à Deficiência Auditiva (ALHQ). Concluiu-se que, o MTT aplicado às etapas iniciais do processo de adaptação do AASI constitui em uma proposta objetiva e factível para que este processo englobe aspectos importantes tais como o sistema de crenças, ideias, sentimentos e a condição motivacional do candidato, permitindo identificar as diferenças individuais bem como organizar as próximas etapas do processo de adaptação.

O *Ida Institute* (<http://idainstitute.com/>) localizado em Copenhague na Dinamarca é um instituto independente e sem fins lucrativos com a missão de melhorar a vida das pessoas com deficiência auditiva promovendo uma melhor compreensão da dinâmica humana associada à deficiência auditiva tendo por objetivo fornecer uma compreensão holística da complexa jornada do paciente com perda auditiva para auxiliando os profissionais da saúde auditiva no atendimento a estes pacientes. O instituto é comprometido com a geração e transmissão de conhecimentos e práticas inovadoras e acionáveis. É organizado em torno do conceito de aprendizagem colaborativa que melhora e facilita a troca entre os líderes, estudiosos, profissionais, educadores e grupos de defesa profissional em todo o mundo. Trabalha com ferramentas que de motivação também utilizadas no MTT, como a balança decisória e a régua de prontidão para a mudança.

A literatura aponta para a utilização do MTT e suas ferramentas como promissoras para a prática fonoaudiológica. No entanto, apesar do MTT já estar sendo utilizado em vários campos da Fonoaudiologia, ainda existe uma escassez de instrumentos que avaliem os seus construtos nesta área, sendo que aqueles que existem muitas vezes necessitam de um refinamento a fim de obterem resultados confiáveis que auxiliem o fonoaudiólogo em seu planejamento terapêutico rumo a uma prática baseada em evidências.

3 PROPOSIÇÃO

OBJETIVO GERAL

- Elaborar uma escala com base na *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) para caracterização dos estágios motivacionais para a mudança para ser utilizada na população de indivíduos adultos e idosos com deficiência auditiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar a validação da escala para a deficiência auditiva.
- Identificar os estágios motivacionais de candidatos e de novos usuários de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) com base no Modelo de Estágios de Mudança Transteórico.

4 Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 LOCAL

O presente estudo foi desenvolvido no Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) da Universidade de São Paulo (USP), recebendo parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa desta instituição por meio do processo número 114/2010 (ANEXO 2).

Os dados foram coletados na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP, sendo esta credenciada como serviço de alta complexidade em saúde auditiva pelo Ministério da Saúde.

4.2 PARTICIPANTES

Todos os participantes foram contatados pessoal e individualmente, sendo convidados a participar do estudo como voluntários, após o fornecimento de informações sobre a participação na pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os seguintes critérios de inclusão foram estabelecidos:

- Ser paciente regularmente matriculado na Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP;
- Ter idade acima de 18 anos;
- Não apresentar problemas cognitivos que afetassem a compreensão;
- Ser usuário de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) ou candidato ao uso de tal dispositivo, de acordo com os critérios estabelecidos pelas Diretrizes para o fornecimento do AASI (Anexo IV da Portaria SAS/MS nº 587/2004) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004);

O número de participantes selecionados variou conforme cada etapa do estudo. No total participaram da pesquisa 234 indivíduos, distribuídos da seguinte maneira:

- Grupo piloto (GP): 17 participantes (5 homens e 12 mulheres) com idade entre 53 e 88 anos, usuários de AASI em adaptação bilateral (n=16) e unilateral (n=1) há pelo menos 1 mês.

- Grupo focal (GF): 17 pacientes (10 homens e 7 mulheres) com idade entre 51 e 91 anos, sendo 8 candidatos e 9 usuários de AASI há pelo menos um mês.

- Grupo estudo (GE): 200 pacientes (96 homens e 104 mulheres) com idade entre 24 e 94 anos, sendo 52 candidatos e 148 usuários de AASI há pelo menos um mês. O tamanho amostral final foi calculado em função do número de itens da escala (34 itens), sendo necessários pelo menos cinco sujeitos para cada variável (HAIR JÚNIOR et al., 1999).

Os dados demográficos e audiológicos dos participantes encontram-se nas tabelas 1, 2, 3 e 4.

Tabela 1: Dados demográficos referentes aos participantes do grupo piloto.

Participante	Idade (anos)	Gênero	CSE	Escolaridade	Tipo e grau da deficiência auditiva		Tipo de AASI	Tempo de uso
					Orelha Direita	Orelha Esquerda		
1	74	F	MI	PC	SN moderada	SN moderada	ITC	5 meses
2	70	F	BS	FC	Mista profunda	Mista profunda	Retroauricular	9 anos
3	59	M	BS	MC	SN leve	SN moderada	CIC à OE	11 meses
4	68	F	BS	PC	SN moderada	SN moderada	Retroauricular	3 anos
5	57	M	BS	PI	SN moderada	SN severa	Retroauricular	1 mês
6	77	F	MI	FC	SN moderada	SN moderada	Retroauricular	5 anos
7	64	M	BS	PI	SN severa	SN severa	Retroauricular	8 anos
8	53	F	BS	PC	Mista severa	Mista severa	Retroauricular	15 anos
9	67	F	BS	FC	SN severa	SN moderada	Retroauricular	1 mês
10	73	M	MI	PC	SN moderada	SN moderada	ITC	3 anos
11	88	F	MI	PC	SN severa	SN moderada	ITC	3 anos
12	53	F	BS	FI	SN moderada	SN moderada	Retroauricular	1 mês
13	67	F	BS	A	SN moderada	Mista moderada	Retroauricular	3 meses
14	83	F	BS	PC	SN moderada	SN severa	Retroauricular	4 meses
15	64	M	BI	NA	SN moderada	SN severa	Retroauricular	1 mês
16	72	F	BS	PC	Mista moderada	Mista severa	Retroauricular	4 anos
17	77	F	BS	PC	SN moderada	SN moderada	ITC	2 anos

Legenda: CSE: Classificação sócio econômica; BI: Baixa inferior; BS: Baixa superior; MI: Média inferior; PC: Primário completo (até a 4ª série); PI: Primário incompleto; FC: Ensino Fundamental completo (até a 8ª série); FI: Ensino Fundamental incompleto; MC: Ensino Médio Completo; A: Alfabetizado; NA: Não-Alfabetizado; DA: Deficiência auditiva; SN: Sensorineural; OD: Orelha direita; OE: Orelha esquerda; ITC: intracanal; CIC: microcanal.

Tabela 2: Dados demográficos referentes aos participantes do grupo focal.

Participante	Idade (anos)	Gênero	CSE	Escolaridade	Tipo e grau da deficiência auditiva		AASI	Tempo de uso
					Orelha direita	Orelha esquerda		
1	72	F	BS	PI	Mista Severa	Mista Moderada	ITE	7 anos
2	73	F	MI	PC	SN Leve	SN Leve	Retroauricular	1 mês
3	57	M	MI	SC	Mista Moderada	Mista Moderada	ITC	1 ano
4	71	M	MI	PC	SN Moderada	SN Leve	Retroauricular	2 anos
5	80	M	BS	PC	SN Severa	SN Severa	Retroauricular	1 mês
6	63	M	M	SC	SN Leve	SN Leve	Retroauricular	2 meses
7	66	M	BS	PI	SN Moderada	SN Moderada	Retroauricular	1 mês
8	53	F	BS	FI	SN Moderada	SN Moderada	Retroauricular	1 mês
9	91	F	MI	PC	SN Moderada	Mista Profunda	Retroauricular	9 anos
10	78	F	BS	FI	SN Moderada	SN Moderada	Nunca usou	--
11	56	M	BS	FI	SN Leve	SN Leve	Nunca usou	--
12	81	M	MI	FI	SN Leve	Mista Moderada	Nunca usou	--
13	82	M	BS	FI	SN Leve	SN Leve	Nunca usou	--
14	51	F	BS	FI	SN Moderada	SN Moderada	Nunca usou	--
15	66	M	BS	FI	SN Moderada	SN Moderada	Nunca usou	--
16	61	M	BS	FI	SN Leve	SN Moderada	Nunca usou	--
17	66	F	BS	NA	Mista leve	SN Profunda	Nunca usou	--

Legenda: CSE: Classificação sócio econômica; BI: Baixa inferior; BS: Baixa superior; M: Média; MI: Média inferior; PC: Primário completo (até a 4ª série); PI: Primário incompleto; FI: Ensino Fundamental incompleto (até a 8ª série); SC: Ensino Superior Completo; DA: Deficiência auditiva; SN: Sensori neural; OD: Orelha direita; OE: Orelha esquerda.

Tabela 3: Dados quanto a deficiência auditiva e uso de AASI referentes aos participantes do grupo estudo.

Participantes			Deficiência auditiva na melhor orelha									AASI			Tempo de uso		
	n	%	Tipo				Grau			Modo			Tipo		Média	DP	
			NI*	Cond	Mista	SN	NI*	Leve	Mod	Sev	Prof	Unilateral	Bilateral	Intra			Retro
Candidatos	52	26	4	0	3	45	4	14	27	7	0	--	--	--	--	--	--
Usuários	148	74	10	1	22	115	10	25	78	27	8	18	130	48	100	4a7m	4a9m
Total	200	100	14	1	25	160	14	39	105	34	8	--	--	--	--	--	--

Legenda: *Foram analisados os dados da melhor orelha do paciente, portanto, normal(nl) corresponde aos paciente com deficiência auditiva unilateral; n: número; Cond: condutiva; SN: Sensório-neural; Mod: moderada; Sev: severa; Prof: profunda; Intra: intra-auricular; Retro: retroauricular; DP: desvio padrão.

Tabela 4: Dados demográficos referentes aos participantes do grupo estudo.

	Idade (anos)		Gênero		Classificação Socioeconômica						Escolaridade							
	Média	DP	Fem	Mas	BI	BS	MI	M	NA	A	PI	PC	FI	FC	MI	MC	SI	SC
Candidatos	69	12	24	28	8	34	8	2	6	3	12	13	1	2	0	7	2	6
Usuários	67	15	80	68	11	110	23	4	5	14	34	40	10	9	3	19	4	10
Total	67	14	104	96	19	144	31	6	11	17	46	53	11	11	3	26	6	16

Legenda: DP: desvio padrão; Fem: feminino; Mas: masculino; BI: Baixa inferior; BS: Baixa superior; M: Média; MI: Média inferior; PC: Primário completo (até a 4ª série); PI: Primário incompleto; FI: Ensino Fundamental incompleto (até a 8ª série); SC: Ensino Superior Completo.

Os dados quanto ao tipo e grau da DA e tipo e modo dos AASI, dados sociodemográficos (idade, gênero e escolaridade) e classificação socioeconômica foram coletados do prontuário do paciente.

A classificação socioeconômica utilizada pelo Serviço Social da Clínica de Fonoaudiologia da FOB-USP é de acordo com o Instrumental de Classificação Socioeconômica (GRACIANO et al., 1997).

Vale ressaltar que a escolaridade foi subdividida utilizando parâmetros antigos de classificação considerando também ensino primário, a fim de tornar os grupos mais homogêneos nas comparações sem grandes generalizações.

Para classificar o grau da deficiência auditiva foi utilizada a classificação ISO, ou seja, considerando a média aritmética das frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 4000Hz:

- 0 - 25 dBNA - limiares auditivos normais;
- 26 - 40 dBNA - deficiência auditiva leve;
- 41 - 60 dBNA - deficiência auditiva moderada;
- 61 - 80 dBNA - deficiência auditiva severa;
- > 80 dBNA - deficiência auditiva profunda.

4.3 PROCEDIMENTOS

O estudo foi realizado em etapas as quais estão descritas a seguir.

4.3.1 1ª ETAPA: Adaptação inicial do instrumento

Inicialmente, foi realizado contato prévio com o grupo da PUC/RS, responsável pela validação da URICA para o português brasileiro para diversas populações. A pesquisadora deste estudo foi então orientada a realizar a versão adaptada para deficiência auditiva.

A adaptação semântica da URICA para uso em pessoas com deficiência auditiva foi realizada a partir da versão validada por Szupszynski e Oliveira (2008a) para usuários de

drogas ilícitas (ANEXO 4), a qual visa avaliar os estágios motivacionais dos participantes, bem como, a prontidão para a mudança. Composta por 24 itens (versão reduzida), divididos em quatro subescalas com seis itens cada: Pré-contemplação (itens 1,5,7,16,19 e 22), Contemplação (itens 3,6,9,13, 14 e 17), Ação (itens 2,4,8,11, 18,e 23) e Manutenção (itens 10,12,15,20,21 e 24). A pontuação é obtida por meio da soma de pontos de cada subescala: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) indeciso, (4) concordo, (5) concordo totalmente e o escore de “Prontidão para a Mudança” é avaliado através da soma dos pontos dos estágios de Contemplação, Ação e Manutenção menos os pontos da Pré-contemplação. A pontuação para cada estágio pode variar de 6 a 30 e o escore de “Prontidão para a Mudança” pode variar de 18 a 114.

Os termos “meu uso de drogas” e “meu problema com as drogas” foram substituídos por “minha audição” ou “meu problema auditivo”.

Manteve-se a composição de 24 itens (versão reduzida), divididos em 4 subescalas com 6 itens cada, assim como a ordem da apresentação de cada estágio.

A escala adaptada foi então submetida à avaliação de três juízes, sendo dois especialistas da área de Audiologia e um da área de Psicologia com experiência na utilização da escala. Não houve discordâncias entre os juízes quanto ao conteúdo e semântica do instrumento, no entanto foi sugerida por dois juízes a alteração do comportamento alvo para o uso do AASI o que foi acatado pelos autores.

4.3.2 2ª ETAPA: Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado a fim de verificar a aplicabilidade do instrumento criado e a compreensão gramatical por parte dos sujeitos. Estes sujeitos foram excluídos do total da amostra.

Foi realizada a aplicação do instrumento por um avaliador, face a face, em uma única sessão, a qual foi filmada para a análise minuciosa dos participantes. Os mesmos assinaram um termo de permissão para a filmagem.

O instrumento foi aplicado em 19 pacientes usuários de AASI, já que inicialmente o instrumento foi direcionado ao uso do AASI, no entanto, dois foram excluídos por não

terem sido filmados, restando assim 17 pacientes na amostra deste grupo. Os dados demográficos referentes ao estudo piloto estão apresentados na Tabela 1.

4.3.3 3ª ETAPA: Reestruturação do instrumento

Durante a aplicação no GP, os pacientes relataram dificuldade na compreensão de alguns itens, principalmente aqueles que diziam respeito ao não uso do aparelho auditivo onde respondiam sobre a deficiência auditiva. Com base nas manifestações do grupo foram realizadas as alterações pertinentes, uma vez que na escala constavam itens referentes somente ao uso do AASI, sem considerar a deficiência auditiva como um todo. Os pacientes relataram dificuldades em apontar qual das duas situações deveria considerar, por exemplo, no item 21 (“Estou frustrado, porque pensava ter resolvido meu problema em usar o aparelho auditivo, mas não resolvi”), respondiam sobre estar frustrados por não ter resolvido o problema auditivo ao invés do seu problema em usar o AASI.

