

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
REABILITAÇÃO**

Kariny Zencke da Silva

**Análise da adesão à fonoterapia pela
Escala URICA-VOZ
de pacientes atendidos pelo
Sistema Único de Saúde**

UFCSPA
Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

Porto Alegre

2018

Kariny Zencke da Silva

**Análise da adesão à fonoterapia pela
Escala URICA-VOZ
de pacientes atendidos pelo
Sistema Único de Saúde**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Dr^a. Mauriceia Cassol

Porto Alegre
2018

Catálogo na Publicação

Zencke da Silva, Kariny

Análise da adesão à fonoterapia pela Escala URICA-VOZ
de pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde /
Kariny Zencke da Silva. -- 2018.
58 p. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, 2018.

Orientador(a): Mauriceia Cassol.

1. Cooperação e Adesão ao Tratamento. 2. Cooperação do
Paciente. 3. Voz. 4. Motivação. 5. Disfonia. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

Análise da adesão à fonoterapia pela Escala URICA-VOZ de pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde

BANCA AVALIADORA

Dr. Alcyr Alves de Oliveira Júnior

Departamento de Psicologia

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Dr^a. Andréa Wander Bonamigo

Departamento de Fonoaudiologia

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Dr^a. Taís de Campos Moreira

Centro Universitário Metodista IPA

Porto Alegre

2018

Dedicatória

Eu dedico a minha dissertação à minha Mãe Maria Cristina Zencke, à minha Avó Laci Abreu Zencke e ao meu Avô Harry Zencke por todo amor e união que temos. Juntos nós somos mais fortes.

AGRADECIMENTOS

A vida nos traz desafios que por vezes pensamos que não conseguiremos suportar para alcançar nossos objetivos, mas se temos alguém de verdade ao nosso lado: tudo pode se tornar possível!

A esta pessoa que sempre está comigo, que inicio meus agradecimentos: quem me inspira, que me motiva, que com sua alegria transforma qualquer dia maravilhoso, é Minha Mãe Maria Cristina Zencke. Sem ela eu nada seria.

Tenho tantas pessoas a agradecer, mas não caberia espaço nesta dissertação para colocar todos os nomes daqueles que me auxiliaram no meu caminho científico. O meu amor à pesquisa também se deve a pessoas que com ética, envolvimento e, principalmente, humanos na forma de tratar pesquisa, me orientaram nessa caminhada.

Neste percurso do Mestrado tive a honra de ser orientada pela Prof^a. Fg^a. Dr^a. Mauriceia Cassol, que da forma mais bela consegue com calma e leveza atingir a prática clínica e a pesquisa de forma encantadora. Muito obrigada pela oportunidade!

Muito próxima a mim nesta fase, agradeço à Fg^a. Jade Zaccarias Bello, Mestranda assim como eu, que me acompanhou durante a coleta, em algumas disciplinas e que com muitas conversas pudemos trocar experiências profissionais, científicas, e de vida. Apreendi muito!

Além disso, agradeço com muita alegria as parcerias de pesquisa e que levarei ainda mais para vida, as Fg^{as}. Camila Dalbosco Gadenz e Carla Machado de Figueredo, e a Graduanda em Fonoaudiologia Thayze Maria Marques Torbes.

Aos meus amigos, aos colegas do Mestrado. Algumas pessoas que me acompanham mais tempo, as que eu conheci nesta etapa e o tanto que vivenciamos comigo. E também aos integrantes do Grupo de Estudos da qual faço parte: Voz em Pauta!

Agradecimento também ao meu namorado - Henrique Magnus Müller -, que entrou recentemente na minha vida, mas que parece que estava ao meu alcance a vida toda, na sintonia certa.

Quanto à minha família, muitos agradecimentos. Sempre dispostos a me ouvir e fazer meu sorriso se tornar ainda mais grandioso. Ao meu Pai Manoel Cecilio da Silva, aos Meus Dindos (Júlio, Régis, Eliana e Marilene), às Minhas Afilhadas (Gabriela e Marcela), Ana Paula, Mariana, Ricardo, Karoliny, Lisete, Ana, Renato, Dona Maria Ondina.

Agradeço a Deus, sem Ele e sem fé não teria porque construir sonhos para se tornarem realidade, já que a vida seria muito vazia.

Às Instituições: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, meu carinho por terem me acolhido. Assim, como graduandos de Fonoaudiologia da UFCSPA e funcionários das duas instituições.

Aos pacientes (participantes da minha pesquisa) por terem se disponibilizado e serem tratados de forma a dar visibilidade à pesquisa, nas quais outros poderão se beneficiar com os resultados encontrados.

À Estatística Cristiane Bündchen por toda a ajuda, explicações e horas disponibilizadas para as minhas pesquisas durante todo o tempo.

Ao CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) por proporcionar incentivo à pesquisa no Brasil e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da UFCSPA por produção de conhecimento científico para formação de profissionais.

E por último, mas não menos importantes (ao contrário, entram na lista de mais importantes): Meus Avós - Laci Abreu Zencke e Harry Zencke. Eles e a Minha Mãe são a base da minha estrutura. Os três aqui citados me deram e me dão amor e muito amor, carinho, educação e trilharam junto comigo todos os caminhos que até aqui trilhei. Nós quatro somos mais fortes unidos e que venham muitos desafios para vencermos juntos. Eu os amo muito, mais que tudo!

RESUMO

A adesão à fonoterapia é de grande importância no processo terapêutico. Um dos fatores para se avaliar é o estágio motivacional para mudança de comportamento. A escala URICA-VOZ permite entender a motivação que o paciente tem em relação à terapia na área de voz e se caracteriza como uma ferramenta clínica no entendimento do funcionamento da adesão do paciente à fonoterapia. O objetivo deste estudo foi analisar o estágio motivacional, utilizando a escala URICA-VOZ em dois momentos diferentes para os mesmos participantes de um programa terapêutico de 12 semanas consecutivas de atendimento. Trata-se de um estudo clínico de caráter longitudinal com mensuração de resultados pré e pós-intervenção, realizado com pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no serviço de Otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre, encaminhados para o Ambulatório de Voz após diagnóstico médico de alteração vocal. A amostra foi composta por 26 participantes com Disfonia Comportamental, sendo 18 mulheres e 8 homens, com idade média de 58,1 anos. A escala URICA-VOZ foi realizada no momento inicial e após 10 sessões de um programa terapêutico. A intervenção fonoaudiológica teve abordagem eclética e enfoque para maior equilíbrio funcional da produção da voz, conhecimentos de higiene e aprimoramento vocal, coordenação pneumofonoarticulatória, com efeitos na ressonância e na projeção vocal. Como resultado verificou-se melhora na adesão à fonoterapia, havendo significância estatística (p -valor = 0,001) nos valores do estágio motivacional, que foram maiores após a intervenção se comparados à primeira aplicação da escala. O maior predomínio dos participantes na primeira aplicação encontrava-se no estágio de pré-contemplação e após no de ação. Seis questões da escala URICA-VOZ apresentaram diferença significativa no momento pós-fonoterapia. Constatou-se que a aplicação desta escala para a prática clínica é fundamental para mensurar o aproveitamento do paciente no processo de terapia de voz, bem como, o momento ideal da alta clínica.

Palavras-chave: Cooperação e Adesão ao Tratamento, Cooperação do Paciente, Voz, Motivação, Disfonia.

