



ESTÁGIO DE PRONTIDÃO PARA TERAPIA DE VOZ

MARIA JÚLIA GALINDO SOARES; ANA HERMÍNIA ANDRADE E SILVA; ANNA ALICE ALMEIDA

RESUMO

A disfonia, caracterizada por alterações na qualidade vocal, é um distúrbio comum que afeta a comunicação e o bem-estar dos indivíduos. Diversos fatores, como uso excessivo da voz, estresse e fatores ambientais, estão relacionados à sua ocorrência. A avaliação precisa dos sintomas vocais e dos fatores de risco é essencial para a definição de estratégias terapêuticas eficazes. Além disso, o estágio de prontidão para terapia de voz é um fator importante para o sucesso das intervenções, pois mudanças nos hábitos vocais e comportamentais são frequentemente necessárias para melhorar a qualidade vocal. Este estudo teve como objetivo avaliar o estágio de prontidão para a terapia de voz e identificar fatores que influenciam esse estágio em pacientes com disfonia. A pesquisa envolveu 319 participantes e utilizou o Protocolo de Anamnese e Avaliação Vocal e a Escala University of Rhode Island Change Assessment - Voice Validated URICA-VV para identificar o estágio de prontidão. A análise dos dados foi realizada por meio de estatísticas descritivas e comparativas, foi utilizado o software R. Os resultados indicaram que o grupo no estágio de contemplação apresentou maior proporção de homens e média de idade menor, em comparação ao grupo no estágio de manutenção. Além disso, o grupo de contemplação relatou um número menor de sintomas vocais. No entanto, não foram encontradas diferenças significativas nos fatores de risco entre os dois grupos. Conclui-se que a avaliação do estágio de prontidão para terapia de voz pode contribuir para tratamentos mais eficazes em pacientes com disfonias e permite intervenções personalizadas e adequadas às suas necessidades.

Palavras-chave: Disfonia. Fonoaudiologia. Modelo Transteórico.

1 INTRODUÇÃO

A voz humana é um dos principais meios de comunicação entre os indivíduos, desempenha um papel fundamental nas interações sociais, profissionais e emocionais (Behlau, 2001). Entretanto, diversos fatores podem afetar a qualidade vocal, o que resulta em disfonias que impactam a vida cotidiana das pessoas. Distúrbios vocais, como rouquidão, esforço ao falar, e perda de voz, são problemas comuns que podem afetar tanto a saúde vocal quanto o bem-estar emocional e social do indivíduo (Constantini; Ribeiro; Behlau, 2022).

Além disso, fatores como uso excessivo ou inadequado da voz, estresse, condições ambientais desfavoráveis e comportamentos vocais prejudiciais têm sido associados ao surgimento e à persistência da disfonia. Para um tratamento eficaz, é importante realizar uma avaliação que abrange tanto a perspectiva do clínico quanto a do paciente. Identificar os sintomas e dos fatores de risco que contribuem para a disfonia auxilia na escolha de estratégias terapêuticas adequadas na terapia de voz (Capucho, 2017).

Além disso, a prontidão para a mudança comportamental desempenha um papel crucial no sucesso do tratamento, pois mudanças nos hábitos vocais e comportamentais são