Após realizar as novas adaptações no instrumento, o mesmo foi encaminhado ao grupo de pesquisadores do Rio Grande do Sul, que indicaram que o mesmo fosse traduzido para a língua inglesa e enviado a um dos autores do MTT (Prof Dr Carlo Diclemente) para a devida apreciação do instrumento quanto a sua adequação para esta população. Foi realizada então uma versão em inglês para ser enviada ao mesmo (APÊNDICE 1).

Em novembro de 2011, foi realizada a reunião com o Prof Carlo DiClemente, na *University of Maryland, Baltimore County*, por uma das psicólogas da equipe da PUC-RS para a apresentação do material construído por meio deste estudo. O mesmo analisou o instrumento tecendo considerações sobre quais itens estavam adequados, inadequados ou precisariam de revisão, sendo sugerida pelo mesmo a realização de um grupo para a adequação dos itens, assim como a criação de novos itens a serem aplicados na população em estudo. Outra sugestão do autor foi a de que o foco do trabalho não fosse específico na adaptação da escala existente, mas que abrangesse também outro estágio que na construção da escala original foi excluído: a “preparação”.

Acatadas as sugestões, a realização do grupo focal foi a estratégia selecionada para a construção da nova escala.

Para tanto, foi elaborado um maior número de afirmações (itens) para cada estágio, incluindo o de “preparação”, e em seguida foi realizado um atendimento em grupo com os pacientes, com as características da amostra, a fim de que fossem selecionadas aquelas mais pertinentes e que melhor se aplicavam a sua realidade. Tal seleção permitiria então a construção do instrumento final.

Cabe ressaltar que, inicialmente, levantou-se a possibilidade de construir duas escalas, sendo uma para candidatos e outra para usuários de AASI. Entretanto, a partir da aplicação da escala no GP, a opção foi por uma escala única que englobasse todas as atitudes e comportamentos de cada um dos estágios, tendo em vista que no caso do paciente candidato, ainda não usuário de AASI, a tendência é que esteja nos estágios mais anteriores da escala, em conformidade com o momento em que se encontra no processo de reabilitação.

4.3.4 4ª ETAPA: Grupo Focal

Para esta etapa foi escolhida a estratégia do grupo focal (GF), uma técnica de coleta de dados qualitativos que se dá por meio de entrevistas grupais, apropriada para estudos que buscam entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos. O grupo focal aplica-se a pesquisas exploratórias, antecedendo outras técnicas de pesquisa; pesquisas investigativas, complementando lacunas deixadas por outras técnicas utilizadas em fases anteriores da pesquisa; e pesquisas de opinião (DIAS, 2000).

Para a utilização do grupo focal neste estudo foram obedecidas as considerações de Oliveira et al. (2008):

1. Todos os participantes tinham pelo menos um traço em comum para o estudo proposto (no caso, a deficiência auditiva) já que este fator pode influenciar o processo de discussão e o produto dela decorrente. Todos os participantes tiveram sua privacidade garantida, pois além do grupo focal ser gravado, exige posicionamentos pessoais que serão revelados a pessoas desconhecidas.
2. O tamanho do grupo não foi grande para que todos pudessem participar e para não ocorrer saturação das alternativas de resposta.
3. O local e ambiente para os encontros era agradável, descontraído, de fácil acesso e livre de barulhos que pudessem atrapalhar a captação das falas.

4. O moderador, que neste estudo foi a fonoaudióloga autora deste trabalho, limitou as suas intervenções, permitindo que a discussão fluísse, só intervindo para introduzir novos itens de afirmativas e para facilitar o processo em curso. A explicitação das regras do grupo focal foi realizada nos momentos iniciais, esta pode ajudar na autonomia do moderador, ou seja, orientar para que uma pessoa fale de cada vez, a fim de evitar discussões paralelas entre os participantes, permitindo assim que todos participem. Foi orientado que ninguém poderia dominar a discussão para que todos tivessem o direito de dizer o que pensam.

5. Um observador, que neste estudo foi a psicóloga orientadora deste trabalho, estava presente para auxiliar o moderador na condução do grupo e anotar as principais impressões verbais e não verbais dos participantes.

6. Ao final da técnica foi elaborado um relatório do grupo focal, constando de uma descrição dos resultados e análise dos mesmos.

A estratégia do grupo focal foi realizada em dois grupos de pacientes, sendo um com candidatos ao uso de AASI e outro com usuários de AASI, a fim de verificar quais as afirmativas que melhor descreviam as etapas que passaram desde a descoberta da deficiência auditiva, o caminho percorrido e o tratamento realizado.

Os grupos foram reunidos uma só vez cada um e cada encontro teve duração de aproximadamente duas horas onde foram discutidos os itens elaborados para a confecção do instrumento proposto.

Os itens selecionadas para a discussão dos grupos foram aqueles que já constavam no instrumento assim como outros elaborados a partir de artigos sobre o tema e entrevistas com os pacientes do grupo piloto.

Antes da apresentação dos itens, o moderador do grupo realizava a explicação detalhada do estágio a ser discutido e a seguir apresentava as questões escritas por meio de um equipamento de projeção digital, sendo as mesmas lidas em voz alta para todo o grupo.

Para cada estágio foram escolhidas as afirmativas mais votadas pelos participantes dos grupos como sendo as mais representativas para cada estágio.

O primeiro grupo foi realizado com nove pacientes já usuários de AASI e o segundo grupo foi realizado com oito pacientes candidatos ao uso de AASI. Os dados demográficos referentes a este grupo são apresentados na Tabela 2.

Após a etapa do grupo focal foram escolhidas as afirmativas mais votadas pelos grupos, sendo 7 afirmativas referentes aos estágios de pré-contemplação, contemplação, ação

e manutenção e 6 afirmativas referentes ao estágio de preparação para constituir a escala a ser aplicada na etapa de validação. As escalas podem ser verificadas no capítulo Resultados.

4.3.5 5ª ETAPA: Validação do instrumento final

O instrumento final, doravante denominado EEMDA (Escala de Estágios de Mudança para Deficientes Auditivos), foi aplicado em uma amostra de 200 participantes, sendo 52 candidatos ao uso de AASI e 148 usuários de AASI, a fim de verificar a validação interna e externa do mesmo. A aplicação do instrumento foi realizada por um avaliador, face a face, em uma única sessão. Os dados demográficos referentes ao GE estão apresentados na Tabela 3 e os dados quanto à deficiência auditiva e AASI estão apresentados na Tabela 4.

Neste grupo também foi aplicada a Escala de Prontidão (IDA INSTITUTE, 2009), para a validação convergente do instrumento elaborado neste estudo. As seguintes questões da referida escala foram respondidas pelos pacientes após a EEMDA: “1) O quanto é importante para você melhorar a sua audição agora?” e “2) Quanto você acredita estar preparado para usar, por exemplo, aparelhos auditivo ou estratégias de comunicação?”. Para a resposta de cada pergunta, os pacientes foram convidados a responder em uma escala visual analógica indicando um valor de zero a 10 verbalmente (ANEXO 3).

4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos dados referentes aos aspectos de classificação socioeconômica, escolaridade, gênero, idade, deficiência auditiva e AASI dos pacientes foi realizada de forma descritiva e sua comparação com a EEMDA foi realizada utilizando o Coeficiente de Correlação de *Spearman*, Coeficiente de Correlação de *Pearson* e teste t de *Student*.

Para a análise da aplicação final do instrumento construído foi realizada a Análise dos Componentes Principais a fim de verificar a correlação interitens.

Para a validação convergente do instrumento por meio da comparação com a Escala de prontidão foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

Para avaliar a consistência interna do instrumento foi utilizado o coeficiente alfa de *Cronbach*.

Foi adotado o nível de significância de 5%.

5 Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados levando em consideração as etapas utilizadas para a construção do instrumento.

5.1 1ª ETAPA: ADAPTAÇÃO INICIAL DO INSTRUMENTO

Com base na adaptação da versão brasileira para substâncias ilícitas (ANEXO 4) adaptada da URICA original (ANEXO 5), foi realizada a confecção inicial do instrumento deste estudo realizando a adaptação para a deficiência auditiva (Quadro 4).

1. Eu não estou com nenhum problema com relação a minha audição. (Pré-contemplação)
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar a minha audição. (Ação)
3. Eu estive pensando que eu devia fazer algo com relação a minha audição. (Contemplação)
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação à audição. (Ação)
5. Muitas pessoas têm deficiência auditiva, eu não penso que isso seja um problema para mim. (Pré-contemplação)
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação à audição. (Contemplação)
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação a minha audição, mas não há nada em que eu realmente precise mudar. (Pré-contemplação)
8. Eu realmente estou trabalhando duro para melhorar minha audição. (Ação)
9. Eu tenho um problema auditivo e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele. (Contemplação)
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída. (Manutenção)
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação audição. (Ação)
12. Eu pensei que estava livre do meu problema auditivo/para usar o AASI, mas não estou. (Manutenção)
13. Eu gostaria de ter mais ideias de como solucionar o meu problema auditivo. (Contemplação)
14. Eu espero que eu encontre mais razões para melhorar a minha audição. (Contemplação)
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu aparelho auditivo. (Manutenção)
16. Talvez eu tenha problemas com a audição, mas não creio nisso. (Pré-contemplação)
17. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação a minha audição. (Contemplação)

18. Eu realmente estou fazendo algo sobre o meu problema auditivo. (Ação)
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas em relação à audição. (Pré-contemplação)
20. Às vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema auditivo e não usar o AASI. (Manutenção)
21. Estou frustrado, porque pensava ter resolvido meu problema auditivo usando o AASI, mas não resolvi. (Manutenção)
22. Eu tenho alguns problemas auditivos, mas por que perder tempo pensando neles? (Pré-contemplação)
23. Eu estou ativamente trabalhando no meu problema em relação a minha audição. (Ação)
24. Eu estou preocupado em talvez não conseguir manter a minha mudança em relação à audição. (Manutenção)

Quadro 4: Primeira versão da escala para indivíduos com deficiência auditiva.

Esta versão foi enviada aos 3 juízes para a apreciação. Não houve discordância quanto ao conteúdo por parte destes, mas foi sugerida a modificação do comportamento alvo, enfocando no uso do aparelho auditivo.

Foram então realizadas as modificações resultando na nova versão da escala (Quadro 5).

1. Eu não estou com nenhum problema para que precise usar aparelhos auditivos. (Pré-contemplação)
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar o meu problema em usar o aparelho auditivo. (Ação)
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu uso do aparelho auditivo. (Contemplação)
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação ao uso do aparelho auditivo. (Ação)
5. Muitas pessoas têm problemas em usar aparelhos auditivos, eu não penso que isso seja um problema para mim. (Pré-contemplação)
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação ao uso do aparelho auditivo. (Contemplação)
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao uso do aparelho auditivo, mas não há nada em que eu realmente precise mudar. (Pré-contemplação)
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu comportamento e usar o aparelho auditivo. (Ação)
9. Eu tenho um problema para usar o aparelho auditivo e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele. (Contemplação)

10. Eu preciso fazer algo para evitar o abandono do uso do aparelho auditivo. (Manutenção)
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação ao uso do aparelho auditivo. (Ação)
12. Eu pensei que estava livre do meu problema em não usar o aparelho auditivo, mas não estou. (Manutenção)
13. Eu gostaria de ter mais ideias de como solucionar o meu problema em usar o aparelho auditivo. (Contemplação)
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação ao uso do aparelho auditivo. (Contemplação)
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao uso do aparelho auditivo. (Manutenção)
16. Talvez eu tenha problemas para usar o aparelho auditivo, mas não creio nisso. (Pré-contemplação)
17. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação ao uso do aparelho auditivo. (Contemplação)
18. Eu realmente estou fazendo algo sobre o meu problema para usar o aparelho auditivo. (Ação)
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas para usar o aparelho auditivo. (Pré-contemplação)
20. Às vezes, eu preciso me esforçar para prevenir o abandono do uso do aparelho auditivo. (Manutenção)
21. Estou frustrado, porque pensava ter resolvido meu problema em usar o aparelho auditivo, mas não resolvi. (Manutenção)
22. Eu tenho alguns problemas para usar o aparelho auditivo, mas por que perder tempo pensando neles? (Pré-contemplação)
23. Eu estou ativamente trabalhando no meu problema em relação ao uso do aparelho auditivo. (Ação)
24. Eu estou preocupado em talvez não conseguir manter a minha mudança em relação ao uso do aparelho auditivo. (Manutenção)

Quadro 5: Versão da escala para indivíduos com deficiência auditiva após avaliação dos juízes.

5.2 2ª ETAPA: ESTUDO PILOTO

A nova versão do instrumento (Quadro 5) foi aplicada no grupo piloto a fim de verificar sua aplicabilidade e compreensão dos sujeitos.

Foi realizado o cálculo dos pontos de cada estágio, assim como do escore de “Prontidão para a Mudança” e os resultados encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5: Resultado final da aplicação do instrumento dos participantes do estudo piloto.

Paciente	Pré - contemplação	Contemplação	Ação	Manutenção	Prontidão
1	22	21	30	17	46
2	15	9	18	7	19
3	14	9	19	7	21
4	10	10	18	9	27
5	22	21	29	24	52
6	14	16	29	11	42
7	20	18	21	14	33
8	14	12	18	6	22
9	22	19	30	10	37
10	18	16	23	18	39
11	22	26	27	27	58
12	12	21	28	10	47
13	22	18	27	18	41
14	14	8	6	6	6
15	23	21	27	18	43
16	14	10	18	6	20
17	17	18	28	14	43

Pode-se verificar que 16 indivíduos (94%) encontram-se no estágio de Ação e somente 1(6%) em contemplação.

No Gráfico 1 podem ser verificados os dados referentes a análise dos vídeos dos sujeitos do grupo piloto quanto a compreensão dos enunciados.

Gráfico 1: Compreensão dos sujeitos do grupo piloto acerca dos enunciados da escala.

Pode-se verificar que a maioria dos pacientes do GP teve boa compreensão dos itens da escala. Nos itens 12, 13 e 21 houve respostas que não se referiam ao uso do AASI e sim quanto ao problema auditivo apresentado. Também se verificou pouca dificuldade com relação às opções de resposta.

Após a análise dos vídeos foram realizadas as adequações com base nas dificuldades encontradas pelos sujeitos ao responderem a escala (Quadro 6).

1. Eu não estou com nenhum problema auditivo. Não faz sentido para eu usar aparelhos auditivos. (Pré-contemplação)
2. Eu finalmente estou me esforçando para resolver o meu problema auditivo. (Ação)
3. Eu estive pensando que eu possa querer melhorar o meu problema auditivo. (Contemplação)
4. Às vezes o meu problema auditivo é difícil, mas eu estou me esforçando para melhorar. (Ação)
5. Tentar usar aparelhos auditivos é uma perda de tempo, pois não acho que tenho um problema auditivo. (Pré-contemplação)
6. Eu espero entender melhor o meu problema auditivo. (Contemplação)
7. Eu talvez tenha um problema auditivo e dificuldade para entender as pessoas, mas não há nada que eu possa fazer para mudar isto. (Pré-contemplação)
8. Eu realmente estou me esforçando para melhorar o meu problema auditivo. (Ação)
9. Eu tenho um problema auditivo e realmente penso que deveria fazer alguma coisa para mudar isto (como usar aparelhos auditivos). (Contemplação)
10. Eu não estou usando o aparelho auditivo como deveria e quero evitar o abandono do uso. (Manutenção)
11. Ainda que não utilize o aparelho auditivo como deveria, eu estou me esforçando para isto./Ainda que não faça tudo o que deveria, eu estou me esforçando para melhorar o meu problema auditivo.