ABSTRACT

Adherence to voice therapy is of great importance in the therapeutic process. One of the factors to evaluate is the motivational stage for behavior change. The URICA-VOICE scale allows one to understand the motivation that the patient has in relation to the therapy in the voice area and is characterized as a clinical tool in the understanding of the functioning of the patient's adherence to voice therapy. The objective of this study was to analyze the motivational stage, using the URICA-VOICE scale in two different moments for the same participants of a therapeutic program of 12 consecutive weeks of care. It is a longitudinal clinical study with pre and post-intervention results, performed with patients attended by the Unified Health System, in the Otorhinolaryngology service of the Hospital Complex of Santa Casa de Porto Alegre, sent to the voice outpatient clinic after medical diagnosis of vocal alteration. The sample consisted of 26 participants with Behavioral Dysphonia, 18 women and 8 men, with a mean age of 58.1 years. The URICA-VOICE scale was applied at the initial moment and after 10 sessions of a therapeutic program. Voice therapy intervention had an eclectic approach and a focus for a better functional balance of voice production, hygiene knowledge and vocal enhancement, and pneumophonic-articulatory coordination, with effects on resonance and vocal projection. As a result, there was an improvement in adherence to voice therapy, with statistical significance ($p\text{-value} = 0.001$) in the values of the motivational stage, which were higher after the intervention compared to the first application of the scale. The highest prevalence of participants in the first application was in the pre-contemplation stage and afterwards, the action stage. Six questions from the URICA-VOICE scale presented a significant difference at the post-voice therapy moment. It was verified that the application of this scale to the clinical practice is fundamental to measure patient progress in the voice therapy process, as well as the ideal moment for clinical discharge.

Keywords: Treatment Adherence and Compliance, Patient Compliance, Voice, Motivation, Dysphonia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra de indivíduos com Disfonia Comportamental atendidos pelo Programa Terapêutico.....	37
Tabela 2 – Mudança de estágio motivacional pré-fonoterapia e pós-fonoterapia.....	38
Tabela 3 – Questões da Escala URICA-VOZ com diferença significativa no momento pós-fonoterapia, se comparadas ao momento pré	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Procedimentos realizados a cada semana no Programa de Fonoterapia da Voz	35
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	Ação
C	Contemplação
M	Manutenção
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Pré-contemplação
SUS	Sistema Único de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
URICA	<i>University of Rhode Island Change Assessment</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO	14
2.1 ADESÃO AO TRATAMENTO DE SAÚDE.....	14
2.2 DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO EM VOZ	16
2.3 TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA COM ENFOQUE EM VOZ	17
2.4 ESCALA URICA.....	17
2.4.1 Escala URICA-VOZ.....	16
2.5 ESTÁGIO MOTIVACIONAIS PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO.....	18
2.5.1 Pré-contemplação.....	19
2.5.2 Contemplação.....	19
2.5.3 Preparação.....	19
2.5.4 Ação.....	19
2.5.5 Manutenção.....	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA.....	22
5 ARTIGO	26
6 CONCLUSÃO GERAL.....	42
ANEXOS	44
ANEXO A.....	44
ANEXO B.....	46
ANEXO C.....	54
ANEXO D.....	56

1 INTRODUÇÃO

A adesão a um tratamento na área da saúde, seja ele medicamentoso ou não, sofre diversas influências. Fatores que podem estar diretamente relacionados ao tratamento ou à doença, aos serviços e aos profissionais de saúde, ao próprio paciente, ou fatores sociais, culturais e econômicos, interferem na adesão à fonoterapia de voz.

No tratamento fonoaudiológico o indivíduo precisa participar ativamente do processo terapêutico. A área de voz leva em consideração técnicas que são utilizadas para tratar alterações vocais e o paciente necessita realizá-las. Mudanças no comportamento vocal devem existir em pacientes com Disfonia Comportamental para que a terapia seja efetiva, mas por que a efetividade na terapia é diferenciada para os pacientes com mesmo diagnóstico?

Neste âmbito, a resposta vem da complexidade das pessoas. Um dos fatores para se identificar é a motivação deste paciente para realizar o que foi solicitado e principalmente a motivação de mudar o seu comportamento vocal. Desta forma, é de suma importância estudos com instrumentos que proporcionem avaliar a adesão dos pacientes em tratamento na área de voz, e que sejam utilizados com o direcionamento às mudanças de comportamento necessárias para a efetividade terapêutica.

2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 ADESÃO AO TRATAMENTO DE SAÚDE

O tratamento na área da saúde é o “conjunto de meios de qualquer tipo, sejam higiênicos, farmacológicos, cirúrgicos ou físicos cuja finalidade é a cura ou alívio de enfermidades ou sintomas, após a elaboração de um diagnóstico”¹. Este processo precisa ter o consentimento do paciente para ser realizado, ele quer obter uma melhora no seu estado e aderir às medidas terapêuticas, sejam elas medicamentosas ou não.

Além disso, o processo terapêutico envolve muitas variáveis, entre elas está a adesão ao tratamento. Estudos mostram que a adesão leva em consideração o paciente estar ativo ao tratamento, que participa e se responsabiliza pelo seu tratamento²⁻⁷. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adesão ao tratamento como “a medida com que o comportamento de uma pessoa – tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida – corresponde às recomendações de um profissional de saúde”⁸. Neste âmbito, percebe-se que o conceito é muito mais amplo do que tomar o medicamento por recomendação ou ir ao atendimento. Nesse sentido, uma revisão sistemática apresentou que a taxa de adesão por pacientes usuários de drogas, com utilização de telemedicina combinado com outras intervenções em ensaios clínicos randomizados, variou de 7,4% a 68,8%⁷.

Em uma pesquisa bibliográfica nove fatores influenciaram a adesão (ou não) ao tratamento de pacientes que apresentavam doenças crônicas: confiança na equipe; redes de apoio; nível de escolaridade; aceitação da doença; efeitos colaterais da terapêutica; falta de acesso aos medicamentos; tratamento longo; esquema terapêutico complexo; ausência de sintomas³.

Já em outro estudo bibliográfico foram pesquisados os fatores de não adesão ao tratamento, na busca de artigos de 1995 a 2005⁹. Os autores encontraram os seguintes fatores:

Fatores relacionados ao tratamento: prescrição de esquemas terapêuticos inadequados (farmacológicos e não farmacológicos), apresentação dos medicamentos (cor, odor, gosto, tamanho, embalagem) e custo elevado da medicação;

Fatores relacionados à doença: gravidade da doença e ocorrência de outros problemas de saúde;

Fatores relacionados aos serviços de saúde: localização da unidade (distante do domicílio, em outra região), burocracia, insuficiência de recursos humanos e materiais, deficiência organizacional, deficiência nas visitas domiciliares e na busca ativa dos casos;

Fatores relacionados ao profissional de saúde: preparo profissional deficiente (erros terapêuticos, inabilidade para modificar esquemas de tratamento; avaliação insuficiente da situação de saúde do paciente), rotatividade dos profissionais no atendimento ao paciente e não reconhecimento da responsabilidade do profissional da adesão;

Fatores relacionados ao relacionamento profissional de saúde/paciente: comunicação inadequada e insuficiente do profissional, dificuldade de relacionamento do paciente com o profissional, falta de confiança do paciente no profissional e abordagem do paciente de forma imprópria (desatenção, indelicadeza);

Fatores relacionados ao paciente: intolerância aos medicamentos; ausência de sintomas, melhora dos sintomas, fatores culturais, práticas alternativas de cuidado, dificuldade financeira, automedicação, esquecimento da dose diária dos medicamentos, esquecimento do dia da consulta, dificuldade para se adaptar às exigências do tratamento, descrença no serviço de saúde, pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento, resistência aos medicamentos, retirada precoce do esquema terapêutico, dificuldade psicológica para lidar com a doença, dificuldade em cumprir as normas do serviço de saúde, dificuldade de percepção quanto à eficácia do tratamento, prescrição mal entendida e dificuldade para o autocuidado;

Fatores relacionados a dados demográficos: faixa etária que compreende adolescentes e adultos jovens, sexo masculino, solteiros, baixo nível de escolaridade e analfabetismo, morar sozinho ou em instituições, sem residência fixa e baixo nível socioeconômico;

Fatores relacionados ao uso de drogas: alcoolismo, tabagismo e drogas;

Fatores relacionados a problemas sociais: discriminação social (no trabalho, na escola) e falta de apoio da sociedade e da família.