frequentemente necessárias para melhorar a qualidade vocal. Indivíduos no estágio de contemplação, que reconhecem o problema, mas ainda não iniciaram a mudança, requerem estratégias diferentes daqueles que já atingiram o estágio de manutenção, em que adotaram práticas mais saudáveis para a voz (Prochaska; Norcross; DiClemente, 2013). Dessa forma, compreender o estágio de prontidão do paciente é essencial para personalizar a abordagem terapêutica e aumentar as chances de sucesso do tratamento. Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo avaliar o estágio de prontidão para a terapia de voz e identificar fatores que influenciam esse estágio em pacientes com disfonia.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa adota uma abordagem quantitativa, com delineamento observacional e transversal. A população será composta por indivíduos que buscam atendimento no Laboratório Integrado de Estudos da Voz (LIEV), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Os critérios de elegibilidade incluem: idade superior a 18 anos, ausência de terapia de voz anterior, queixa vocal autorrelatada, diagnóstico de disfonia confirmado por avaliação especializada, respostas completas aos instrumentos aplicados e ausência de limitações neurológicas, cognitivas ou genéticas que possam interferir na comunicação. A amostra será selecionada por conveniência, considerando participantes que atendam aos critérios e estejam dispostos a participar.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o número de parecer 4.866.871/2021. Antes da coleta de dados, todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e os métodos utilizados, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para garantir a participação voluntária, a confidencialidade dos dados e o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem penalizações. Para atingir os objetivos do estudo, foram selecionados dois instrumentos para a coleta de dados: o Protocolo de Anamnese e Avaliação Vocal (PAAV) e a Escala University of Rhode Island Change Assessment - Voice Validated (URICA-VV).

O PAAV foi desenvolvido no LIEV da UFPB. Este protocolo, elaborado por especialistas da área de voz, é utilizado para coletar informações tanto pessoais quanto vocais dos pacientes. Na pesquisa, foram utilizadas as três primeiras partes do PAAV, que abordam dados pessoais, a queixa vocal e sua duração, e tratamentos prévios para disfonia. O PAAV inclui a avaliação de 24 sintomas vocais, divididos em auditivos e sensoriais, além de 35 fatores de risco, divididos em organizacionais, ambientais e pessoais. A soma dos sintomas e dos fatores de risco determina a gravidade da disfonia e sua relação com o comportamento vocal (Almeida *et al.*, 2021).

A URICA-VV, um instrumento de autoavaliação, foi adaptada para a área de voz e avalia o estágio de prontidão do paciente para terapia de voz. Composta por 25 questões divididas em dois estágios, "contemplação" e "manutenção", a escala ajuda a medir a motivação do paciente para a mudança de comportamento vocal, utiliza-se uma escala Likert de 5 pontos. Os resultados são analisados por meio do software SelfVox (AGUIAR *et al.*, 2021). Após a assinatura do TCLE, os participantes preencheram o PAAV e a URICA-VV, e os dados foram organizados em planilhas eletrônicas para análise estatística.

A análise foi realizada no software R (versão 4.4.0), a primeira etapa envolveu a análise descritiva das variáveis quantitativas e qualitativas, com o intuito de caracterizar o perfil dos participantes. Para as variáveis quantitativas foram calculadas as medidas de valor mínimo, valor máximo, média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil. Para as variáveis qualitativas utilizou-se as frequências absolutas e relativas (percentual), a fim de identificar a distribuição das categorias.

Em seguida, foi realizada a análise comparativa para investigar associações e diferenças entre os grupos de participantes. O teste exato de Fisher foi aplicado para verificar a associação

entre variáveis qualitativas, enquanto o teste de Wilcoxon foi utilizado para comparar grupos em relação a variáveis quantitativas, quando estas não seguiam uma distribuição normal (Bussab e Morettin, 2023).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise descritiva realizada, a amostra foi composta por 319 indivíduos, dos quais 212 (67%) são do sexo feminino e 107 (33%) do sexo masculino. Constatou-se que os grupos dos estágios de prontidão contemplação e manutenção, contém 17 e 302 indivíduos, respectivamente. Deste modo, observa-se um desbalanceamento no tamanho das amostras entre os grupos de contemplação e manutenção, com o grupo de contemplação sendo significativamente menor.

Foram utilizados testes estatísticos para verificar a associação das variáveis qualitativas e para comparar as médias das variáveis quantitativas. Para variáveis qualitativas, foram aplicados os testes qui-quadrado e exato de Fisher. O teste qui-quadrado foi utilizado quando as frequências esperadas eram adequadas, enquanto o teste de Fisher foi empregado em situações onde as frequências esperadas eram muito pequenas, o que impossibilitava a aplicação do qui-quadrado (Tabela 1). Para variáveis quantitativas, utilizou-se o teste de Wilcoxon, dado que os dados apresentavam uma distribuição assimétrica, o que tornava inadequado o uso de testes paramétricos (Tabelas 1, 2 e 3).