- (Ação)
12. Eu pensei que quando utilizasse o aparelho auditivo não teria mais problemas, mas às vezes ainda penso em desistir de usar. (Manutenção)
13. Eu gostaria de ter mais ideias de como resolver o meu problema auditivo. (Contemplação)
14. Talvez algum profissional ou algum tratamento possa ajudar no meu problema auditivo. (Contemplação)
15. Eu preciso de ajuda para continuar usando o aparelho auditivo./Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu problema auditivo. (Manutenção)
16. Talvez eu tenha dificuldade para entender as pessoas, mas não acredito que tenho um problema auditivo. (Pré-contemplação)
17. Eu espero que alguém me ajude a resolver o meu problema auditivo. (Contemplação)
18. Eu realmente estou fazendo algo para melhorar o meu problema auditivo. (Ação)
19. Toda esta conversa sobre deficiência auditiva/problemas de comunicação não leva a nada! Para que fazer isto?/Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer os seus problemas? (Pré-contemplação)
20. Às vezes preciso me esforçar para continuar usando o aparelho auditivo. (Manutenção)
21. Estou frustrado, mas sinto que talvez não queira continuar usando o aparelho auditivo. (Manutenção)
22. Muitas pessoas têm problemas auditivos. Para que perder tempo pensando nisto? (Pré-contemplação)
23. Eu estou me esforçando para resolver o meu problema auditivo. (Ação)
24. Depois de tudo que fiz para melhorar o meu problema auditivo e usar o aparelho, às vezes me preocupo em não conseguir continuar usando. (Manutenção)

Quadro 6: Versão da escala para indivíduos com deficiência auditiva após aplicação no grupo piloto.

5.3 3ª ETAPA: REESTRUTURAÇÃO DO INSTRUMENTO

Após o estudo piloto, o instrumento foi novamente estruturado após conversa com o grupo da PUC-RS, sendo realizada também uma versão em inglês (APÊNDICE 1) para ser enviada a um dos autores da escala original Dr Carlo DiClemente, e após suas considerações, foram realizados vários itens a serem discutidos no grupo focal, que podem ser vistos no capítulo a seguir.

5.4 4ª ETAPA: GRUPO FOCAL

Para a estratégia de grupo focal foram formados dois grupos, sendo um com pacientes candidatos ao uso de AASI e outro com pacientes já usuários de AASI.

Verificou-se que o grupo de pacientes candidatos ao uso do AASI mostrou maior facilidade para a discussão das questões referentes aos estágios iniciais, enquanto que para o grupo de pacientes usuários de AASI foi a discussão dos estágios posteriores.

Para cada questão, cada um dos pacientes deveria apontar se achava que a mesma fazia sentido para o estágio que estava sendo discutido ou não. Após as reuniões foram analisadas as respostas e escolhidas as mais votadas de cada estágio para fazer parte do instrumento final.

É importante ressaltar que os participantes do grupo focal para candidatos ao uso do AASI avaliaram os itens referentes aos estágios de Ação e Manutenção, principalmente para verificar a compreensão semântica das afirmativas.

Os itens e seus respectivos votos por ambos os grupos focais estão dispostos nas tabelas a seguir: Pré-contemplação (Tabela 6), Contemplação (Tabela 7), Preparação (Tabela 8), Ação (Tabela 9) e Manutenção (Tabela 10). “Sim” significa que o indivíduo achava que a questão discutida era boa e descrevia bem o estágio e “não” significa o inverso.

Tabela 6: Itens discutidos nos grupos focais para o estágio de Pré-contemplação.

Pré Contemplação	Candidatos		Usuários		Total	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Eu não estou com nenhum problema auditivo. Não faz sentido para eu usar aparelhos auditivos.	7(87,5)	1(12,5)	7(77,78)	2(22,22)	14(82,35)	3(17,65)
2. Tentar usar aparelhos auditivos é uma perda de tempo, pois não acho que tenho um problema auditivo.	8(100)	0(0)	7(77,78)	2(22,22)	15(88,24)	2(11,76)
3. Eu talvez tenha um problema auditivo e dificuldade para entender as pessoas, mas não há nada que eu possa fazer para mudar isto.	4(50)	4(50)	5(55,56)	4(44,44)	9(52,94)	8(47,06)
4. Talvez eu tenha dificuldade para entender as pessoas, mas não acredito que tenho um problema auditivo.	8(100)	0(0)	8(88,89)	1(11,11)	16(94,12)	1(5,88)
5. Toda esta conversa sobre deficiência auditiva/problemas de comunicação não levam a nada! Para que fazer isto?/Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer os seus problemas?	0(0)	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)
6. Muitas pessoas têm problemas auditivos. Para que perder tempo pensando nisto?	4(50)	4(50)	6(66,67)	3(33,33)	10(58,82)	7(41,18)
7. Eu não acho que tenho um problema auditivo, são as pessoas que falam muito baixo ou resmungando.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
8. Eu não acho que tenho um problema auditivo, não escuto somente em algumas situações.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
9. Eu não acho que tenho um problema auditivo, só estou aqui por causa da minha família, amigos ou colegas de trabalho.	1(12,5)	7(87,5)	2(22,22)	7(77,78)	3(17,65)	14(82,35)
10. Todas as pessoas têm problemas para escutar de vez em quando.	2(25)	6(75)	9(100)	0(0)	11(64,70)	6(35,30)
11. Às vezes eu fico desatento e por isso não entendo, mas não tem nada a ver com um problema auditivo.	4(50)	4(50)	1(11,11)	8(88,89)	5(29,41)	12(70,59)

Tabela 7: Itens discutidos nos grupos focais para o estágio de Contemplação.

Contemplação	Candidatos		Usuários		Total	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Eu estive pensando que eu possa querer melhorar o meu problema auditivo.	6(75)	2(25)	7(77,78)	2(22,22)	13(76,47)	4(23,53)
2. Eu espero entender melhor o meu problema auditivo.	6(75)	2(25)	7(77,78)	2(22,22)	13(76,47)	4(23,53)
3. Eu tenho um problema auditivo e realmente penso que deveria fazer alguma coisa para mudar isto (como usar aparelhos auditivos).	7(87,5)	1(12,5)	9(100)	0(0)	16(94,12)	1(5,88)
4. Eu gostaria de ter mais ideias de como resolver o meu problema auditivo.	7(87,5)	1(12,5)	0(0)	9(100)	7(41,18)	10(58,82)
5. Talvez algum profissional ou algum tratamento possa ajudar no meu problema auditivo.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
6. Eu espero que alguém me ajude a resolver o meu problema auditivo.	8(100)	0(0)	5(55,56)	4(44,44)	13(76,47)	4(23,53)
7. Eu penso que talvez precise usar aparelhos auditivos.	7(87,5)	1(12,5)	0(0)	9(100)	7(41,18)	10(58,82)
8. Eu penso que o aparelho auditivo talvez me ajude a entender as pessoas.	7(87,5)	1(12,5)	9(100)	0(0)	16(94,12)	1(5,88)
9. Estive conversando com familiares e amigos sobre o meu problema auditivo e tratamento.	7(87,5)	1(12,5)	7(77,78)	2(22,22)	14(82,35)	3(17,65)
10. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação ao meu problema auditivo.	7(87,5)	1(12,5)	2(22,22)	7(77,78)	9(52,94)	8(47,06)
11. Comecei a procurar informações sobre deficiência auditiva e tratamento.	1(12,5)	7(87,5)	1(11,11)	8(88,89)	2(11,76)	15(88,24)
12. Gostaria de conversar com outras pessoas que tem o mesmo problema que eu.	8(100)	0(0)	3(33,33)	6(66,67)	11(64,70)	6(35,30)

Tabela 8: Itens discutidos nos grupos focais para o estágio de Preparação.

Preparação	Candidatos		Usuários		Total	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Eu tenho um problema auditivo e pretendo realizar uma consulta com um profissional.	7(87,5)	1(12,5)	9(100)	0(0)	16(94,12)	1(5,88)
2. Estou buscando informações sobre deficiência auditiva e tratamento.	4(50)	4(50)	9(100)	0(0)	13(76,47)	4(23,53)
3. Eu comecei a buscar informações sobre aparelhos auditivos.	5(62,5)	3(37,5)	0(0)	9(100)	5(29,41)	12(70,59)
4. Estou percebendo que realmente tenho um problema auditivo.	7(87,5)	1(12,5)	9(100)	0(0)	16(94,12)	1(5,88)
5. Eu tenho um problema auditivo e eu realmente penso que eu deveria realizar um tratamento.	7(87,5)	1(12,5)	9(100)	0(0)	16(94,12)	1(5,88)
6. Eu converso abertamente com as outras pessoas sobre o meu problema auditivo.	7(87,5)	1(12,5)	7(77,78)	2(22,22)	14(82,35)	3(17,65)

Tabela 9: Itens discutidos nos grupos focais para o estágio de Ação.

Ação	Candidatos		Usuários		Total	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Eu finalmente estou me esforçando para resolver o meu problema auditivo.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
2. Às vezes o meu problema auditivo é difícil, mas eu estou me esforçando para melhorar.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
3. Eu realmente estou me esforçando para melhorar o meu problema auditivo.	8(100)	0(0)	0(0)	9(100)	8(47,06)	9(52,94)
4. Ainda que não utilize o aparelho auditivo como deveria, eu estou me esforçando para isto.	1(12,5)	7(87,5)	2(22,22)	7(77,78)	3(17,65)	14(82,35)
5. Ainda que não faça tudo o que deveria, eu estou me esforçando para melhorar o meu problema auditivo.	7(87,5)	1(12,5)	9(100)	0(0)	16(94,12)	1(5,88)
6. Eu realmente estou fazendo algo para melhorar o meu problema auditivo.	0(0)	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)
7. Eu estou me esforçando para resolver o meu problema auditivo.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
8. Eu comecei a usar aparelhos auditivos.	8(100)	0(0)	1(11,11)	8(88,89)	9(52,94)	8(47,06)
9. Estou me esforçando para aprender a mexer no aparelho auditivo.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
10. Estou aprendendo a escutar novamente com o aparelho auditivo.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
11. Sinto que tenho mais benefícios usando o aparelho auditivo.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
12. Eu realmente preciso resolver o meu problema auditivo.	8(100)	0(0)	8(88,89)	1(11,11)	16(94,12)	1(5,88)

Tabela 10: Itens discutidos nos grupos focais para o estágio de Manutenção.

Manutenção	Candidatos		Usuários		Total	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Eu não estou usando o aparelho auditivo como deveria e quero evitar o abandono do uso.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
2. Eu pensei que quando utilizasse o aparelho auditivo não teria mais problemas, mas às vezes ainda penso em desistir de usar.	8(100)	0(0)	4(44,44)	5(55,56)	12(70,59)	5(29,41)
3. Eu preciso de ajuda para continuar usando o aparelho auditivo.	0(0)	8(100)	7(77,78)	2(22,22)	7(41,18)	10(58,82)
4. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu problema auditivo.	8(100)	0(0)	1(11,11)	8(88,89)	9(52,94)	8(47,06)
5. Às vezes preciso me esforçar para continuar usando o aparelho auditivo.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
6. Estou frustrado, mas sinto que talvez não queira continuar usando o aparelho auditivo.	8(100)	0(0)	2(22,22)	7(77,78)	10(58,82)	7(41,18)
7. Depois de tudo que fiz para melhorar o meu problema auditivo e usar o aparelho, às vezes me preocupo em não conseguir continuar usando.	8(100)	0(0)	7(77,78)	2(22,22)	15(88,24)	2(11,76)
8. Já estou acostumado com o uso do aparelho auditivo.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
9. Tenho utilizado outros meios para aprimorar a minha escuta com o aparelho auditivo.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
10. Estou confortável com o uso de aparelhos auditivos.	4(50)	4(50)	2(22,22)	7(77,78)	6(35,30)	11(64,70)
11. Usar aparelhos auditivos é natural para mim.	8(100)	0(0)	2(22,22)	7(77,78)	10(58,82)	7(41,18)
12. Quando me deparo com dificuldades ao usar o aparelho auditivo ou tenho dúvidas busco ajuda profissional imediatamente.	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)
13. Faço uso do aparelho auditivo em qualquer situação (casa, trabalho e lazer).	8(100)	0(0)	9(100)	0(0)	17(100)	0(0)

Os pacientes também tiveram a oportunidade de sugerir afirmativas que fizeram parte do seu percurso relacionado à deficiência auditiva. As frases sugeridas encontram-se na Tabela 11.

Tabela 11: Frases sugeridas pelos grupos focais.

Estágio	Afirmativa
Pré-contemplação	<p>Usar aparelhos auditivos é para pessoas idosas.</p> <p>Não me vejo usando aparelho auditivo</p> <p>Estou confuso se preciso usar ou não aparelho.</p> <p>Estou confuso se estou ficando surdo ou não.</p> <p>Estou confuso se estou ouvindo.</p>
Contemplação	<p>Muitas pessoas têm o mesmo problema que eu (bebês, crianças).</p> <p>Fico pensando se procuro ou não ajuda.</p>
Preparação	<p>Quero fazer algo para melhorar minha audição, mas não sei o que fazer.</p> <p>Comecei a ver outras pessoas com aparelho auditivo.</p> <p>Não sabia/sei onde procurar ajuda.</p>
Ação	<p>Nem sempre aceito minha surdez.</p> <p>Eu estou me acostumando com o aparelho auditivo.</p>

Algumas afirmativas ainda, que ficaram confusas para os pacientes foram reformuladas pelos mesmos (Tabela 12).

Tabela 12: Alternativas reformuladas pelo grupo focal.

Afirmativa aplicada	Reformulação
Eu estive pensando que eu possa querer melhorar o meu problema auditivo.	Eu estive pensando em melhorar o meu problema auditivo.
Eu tenho um problema auditivo e realmente penso que deveria fazer alguma coisa para mudar isto (como usar aparelhos auditivos).	Eu tenho um problema auditivo, já começo a pensar que deveria fazer alguma coisa para mudar isto.
Eu penso que o aparelho auditivo talvez me ajude a entender a pessoas.	Eu penso que algum tratamento me ajude a melhorar minha audição.
Comecei a procurar informações sobre deficiência auditiva e tratamento.	Fico pensando se procuro ou não informações
Eu tenho um problema auditivo e pretendo realizar uma consulta com um profissional.	Eu tenho um problema auditivo e vou realizar uma consulta com um profissional.
Estou buscando informações sobre deficiência auditiva e tratamento.	Estou me informando sobre deficiência auditiva e tratamento.
Estou percebendo que realmente tenho um problema auditivo.	Realmente tenho um problema auditivo.
Estou conversando abertamente com as outras pessoas sobre o meu problema auditivo.	Estou conversando abertamente com pessoas mais próximas sobre o meu problema auditivo.
Eu finalmente estou me esforçando para resolver o meu problema auditivo.	Agora estou resolvendo o meu problema auditivo.
Às vezes o meu problema auditivo é difícil, mas eu estou me esforçando para melhorar.	Nem sempre é fácil, mas eu estou me esforçando para melhorar o meu problema auditivo.
Eu preciso de ajuda para continuar usando o aparelho auditivo.	Preciso de ajuda para continuar usando o aparelho auditivo.
Quando me deparo com dificuldades ao usar o aparelho auditivo ou tenho dúvidas busco ajuda profissional imediatamente.	Quando tenho dificuldades ao usar o aparelho auditivo ou tenho dúvidas busco ajuda profissional imediatamente.