Alguns estudos apresentam a discussão do envolvimento do paciente na realização da terapia em diversas áreas da Fonoaudiologia¹⁰⁻¹³. Ainda assim, há escassez de ferramentas que proporcionem avaliar o estágio de adesão dos pacientes em tratamento.

Na área de Voz, um estudo traz a adaptação de uma escala *University of Rhode Island Change Assessment* -URICA- de adesão a tratamentos na área da saúde, aplicadas especificamente para pacientes em fonoterapia denominada Escala URICA-VOZ^{14,15}. Este estudo retrata em uma população significativa de pacientes o quanto estes estão envolvidos no processo de terapia¹⁴.

2.2 DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO EM VOZ

O diagnóstico fonoaudiológico em voz leva em consideração vários critérios para a classificação das disfonias. Alguns autores utilizam critérios baseados na duração do sintoma, na avaliação clínica, outros baseados na dicotomia funcional e orgânica, no uso vocal hipofuncional e hiperfuncional, e outros ainda por classificação etiológica das desordens vocais¹⁶.

Uma classificação etiológica bastante utilizada, classificadas em três grandes categorias, tem os seguintes diagnósticos: disfonias funcionais, disfonias organofuncionais e disfonias orgânicas¹⁶. A tendência moderna é caracterizar como Disfonia Orgânica e Disfonia Comportamental (englobando as disfonias funcionais e as disfonias organofuncionais)¹⁷.

As patologias mais frequentes em Disfonias Orgânicas, que independem do uso da voz são: neoplásicas, congênitas, inflamatórias, a partir de doenças neurológicas, síndromes. Já em Disfonias Comportamentais se inserem disfonias de base essencialmente funcional com lesões secundárias, como nódulos vocais, Edema de Reinke, úlceras de contato; e desordens do comportamento vocal, como falta de conhecimento vocal, inaptações anatômicas e funcionais, disfonias da muda vocal¹⁶.

2.3 TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA COM ENFOQUE EM VOZ

O tratamento fonoaudiológico para alterações vocais envolve procedimentos variados para melhora na produção vocal, com redução de esforço fonatório e realização de adequações para melhora do paciente. Existem filosofias que dão suporte para a terapia: etiológica, fisiológica, sintomática, psicológica e eclética¹⁸. No Brasil, há maior uso da intervenção eclética com orientações de todas as filosofias¹⁷.

Na Disfonia Comportamental, por exemplo, os indivíduos são tratados com ainda maior cuidado, pois o tratamento deve envolver mudanças no comportamental vocal de forma cotidiana para não haver recidiva da alteração. Estudos mostram a eficiência na terapia e nas técnicas envolvidas^{17,19-21}. O Fonoaudiólogo para realizar o planejamento terapêutico deve ter atenção na natureza da alteração vocal, no histórico médico, na variabilidade das técnicas de voz, na duração do tratamento, na cronicidade da alteração, na presença ou ausência de ganhos secundários com a disfonia²². Além disso, motivação do paciente e adesão por parte do terapeuta e paciente deve existir para melhores resultados obtidos^{5,17}.

2.4 ESCALA URICA

A Escala *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) foi construída para avaliar os estágios motivacionais em que pacientes se encontram em tratamentos na área da saúde¹⁵. Ela é autoaplicável e possui três versões: com 32 itens, com 28 itens e uma versão reduzida com 24 itens. A composição das questões é dividida em: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção.

2.4.1 Escala URICA-VOZ

A Escala URICA-VOZ (ANEXO A) foi adaptada para o Português Brasileiro na área de voz a partir da tradução e adaptação da escala original *University of Rhode Island Change Assessment*¹⁴. Ela é uma escala *likert* e após o preenchimento das respostas se faz um cálculo para encontrar o

estágio de prontidão para mudança de comportamento vocal. As opções de respostas para cada pergunta são: “discordo totalmente”, tendo uma pontuação de 1; “discordo”, tendo uma pontuação de 2; “não sei”, tendo uma pontuação de 3; “concordo”, tendo uma pontuação de 4; e “concordo totalmente”, tendo uma pontuação de 5; sendo possível também registrar “não se aplica”, tendo uma pontuação de zero, caso o contexto não esteja a realidade atual do paciente (em casos em que não começou a fonoterapia).

A escala na área de voz apresenta 32 questões divididas nos estágios motivacionais: “pré-contemplação” - PC - (questões 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31), “contemplação” - C - (questões 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24), “ação” - A - (questões 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30), “manutenção” - M - (questões 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32). Para obtenção do estágio motivacional, excluem-se as questões 4, 9, 20 e 31 (uma de cada estágio) e calcula-se: $[(\text{Média de C} + \text{Média de A} + \text{Média de M}) - \text{Média de PC}]$. A partir do resultado se tem: valores menores que 8, sendo considerado o estágio motivacional de pré-contemplação; valores entre 8 e menor que 11, estágio motivacional de contemplação; valores entre 11 e menor que 14, estágio motivacional de ação; e valores de 14 em diante, estágio motivacional de manutenção.

Os estudos realizados somente com ela ou com alguma aplicação em conjunto mostram a identificação dos padrões de mudança de comportamento vocal^{14,23-28}. As questões no estágio de pré-contemplação priorizam termos como: ‘não tenho problema’ e ‘não preciso mudar’; no de contemplação, há: ‘acho’, ‘espero’, ‘gostaria’, ‘talvez’; no de ação, há prioridade é para: ‘me incomoda’, ‘estou tratando’, ‘me dedicando’, ‘estou trabalhando ativamente’. Já no de manutenção, aparecem nas questões frequentemente: ‘fico preocupado’, ‘não tenho certeza se consigo mantê-la’, ‘quero evitar um novo problema’, para identificar como está o processo para não ter recaída.

2.5 ESTÁGIO MOTIVACIONAIS PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Os psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente realizaram pesquisas para entender como e o porquê as pessoas sofrem mudanças^{29,30}. A pesquisa inicial foi com fumantes e observaram que todos se comportavam de forma semelhante, passando por estágios, até pararem com o fumo

permanentemente. Eles levaram em consideração que a todo momento poderia haver um processo de recaída, mas que os fumantes seguiam passos de motivação para chegar ao objetivo final de parar de fumar. Este modelo foi classificado como “Modelo transteórico de mudança do comportamento” (*Trans-Theoretical Model of Behaviour Change*) e os estágios pelos pesquisadores classificados a partir disso foram: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

2.5.1 Pré-contemplação

Neste estágio o indivíduo está resistente à mudança, na qual não percebe a necessidade de mudar atitudes e comportamentos porque nega ter algum problema.

2.5.2 Contemplação

No estágio de contemplação, o indivíduo começa a perceber que apresenta um problema, mas não tem iniciativa de mudar. Ele começa a ter justificativas para defender seu ponto de vista e nega suas dificuldades, mas inicia a considerar possíveis mudanças. Nesta etapa sempre aparece insegurança e dúvidas que o fazem desistir da aceitação para mudar.