Tabela 1: Comparação das variáveis sociodemográficas dos grupos com diferentes estágios de prontidão

Variáveis	Total, N = 319	Estágio de prontidão contemplação, N = 17	Estágio de prontidão manutenção, N = 302	Valor p ²
Idade				0,022*
Média (Desvio Padrão)	39,62 (15,00)	31,71 (12,33)	40,07 (15,03)	
Mediana (IQR)	37,00 (27,00)	31,00 (14,00)	38,00 (26,00)	
Mínimo	18,00	19,00	18,00	
Máximo	88,00	68,00	88,00	
Sexo				0,023*
Masculino	107 (34%)	10 (59%)	97 (32%)	
Feminino	212 (66%)	7 (41%)	205 (68%)	
Estado civil				0,935
Solteiro	157 (51%)	10 (63%)	147 (50%)	
Casado	115 (37%)	5 (31%)	110 (37%)	
Divorciado	22 (7,1%)	1 (6,3%)	21 (7,1%)	
Viúvo	9 (2,9%)	0 (0%)	9 (3,1%)	
União Estável	7 (2,3%)	0 (0%)	7 (2,4%)	
Desconhecido	9	1	8	
Grau de Instrução				0,760
Fundamental incompleto	28 (9,2%)	0 (0%)	28 (9,7%)	
Fundamental completo	41 (13%)	1 (6,3%)	40 (14%)	

Médio incompleto	36 (12%)	3 (19%)	33 (11%)
Médio completo	75 (25%)	5 (31%)	70 (24%)
Superior incompleto	56 (18%)	3 (19%)	53 (18%)
Superior completo	66 (22%)	4 (25%)	62 (21%)
Pós	3 (1,0%)	0 (0%)	3 (1,0%)
Desconhecido	14	1	13
Profissional da Voz			0,164
Não	173 (54%)	12 (71%)	161 (53%)
Sim	146 (46%)	5 (29%)	141 (47%)

Legenda: ¹n (%), ²Teste de soma de postos de Wilcoxon; Teste qui-quadrado de independência; Teste exato de Fisher. *p < 0.05. **Fonte:** Dados da Pesquisa, 2024.

Na Tabela 1, houve uma diferença significativa na comparação das médias de idade dos grupos (p=0,022) e associação entre o estágio de prontidão e o sexo dos participantes (p=0,023). As demais variáveis não apresentaram associação significativa. O grupo de contemplação apresentou uma média de idade menor (31,71 anos) e uma maior proporção de homens (59%) em comparação ao grupo de manutenção.

Esse resultado corrobora com a literatura, pois aponta que os homens buscam pouco os serviços de saúde, entre os fatores associados a essa resistência, destacam-se a falta de informação, o medo de diagnósticos, o caráter predominantemente feminino das unidades de saúde, questões culturais relacionadas à masculinidade, preconceito, machismo e a sobrecarga da jornada de trabalho (Vieira *et al.*, 2020).

Tabela 2: Comparação do número de sintomas vocais dos grupos com diferentes estágios de prontidão

Variáveis	Total, N = 319	Estágio de prontidão contemplação, N = 17	Estágio de prontidão manutenção, N = 302	Valor p ²
Nº Total de Sintomas Vocais				<0,001 *
Média (Desvio Padrão)	12,25 (4,98)	7,24 (5,13)	12,53 (4,83)	
Mediana (IQR)	12,00 (7,00)	7,00 (9,00)	12,00 (7,00)	
Mínimo	0,00	0,00	1,00	
Máximo	24,00	16,00	24,00	
Nº de Sintomas Vocais Auditivos				0,003*
Média (Desvio Padrão)	6,41 (2,65)	4,24 (2,95)	6,53 (2,58)	
Mediana (IQR)	7,00 (4,00)	4,00 (4,00)	7,00 (3,00)	
Mínimo	0,00	0,00	0,00	
Máximo	12,00	9,00	12,00	
Nº de Sintomas Vocais Sensoriais				<0,001 *
Média (Desvio Padrão)	5,80 (3,11)	3,00 (2,72)	5,96 (3,06)	