Após rever as considerações e a votação realizada no GF e sugestões dos pacientes foi definida a versão final do instrumento (Quadro 7). A sequência da apresentação dos itens foi aleatória.

1. Eu não estou com nenhum problema auditivo. Não faz sentido para eu usar aparelhos auditivos. (Pré-contemplação)
2. Nem sempre é fácil, mas eu estou me esforçando para melhorar o meu problema auditivo. (Ação)
3. Estive pensando em melhorar o meu problema auditivo. (Contemplação)
4. Agora estou resolvendo o meu problema auditivo. (Ação)
5. Muitas pessoas têm problemas auditivos. Para que perder tempo pensando nisto? (Pré-contemplação)
6. Eu espero entender melhor o meu problema auditivo. (Contemplação)
7. Eu tenho um problema auditivo e vou realizar uma consulta com um profissional. (Preparação)
8. Usar aparelhos auditivos é para pessoas idosas. (Pré-contemplação)
9. Estou me esforçando para aprender a mexer no aparelho auditivo. (Ação)
10. Eu tenho um problema auditivo e já começo a pensar que deveria fazer alguma coisa para mudar isto. (Contemplação)
11. Eu não estou usando o aparelho auditivo como deveria e quero evitar o abandono do uso. (Manutenção)
12. Eu estou me acostumando com o aparelho auditivo. (Ação)
13. Às vezes preciso me esforçar para continuar usando o aparelho auditivo. (Manutenção)
14. Estou me informando sobre deficiência auditiva e tratamento. (Preparação)
15. Talvez algum profissional ou algum tratamento possa ajudar no meu problema auditivo. (Contemplação)
16. Eu penso que o aparelho auditivo talvez me ajude a entender as pessoas. (Contemplação)
17. Já estou acostumado com o uso do aparelho auditivo. (Manutenção)
18. Eu não acho que tenho um problema auditivo, não escuto somente em algumas situações. (Pré-contemplação)
19. Estive conversando com familiares e amigos sobre o meu problema auditivo e tratamento. (Contemplação)
20. Eu comecei a ver outras pessoas com aparelhos auditivos. (Preparação)
21. Realmente tenho um problema auditivo. (Preparação)
22. Estou aprendendo a escutar novamente com o aparelho auditivo. (Ação)
23. Tentar usar aparelhos auditivos é uma perda de tempo pois não acho que tenho um problema auditivo. (Pré-contemplação)

24. Tenho utilizado outros meios para aprimorar a minha escuta com o aparelho auditivo. (Manutenção)   25. Quando me deparo com dificuldades ao usar o aparelho auditivo ou tenho dúvidas busco ajuda profissional imediatamente. (Manutenção)   26. Tenho um problema auditivo e realmente penso que eu deveria realizar um tratamento. (Preparação)   27. Eu não acho que tenho um problema auditivo, são as pessoas que falam muito baixo ou resmungando. (Pré-contemplação)   28. Sinto que tenho mais benefícios usando o aparelho auditivo. (Ação)   29. Faço uso do aparelho auditivo em qualquer situação (casa, trabalho e lazer). (Manutenção)   30. Eu converso abertamente com pessoas mais próximas sobre o meu problema auditivo. (Preparação)   31. Talvez eu tenha dificuldade para entender as pessoas, mas não acredito que tenho um problema auditivo. (Pré-contemplação)   32. Eu espero que alguém me ajude a resolver o meu problema auditivo. (Contemplação)   33. Ainda que não faça tudo o que deveria, eu estou me esforçando para melhorar o meu problema auditivo. (Ação)   34. Depois de tudo que fiz para melhorar o meu problema auditivo e usar o aparelho, às vezes me preocupo em não conseguir continuar usando. (Manutenção)

Quadro 7: Versão final do instrumento.

5.5 5ª ETAPA: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO FINAL

Além da elaboração do instrumento, também foi realizada sua aplicação em uma amostra maior a fim de verificar sua confiabilidade para a prática clínica.

A amostra foi composta de 200 indivíduos candidatos ao uso e usuários de AASI, cujas características demográficas e acerca da deficiência auditiva e uso de AASI encontram-se descritas na metodologia (Tabela 3 e Tabela 4).

Um aspecto importante de se ressaltar é quanto à redução do número de itens da escala, pois quanto mais objetiva melhor será sua aplicação, para isto foi reduzida de 34 para 25 itens. Foi realizada a redução de itens considerando a Análise dos Componentes Principais e o Coeficiente alfa de Cronbach e nas duas análises foram excluídos exatamente os mesmos itens, sendo estes: 2, 3, 4, 5, 8, 11, 19, 30, 34.

A distribuição dos estágios de mudança, considerando os 34 itens da escala, estão dispostos na Tabela 13 e considerando as 25 itens resultantes da eliminação dos itens que não acrescentavam informações adicionais a escala estão dispostos na Tabela 14.

Tabela 13: Distribuição do resultado da escala por estágio de mudança considerando 34 itens.

Estágio	Não usuários		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%
Contemplação	50	96,16	123	83,11	173	86,5
Contemplação+ Ação	1	1,92	12	8,11	13	6,5
Ação	1	1,92	12	8,11	13	6,5
Ação+Manutenção	0	0	1	0,67	1	0,5
Total	52	100	148	100	200	100

Tabela 14: Distribuição do resultado da escala por estágio de mudança considerando 25 itens.

Estágio	Não Usuários		Usuários		Total	
	N	%	N	%	N	%
Contemplação	19	36,54	25	16,89	44	22,00
Contemplação+Preparação	16	30,77	11	7,43	27	13,50
Contemplação+Ação	4	7,69	10	6,76	14	7,00
Contemplação+Manutenção	0	0,00	3	2,03	3	1,50
Contemplação+Preparação+Ação	1	1,92	11	7,43	12	6,00
Contemplação+Preparação+Manutenção	0	0,00	3	2,03	3	1,50
Contemplação+Preparação+Ação+Manutenção	0	0,00	6	4,05	6	3,00
Preparação	9	17,31	16	10,81	25	12,50
Preparação+Ação	0	0,00	7	4,73	7	3,50
Ação	3	5,77	37	25,00	40	20,00
Ação+Manutenção	0	0,00	7	4,73	7	3,50
Manutenção	0	0,00	12	8,11	12	6,00
Total	52	100,00	148	100,00	200	100,00

Observando as tabelas acima percebe-se que com a redução do número de itens da escala aumentam as combinações dos resultados, dividindo melhor os perfis dos participantes do estudo. Nota-se que na escala com 34 itens a maioria dos participantes encontra-se no estágio de contemplação tanto os candidatos ao uso de AASI quanto os usuários. Já na análise da escala com 25 itens a maioria dos candidatos ao uso de AASI encontra-se nos estágios de contemplação e preparação e os usuários de AASI dividem-se aleatoriamente entre os estágios, estando a maioria em ação.

5.5.1 Análise fatorial

A primeira análise estatística realizada foi a análise fatorial por meio da “Análise dos Componentes Principais” utilizando a rotação Varimax com normalização Kaiser a fim de verificar se os itens teriam a correlação esperada.

A Tabela 15 apresenta a análise dos componentes principais para a escala quando composta por 34 itens, a qual mostrou a presença de dez componentes ou fatores com *eigenvalue* superiores a 1,0 que explicam 63,71% da variância acumulada. Como o intuito do instrumento é medir os 5 estágios motivacionais foi realizada a rotação Varimax com 5 fatores (Tabela 16).

Tabela 15: Quantidade de variância explicada pelos fatores que obtiveram *eigenvalue* > 1,0 para o instrumento com 34 itens.

Fator	Eigenvalue	Variância explicada por fator (%)	Variância cumulativa (%)
1	6,17	18,16	18,16
2	4,51	13,26	31,42
3	3,16	9,30	40,71
4	1,61	4,74	45,45
5	1,40	4,12	49,57
6	1,34	3,94	53,51
7	1,20	3,54	57,05
8	1,19	3,51	60,55
9	1,08	3,16	63,71

Tabela 16: Análise dos Componentes Principais para 5 fatores e 34 itens.

Itens	Componente				
	1	2	3	4	5
Q1 - PC			0,50		
Q5 - PC					
Q8 - PC					
Q18 - PC			0,73		
Q23 - PC			0,54		
Q27 - PC			0,81		
Q31 - PC			0,80		
Q3 - C					
Q6 - C		0,45			
Q10 - C		0,53			
Q15 - C		0,47		0,50	
Q16 - C				0,69	
Q19 - C		0,41			
Q32 - C		0,68			
Q7 - P		0,63			
Q14 - P		0,54			
Q20 - P				0,65	
Q21 - P			-0,54		
Q26 - P		0,63			
Q30 - P					-0,50
Q2 - A				0,61	
Q4 - A				0,49	
Q9 - A	0,74				
Q12 - A	0,72				
Q22 - A	0,87				
Q28 - A	0,89				
Q33 - A		0,63			
Q11 - M					0,53
Q13 - M					0,59
Q17 - M	0,87				
Q24 - M	0,63				
Q25 - M	0,87				
Q29 - M	0,90				
Q34 - M					0,47

Observa-se que o componente 1 ficou composto de itens de ação e manutenção, o componente 2 por itens de contemplação e preparação com exceção do item 33 (Ação). O componente 3 englobou todos os itens de pré-contemplação e o item 21 de preparação correlacionou-se negativamente com este estágio. O componente 4 revelou a junção de apenas 5 itens sendo 2 de contemplação, 2 de Ação e 1 de preparação e o componente 5 apresentou somente itens de manutenção e um item de preparação correlacionando-se negativamente neste componente.

Verifica-se ainda que desta forma a escala explica uma variância de 49,57%.

Cabe ressaltar que o ponto de corte utilizado foi de 0,4 e alguns itens não tiveram carga suficiente para interpretação sendo estes: 3, 5 e 8.

Como gostaríamos de eliminar alguns itens para deixar a escala mais compacta a fim de facilitar sua aplicação, foi realizada a eliminação dos itens com baixa explicação e aqueles que não acrescentavam confiabilidade.

Como foram levados em consideração os 5 estágios de mudança na confecção da escala, não foram utilizados mais do que 5 fatores para a análise.

A Tabela 17 apresenta os *eigenvalue* para a escala composta por 25 itens após a eliminação de alguns itens, sendo 5 itens por estágio de mudança e a seguir é realizada a rotação Varimax do mesmo, considerando 5 fatores (Tabela 18), 4 fatores (Tabela 19) e 3 fatores (Tabela 20).

Tabela 17: Quantidade de variância explicada pelos fatores que obtiveram eigenvalue > 1,0 para o instrumento com 25 itens.

Fator	Eigenvalue	Variância explicada por fator (%)	Variância cumulativa (%)
1	5,80	23,21	23,21
2	3,82	15,27	38,48
3	2,84	11,35	49,83
4	1,31	5,23	55,07
5	1,20	4,82	59,88
6	1,07	4,30	64,18

Tabela 18: Análise dos Componentes Principais para 5 fatores e 25 itens.

Itens	Componente				
	1	2	3	4	5
Q1 - PC		0,51			
Q18 - PC		0,73			
Q23 - PC		0,58			
Q27 - PC		0,78			
Q31 - PC		0,79			
Q6 - C					0,58
Q10 - C			0,58		
Q15 - C			0,44	0,63	
Q16 - C				0,76	
Q32 - C			0,65		
Q7 - P			0,75		
Q14 - P			0,51		
Q20 - P				0,71	
Q21 - P		-0,61			
Q26 - P			0,67		
Q9 - A	0,75				
Q12 - A	0,73				
Q22 - A	0,88				
Q28 - A	0,89				
Q33 - A			0,57		
Q13 - M					0,67
Q17 - M	0,89				
Q24 - M	0,63				
Q25 - M	0,87				
Q29 - M	0,90				

Verifica-se que na análise com 25 itens, a variância explicada é de quase 60% da amostra. Os itens de ação e manutenção permaneceram no primeiro fator, com exceção dos itens 13 (manutenção) e 33 (ação). O componente 2 foi composto pelos itens de pré-contemplação e pelo item 21 (preparação) correlacionando-se negativamente. Os componentes 3 e 4 foram compostos principalmente pelos itens de contemplação e preparação, enquanto o componente 5 ficou com um item de contemplação e um de manutenção.

Tabela 19: Análise dos Componentes Principais para 4 fatores e 25 itens.

Itens	Componente			
	1	2	3	4
Q1 - PC			0,52	
Q18 - PC			0,73	
Q23 - PC			0,57	
Q27 - PC			0,79	
Q31 - PC			0,79	
Q9 - A	0,79			
Q12 - A	0,77			
Q22 - A	0,89			
Q28 - A	0,89			
Q33 - A		0,64		
Q6 - C		0,48		
Q10 - C		0,60		
Q15 - C		0,49		0,62
Q16 - C				0,75
Q32 - C		0,67		
Q7 - P		0,65		
Q14 - P		0,59		
Q20 - P				0,67
Q21 - P			-0,58	
Q26 - P		0,63		
Q13 - M	0,46			
Q17 - M	0,85			
Q24 - M	0,63			
Q25 - M	0,86			
Q29 - M	0,88			

A análise com 4 fatores ação e manutenção permaneceram no componente 1, contemplação e preparação no componente 2 com exceção do item 33 (ação), pré-contemplação foi explicada pelo componente 3 com exceção do item 21 o qual correlacionou-se negativamente com este estágio e o componente 4 foi composto de 2 itens de contemplação e um de preparação. No entanto o *eigenvalue* explica 55% da variância da amostra.

Tabela 20: Análise dos Componentes Principais para 3 fatores e 25 itens.

Itens	Componente		
	1	2	3
Q1 - PC			0,51
Q18 - PC			0,72
Q23 - PC			0,57
Q27 - PC			0,79
Q31 - PC			0,79
Q9 - A	0,79		
Q12 - A	0,78		
Q22 - A	0,89		
Q28 - A	0,88		
Q33 - A		0,48	
Q6 - C		0,53	
Q10 - C		0,68	
Q15 - C		0,74	
Q16 - C		0,55	
Q32 - C		0,56	
Q7 - P		0,58	
Q14 - P		0,59	
Q20 - P		0,47	
Q21 - P			-0,58
Q26 - P		0,63	
Q13 - M	0,47		
Q17 - M	0,85		
Q24 - M	0,62		
Q25 - M	0,85		
Q29 - M	0,87		

Agrupando a escala em três fatores, verifica-se que o fator 1 está composto pelos estágios de manutenção e ação, com exceção da questão 33 (ação) que ficou no fator 2 podendo ter sido interpretado como contemplação pela explicação de sua sentença. O fator 2 é composto pelos itens dos estágios de contemplação e preparação e o fator 3 abrangeu os itens do estágio de pré-contemplação. A variância explicada na escala com três fatores foi de 49,83%.

5.5.2 Consistência interna

O coeficiente alfa de Cronbach foi realizado a fim de estimar a fidedignidade da EEMDA e resultou em 0,813, sendo considerada boa pelas regras de interpretação de George e Mallery (2003) nas quais: > 0,9 – Excelente; > 0,8 – Bom; > 0,7 – Aceitável; > 0,6 –

Questionável; $> 0,5$ – Pobre; $< 0,5$ – Inaceitável. Percebe-se ainda que a consistência da EEMDA nos estágios de ação e manutenção é boa, enquanto no estágio de pré-contemplação é aceitável, sendo as mais baixas correlações para os estágios de preparação (pobre) e contemplação (questionável). Os resultados podem ser vistos na Tabela 21.