2.5.3 Preparação

O indivíduo, no estágio de preparação, aceita o seu problema, tendo um esclarecimento do que apresenta e realizando pequenas mudanças, pensando em possíveis ações que podem ajudá-lo.

2.5.4 Ação

Este estágio é o principal para se executar o processo de mudança. O indivíduo aceita e tem atitudes positivas no seu comportamento. A ação envolve o comprometer-se e acreditar que se tem a capacidade para mudar.

2.5.5 Manutenção

No estágio de manutenção, o indivíduo busca manter-se na mudança, verificando se as atitudes realmente o levaram a mudar. É uma fase complexa porque se deve prevenir a recaída para continuidade dos resultados positivos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o estágio de adesão a mudanças de comportamento pré e pós-fonoterapia de pacientes inseridos no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Clara, Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre, pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), atendidos pelo estágio supervisionado em Voz da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar a adesão à mudança do paciente pré e pós-fonoterapia;
- Analisar as 32 questões da escala URICA-VOZ individualmente no momento pré-intervenção e no momento pós-intervenção.

4 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA

1. Comel JC. Construção de uma ferramenta de avaliação da qualidade de vida do trabalhador – fase de grupo focal. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Pós-graduação em Medicina. Ciências Cirúrgicas. Porto Alegre. 2013.
2. Rosa Adriane Ribeiro, Kapczinski Flávio, Oliva Renata, Stein Airtton, Barros Helena Maria Tannhauser. Monitoramento da adesão ao tratamento com lítio. Rev. psiquiatr. clín. 2006; 33(5):249-261.
3. Maldaner CR, Beuter M., Brondani CM, Budó MLD, Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre RS 2008. 29(4):647-5.
4. Portone C, Johns MM, Hapner ER. A review of patient adherence to the recommendation for voice therapy. J Voice. 2008; 22(2):192-6.
5. Van Leer E, Connor NP. Patient perceptions of voice therapy adherence. J Voice. 2010; 24(4):458-69.
6. Portone-Maira Carissa, Wise Justin C., Johns III Michael M., Hapner Edie R. Differences in Temporal Variables Between Voice Therapy Completers and Dropouts. J Voice. 2011; 25(1):62-66.
7. Moreira Taís de Campos, Signor Luciana, Figueiró Luciana Rizzieri, Fernandes Simone, Bortolon Cassandra Borges, Benchaya Mariana Canellas *et al.* Não adesão em intervenções por telemedicina para usuários de drogas: revisão sistemática. Rev. Saúde Pública. 2014; 48(3):521-531.
8. Sabaté E, editor., ed. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
9. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciên. saúde colet. 2008;13(Sup. 2):2299-306.
10. Ortiz Vanessa Kelvin, Favaro Juliana. Identificação de alguns fatores motivacionais que levam a família à adesão ao tratamento terapêutico de crianças com deficiência. Cadernos de Pós- Graduação em Distúrbio do Desenvolvimento. 2004; 4(1):35-45.

11. Marques Suzana Raquel Lopes, Friche Amélia Augusta de Lima, Motta Andréa Rodrigues. Adesão à terapia em motricidade orofacial no ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Rev. soc. bras. fonoaudiol. 2010; 15(1):54-62.
12. Paro César Augusto, Vianna Núbia Garcia, Lima Maria Cecília Marconi Pinheiro. Investigando a adesão ao atendimento fonoaudiológico no contexto da atenção básica. Rev. CEFAC; 15(5):1316-1324.
13. Santos Livia Rodrigues, Almeida Letícia, Teixeira Letícia Caldas, Bassilara, Assunção Ada Ávila, Gama Ana Cristina Côrtes. Adesão das professoras disfônicas ao tratamento fonoterápico. CoDAS 2013; 25(2): 134-139.
14. Teixeira Letícia Caldas, Rodrigues Ana Luíza Vilar, Silva Áudrea Fernanda Girundi da, Azevedo Renata, Gama Ana Cristina Côrtes, Behlau Mara. Escala URICA-VOZ para identificação de estágios de adesão ao tratamento de voz. CoDAS. 2013; 25(1):8-15.
15. McConaughy Eileen, Prochaska James, & Velicer, Wayne. Stages of Change in psychotherapy: Measurement and samples profiles. Psychotherapy. 1983; 20:368-375.
16. Behlau Mara, Azevedo Renata, Pontes Paulo. Conceito de voz normal e classificação das disfonias. In: Behlaur Mara. Voz: o livro do especialista, 1. Revinter. 2001: 2:53-79.
17. Behlau Mara, Pontes Paulo, Vieira Vanessa Pedrosa, Yamasaki Rosiane, Madazio Glaucya. Apresentação do Programa Integral de Reabilitação Vocal para o tratamento das disfonias comportamentais. CoDAS. 2013: 25(5):492-496.
18. Behlau Mara (Org.). Voz: o livro do especialista, 2. Revinter, 2005: 576p.
19. Xi Shuxin. Effectiveness of voice rehabilitation on vocalisation in postlaryngectomy patients: a systematic review. Int J Evid Based Healthc. 2010; 8(4):256-8.
20. Vasconcelos Daniela de, Gomes Adriana Oliveira de Camargo, Araújo Cláudia Marina Tavares de. Efetividade da fonoterapia no tratamento do pólipos em pregas vocais. Rev. CEFAC. 2015; 17(6):2009-2017.

21. Sahin Mustafa, Gode Sercan, Dogan Murat, Kirazli Tayfun, Ogut Fatih. Effect of voice therapy on vocal fold polyp treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2018; 275(6):1533-1540.
22. Iwarsson Jenny. Facilitating behavioral learning and habit change in voice therapy--theoretic premises and practical strategies. *Logoped Phoniatr Vocol*. 2015; 40(4):179-86.
23. Rossi-Barbosa Luiza Augusta, Gama Ana Cristina Côrtes, Caldeira Antônio Prates. Associação entre prontidão para mudanças de comportamento e queixa de disfonia em professores. *CoDAS*. 2015; 27(2): 170-177.
24. Costa Carmen Vanessa Coelho. Estágios motivacionais e sua correlação com sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com disfonia. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia em Bauru. Universidade de São Paulo. 2015.
25. Fahning Ana Karina Cascudo Alves. Terapia de grupo como facilitadora da adesão do paciente com disfonia comportamental. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 2015.
26. Góes Thales Roges Vanderlei de, Ferracciu Cristiane Cunha Soderini, Silva Deise Renata Oliveira da. Associação entre a adesão da terapia vocal e perfil de atividades vocais em pacientes disfônicos comportamentais. *CoDAS*. 2016; 28(5): 595-60.
27. Lopes Leonardo Wanderley, Vilela Eveline Gonçalves. Autoavaliação e prontidão para mudança em pacientes disfônicos. *CoDAS*. 2016; 28(3):295-301.
28. Costa Bianca Oliveira Ismael da, Silva Priscila Oliveira Costa, Pinheiro Renata Serrano de Andrade, Silva Hêmmilly Farias da, Almeida Anna Alice Figueirêdo de. Estágio de prontidão de pacientes com disfonia comportamental pré e pós-terapia de voz de grupo. *CoDAS*. 2017; 29(4): e20160198.
29. Diclemente Carlo, Prochaska James. Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*. 1982; 7:133-142.