Mediana (IQR)	6,00 (4,00)	2,00 (3,00)	6,00 (4,00)
Mínimo	0,00	0,00	0,00
Máximo	12,00	8,00	12,00

Legenda: ¹n (%), ²Teste de soma de postos de Wilcoxon. *p < 0.05. **Fonte:** Dados da Pesquisa, 2024.

Na Tabela 2, houve diferença significativa na comparação da média do número total de sintomas vocais (p<0,001), auditivos (p=0,003) e sensoriais (p<0,001) na comparação dos estágios de prontidão. O grupo de contemplação apresentou uma média menor de sintomas vocais totais, sintomas vocais auditivos e sensoriais em comparação ao grupo de manutenção. A conexão entre a gravidade dos sintomas vocais e a prontidão para mudanças comportamentais pode ser compreendida com base no Modelo Transteórico de Mudança de Prochaska e DiClemente (1982). Com o aumento da intensidade e do impacto dos sintomas, cresce a percepção de vulnerabilidade e os custos de manter hábitos prejudiciais. Esse processo pode favorecer a progressão dos estágios iniciais, como contemplação, para estágios mais avançados, como manutenção.

Tabela 3: Comparação do número de fatores de riscos para a disfonia dos grupos com diferentes estágios de prontidão

Variáveis	Total, N = 319	Estágio de prontidão contemplação, N = 17	Estágio de prontidão manutenção, N = 302	Valor p ²
Nº Total de Fatores de Risco				0,226
Média (Desvio Padrão)	13,24 (6,15)	11,59 (4,58)	13,33 (6,22)	
Mediana (IQR)	13,00 (8,00)	11,00 (5,00)	13,00 (8,00)	
Mínimo	0,00	2,00	0,00	
Máximo	35,00	21,00	35,00	
Nº de Fatores de Risco Organizacionais				0,922
Média (Desvio Padrão)	2,23 (1,76)	2,18 (1,67)	2,24 (1,76)	
Mediana (IQR)	2,00 (3,00)	2,00 (3,00)	2,00 (3,00)	
Mínimo	0,00	0,00	0,00	
Máximo	5,00	5,00	5,00	
Nº de Fatores de Risco Ambientais				0,371
Média (Desvio Padrão)	3,08 (2,36)	2,53 (2,15)	3,11 (2,37)	

Mediana (IQR)	3,00(4,00)	2,00 (3,00)	3,00 (4,00)	
Mínimo	0,00	0,00	0,00	
Máximo	9,00	6,00	9,00	
Nº de Fatores de Risco Pessoais				0,220
Média (Desvio Padrão)	7,91(3,61)	6,88 (3,53)	7,96 (3,61)	
Mediana (IQR)	8,00(4,50)	6,00 (3,00)	8,00 (4,75)	
Mínimo	0,00	0,00	0,00	
Máximo	21,00	14,00	21,00	

Legenda: ¹n (%), ²Teste de soma de postos de Wilcoxon. **Fonte:** Dados da Pesquisa, 2024.

Na Tabela 3, não houve diferença estatística significativa na comparação entre os grupos de contemplação e manutenção em relação ao número total de fatores de risco e suas categorias (organizacionais, ambientais e pessoais). Isso sugere que os fatores de risco para a disфония são semelhantes, não diferenciam ambos os estágios de prontidão. A pesquisa foi realizada com pessoas que estavam iniciando a terapia, o que indica que elas ainda não haviam recebido orientações específicas sobre os fatores de risco aos quais estavam expostas.