Tabela 21: Coeficiente alfa de Cronbach das subescalas e itens da EEMDA.

Fonte	alfa de Cronbach	N	Número de itens
Pré-contemplação	0,755	200	5
Contemplação	0,678	200	5
Preparação	0,540	200	5
Ação	0,842	200	5
Manutenção	0,820	200	5
Total	0,813	200	25

5.5.3 Validade convergente

Para a validação convergente do instrumento elaborado neste estudo foi realizada a comparação com a Escala de Prontidão, por meio da utilização do Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

Os dados referentes à primeira pergunta da Escala de Prontidão (“O quanto é importante para você melhorar a sua audição agora?”) aplicada no GE estão apresentados na Tabela 22 e os dados referentes à segunda pergunta (“Quanto você acredita estar preparado para usar, por exemplo, aparelhos auditivos ou estratégias de comunicação?”) estão apresentados na Tabela 23. Os dados referentes à comparação das Perguntas da Escala de Prontidão com a EEMDA estão dispostos na Tabela 24.

Tabela 22: Notas atribuídas pelos participantes do GE à primeira pergunta da escala de prontidão.

EP 1 – Importância de melhorar a audição	n	(%)
5	2	1
6	1	0,5
7	2	1
8	16	8
9	14	7
10	165	82,5
Total	200	100

Tabela 23: Notas atribuídas pelos participantes do GE à segunda pergunta da escala de prontidão.

EP 2 – Preparação para usar AASI	n	(%)
1	3	1,5
2	3	1,5
3	1	0,5
4	1	0,5
5	9	4,5
6	8	4
7	8	4
8	18	9
9	13	6,5
10	136	68
Total	200	100

Tabela 24: Coeficiente de Correlação de Spearman entre a EEMDA e a Escala de Prontidão.

EEMDA	Escala de Prontidão 1		Escala de Prontidão 2	
	r	p	r	p
Pré-contemplação	-0,18	0,01*	-0,27	0,00*
Contemplação	0,21	0,00*	0,06	0,40
Preparação	0,27	0,00*	0,20	0,01*
Ação	0,15	0,03*	0,29	0,00*
Manutenção	0,15	0,04*	0,25	0,00*

*Correlação significativa ao nível de significância de 0,05.

5.5.4 Validade de construto

A fim de verificar a validade de construto da EEMDA foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson*, os resultados desta análise estão dispostos na Tabela 25.

Tabela 25: Média, Desvio Padrão e Coeficiente de Correlação de *Pearson* entre os estágios da EEMDA.

Estágio	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Correlação de <i>Pearson</i>			
			Contemplação	Preparação	Ação	Manutenção
Pré-contemplação	7,13	2,53	-0,061	-0,144*	-0,005	-0,059
Contemplação	22,28	2,88		0,685*	0,075	-0,058
Preparação	21,86	2,80			0,051	-0,020
Ação	19,74	5,37				0,829*
Manutenção	17,34	5,84				

*Correlação significativa ao nível de significância de 0,05.

Ao analisar a Tabela 25 pode-se verificar correlação estatisticamente significativa entre os estágios de contemplação e preparação e entre os estágios de ação e manutenção, o que é esperado já que estes são estágios subjacentes e segundo o MTT, o processo de mudança é contínuo. Observa-se ainda correlação negativa entre o estágio de pré-contemplação e todos os demais estágios com significância somente com o estágio de preparação.

5.5.5 EEMDA x dados audiológicos e demográficos

Para realizar a correlação entre os estágios de mudança e a idade e tempo de uso dos AASI foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson* (Tabela 26).

Tabela 26: Coeficiente de Correlação de *Pearson* entre os estágios da EEMDA e a idade e o tempo de uso de AASI.

Estágio	Idade		Tempo de Uso do AASI	
	r	p	r	p
Pré-contemplação	0,03	0,660	-0,12	0,088
Contemplação	0,04	0,562	-0,14	0,042*
Preparação	-0,04	0,566	-0,12	0,089
Ação	0,03	0,677	0,29	0,000*
Manutenção	-0,01	0,852	0,39	0,000*

Pode-se verificar que não houve diferença estatisticamente significativa entre a idade e os estágios de mudança identificados pela EEMDA, no entanto, houve significância comparando o tempo de uso do AASI com os estágios de contemplação, ação e manutenção, desta forma quanto maior o tempo de uso do AASI, melhor a correlação com o estágio hipotetizado.

Para a correlação entre os estágios e CSE, escolaridade e grau perda foi utilizado o teste de correlação de *Spearman* (Tabela 27).

Tabela 27: Coeficiente de Correlação de *Spearman* entre os estágios da EEMDA e a classificação socioeconômica, escolaridade e grau da deficiência auditiva na melhor orelha.

Estágio	Escolaridade		CSE		Grau da DA	
	r	p	r	p	r	p
Pré-contemplação	-0,09	0,209	-0,15	0,034*	-0,13	0,076
Contemplação	-0,30	0,000*	-0,11	0,124	-0,04	0,537
Preparação	-0,27	0,000*	-0,15	0,036*	-0,04	0,542
Ação	-0,13	0,075	0,00	0,988	0,12	0,094
Manutenção	-0,03	0,625	0,02	0,817	0,30	0,000*

*Correlação significativa ao nível de significância de 0,05.

Com relação à escolaridade houve correlação negativa com os estágios de contemplação e preparação. E quanto à classificação socioeconômica houve correlação negativa com os estágios de pré-contemplação e preparação.

Já para o grau da deficiência auditiva houve correlação positiva com o estágio de manutenção, indicando que quanto maior este grau maior a possibilidade de encontrarmos o indivíduo no estágio de manutenção.

A fim de realizar a comparação entre os gêneros e tipo de AASI, assim como, o modo de utilização do AASI pelos participantes do estudo nos estágios da EEMDA foi utilizado o teste t de *Student*. Os resultados do teste assim como a média e desvio padrão podem ser verificados nas Tabelas 28, 29 e 30.

Tabela 28: Média, desvio padrão e resultado do teste t de *Student* entre os gêneros nos estágios da EEMDA.

Estágio	Masculino			Feminino			p
	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão	n	
Pré-contemplação	7,06	2,43	96	7,18	2,63	104	0,738
Contemplação	22,24	3,14	96	22,31	2,62	104	0,868
Preparação	21,77	2,78	96	21,93	2,82	104	0,684
Ação	19,99	5,47	96	19,50	5,28	104	0,521
Manutenção	17,07	5,88	96	17,59	5,83	104	0,536

Ao analisar a Tabela 28, verifica-se padrão semelhante para média e desvio padrão, não havendo diferença estatisticamente significante entre o gênero e os estágios da EEMDA.

Tabela 29: Média, desvio padrão e resultado do teste t de Student entre os tipos de AASI utilizado pelos participantes nos estágios da EEMDA.

Estágio	Retroauricular			Intra-auricular			p
	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão	n	
Pré-contemplação	7,02	2,40	100	7,50	2,90	48	0,289
Contemplação	21,90	3,22	100	22,08	2,80	48	0,736
Preparação	21,68	2,87	100	21,67	2,68	48	0,978
Ação	21,95	3,10	100	21,92	3,44	48	0,953
Manutenção	20,47	3,15	100	19,29	3,08	48	0,034*

*Correlação significativa ao nível de significância de 0,05.

Tabela 30: Média, desvio padrão e resultado do teste t de Student entre o modo de utilização dos AASI pelos participantes nos estágios da EEMDA.

Estágio	Unilateral			Bilateral			p
	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão	n	
Pré-contemplação	7,83	3,20	18	7,08	2,47	130	0,248
Contemplação	22,06	2,98	18	21,95	3,11	130	0,888
Preparação	22,28	2,54	18	21,59	2,84	130	0,332
Ação	21,67	2,45	18	21,98	3,30	130	0,701
Manutenção	18,78	3,83	18	20,27	3,04	130	0,061

Quanto ao tipo e modo de uso dos AASI pelos participantes do estudo, verifica-se que houve diferença estatisticamente significativa somente para o tipo entre os usuários de AASI retro e intra-auricular no estágio de manutenção.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados seguirá as etapas do estudo englobando desde a construção da escala EEMDA e a sua reestruturação a partir do GP e GF, a sua validação com o GE e as análises pertinentes de maneira a fornecer indicadores sobre a confiabilidade da referida escala para o uso clínico na população de indivíduo com deficiência auditiva candidatos e usuários de aparelhos de amplificação sonora individuais (AASI).

Primeiramente, cabe ressaltar que neste trabalho foi realizada a construção de um instrumento baseado na URICA e não uma adaptação da referida escala, no entanto como o instrumento visa avaliar os mesmos domínios, a discussão também envolverá comparações com a escala original.

A princípio a intenção era a adaptação literal do instrumento, no entanto, como a população na qual pretendia-se realizar a aplicação não havia sido estudada sob a ótica do MTT optou-se por construir um instrumento baseado na realidade vivenciada pelos indivíduos com deficiência auditiva. Este tipo de cuidado metodológico se deve ao fato de que a construção de um instrumento para avaliação de comportamentos envolve muitos fatores que devem ser analisados e controlados a fim de não comprometerem os resultados finais de sua aplicação.

Foi utilizada uma escala já traduzida da original para outro comportamento e adaptada semanticamente para o contexto em questão, para tanto utilizou-se a avaliação de juízes e o GP a fim de verificar a aplicabilidade no grupo com DA. Não houve discordância entre os juízes acerca do instrumento, no entanto, foi sugerida a mudança do comportamento alvo pelo “uso do AASI” especificamente e não mais a “deficiência auditiva”. As sugestões foram acatadas e a escala foi aplicada no GP.

Ao calcular os pontos de cada estágio neste grupo, verificou-se que 16 indivíduos (94%) encontram-se no estágio de ação e somente 1(6%) em contemplação, isso pode ser justificado pelo fato dos pacientes serem todos usuários de AASI e que realmente faziam algo a respeito do seu problema auditivo. A maioria do GP demonstrou compreender os itens do instrumento, mas foram encontradas algumas dificuldades como demonstra o Gráfico 1 que direcionaram a realização de novas adequações. A partir da análise desta experiência, surgiu a necessidade de reestruturar a escala de forma a contemplar também os indivíduos candidatos ao uso do AASI, e não somente os usuários. Após esta reestruturação, o material foi enviado para a apreciação de um dos autores da escala original, o mesmo sugeriu a inclusão de

questões referentes ao estágio de preparação que não existe na escala original devido a baixa carga na análise fatorial (McCONNAUGHY; PROCHASKA; VELICER, 1983) e também a formação de um grupo para a discussão e elaboração de itens que fariam parte do instrumento final. Foi escolhida a estratégia de grupo focal (GF) e utilizados os itens que já constavam no instrumento assim como outros elaborados a partir de artigos sobre o tema e entrevistas com os pacientes do grupo piloto para a discussão.

Segundo Reichenheim e Moraes (2007) “a avaliação da equivalência conceitual consiste na exploração do construto de interesse e dos pesos dados aos seus diferentes domínios constituintes no local de origem e na população-alvo onde o instrumento será utilizado”. Deve haver uma discussão com um grupo de especialistas a fim de explorar se os diferentes domínios do instrumento original na definição dos conceitos de interesse que seriam relevantes e pertinentes ao novo contexto ao qual está sendo adaptado, além de avaliar a pertinência dos itens para a captação de cada um desses domínios. As discussões devem acontecer com base em uma revisão bibliográfica, priorizando as publicações sobre os processos envolvidos na construção do instrumento-fonte e do material bibliográfico disponível no contexto local. Indivíduos que representem a população-alvo devem ser envolvidos, por meio de entrevistas abertas ou atividades coletivas como os grupos focais (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

O GF foi realizado em uma sessão com indivíduos usuários de AASI e outra com indivíduos candidatos ao uso de AASI, cada grupo teve maior facilidade e dificuldade em avaliar os itens de determinados estágios. Os que já faziam uso de AASI conseguiram responder com maior facilidade aos estágios de ação e manutenção, pois estavam há algum tempo em fase de adaptação ao AASI, enquanto que aqueles que ainda não haviam utilizado os AASI conseguiram responder melhor aos estágios iniciais de pré-contemplação, contemplação e preparação, pois provavelmente eram os estágios vivenciados por estes.

Após a execução do GF, chegou-se a conclusão que a escala deveria abranger itens direcionados tanto para os usuários quanto para os candidatos ao uso do AASI pois como a mudança ocorre de maneira processual, para que os indivíduos atinjam os estágios mais avançados, provavelmente passam pelos estágios iniciais antes mesmo da aquisição dos AASI. Neste sentido, Babeu, Kricos e Lesner (2004) exemplificam os estágios de mudança para indivíduos com DA iniciando com o processo de degeneração auditiva sem haver a conscientização por parte do paciente, caracterizando o estágio de pré-contemplação, passando então para o estágio de contemplação no qual começa a questionar a necessidade de AASI e pesar os prós e contra de usá-los, a seguir pode buscar informações sobre o tratamento

e até marcar uma consulta (estágio de preparação) e assim entrar no estágio de ação e adquirir o AASI, culminando desta forma com o estágio de manutenção no qual o paciente lida melhor com a deficiência, incorporando o uso do AASI ao seu cotidiano e estilo de vida, ou até mesmo com o estágio de término no qual o uso do aparelho está automatizado.

Fez-se necessário então, que a escala de avaliação destes estágios incluísse as variadas situações vivenciadas pelo paciente desde antes da descoberta da deficiência até a automatização do uso de AASI.

Após as considerações realizadas pelos participantes do GF foi definida a versão final do instrumento, contendo 34 itens, sendo sete itens para os estágios de pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção e seis itens para o estágio de preparação. Por meio da aplicação do instrumento elaborado em um grupo amostral maior, o objetivo foi realizar a validação externa e interna do mesmo, aplicado juntamente a escala de prontidão, a fim estabelecer o nível de confiabilidade do instrumento para o uso clínico em pacientes candidatos e usuários de AASI, assim como reduzir a quantidade de itens para uma aplicabilidade mais fácil.

Estudo semelhante ao presente foi realizado por Kaldo, Richards e Andersson (2006) a fim de desenvolver um instrumento que avaliasse a prontidão para a mudança de comportamento e atitudes em pacientes com zumbido. Para tanto avaliaram 47 itens utilizando 29 itens de uma escala pronta destinada a pacientes com dor crônica (PSOCQ) substituindo a palavra “dor” por “zumbido” e 18 itens baseados na URICA, sendo que a adaptação do itens foi baseada na experiência clínica dos autores. Os autores utilizaram 9 critérios na busca por uma solução fatorial satisfatória:

- 1) O número de fatores deveria estar entre 3 e 5;
- 2) A solução fatorial final deveria preferencialmente ser estatisticamente suportada pelo teste de Scree e o último fator escolhido deveria ter um *eigenvalue* acima de 1,0. Todos os fatores juntos deveriam contar com pelo menos 50% de variância, preferencialmente mais.
- 3) Os fatores deveriam, quando possível, ser teoricamente consistentes com o MTT;
- 4) Cargas dos fatores de 0,40 ou acima foram consideradas significantes;
- 5) Os itens deveriam somente estar carregados significativamente em um fator e este carregamento deveria ser pelo menos 0,15 melhor que todos os outros carregamentos.
- 6) Itens com baixa comunalidade foram considerados menos adequados para inclusão;

7) Itens com desvio padrão menor ou efeitos de teto e piso foram considerados menos adequados;

8) Itens com menor habilidade preditiva (ou seja, baixa correlação com os escores de mudança das principais medidas de resultados) foram considerados menos adequados;

9) O questionário final deveria ser facilmente administrado e não incluir mais do que 30 itens, a fim da relação sujeito variável exceder o critério mínimo de cinco sujeitos por variável. Fatores que consistem de muitos itens com cargas significativas poderiam ter alguns destes deletados a fim de reduzir o número total de itens.