30. Prochaska James, Diclemente Carlo. Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983; 5:390-395.

5 ARTIGO

Análise de estágio motivacional em pacientes com Disfonia Comportamental atendidos pelo Sistema Único de Saúde

(A ser submetido ao periódico Folia Phoniatica et Logopaedica)

(Qualis: A2)

Título resumido: Estágio motivacional de pacientes com Disfonia Comportamental

Autores: Kariny Zencke da Silva, Mauriceia Cassol

Instituição: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Pesquisadora responsável: Kariny Zencke da Silva

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Rua: Sarmento Leite, Nº: 245

Bairro: Centro Histórico

Cep: 90050-170

Cidade: Porto Alegre. Estado: RS

Todos os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

RESUMO

Objetivo: analisar o estágio motivacional, utilizando a escala URICA-VOZ em pacientes com diagnóstico de Disfonia Comportamental participantes de um programa terapêutico.

Pacientes e Métodos: A amostra foi composta por 26 participantes atendidos pelo Sistema Único de Saúde, sendo 18 mulheres e 8 homens, com idade média de 58,1 anos. A escala URICA-VOZ foi realizada no momento inicial e após 10 sessões de um programa terapêutico.

Resultados: Houve significância estatística (p -valor = 0,001) nos valores do estágio motivacional, que foram maiores após a intervenção se comparados à primeira aplicação da escala. O maior predomínio dos participantes na primeira aplicação encontrava-se no estágio de pré-contemplação e após no de ação. Seis questões da Escala URICA-VOZ apresentaram diferença significativa no momento pós-fonoterapia.

Conclusão: Os participantes desta pesquisa melhoraram o estágio motivacional de adesão à fonoterapia. Estar motivado é importante para aderir às mudanças comportamentais de voz e este estudo demonstra que o uso desta escala para a prática clínica é fundamental para mensurar o aproveitamento do paciente no processo de terapia de voz, bem como, o momento ideal da alta clínica.

Palavras-chave: Cooperação e Adesão ao Tratamento, Cooperação do Paciente, Voz, Motivação, Disfonia.

INTRODUÇÃO

O processo terapêutico na área de voz envolve muitas variáveis, entre elas, a adesão do paciente ao atendimento, denotando a colaboração deste. De acordo com pesquisas a adesão ao atendimento sofre influência de fatores relacionados ao tratamento, à doença, aos serviços de saúde, ao profissional de saúde, ao relacionamento profissional de saúde/paciente, ao paciente, a dados demográficos, ao uso de drogas e a problemas sociais [1-5].

Neste âmbito, o tratamento fonoaudiológico necessita, muitas vezes, de mudanças de comportamento por parte do indivíduo e isso está diretamente relacionado à adesão [6]. As técnicas são utilizadas para tratar os efeitos que as lesões podem gerar; entretanto, hábitos vocais deverão ser considerados no tratamento para não haver recidiva da patologia devido a uma utilização inadequada da voz [7]. Especialmente em Disfonias Comportamentais, em que a disfonia depende do comportamento vocal do indivíduo, essa relação é ainda mais importante [8-10].

Um paciente com *loudness* elevado força a utilização da voz trazendo prejuízos às pregas vocais [11]. Um estudo com 120 pessoas mostrou que 43,33% dos entrevistados sempre falavam alto ou gritavam no seu cotidiano; 55,3% ficavam roucos frequentemente; e, de forma preocupante, 70,83% destes indivíduos nunca tiveram orientação fonoaudiológica sobre o uso da voz [10].

Na Fonoaudiologia, estudos trazem a discussão do envolvimento do paciente na realização da terapia em diversas áreas [12-14]. Entretanto, ainda assim há escassez de ferramentas que proporcionem avaliar a adesão efetivamente dos pacientes em tratamento que direcionem as mudanças de comportamento necessárias para a efetividade terapêutica.

Na área de Voz, um estudo traz a adaptação de uma escala *University of Rhode Island Change Assessment* -URICA- de adesão a tratamentos na área da saúde, aplicadas especificamente para pacientes em fonoterapia denominada Escala URICA-VOZ [15,16]. Esta ferramenta tenta retratar em uma maior quantidade de pacientes o quanto estes estão envolvidos na terapia em que se encontram [16].

Assim, o objetivo desta pesquisa é utilizar a escala URICA-VOZ para os mesmos pacientes no momento inicial da avaliação e após 10 sessões de fonoterapia, seguindo um programa terapêutico, analisando o estágio motivacional que se encontram, associado à adesão à terapia.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo longitudinal, individual, com coleta de dados pré e pós-intervenção de dez sessões de atendimento fonoaudiológico, com a aplicação da Escala URICA-VOZ.

Participantes

Os sujeitos consentiram a participação no estudo, de acordo com o que consta no projeto aprovado pelo Comitê de Ética da instituição proponente, sob o parecer 1.843.738 e coparticipação da instituição onde a pesquisa foi realizada, sob parecer 1.888.306. Vinte e seis participantes com Disfonia Comportamental foram incluídos, com idade média de 58,1 anos. Destes, 18 eram mulheres e 8 eram homens.

Procedimentos

A amostra foi composta de pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no serviço de Otorrinolaringologia do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre, encaminhados para o ambulatório de voz após diagnóstico médico de alteração vocal. Os critérios de inclusão foram: idade acima de 18 anos, diagnóstico fonoaudiológico de Disfonia Comportamental, participação ininterrupta de 10 sessões de fonoterapia. Já os critérios de exclusão foram: diagnóstico de doença neurológica e/ou psiquiatria prévia, identificada no prontuário do paciente.

A pesquisa seguiu as seguintes etapas: entrevista inicial; aplicação da escala URICA-VOZ; 10 sessões de um programa de fonoterapia da voz e finalizou com a reavaliação e reaplicação da Escala URICA-VOZ. A pesquisa foi realizada entre os anos de 2015 a 2017, seguindo os aspectos éticos

relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos com diretrizes e normas reguladoras da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Escala

A escala foi aplicada para análise do estágio motivacional em que o paciente se encontrava.

URICA-VOZ

A URICA-VOZ é uma versão para pacientes de voz, adaptado e traduzido para o Português Brasileiro, ainda não validado. A escala utilizada apresenta 32 questões divididas nos estágios motivacionais: “pré-contemplação” - PC -(questões 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31), “contemplação” - C - (questões 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24), “ação” - A - (questões 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30), e “manutenção” - M - (questões 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32). Consiste em uma escala *likert*, com as alternativas: “discordo totalmente”, tendo uma pontuação de 1; “discordo”, tendo uma pontuação de 2; “não sei”, tendo uma pontuação de 3; “concordo”, tendo uma pontuação de 4; e “concordo totalmente”, tendo uma pontuação de 5; sendo possível também registrar “não se aplica”, tendo uma pontuação de zero, caso o contexto não esteja a realidade atual do paciente (em casos em que não começou a fonoterapia).

Para o cálculo da análise da escala excluem-se as questões 4, 9, 20 e 31 (uma de cada estágio) e faz-se: [(Média de C + Média de A + Média de M) – Média de PC]. A partir do resultado se tem: valores menores que 8, sendo considerado o estágio motivacional de pré-contemplação; valores entre 8 e menor que 11, estágio motivacional de contemplação; valores entre 11 e menor que 14, estágio motivacional de ação; e valores de 14 em diante, estágio motivacional de manutenção.

Programa terapêutico

A intervenção fonoaudiológica (Quadro 1) teve abordagem eclética e enfoque para maior equilíbrio funcional da produção da voz, conhecimentos de higiene e aprimoramento vocal, coordenação pneumofonoarticulatória, com efeitos na ressonância e na projeção vocal.

[Inserir Quadro 1]

Análise estatística

As variáveis quantitativas tiveram análise estatística descritiva por média, desvio padrão ou mediana e percentis (25% e 75%) e as variáveis qualitativas, frequência e percentual. Para verificar a distribuição dos dados, utilizou-se o Teste de normalidade Shapiro-Wilk.