Muitos desses fatores de risco, como os presentes no ambiente de trabalho, são difíceis de modificar e continuam a impactar a saúde vocal dos indivíduos. A falta de conscientização e estratégias para lidar com esses riscos pode ter dificultado a diferenciação entre os grupos, sugerindo que o entendimento sobre esses fatores se desenvolve ao longo da terapia de voz (Ghirardi; Constantini, 2022).

4 CONCLUSÃO

Portanto, foi possível perceber como os fatores sociodemográficos, os sintomas vocais e os fatores de risco impactam na prontidão para terapia de voz dos pacientes com disфония. A idade e o sexo influenciaram significativamente o estágio de prontidão, com destaque para a média de idade menor e maior proporção de homens no grupo de contemplação, o que reflete possíveis barreiras socioculturais à busca de tratamento.

Além disso, o grupo de contemplação apresentou uma menor média de sintomas vocais quando comparado ao grupo de manutenção. Isso sugere que maior número de sintomas pode estar associado a uma maior disposição para a mudança do comportamental vocal. Destaca-se a importância de considerar a gravidade dos sintomas e o estágio de prontidão do paciente para personalizar as estratégias terapêuticas. Embora os fatores de risco não tenham mostrado uma associação significativa com o estágio de prontidão, o impacto dos sintomas vocais foi claramente mais pronunciado, indicando que a percepção de problemas vocais pode ser um motor importante para a mudança comportamental.

Essas descobertas podem informar intervenções clínicas mais eficazes, que priorizem a motivação e a conscientização para facilitar a adoção de hábitos vocais saudáveis. Assim, a avaliação da prontidão pode contribuir para que a terapia de voz seja mais adequada às necessidades dos pacientes. Futuras pesquisas devem investigar os mecanismos que influenciam a prontidão para a mudança, além de investigar o impacto de intervenções específicas, como programas de conscientização personalizados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C.; ALMEIDA, L. N. A.; PERNAMBUCO, L.; RAMOS, N.; ANDRADE, J. M.; BEHLAU, M.; ALMEIDA, A. A. Urica-VV Scale: A New Research Perspective of The Stage of Readiness for Treatment in Patients with Dysphonia. **Journal of voice**, 2021.

ALMEIDA, A. A.; LOPES, L. W.; AGUIAR, A. C.; OLIVEIRA, P.; BEHLAU, M. Avaliação e diagnóstico do comportamento vocal. In: PERNAMBUCO, Leandro; ASSENÇO, Ana Manhã (Org.). **Fonoaudiologia: avaliação e diagnóstico**. 1. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2021. v. 1, p. 1-430.

BEHLAU, Mara. **Voz: o livro do especialista**. Volume I. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

CAPUCHO, M. C. P. **Avaliação Multidimensional na voz Profissional**. 2017. Tese (Doutorado em Medicina), NOVA Medical School: Ciências Médicas e Ciências da Nutrição. Universidade NOVA de Lisboa, Portugal. 2017.

CONSTANTINI, A. C.; RIBEIRO, V. V.; BEHLAU, M. Voice Disorder Classifications: A Scoping Review - Part A. **Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation**, v. 36, n. 5, p. S0892-1997, 2022.

GHIRARDI, A. C. de A. M.; CONSTANTINI, A. C. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho – DVRT: Considerações sobre o tratamento e o retorno ao trabalho. In: FERREIRA, Lésile Piccolotto; SILVA, Marta Assumpção de Andrada e (orgs.). **Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: conquistas e desafios na América Latina**. 1. ed. São Paulo, SP: Sintropia Traduções, 2022. p. 178-184.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 19, p. 276-288, 1982.

PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C.; DICLEMENTE, C. C. Applying the stages of change. **Psychotherapy in Australia**, v. 19, n. 2, p. 10-15, 2013.

R CORE TEAM. **R: A Language and Environment for Statistical Computing**. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2024.

VIEIRA, U. A.; ARAUJO, M. de O.; ARAUJO, B. de O.; PAIXÃO, G. P. do N. Percepção dos enfermeiros sobre a (não) procura dos homens por Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS, [S. l.]**, v. 10, n. 1, p. 58–66, 2020.