Foi realizada em nosso estudo, a Análise dos Componentes Principais utilizando a rotação Varimax com normalização Kaiser, o Coeficiente Alfa de Cronbach e o Coeficiente de Correlação de Pearson, mesma análise utilizada pelos autores da escala original (MCCONNAUGHY; PROCHASKA; VELICER, 1983; MCCONNAUGHY et al., 1989).

Após a aplicação da escala em uma amostra de 200 indivíduos candidatos ao uso e usuários de AASI, preconizou-se a redução dos itens, sendo para isto considerada a Análise dos Componentes Principais e o Coeficiente alfa de Cronbach. Pelas duas análises foram necessárias as mesmas exclusões de itens, sendo desta forma reduzida de 34 para 25 itens, com 5 itens por estágio a ser avaliado. Conforme aponta Gil (1987) um instrumento mais enxuto possui uma aplicabilidade melhor, além do que questionários muito extensos apresentam muitas chances de não serem respondidos, mesmo que com aplicação face a face.

McConnaughy, Prochaska e Velicer (1983) em seu estudo inicial com a escala URICA, testaram 125 itens que representavam cinco estágios motivacionais, sendo reduzidos a 32 itens com representação de quatro estágios, tendo como base a análise de componentes principais, coeficiente de Alfa de Cronbach e a correlação entre os itens. Os quatro estágios encontrados foram responsáveis por 58% da variância total e o coeficiente Alfa de Cronbach resultou em 0,88 para os estágios de pré-contemplação, contemplação e manutenção e 0,89 para o estágio de ação. McConnaughy et al. (1989) replicaram o estudo original chegando a resultados semelhantes em todas as análises. No presente estudo foram encontrados valores semelhantes em alguns estágios, sendo bom nos estágios de ação (0,842) e manutenção (0,820) e aceitável no estágio de pré-contemplação (0,755), no entanto, a correlação foi pobre para o estágios de preparação (0,540) e contemplação (0,678).

No presente estudo, verificou-se ainda que com a redução do número de itens os perfis dos participantes puderam ser melhor definidos, pois com 34 itens a maioria dos participantes encontra-se no estágio de contemplação (candidatos ao uso de AASI quanto os usuários) e com 25 itens a maioria dos candidatos ao uso de AASI encontram-se nos estágios

de contemplação e preparação e os usuários de AASI dividem-se aleatoriamente entre os estágios, estando a maioria em ação. O estudo de Laplante-Lévesque, Hickson e Worrall (2011) utilizando a URICA com 32 itens na qual foi substituído o termo “problema” por “problema auditivo” demonstrou que 60% da amostra de pacientes adultos e idosos que estavam procurando atendimento pela primeira vez encontrava-se no estágio de contemplação.

Com a eliminação dos itens com baixa explicação, a EEMDA ficou composta por 25 itens, sendo 5 itens por estágio de mudança. Com 25 itens e 5 fatores, a variância explicada é de quase 60%, no entanto, com 3 fatores o agrupamento dos itens é melhor definida.

Com relação as análises realizadas quanto aos estágios de mudança que se pretendia mensurar por meio do instrumento construído neste trabalho de pesquisa, pode-se verificar que:

- **Com três fatores:** os estágios de manutenção e ação permanecem unidos no primeiro componente, com exceção da questão 33 (Ação – “Ainda que não faça tudo o que deveria, eu estou me esforçando para melhorar o meu problema auditivo”) que ficou no componente 2 podendo ter sido interpretado como contemplação pela explicação de sua sentença. Há também a junção dos estágios de contemplação e preparação no segundo componente. Todos os itens referentes ao estágio de pré-contemplação permaneceram no terceiro componente. A variância explicada na escala com 3 fatores foi de 49,83%. Uma explicação para este agrupamento pode ser o fato dos estágios de contemplação e preparação assim como ação e manutenção estarem muito próximos e seus itens abordarem situações muito semelhantes.

- **Com 4 fatores:** todos os itens de manutenção permaneceram no componente 1, bem como 4 itens de ação, novamente o item 33 (ação) permaneceu no componente 2. O componente 2 abrangeu 4 itens de contemplação, 3 itens de preparação e o item 33 (ação), sendo que o item 15 (“Talvez algum profissional ou algum tratamento possa ajudar no meu problema auditivo”) de contemplação teve carga suficiente em no componente 2 e no componente 4, observando a sentença a mesma pode ser interpretada como contemplação, supondo que o paciente está pensando que pode ter algum problema auditivo e que alguém poderá ajudar com o mesmo sem necessariamente pensar em agir, ou pode ser interpretada como preparação supondo que o paciente já está preparado para buscar ajuda profissional. O componente 3 foi composto por todos os itens de pré-contemplação e pelo item 21 (“Realmente tenho um problema auditivo”) o qual correlacionou-se negativamente com este estágio, desta forma quem respondeu concorda ao item 21, respondeu discorda para os itens

de pré-contemplação. O componente 4 foi composto por 2 itens de contemplação e um de preparação. O *eigenvalue* explica 55% da variância da amostra.

• **Com 5 itens:** novamente os itens de ação e manutenção permaneceram no primeiro fator, com exceção dos itens 33 (Ação - discutido anteriormente) e 13 (“Manutenção - As vezes preciso me esforçar para continuar usando o aparelho auditivo”), sendo este. O componente 2 foi composto pelos itens de pré-contemplação tendo este estágio novamente uma boa discriminação, o item 21 (preparação) também permaneceu neste componente correlacionando-se negativamente como nas outras análises. O componente 3 foi composto pelos mesmos itens apresentados no componente 2 da análise anterior, 3 itens de preparação e 3 itens de contemplação, sendo que o item 15 novamente foi carregado em 2 componentes (3 e 4), além do item 33(ação) que pode ser interpretado como contemplação. O componente 4 abrangeu 2 itens de contemplação e um item de preparação. Por fim, o componente 5 ficou com um item de contemplação e um de manutenção.

McConnaughy, Prochaska e Velicer (1983) relatam que o estágio de preparação foi excluído na escala inicial porque os itens criados para medir este estágio também tiveram altas cargas sobre os estágios adjacentes (contemplação e ação), no entanto, uma explicação razoável é que este estágio seja um fenômeno transitório em que as pessoas não podem ser avaliadas quando assumem um compromisso importante, por ser este muito rápido. Uma explicação alternativa é que a preparação envolve tanto a contemplação e a ação, uma vez que ao realizar a análise de *clusters* o perfil de “tomada de decisão” teve escores elevados nestes dois estágios.

O agrupamento de fatores tem sido apontado em várias análises dos estudos da literatura consultada. Strong (2002) para o questionário de estágios de mudança para dor crônica encontraram por meio da análise dos componentes principais uma estrutura de 2 fatores unindo ação, manutenção e pré-contemplação (escore reverso) no primeiro componente, sendo este chamado de engajamento, e contemplação no segundo componente. O mesmo ocorreu no estudo de Kaldø, Richards e Andersson (2006) que, após as análises, encontraram uma solução de 5 fatores com aceitáveis propriedades psicométricas, no entanto, o estágio de pré-contemplação foi dividido em dois fatores (pré-contemplação - soluções médicas e pré-contemplação - desamparo), assim como o estágio de contemplação (contemplação e preparação) e os estágios de ação e manutenção foram fundidos em um só fator.

Carr et al. (2006) em seu estudo também com dor crônica, encontrou uma solução de 7 fatores, explicando 65% da variância, embora uma solução de 3 fatores se mostrou mais

adequada, fornecendo suporte para a validade fatorial das subescalas de “pré-contemplação” (componente 3) e “contemplação” (componente 1), havendo a junção dos itens que representam a “ação” e “manutenção” no componente 2, parecendo medir, nesta amostra, uma dimensão unitária.

Bittencourt (2009) também encontrou em seu estudo para o comportamento de comer compulsivo o agrupamento da URICA em 3 fatores, os quais explicam 55,39% da variação total. O primeiro fator mediu predominantemente a contemplação e a manutenção, o segundo englobou os itens do estágio de ação e o terceiro mediu predominantemente os itens de pré-contemplação.

Chan, Siu e Poon (2007) observaram em sua pesquisa com a escala C-URICA (versão chinesa da URICA), que 7 itens não foram lidos em seus fatores latentes originais e sugerem que algumas das palavras utilizadas nos itens poderiam parecer ambíguas para os participantes, enquanto outras poderiam ter levado os participantes a se concentrar em um foco inadequado, e, portanto, influenciado sua interpretação dos itens. Em relação aos sete itens não lidos em seus fatores latentes originais, três deles da subescala de contemplação apareceram principalmente no fator de ação, e os autores discutem que palavras como “pronto”, “trabalhar” e “mudança” poderiam ter sido consideradas mais voltados à ação por parte dos participantes; um item da subescala de contemplação teve sua carga principalmente na manutenção, neste caso a expressão “problema” e “trabalhar nele” poderia ter sido considerada como uma indicação de fazer algo para evitar os problemas de acontecerem, que é o comportamento principal no estágio de manutenção; três itens que pertencem a subescalas de ação ou manutenção foram carregados principalmente no fator de contemplação, sendo que as formulações utilizadas no conteúdo desses itens, como explicar o motivo por trás de sua ação (“gostaria”, “preocupação”, “prevenção”) aparecem para dar um sentido de antecipação e de esperança, que tem conotações de contemplação. Os autores recomendam futuros estudos para investigar as variações individuais na interpretação dos itens, assim como, reformulações dos itens a fim de refinar a escala

Os autores ainda refletem por meio dos resultados encontrados sobre o que seria a fragilidade da URICA e do MTT, que os estágios de mudança individuais podem não ser necessariamente tão distintos como se previa, ao invés disso, os quatro estágios podem ser interrelacionados e interagir uns com os outros de uma maneira mais fluida (CHAN; SIU; POON, 2007).

A estrutura fatorial da C-URICA também foi examinada por Yen et al., (2010) em uma população de adolescentes de um centro de reabilitação que usaram

metilenodioximetanfetamina ou metanfetamina. Obtiveram um modelo de três fatores que combinou contemplação e ação como um só fator. Os autores discutem que os resultados servem de alerta aos clínicos e investigadores, de que a URICA pode ter estruturas fatoriais diferentes quando utilizada em população diferente da população adulta original, que não devem ser ignoradas sob o risco de que não sejam identificados os reais estágios de mudança de comportamento dos sujeitos.

Dozois et al. (2004) realizaram um estudo com uma amostra de estudantes universitários que experimentavam situações de ansiedade, encontrando 25% dos itens não representados em sua subescala conceitual. Todos os itens pré-contemplação estavam no mesmo fator, no entanto, 4 itens da subescala de contemplação foram carregados no fator que representa pré-contemplação, sendo um desses carregado negativamente na pré-contemplação e positivamente em contemplação, sendo este um pouco maior em pré-contemplação; os outros três eram mais obscuros em termos de prontidão para mudar o atual comportamento, podendo ter sido colocados em pré-contemplação porque não exibiram teor de especificidade suficiente. Todos os itens do estágio de contemplação se referiam a reconhecer a necessidade de ajuda e esperar obtê-la, desta forma, um item da subescala de ação e 3 itens da subescala de manutenção foram carregados na contemplação. O conteúdo dos itens do fator que representa o estágio de ação referiam-se a trabalhar ativamente em seus problemas. E, finalmente os itens do estágio de manutenção refletiam preocupações sobre recaída ou recorrência. Apesar destas nuances, os autores referem que estes resultados fornecem suporte para a validade fatorial da URICA.

A aplicação do MTT na reabilitação audiológica, juntamente com a utilização da URICA pôde ser validada na reabilitação de adultos com deficiência auditiva conforme resultados obtidos Laplante-Lévesque, Hickson e Worrall (2012) que testaram validade de construto, validade concorrente e preditiva do instrumento nesta população. A análise de componentes principais identificou quatro em vez de três estágios (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação) para uma consistência interna boa. A maior parte da amostra estava no estágio de ação. Em termos de validade concorrente, os participantes que informaram um estágio de mudança mais avançado tinham a deficiência auditiva há mais tempo, sendo esta mais severa e tendo mais dificuldades auditivas. Em termos de validade preditiva, os participantes que relataram um estágio mais avançado da mudança eram mais propensos a assumir uma intervenção e relatar resultados de intervenção de sucesso. No entanto, estágios de mudança não prevem a adesão a uma intervenção. Os dados suportam que

a mudança poderia ser melhor representada em um *continuum* ao invés do movimento de etapa para a seguinte.

Quanto a aplicação da Escala de Prontidão verificou-se que 82,5 % atribuíram nota 10 para a primeira pergunta (“O quanto é importante para você melhorar a sua audição agora?”) enquanto apenas 68 % atribuíram a mesma nota para a segunda pergunta (“Quanto você acredita estar preparado para usar, por exemplo, aparelhos auditivo ou estratégias de comunicação?”). Resultados semelhantes foram apresentados no estudo de Lima (2011) no qual os pacientes atribuíram notas mais baixas à segunda pergunta, sendo que relataram o motivo da nota ser devido ao fato de estarem diante do desconhecido e não saber se estavam prontos para tal mudança.

Na análise da validação convergente comparando a EEMDA com a Escala de Prontidão, por meio do Coeficiente de Correlação de *Spearman*, verificou-se que apesar da correlação fraca o “p” foi estatisticamente significativo em todos os estágios comparando com a primeira pergunta sendo negativa no estágio de pré-contemplação e em 4 dos 5 estágios comparando com a segunda pergunta com exceção do estágio de contemplação e sendo negativa novamente com o estágio de pré-contemplação. Souza (2009) realizou a análise de correlação de *Pearson* entre a Escala de Prontidão e a URICA adaptada para jogadores patológicos, obtendo correlações fracas mas estatisticamente significativas entre a régua de prontidão e as subescalas pré-contemplação e ação da URICA. Da mesma forma que no presente estudo, a correlação da prontidão com o estágio de pré-contemplação foi de correlação inversa, indicando que quanto maior a pontuação na régua, menores os escores da URICA no estágio de pré-contemplação. Assim como a correlação entre a régua e o estágio de ação foi direta e indica que quando uma medida aumenta, a outra medida aumenta também.

Quando realizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson* comparando os estágios entre si, verificou-se correlação estatisticamente significativa entre os estágios de contemplação e preparação e entre os estágios de ação e manutenção, o que é esperado uma vez que estes são estágios subjacentes e, segundo o MTT o processo de mudança de comportamento é contínuo. Obseva-se ainda correlação negativa entre o estágio de pré-contemplação e os todos os demais estágios com significância somente com o estágio de preparação. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos com diversos tipos de população (MCCONNAUGHY et al., 1989; YOSHIDA; PRIMI; PACE, 2003; KALDO; RICHARDS; ANDERSSON, 2006; FLOYD; ZEBROWSKI; FLAMME, 2007).