Os momentos pré e pós-intervenção fonoaudiológica foram analisados pelo Teste de Wilcoxon. Além disso, as 32 questões foram analisadas individualmente no momento pré-intervenção e no momento pós-intervenção, para observação das diferenças das respostas nestes dois momentos, também com o Teste de Wilcoxon (*Wilcoxon signed-rank test*). As análises foram realizadas no programa SPSS versão 23.0, adotando-se como nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Participaram 26 indivíduos neste estudo, sendo 18 (69,2%) mulheres e 8 (30,8%) homens, com idade média de 58,1 ($\pm 12,6$) anos (Tabela 1).

[Inserir Tabela 1]

No momento pré-fonoterapia, 6 (23,1%) participantes estavam no estágio motivacional de pré-contemplação, doze (46,2%) no estágio de contemplação e 8 (30,8%) no estágio de ação. Já no pós-atendimento fonoaudiológico, nenhum participante estava no estágio motivacional de pré-contemplação, doze (46,2%) no estágio de contemplação e 14 (53,8%) indivíduos estavam no estágio de ação. Nenhum participante durante a pesquisa encontrou-se no estágio motivacional de manutenção (TABELA 2). Assim, 53,8% dos participantes se mantiveram no mesmo estágio; 42,4% tiveram melhora no estágio e 3,8% piora no estágio motivacional. Os valores do estágio motivacional foram maiores após a intervenção (11,1 (9,7 - 11,8)), se comparados à primeira aplicação da escala (9,6 (8,3 - 11,1)), em um resultado com significância estatística ($p\text{-valor} = 0,001$).

[Inserir Tabela 2]

Considerando-se os estágios motivacionais, apenas um (3,85%) participante apresentou piora. Isso pode ser explicado em decorrência de um comprometimento pulmonar diagnosticado, que necessitou de tratamento em paralelo, durante o momento de intervenção fonoaudiológica, trazendo uma desmotivação para a terapia. Em relação aos valores absolutos que foram calculados pela fórmula para se classificar o estágio, 6 (23,1%) participantes tiveram piora no valor, um já relatado e 5 (19,2%) sem mudança de estágio a que estavam no momento pré-intervenção.

A análise de questões, de forma individual, teve significância estatística e de melhora nos valores em todos os estágios motivacionais. Em pré-contemplação, a questão 29 (p-valor = 0,013) obteve resultados melhores do momento pós-intervenção em comparação ao momento de pré intervenção; no estágio de contemplação não houve questões com resultados significativos; no estágio de ação foram: 10 (p-valor = 0,008), 14 (p-valor = 0,021) e 17 (p-valor = 0,031); e no estágio de manutenção foram a número 27 (p-valor=0,046) e a 28 (p-valor = 0,004) (Tabela 3).

[Inserir Tabela 3]

DISCUSSÃO

A adesão é multifatorial e comparecer ao atendimento, estar motivado às mudanças de comportamento e seguir orientações fora do ambiente de terapia são alguns dos fatores. Neste estudo, vinte e seis indivíduos aderiram o acompanhamento durante 12 encontros em semanas consecutivas e demonstraram melhora no momento pós-intervenção se comparado ao pré-intervenção, no entanto, para a mesma escala, outro estudo obteve resultados diferentes para terapia em grupo [14].

Houve predominância de mulheres, o que corrobora com a literatura em que a incidência de mulheres com alterações vocais é maior do que em homens [3,17]. Isso pode se dar devido à instabilidade hormonal das mulheres, aspectos anatômicos do gênero, procura à terapia fonoaudiológica quando

percebem alguma diferença na fala, comunicabilidade e interação social [18-20].

Estudos mostram que terapias que necessitam de acompanhamento contínuo por certo tempo têm maiores chances de ter abandono, ainda mais no âmbito comportamental, pois conceitos internos devem ser autopercebidos para serem mudados [21,22]. Além disso, o estágio motivacional de ação é o mais indicado para a terapia, sinalizando que o indivíduo percebe que apresenta um problema e tem atitude de mudar seu comportamento. Neste estudo, a maioria dos participantes no momento inicial estava no estágio de contemplação e no término foi predominante o estágio de ação. Estudos com apenas uma aplicação da URICA-VOZ já mostraram em seus resultados predominante o estágio de contemplação [16,23,24].

Em uma revisão sistemática de adesão a tratamento medicamentoso, os autores observaram que o paciente deve estar motivado a seguir as instruções, ainda mais quando houve sofrimento durante muitos anos [25]. A avaliação feita a partir dos 35 estudos incluídos sugeriram a taxa de adesão de 50% a 60%, discutindo o impacto dos custos de não-adesão e o risco que o paciente que não adere à terapia está exposto. O estudo em discussão foi realizado com tratamento pelo SUS, o que demonstra que quanto maior a adesão, menos os custos do tratamento [26].

Gama *et al.* [27] realizaram um estudo pós-alta fonoaudiológica com 39 pacientes com problemas vocais e 87,1% responderam que realizavam as orientações após o término do tratamento, principalmente quanto a aspectos de hidratação (81,5%), cuidados alimentares (63,1%) e de evitar abusos vocais (63,1%). Já o resultado de adesão de 62% que obteve Portone *et al.* [3] em sua revisão retrospectiva, foi pelos indivíduos que aderiram ao encaminhamento do médico para realizar a terapia de voz e destes 47% não retornaram após a primeira sessão. Van Leer *et al.* [28] utilizaram leitores de mídia digital portáteis para aumentar a adesão de pacientes no envolvimento com a terapia e os resultados deste estudo clínico demonstraram efeito positivo significativo de utilização da mídia na frequência de realização dos exercícios em casa e na motivação quando comparados a um padrão de orientação normal.

As respostas dos 32 itens da escala URICA-VOZ são importantes quando vistas de forma individual, bem como na realização do cálculo do

estágio motivacional. O estudo de Costa *et al.* [14] teve diferença estatisticamente significativa em 6 questões com dois momentos de aplicação da escala, assim como a presente pesquisa, e concordou com os resultados estatísticos das questões 17 e 28, referentes aos estágios de ação e manutenção respectivamente.

A percepção de melhora na produção vocal pode auxiliar na autoestima do indivíduo e fazer com que este fique motivado a participar ativamente da reabilitação [24,29]. Este é um fator positivo que pode ter contribuído para a maior motivação dos participantes da presente pesquisa. Do mesmo modo, o sucesso da mudança de estágio pode ter se dado na confiança que o participante obteve no profissional que o tratou.

CONCLUSÃO

Foi possível verificar por meio deste estudo a aplicabilidade da escala URICA-VOZ na prática clínica no atendimento a pacientes com Disfonia Comportamental. Por ser possível entender o estágio motivacional que o paciente se encontra na evolução da terapia de voz, a escala auxilia o Fonoaudiólogo a criar estratégias motivacionais customizando o atendimento às necessidades do paciente, bem como, a escala pode ser usada como uma ferramenta para auxiliar na decisão do momento da alta clínica.

Quadro 1 - Procedimentos realizados a cada semana no Programa de Fonoterapia da Voz.