Floyd, Zebrowski e Flamme (2007) realizaram estudo em uma população de adultos com gagueira, fazendo pequenas alterações na URICA original, por exemplo:

“gagueira” foi usada no lugar de “problema” e “terapia da fala” foi usada no lugar de “aqui”. Como resultados principais obtiveram o agrupamento relativamente bom dos itens, sendo que 26 dos 32 demonstrando relação significativa com o seu estágio hipotetizado. Na correlação entre os estágios, contemplação e ação foram positivamente correlacionados com seus estágios adjacentes de ação e manutenção respectivamente, pressupondo que os indivíduos tendem a se mover através de estágios em sequência. Suporte para esta hipótese é também evidente na correlação negativa observada entre os estágios não adjacentes de pré-contemplação e ação, ou seja, os participantes que responderam “concordo” para itens associados a pré-contemplação, responderam “discordo” em itens de ação e vice-versa. Esta observação reforça a premissa de que as pessoas no estágio de pré-contemplação são propensos a negar a necessidade de mudança, enquanto aqueles no estágio de ação estão trabalhando ativamente para manter a mudança. Alternativamente, encontraram correlação negativa entre pré-contemplação e cada um dos outros três estágios avaliados (contemplação, ação e manutenção), como um estágio adjacente, seria esperado que a contemplação estaria positivamente correlacionada com a pré-contemplação, assim como, os estágios de manutenção e contemplação estariam negativamente correlacionados, o que não foi obtido no estudo.

Quanto a validade preditiva da escala, verificou-se que não houve diferença estatisticamente quando comparados os estágios de mudança identificados pela EEMDA e a idade, no entanto, houve significância comparando o tempo de uso do AASI com os estágios de contemplação, ação e manutenção, desta forma quanto maior o tempo de uso do AASI, melhor a correlação com o estágio hipotetizado. Portanto, a premissa que utilizamos ao abranger tanto indivíduos candidatos ao uso do AASI quanto aqueles já usuários provavelmente estava correta quando supomos que indivíduos que ainda não fazem uso de AASI encontram-se em estágios de mudança iniciais e aqueles que utilizam o AASI há mais tempo tendem a estar em estágios mais avançados.

Para o grau da deficiência auditiva houve correlação positiva com o estágio de manutenção, indicando que quanto maior a deficiência auditiva do indivíduo mais ele encontra-se no estágio de manutenção. Pode-se inferir neste caso que quanto maior a deficiência auditiva, mais precocemente é realizada a busca pela reabilitação e consequentemente o uso efetivo do AASI. Resultados semelhantes foram encontrados por Laplante-Lévesque, Hickson e Worrall (2012b) indicando que os participantes que informaram um estágio de mudança mais avançado apresentavam a deficiência auditiva mais acentuada e há mais tempo, também referiram mais dificuldades auditivas, assim como

estavam mais propensos a assumir uma intervenção e relatar resultados de sucesso. Kochkin (2007) relata que, dentre outras variáveis a adoção do uso de AASI está intimamente relacionado ao grau de perda auditiva, estilo de vida e necessidades auditivas.

Quanto ao tipo e modo de uso dos AASI pelos participantes do estudo, verifica-se diferença estatisticamente significativa somente entre os usuários de AASI retro e intraauricular no estágio de manutenção, sendo que os indivíduos usuários do tipo retroauricular tiveram resultados mais altos neste estágio. Pienaar, Stearn e Swanepoel (2010) avaliaram os resultados da reabilitação auditiva em um grupo de adultos no setor público de saúde por meio do International Outcome Inventory (IOI-HA) uma ferramenta padronizada para medição de resultados e, entre os achados do estudo foram identificadas relações estatisticamente significativas entre o tempo de uso diário do AASI e grau da perda auditiva, entre o tempo de uso diário e o tipo de AASI e entre o gênero dos indivíduos e os benefícios percebidos com o uso de AASI. Essas relações indicam que indivíduos com um maior grau de perda auditiva usaram seu AASI com mais frequência, usuários de AASI do tipo retroauricular usavam o AASI por mais de oito horas diárias, enquanto aqueles com aparelho auditivo intraauricular usavam com menos frequência. Além disso, mulheres relataram mais benefícios com o AASI do que os homens.

Para o nível de escolaridade houve correlação negativa com os estágios de contemplação e preparação, indicando que o menor nível de escolaridade correlaciona-se com estágios nos quais o indivíduo pode vivenciar, respectivamente, conforme aponta Prochaska (2008) a ambivalência (“quando há dúvida, não há ação”) e a “tomada de decisão”. De qualquer maneira estes dois estágios antecedem a ação, o que deve ser analisado no contexto clínico como oportunidade para mobilizar os recursos cognitivos (sistema de crenças e afetividade).

A correlação negativa entre a classificação socioeconômica e os estágios de pré-contemplação e preparação, também foi estabelecida. Em estudo prospectivo, Laplante-Lévesque, Hickson e Worrall (2012a) investigaram os preditores de aceitação e de resultados bem sucedidos em programas de comunicação e uso de AASI em adultos de meia-idade e idosos com deficiência auditiva que procuravam ajuda pela primeira vez e verificaram que em relação ao status socioeconômico, aqueles com maior probabilidade de concluir uma intervenção e relatar resultados bem-sucedidos, em programas de comunicação, detinham maior status socioeconômico, sendo que o mesmo não foi verificado para o nível educacional.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre o gênero e os estágios da EEMDA.

Nos estudos realizados com a URICA na área de voz verificaram que apenas a profissão apresentou associação significativa com o estágio de ação, não havendo associação estatisticamente significativa entre gênero, idade, tipo de disfonia, escolaridade e número de sessões de fonoterapia com qualquer um dos estágios de mudança de comportamento (RODRIGUES; SILVA, 2010; TEIXEIRA et al., 2012).

A partir das análises realizadas fica claro a importância de rigoroso controle das variáveis ao longo das etapas. A adequação semântica e respectivo nível de compreensão das afirmativas deve ser garantido sob o risco de comprometer os resultados. Neste sentido, o investimento em grupos focais pode consolidar a adaptação de maneira a controlar interpretações ambíguas ou díspares. Neste estudo este tipo de grupo formado por pacientes mostrou-se útil, mas a realização de grupos focais com profissionais com experiência clínica e pesquisa com instrumentos e ferramentas também ficam indicadas para as novas investigações. O agrupamento de fatores, encontrado também em muitos outros estudos, reforça tanto a questão da interpretação individual, que explicitam uma série de combinações de recursos e habilidades, quanto da perspectiva que coloca o processo de mudança como contínuo com limites tênues entre um patamar e outro. É provável que a pesquisa aliada à prática clínica possa auxiliar na elucidação deste ponto na medida em que, no contexto terapêutico estes limites possam ser melhor definidos a partir da relação de ajuda centrada no paciente de maneira a trazer à tona elementos dos processos que regem o seu comportamento.

Também não se pode deixar de apontar a importância da realização da análise de clusters, não realizada neste momento, a fim de verificar o agrupamento de indivíduos com características semelhantes, verificando desta forma o possível engajamento simultâneo dos indivíduos com deficiência auditiva usuários ou não de AASI, em atitudes e comportamentos característicos de mais de um estágio de mudança, o que poderá contribuir para a validação dos resultados obtidos.

Chagas (2000) explica que nenhum pesquisador deve imaginar que o primeiro rascunho de um questionário deva receber aprovação direta, transformando em um instrumento definitivo para a coleta de dados, pois, a construção deste deriva de um processo de melhoria, fruto de tantos exames e revisões quantas forem necessárias. Todas as indagações quanto ao conteúdo, forma, redação e sequência devem ser feitas para cada questão. Uma vez concluída a revisão, o questionário estará pronto para o pré-teste. Após a revisão originada no pré-teste, o questionário estará em condições de ser aplicado na pesquisa.

Finalizando, ressalta-se que este estudo foi o primeiro a realizar um instrumento que avalie os estágios de mudança de comportamento de deficientes auditivos candidatos e

usuários de AASI em língua portuguesa, sendo importante e necessária a realização de outros estudos a fim de aprimorar o instrumento para que o mesmo adquira melhor consistência e dimensão fatorial. Além de tudo espera-se que ele possa direcionar novos estudos com o objetivo de compreender melhor o processo de mudança de comportamento de indivíduos com deficiência auditiva, assim como estabelecer estratégias de aconselhamento mais adequadas de acordo com o estágio motivacional para a mudança que o indivíduo se encontra.

7 Conclusão

7 CONCLUSÃO

Tendo como base a URICA (*University of Rhode Island Change Assessment Scale*) instrumento utilizado pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento e realizando um grupo focal com pacientes, além do auxílio de juízes, de um dos autores do MTT e do estudo piloto, foi possível elaborar uma escala para caracterizar os estágios motivacionais para a mudança para ser utilizada em uma população de indivíduos com deficiência auditiva.

Por meio da sua aplicação em pacientes candidatos ao uso de AASI e já usuários foi verificado que:

- Tanto pela Análise dos Componentes Principais, quanto pelo Coeficiente alfa de Cronbach foram necessárias as mesmas exclusões de itens do instrumento, sendo reduzido de 34 para 25 itens, com 5 itens por estágio de mudança de comportamento.
- A maioria dos candidatos ao uso de AASI encontram-se nos estágios de contemplação e preparação e os usuários de AASI dividem-se aleatoriamente entre os estágios, estando a maioria em ação.
- Na análise fatorial há um agrupamento melhor em 3 fatores, no entanto quando se considera 5 fatores existe uma variação melhor explicada.
- Comparando a EEMDA com a Escala de Prontidão existe correlação fraca mas significativa em todos os estágios comparando com a primeira pergunta sendo negativa no estágio de pré-contemplação e em 4 dos 5 estágios comparando com a segunda pergunta com exceção do estágio de contemplação e sendo negativa novamente com o estágio de pré-contemplação.
- Comparando os estágios entre si, existe correlação estatisticamente significativa entre os estágios de contemplação e preparação e entre os estágios de ação e manutenção, além de correlação negativa entre o estágio de pré-contemplação e os todos os demais estágios com significância somente com o estágio de preparação.
- Existe diferença estatisticamente significativa comparando o tempo de uso do AASI com os estágios de contemplação, ação e manutenção.

- Houve correlação negativa da escolaridade com os estágios de contemplação e preparação, indicando que menor escolaridade correlaciona-se com estágios de mudança mais iniciais.
- Houve correlação negativa da classificação socioeconômica com os estágios de pré-contemplação e preparação, novamente indicando que menor CSE correlaciona-se com estágios de mudança mais iniciais.
- Houve correlação positiva do grau da deficiência auditiva com o estágio de manutenção, indicando que quanto maior a deficiência auditiva do indivíduo mais ele encontra-se neste estágio.
- Houve diferença estatisticamente significativa entre os tipos de AASI utilizado pelos participantes do estudo (retro e intra-auricular) no estágio de manutenção.

A aplicação do MTT na reabilitação de pacientes com deficiência auditiva oferece uma oportunidade para melhorar a adesão destes por individualizar o programa para atender as necessidades de cada paciente. Fazê-lo, no entanto, requer uma medida para avaliar com precisão a prontidão do paciente para mudar. Este estudo relatou os dados psicométricos da EEMDA e embora com resultados promissores, dadas as limitações, é necessário prosseguir no desenvolvimento desta escala.

Referências

REFERÊNCIAS

American Speech-Language-Hearing Association [homepage na internet]. 2001. Knowledge and Skills Required for the Practice of Audiologic/Aural Rehabilitation [Acesso em 2012 mai 17]. Disponível em: www.asha.org/policy.

Araújo TM, Morettin M, Torres KCC, Brasil HK, Silva TA, Laperuta EB, et al. Relação entre o processo de reabilitação auditiva e a auto-percepção da Qualidade de Vida em usuários de Aparelho de Amplificação Sonora Individual: Revisão Sistemática. *Distúrb Comun*. 2010; 22(1): 25-36.

Arlinger S. Negative consequences of uncorrected hearing loss - a review. *Int J Audiol*. 2003; 42 Suppl 2:17-20.

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

Bandura A. Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*. 1982; 37(2) 122-47.

Bandura, A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall, 1986.

Bento RF. Aparelhos auditivos viram artigo fashion. *Estadão*. 2012 Abr. 08; *Jornal da Tarde*. Disponível em: <http://blogs.estadao.com.br/jt-cidades/aparelhos-auditivos-viram-artigo-fashion/>

Béria JU, Raymann BCW, Gigante LP, Figueiredo ACL, Jotz G, Roithman R, et al. Hearing impairment and socioeconomic factors: a population-based survey of an urban locality in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21:381-87.

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

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

Boothroyd A. Adult Aural Rehabilitation: What Is It and Does It Work? *Trends Amplif.* 2007; 11(2): 63-71.

Brasil. Portaria MS/GM no 2.073 de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. 2 ed. rev. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

Bundesen LL. Living well with Hearing Loss: An Introduction. *Hearing Review.* 2011;18(8):12.

Carr JL, Moffett JA, Sharp DM, Haines DR. Is the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) a useful tool for predicting participation in a self-management programme? Further evidence of validity, on a sample of UK pain clinic patients. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006;7:101.

Chagas ATR. O questionário na pesquisa científica. *Administração On Line.* 2000;1(1):1-14.

Chan SCC, Chan CCH, Siu AMH, Poon PKK. Stage of change in self-management of chronic diseases: Psychometric properties of the Chinese version of the University of Rhode Island Change Assessment (C-URICA) Scale. *Rehabilitation Psychology.* 2007;52(1):103-12.

Clark JG. Patient-centered practice: aligning professional ethics with patient goals. *Semin Hear.* 2007; 28(3):163-70.

Crandell C, Mills TL, Gauthier R. Knowledge, behaviors, and attitudes about hearing loss and hearing protection among racial/ethnically diverse young adults. *J Natl Med Assoc.* 2004;96(2):176-86.

Cruz MS, Oliveira LR, Carandina L, Lima MCP, César CLG, Barros MBA, et al. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(5):1123-31.

Dias CA. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Informação e Sociedade: estudos.* 2000; 10(2):1-12.

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, 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. p. 201-16.

Dozois DJ, Westra HA, Collins KA, Fung TS, Garry JK. Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behav Res Ther*. 2004;42(6):711-29.

Duchan J: Maybe audiology is too attached to the medical model. *Sem Hear*. 2004;25(4):347-54.

English K. Counseling for diagnosis and management of auditory disorders. In: Valente M, Hosford-Dunn H, Roeser R. *Audiology: Treatment*. 2nd ed. New York: Thieme; 2008. p. 198-211.

English K. Get ready for the Next Big Thing in audiological counseling. *Hear J*. 2005;58(7):10-5.

Epstein RM. Commentary: The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):805-7.

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

Furtado J. Redescobrimo o prazer de ouvir: A busca do sucesso na reabilitação auditiva em adultos com perdas adquiridas [Monografia]. Recife (PE): Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 1999.

Gagné JP, Héту R, Getty L, McDuff S. Towards the development of paradigms to conduct functional evaluative research in audiological rehabilitation. *J Acad Rehabil Audiol*. 1995; 28: 7-25.

Gagné JP. Reflections on evaluative research in audiological rehabilitation. *Scand Audiol*. 1998; 27(49): 69-79.