	Procedimento realizado
Semana 1	- Anamnese; - Aplicação da Escala URICA-VOZ.
Semana 2	- Orientações sobre saúde vocal; - Orientações sobre postura e respiração; - Técnica de Sons Fricativos.
Semana 3	- Técnica de Sons Nasais; - Técnica de Sons Fricativos associada à movimentação cervical; - Técnica de Bocejo-suspiro.
Semana 4	- Técnica de rotação de língua no vestíbulo associada ao som nasal; - Técnica de Sons Fricativos em glissando; - Técnica de Sons Vibrantes com vibração de língua.
Semana 5	- Técnica de Sons Fricativos em sirene; - Técnica do método mastigatório com sons nasais; - Técnica de Sons Vibrantes de língua em escala musical; - Técnica de Bocejo-suspiro; - Técnica de Sobrearticulação com rolha.
Semana 6	- Técnica de Sons Nasais associada ao estalo de língua; - Técnica de Sons Fricativos surdos associada a vogais e fricativos sonoros; - Resistência Glótica com a mão; - Exercício de Trato Vocal Semiocluído com canudo rígido de curta extensão.
Semana 7	- Técnica de Sons Nasais em escala musical; - Técnica de Sons Fricativos associado a vogais; - Técnica de Sons Vibrantes associada a sons nasais; - Técnica de Sons Fricativos em glissando; - Exercício de Trato Vocal Semiocluído: Kazoo no papel.
Semana 8	- Técnica de Sons Fricativos associada à movimentação cervical; - Técnica de Sons Fricativos surdos e sonoros; - Técnica de Método mastigatório associado a sons nasais; - Exercício de Trato Vocal Semiocluído com LaxVox ®.
Semana 9	- Técnica de Sons Nasais associada ao estalo de língua; - Técnica de Sons Vibrantes em sirene; - Técnica de Sons Vibrantes associada a sons nasais; - Técnica de Sobrearticulação com rolha. - Exercício de Trato Vocal Semiocluído com LaxVox ®.
Semana 10	- Técnica de Sons Nasais associada a vogais; - Técnica de Sons Nasais em sirene; - Técnica de Sons Fricativos associada a vogais;

	- Exercício de Trato Vocal Semiocluído com tubos filandeses.
Semana 11	- Técnica de Sons Fricativos associada à movimentação cervical; - Técnica de rotação de língua no vestibulo associada ao som nasal; - Técnica de Sons Nasais em sirene; - Técnica de Sons Vibrantes em escala musical; - Exercício de Trato Vocal Semiocluído com tubos filandeses.
Semana 12	- Aplicação da Escala URICA-VOZ; - Atividade de encerramento com devolutiva e orientações do desfecho do Programa terapêutico.

TABELA 1 – Caracterização da amostra de indivíduos com Disfonia Comportamental atendidos pelo Programa Terapêutico.

Variáveis	n=26
Idade (anos) – média $\pm$ DP	58,1 $\pm$ 12,6
Sexo – n (%)	
Masculino	8 (30,8)
Feminino	18 (69,2)

Legenda: DP = Desvio-padrão

TABELA 2 – Mudança de estágio motivacional pré-fonoterapia e pós-fonoterapia.

Estágio motivacional pré-fonoterapia	Estágio motivacional pós-fonoterapia				Total
	PC	C	A	M	
PC	0	4	2	0	6
	0%	15,4%	7,7%	0%	23,1%
C	0	7	5	0	12
	0%	26,9%	19,2%	0%	46,2%
A	0	1	7	0	8
	0%	3,8%	26,9%	0%	30,8%
M	0	0	0	0	0
	0%	0%	0%	0%	0%
Total	0	12	14	0	26
	0%	46,2%	53,8%	0%	100,0%

Legenda: PC = Pré-contemplação; C = Contemplação; A = Ação; M =Manutenção.

TABELA 3 – Questões da Escala URICA-VOZ com diferença significativa no momento pós-fonoterapia, se comparadas ao momento pré.

Questões da Escala URICA-VOZ	p-valor
10 Às vezes é difícil tratar a minha voz, mas estou me dedicando para isto.	0,008
14 Estou me dedicando bastante para melhorar o meu problema de voz	0,021
17 Ainda que minha voz não esteja boa o tempo todo, estou me dedicando para melhorá-la.	0,031
27 Estou me esforçando muito para não ter uma recaída no meu problema de voz.	0,046
28 É frustrante, mas eu sinto que minha voz está piorando de novo.	0,004
29 Eu me preocupo com minha voz como todo mundo. Por que perder tempo pensando nisso?	0,013

Teste de Wilcoxon.

REFERÊNCIAS

1. Gray R, Bressington D, Ivanecka A, Hardy S, Jones M, Schulz M, *et al.* Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:90-102.
2. Rosa AR, Kapczinski F, Oliva R, Stein A, Barros HMT. Monitoramento da adesão ao tratamento com lítio. *Rev. psiquiatr. clín.* 2006; 33(5):249-261.
3. Portone C, Johns MM, Hapner ER. A review of patient adherence to the recommendation for voice therapy. *J Voice*. 2008; 22(2):192-6.
4. Van Leer E, Connor NP. Patient perceptions of voice therapy adherence. *J Voice*. 2010; 24(4):458-69.
5. Moreira TC, Signor L, Figueiró LR, Fernandes S, Bortolon CB, Benchaya MC, *et al.* Não adesão em intervenções por telemedicina para usuários de drogas: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*. 2014; 48(3):521-531.
6. Rinsky-Halivni L, Klebanov M, Lerman Y, Paltiel O. Adherence to Voice Therapy Recommendations Is Associated With Preserved Employment Fitness Among Teachers With Work-Related Dysphonia. *J Voice*. 2016;. 31(3):386.e19-386.e26.
7. Sahin M, Gode S, Dogan M, Kirazli T, Ogut F. Effect of voice therapy on vocal fold polyp treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2018; 275(6):1533-1540.
8. Behlau M, Zambon F, Moreti F, Oliveira G, Couto Jr EB. Voice Self-assessment Protocols: Different Trends Among Organic and Behavioral Dysphonias. *J Voice*. 2017; 31(1):112-27.
9. Brandi EB. *Você e Eu - Entre Nós, a Voz*. Rio de Janeiro, Revinter, 2007.
10. Oliveira DSF, Pereira TR, Rhein K. Comportamento e hábitos vocais pesquisados na cidade de Niterói: um estudo piloto. *Estudos*. 2015; 42(3): 359-368.
11. Gaber AGH, Liang FY, Yang JS, Wang YJ, Zheng YQ. Correlation among the dysphonia severity index (DSI), the RBH voice perceptual

- evaluation, and minimum glottal area in female patients with vocal fold nodules. *J Voice*. 2014; 28(1):20-3.
12. Ortiz VK, Favaro J. Identificação de alguns fatores motivacionais que levam a família à adesão ao tratamento terapêutico de crianças com deficiência. *Cadernos de Pós- Graduação em Distúrbio do Desenvolvimento*. 2004; 4(1):35-45.
 13. Marques SRL, Friche AAL, Motta AR. Adesão à terapia em motricidade orofacial no ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev. soc. bras. fonoaudiol*. 2010; 15(1):54-62.
 14. Costa BOI, Silva POC, Pinheiro RS A, Silva HF, Almeida AAF. Estágio de prontidão de pacientes com disfonia comportamental pré e pós-terapia de voz de grupo. *CoDAS*. 2017; 29(4): e20160198.
 15. Mcconnaughy E, Prochaska J, Velicer W. Stages of Change in psychotherapy: Measurement and samples profiles. *Psychotherapy*. 1983; 20:368-375.
 16. Teixeira LC, Rodrigues ALV, Silva AFG, Azevedo R, Gama ACC, Behlau M. Escala URICA-VOZ para identificação de estágios de adesão ao tratamento de voz. *CoDAS*. 2013; 25(1):8-15.
 17. Kim KH, Kim RB, Hwang DU, Won SJ, Woo SH. Prevalence of and Sociodemographic Factors Related to Voice Disorders in South Korea. *J Voice*. 2016; 30(2):246.e1-7.
 18. Behlau M (Org.). *Voz: o livro do especialista*, 2. Revinter, 2005: 576p.
 19. Van Houtte E, Van Lierde K, Claeys S. Pathophysiology and treatment of muscle tension dysphonia: a review of the current knowledge. *J Voice*. 2011; 25(2):202-7.
 20. Lemos IO, Pereira GC, SantAnna GD, Cassol M. Effects of a Voice Therapy Program for Patients with Muscle Tension Dysphonia. *Folia Phoniatri Logop*. 2018 26; 69(5-6):239-245.
 21. Halfon S, Bulut P. Mentalization and the growth of symbolic play and affect regulation in psychodynamic therapy for children with behavioral problems. *Psychotherapy Res*. 2017; 2-13.