Gates GA, Mill JA. Presbycusis. *Lancet*. 2005;366(9491):1111-20.

George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003. p. 231.

Gil AC. O questionário. Conceituação. Vantagens e limitações do questionário. A construção do questionário. In: Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Editora Atlas; 1987. p. 124-132.

Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Theory, research, and practice in health behavior and health education. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 23-40.

Graciano MIG, Lehfeld NAS, Neves Filho A. Critérios de avaliação para a classificação sócio-econômica: elementos para a atualização. Serv Social Realid. 1999;8(1):109-28.

Hair JF Júnior, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análisis multivariante. Madrid: Prentice Hall; 1999.

Hickson L. Defining a Paradigm Shift. Semin Hear. 2012;33(1):3-8.

Ida Institute [homepage na internet]. Disponível em: <http://idainstitute.com/>.

Ida Institute. Motivation tools: the line, box and circle. Naerum (DK): Ida Institute; 2009.

Janis IL, Mann L. Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Chance and Commitment. London: Cassil & Collier Macmillan; 1977.

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

Kieling CH. Reabilitação audiológica em idosos[Monografia]. Porto Alegre (RS): Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC); 1999.

Kochkin S. MarkeTrak VII: Obstacles to adult non-user adoption of hearing aids. Hear J. 2007;60(4):24-50.

Kochkin S. MarkeTrak VIII: 25-Year Trends in the Hearing Health Market. The Hearing Review. 2009;16(11):12-31.

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

Laplante-Lévesque A, Hickson L, Worrall L. Predictors of rehabilitation intervention decisions in adults with acquired hearing impairment. *J Speech Lang Hear Res.* 2011;54(5):1385-99.

Laplante-Lévesque A, Hickson L, Worrall L. What makes adults with hearing impairment take up hearing AIDS or communication programs and achieve successful outcomes? *Ear Hear.* 2012a;33(1):79-93.

Laplante-Lévesque A, Hickson L, Worrall L. Stages of change in adults with acquired hearing impairment seeking help for the first time: Application of the transtheoretical model in audiologic rehabilitation. Work under review. 2012b.

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.

Marques ACO, Kozlowski L, Marques JM. Reabilitação auditiva no idoso. *Rev Bras de Otorrinolaringol.* 2004;70(6):806-11.

Martins MCA. Fatores de risco psicossociais para a saúde mental. *Millenium - Revista do ISPV.* 2004; 29:255-68.

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

Mcconnaughy 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.

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

-
- 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 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.
- Oliveira NA, Porto AR, Palma JS, Calcagno NGS, Fehn LAC, Thofehrn MB. Contextualizando o grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativa. In: XVII Congresso de Iniciação científica e X Encontro de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas. 2008.
- Pienaar E, Stearn N, Swanepoel W. Self-reported outcomes of aural rehabilitation for adult hearing aid users in a South African context. *S Afr J Commun Disord*. 2010;57(1):4-13.
- Pinto MR. A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) e o Índice de Disposição de Adoção de Produtos e Serviços Baseados em Tecnologia (TRI): Uma Interface Possível? *Revista Gestão & Tecnologia*. 2007; 7(2):1-13.
- Poost-Foroosh L, Jennings MB, Shaw L, Meston CN, Cheesman MF. Factors in client-clinician interaction that influence hearing aid adoption. *Trends Amplif*. 2011;15(3):127-39.
- Prochaska JM, Prochaska JO, Levesque DA. A transtheoretical approach to changing organization. *Administrative Policy Mental Health*. 2001; 28(4):247-61.
- Prochaska JO. Decision Making in the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Med Decis Making*. 2008;28(6):845-49.
- 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. Belmont: Brooks/Cole; 2010.
- Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research,*

and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 23-40.

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.

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.

Reichenheim e Moraes (2007) Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev. Saúde Pública.* 2007;41(4):665-73.

Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20(12):600-7.

Rodrigues ALV, Silva AFG. Avaliação da adesão em tratamentos de voz [Monografia]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

Rogers CR. The Foundations of the Person-Centered Approach. *Education.* 1979;100(2):98-107.

Russo ICP, Almeida K, Freire KGM. Seleção e adaptação da prótese auditiva para o idoso. In: Almeida K, Iorio MCM. *Próteses auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas.* 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Lovise; 2003. p. 385-410.

Soares DO, Tavares RA, Ferreira RT, Guglielmino G, Dinato C, Franchi VM. Satisfação dos usuários de prótese auditiva em seu dia-a-dia. *ACTA ORL.* 2007;25(4):290-92.

Sousa MCF, Wieselberg MB. Aconselhamento em Audiologia. In: Lopes Filho, O. *Tratado de Fonoaudiologia.* 2 ed. São Paulo: Roca; 2005. p. 555-71.

Souza CC. Motivação para mudança de comportamento no jogo patológico: tradução, adaptação e validação da "University Rhode Island Change Assessment (URICA)" [Tese].

Porto Alegre (RS): Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.

Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804.

Stewart M. Towards a global definition of patient centred care: The patient should be the judge of patient centred care. *BMJ.* 2001;322(7284):444–5.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2 ed. Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press; 2006.

Strong J, Westbury K, Smith G, McKenzie I, Ryan W. Treatment outcome in individuals with chronic pain: is the Pain Stages of Change Questionnaire a useful tool? *Pain.* 2002;97(1-2):65-73.

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

Szupszynski KPDR, Oliveira MS. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática.* 2008b;10(1):162-173.

Sweetow RW. Counseling: It's the key to successful hearing aid fittings. *Hear J.* 1999;52(3):10-17.

Sweetow RW, Corti D, Edwards B, Moodie ST, Sabes JH. Warning: do not add on aural rehabilitation or auditory training to your fitting procedures. *The Hearing Review.* 2007;14(6):48-51.

Sweetow RW, Davis A, Hickson L. A Paradigm Shift in Audiology Education. *Audiology Today.* 2010;22(5) 32-6.

Teixeira LC, Gama ACC, Rodrigues ALV, Silva AFG, Behlau M, Azevedo R. Escala URICA-VOZ para identificação de estágios de adesão ao tratamento de voz. *Rev soc bras fonoaudiol.* 2011; 16 Suppl 1: 508 [acesso em 2012 nov 6]. Disponível em: <http://www.sbfaf.org.br/portal/suplementorsbfaf>.

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.

Veiga LR, Merlo ARC, Mengue SS. Satisfação com a prótese auditiva na vida diária em usuários do sistema de saúde do Exército. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;71(1):67-73.

Vieira EP, Miranda EC, Calais LL, Carvalho LMA, Iório MCM, Borges ACLC. Proposta de acompanhamento em grupo para idosos protetizados. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2007;73(6):752-58.

Vuorialho A, Karinen P, Sorri M. Counselling of Hearing Aid Users is Highly Cost-Effective. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2006;263(11):988-95.

Weinstein ND, Sandman PM, Blalock SJ. The precaution adoption process model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice.* 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 123-147.

Werch CE, Ames S, Moore MJ, Thombs D, Hart A. *Health Behavior Insights_The Transtheoretical/ Stages of Change Model*: Carlo C. DiClemente, PhD. *Health Promot Pract.* 2009;10(1):41-48.

World Health Organization. *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease.* Geneva: 1980.

Yen CF, Huang YS, Chang YP, Cheng CP. Factor structure of the Chinese version of the University of Rhode Island change assessment in Taiwanese adolescents who abuse MDMA or methamphetamine. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2010;36(2):114-7.

Yoshida EMP. Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. *Psico-USF.* 2002;7(1):59-66.

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

Apêndice

APÊNDICE 1: Versão do instrumento adaptado para indivíduos com deficiência auditiva em inglês para envio ao autor da escala original.

1. I don't have any hearing problem. Wearing hearing aids does not make sense for me.
2. I am finally making an effort to solve my hearing problem.
3. I've been thinking that I might want to improve my hearing problem.
4. At times my hearing problem is difficult, but I'm trying hard to get better.
5. Trying to use hearing aids is pretty much a waste of time for me because I don't think I have a hearing problem.
6. I'm hoping that I will be able to understand my hearing problem better.
7. I might have a hearing problem and difficulty to understand people, but there's nothing I can do to change it.
8. I am really trying hard to improve my hearing problem.
9. I have a hearing problem and I really think I should to do something to change it (for instance: to wear hearing aids).
10. I'm not wearing hearing aid as I should and I want to avoid the abandonment of use.
11. Even though I'm not always successful on wearing hearing aids, at least I am making an effort.
11. Although I am not doing all that I should do, I am making an effort to improve my hearing problem.
12. I thought once I wore hearing aids I would not have problems, but sometimes I still think giving up wearing them.
13. I wish I had more ideas on how to solve my hearing problem.
14. Maybe some professional or some treatment might help me with my hearing problem.
15. I need help to keep using hearing aids.
15. I need help to maintain the changes I've already made about hearing aids use.
16. Perhaps I have difficulty to understand people, but I don't believe I have a hearing problem.
17. I hope that someone will help me solve my hearing problem.
18. I am really doing something to improve my hearing problem.
19. All this talk about hearing/communication problems doesn't lead to nothing. Why do I need to do this?
20. At times I struggle to continue wearing hearing aids.
21. I'm frustrated, but I feel I might not want to continue using hearing aids.
22. Many people have hearing problems. Why spend time thinking about them?
23. I am trying hard to solve my hearing problem.
24. After all I had done to improve my hearing problem and wear hearing aids, at times I still worry about not being able to continue wearing them.

ANEXO 1: University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) original (32 itens).

1. As far as I'm concerned, I don't have any problems that need changing.
2. I think I might be ready for some self-improvement.
3. I am doing something about the problems that had been bothering me.
4. It might be worthwhile to work on my problem.
5. I'm not the problem one. It doesn't make much sense for me to be here.
6. It worries me that I might slip back on a problem I have already changed, so I am here to seek help.
7. I am finally doing some work on my problem.
8. I've been thinking that I might want to change something about myself.
9. I have been successful in working on my problem but I'm not sure I can keep up the effort on my own.
10. At times my problem is difficult, but I'm working on it.
11. Being here is pretty much a waste of time for me because the problem doesn't have to do with me.
12. I'm hoping this place will help me to better understand myself.
13. I guess I have faults, but there's nothing that I really need to change.
14. I am really working hard to change.
15. I have a problem and I really think I should work at it.
16. I'm not following through with what I had already changed as well as I had hoped, and I'm here to prevent a relapse of the problem.
17. Even though I'm not always successful in changing, I am at least working on my problem.
18. I thought once I had resolved my problem I would be free of it, but sometimes I still find myself struggling with it.
19. I wish I had more ideas on how to solve the problem.
20. I have started working on my problems but I would like help.
21. Maybe this place will be able to help me.
22. I may need a boost right now to help me maintain the changes I've already made.
23. I may be part of the problem, but I don't really think I am.
24. I hope that someone here will have some good advice for me.
25. Anyone can talk about changing; I'm actually doing something about it.
26. All this talk about psychology is boring. Why can't people just forget about their problems?
27. I'm here to prevent myself from having a relapse of my problem.
28. It is frustrating, but I feel I might be having a recurrence of a problem I thought I had resolved.
29. I have worries but so does the next guy. Why spend time thinking about them?
30. I am actively working on my problem.
31. I would rather cope with my faults than try to change them.
32. After all I had done to try to change my problem, every now and again it comes back to haunt me.

Fonte: URICA. Disponível em: <<http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/urica.htm>>.

ANEXO 2: Ofício de aprovação do projeto emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FOB/USP

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

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

Comitê de Ética em Pesquisa (14)3235-8356
e-mail: mferrari@fob.usp.br

Processo nº 114/2010

Bauru, 30 de setembro de 2010.

Senhora Professora,

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado **"Identificação dos Estágios Motivacionais para mudança em Candidatos e novos usuários de Aparelhos de Amplificação Sonora individual."**, de autoria de Jéssica Kuchar, que será desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de 29 de setembro de 2010 o parecer do relator, **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes.

Informamos que qualquer alteração efetuada no trabalho de pesquisa, o pesquisador/orientador deverá comunicar ao CEP-FOB/USP, bem como ao final do trabalho enviar um Relatório para novo parecer, o qual será utilizado para publicação científica.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Flávio Augusto Cardoso de Faria
Coordenador

Profª. Drª. Dagma Venturini Marques Abramides
Docente do Departamento de Fonoaudiologia

ANEXO 3: Escala de prontidão para a mudança.

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

2. Quanto você acredita estar preparado para usar, por exemplo, aparelhos auditivo ou estratégias de comunicação?

ANEXO 4: University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) adaptação brasileira para drogas ilícitas.

1. Eu não estou com um problema com relação ao meu uso de drogas.
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com as drogas.
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu uso de drogas.
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação às drogas.
5. Muitas pessoas usam drogas, eu não penso que isso seja um problema para mim.
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação às drogas.
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu uso de drogas, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu comportamento com relação às drogas.
Eu tenho um problema com as drogas e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída.
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação às drogas.
12. Eu pensei que estava livre do meu problema com relação às drogas, mas não estou.
13. Eu gostaria de ter mais ideias de como solucionar o meu problema com as drogas.
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação às drogas.
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu uso de drogas.
16. Talvez eu tenha problemas com as drogas, mas não creio nisso.
17. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação ao meu uso de drogas.
18. Eu realmente estou fazendo algo sobre o meu problema com as drogas.
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas em relação às drogas.
20. Às vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com as drogas.
21. Estou frustrado, porque pensava ter resolvido meu problema com as drogas, mas não resolvi.
22. Eu tenho alguns problemas em relação às drogas, mas por que perder tempo pensando neles?
23. Eu estou ativamente trabalhando no meu problema em relação ao meu uso de drogas.
24. Eu estou preocupado em talvez não conseguir manter a minha mudança em relação às drogas.

ANEXO 5: University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) original (24 itens).

1. I'm not the problem one. It doesn't make much sense for me to consider changing.
2. I am finally doing some work on my problem.
3. I've been thinking that I might want to change something about myself.
4. At times my problem is difficult, but I'm working on it.
5. Trying to change is pretty much a waste of time for me because the problem doesn't have to do with me.
6. I'm hoping that I will be able to understand myself better.
7. I guess I have faults, but there's nothing that I really need to change.
8. I am really working hard to change.
9. I have a problem and I really think I should work on it.
10. I'm not following through with what I had already changed as well as I had hoped, and I want to prevent a relapse of the problem.
11. Even though I'm not always successful in changing, I am at least working on my problem.
12. I thought once I had resolved the problem I would be free of it, but sometimes I still find myself struggling with it.
13. I wish I had more ideas on how to solve my problem.
14. Maybe someone or something will be able to help me.
15. I may need a boost right now to help me maintain the changes I've already made.
16. I may be part of the problem, but I don't really think I am.
17. I hope that someone will have some good advice for me.
18. Anyone can talk about changing; I'm actually doing something about it.
19. All this talk about psychology is boring. Why can't people just forget about their problems?
20. I'm struggling to prevent myself from having a relapse of my problem.
21. It is frustrating, but I feel I might be having a recurrence of a problem I thought I had resolved.
22. I have worries but so does the next guy. Why spend time thinking about them?
23. I am actively working on my problem.
24. After all I had done to try and change my problem, every now and then it comes back to haunt me.

Fonte: URICA. Disponível em: <http://www.umbc.edu/psyc/habits/content/ttm_measures/urica/index.html>.