22. Gauthier A, Bernard S, Bernard E, Simard S, Maltais F, Lacasse Y. Adherence to long-term oxygen therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic Respir. Dis.* 2018; 16(1):1-9.
23. Rossi-Barbosa LA, Gama ACC, Caldeira AP. Associação entre prontidão para mudanças de comportamento e queixa de disfonia em professores. *CoDAS.* 2015; 27(2): 170-177.
24. Lopes LW, Vilela EG. Autoavaliação e prontidão para mudança em pacientes disfônicos. *CoDAS.* 2016; 28(3):295-301.
25. Augustin M, Holland B, Dartsch D, Langenbruch A, Radtke MA. Adherence in the Treatment of Psoriasis: a systematic review. *Dermatology.* 2011; 222: 363-374.
26. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avanç.* 2013; 27(78):3-26.
27. Gama ACC, Bicalho VS, Valentim AF, Bassi IB, Teixeira LC, Assunção AA. Adesão a orientações fonoaudiológicas após a alta do tratamento vocal em docentes: estudo prospectivo. *Rev. CEFAC.* 2012; 14(4):714-720.
28. Van Leer E, Connor NP. Use of portable digital media players increases patient motivation and practice in voice therapy. *J Voice.* 2012; 26(4):447-53.
29. Ribeiro VV, de Oliveira AG, da Silva VJ, Siqueira LTD, Moreira PAM, Brasolotto AG, *et al.* The Effect of a Voice Therapy Program Based on the Taxonomy of Vocal Therapy in Women with Behavioral Dysphonia. *J Voice.* 2018: S0892-1997(17)30409-5.

6 CONCLUSÃO GERAL

A adesão à fonoterapia é muito importante no processo terapêutico e para que ela seja analisada muitos fatores devem ser observados. Um deles é o estágio motivacional que colabora nos efeitos da mudança de comportamento necessários durante o tratamento.

O presente estudo tem como relevância a verificação do estágio motivacional pré e pós um programa de terapia fonoaudiológica, a fim de verificar a adesão do paciente do ponto de vista clínico e científico buscando entender a evolução de quadros com diagnóstico de Disfonia Comportamental.

De acordo com os achados encontrados, é possível identificar que a motivação é um fator mensurável e passível de mudança ao longo do processo terapêutico, indicando um momento adequado para a alta na área de voz.

ANEXOS

ANEXO A

Escala URICA-VOZ

Escala URICA-VOZ (TEIXEIRA, Letícia Caldas *et al.*, 2013)

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

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

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

Legenda:

DT = discordo totalmente;

D = discordo;

NS = não sei;

C = concordo;

CT = concordo totalmente

ANEXO B

Normas de Submissão: Folia Phoniatica et Logopaedica

Guidelines for Authors

www.karger.com/fpl_guidelines

Submission

Only manuscripts written in English are considered and should be submitted online.

Should you experience any problems with your submission, please contact

Manuela Obrist

Editorial Office 'Folia Phoniatica et Logopaedica'

S. Karger AG

P.O. Box

CH–4009 Basel (Switzerland)

Tel. +41 61 306 1437

Fax +41 61 306 1434

fpl@karger.com

'Folia Phoniatica et Logopaedica' provides a survey of international research in physiology and pathology of speech and the voice organs. Original papers published report on recent findings in the assessment of vocal functions and in the detection, therapy, and rehabilitation of speech disorders. Contributors present results of experimental investigations important for instruction and further study.

Conditions

All manuscripts are subjected to editorial peer review.

Manuscripts are received with the explicit understanding that they are not under simultaneous consideration in any other language by any other publication. Submission of an article for publication implies the transfer of the copyright from the author to the publisher upon acceptance. Accepted papers become the permanent property of 'Folia Phoniatica et Logopaedica' and may not be reproduced by any means, in whole or in part, without the written consent of the publisher.

For legal reasons, we must receive your '[Submission Statement](#)' with your original (hand-written) signature. Please download, print, sign and either fax or scan it to make it legally binding.

It is the author's responsibility to obtain permission to reproduce illustrations, tables, etc. from other publications.

Conflicts of Interest

Authors are required to disclose any sponsorship or funding arrangements relating to their research and all authors should disclose any possible conflicts of interest. Conflict of interest statements will be published at the end of the article.

Plagiarism Policy

Whether intentional or not, plagiarism is a serious violation. We define plagiarism as a case in which a paper reproduces another work with at least 25% similarity and without citation.

If evidence of plagiarism is found before/after acceptance or after publication of the paper, the author will be offered a chance for rebuttal. If the arguments are not found to be satisfactory, the manuscript will be retracted and the author sanctioned from publishing papers for a period to be determined by the responsible Editor(s).

Arrangement

Title page: The first page of each paper should indicate the title (main title underlined), the authors names, and the institute where the work was conducted. A translation of the full title into English and a short title for use as running head as well as the full address of the author to whom correspondence should be sent are also required.

Full address: The exact postal address of the corresponding author complete with postal code must be given at the bottom of the title page. Please also supply a phone numbers as well as e-mail address.

Abstract: Each paper needs a structured abstract of 200 words in English.

It should be structured as follows:

- Objective
- Patients and Methods
- Results
- Conclusion

Footnotes: Avoid footnotes.

Tables and illustrations: Tables and illustrations (both numbered in Arabic numerals) should be sent in separate files. Tables require a heading and figures a legend, also in a separate file. Due to technical reasons, figures with a screen background should not be submitted. When possible, group several illustrations in one block for reproduction (max. size 180 x 223 mm). Black and white half-tone and color illustrations must have a final resolution of 300 dpi after scaling, line drawings one of 800–1,200 dpi.

Color Illustrations

Online edition: Color illustrations are reproduced free of charge. In the print version, the illustrations are reproduced in black and white. Please avoid referring to the colors in the text and figure legends.

Print edition: Up to 6 color illustrations per page can be integrated within the text at CHF 960.00 per page.

References

In the text identify references by Arabic numerals [in square brackets]. Material submitted for publication but not yet accepted should be noted as 'unpublished data' and not be included in the reference list. The list of references should include only those publications which are cited in the text. Do not alphabetize; number references in the order in which they are first mentioned in the text. The surnames of the authors followed by initials should be given. There should be no punctuation other than a comma to separate the authors. Preferably, please cite all authors. Abbreviate journal names according to the Index Medicus system. Also see International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals (www.icmje.org).

Examples

(a) Papers published in periodicals:

Chatel J-M, Bernard H, Orson FM: Isolation and characterization of two complete Ara h 2 isoforms cDNA. *Int Arch Allergy Immunol* 2003;131:14–18.

(b) Papers published only with DOI numbers:

Theoharides TC, Boucher W, Spear K: Serum interleukin-6 reflects disease severity and osteoporosis in mastocytosis patients. *Int Arch Allergy Immunol* DOI: 10.1159/000063858.

(c) Monographs:

Matthews DE, Farewell VT: Using and Understanding Medical Statistics, ed 3, revised. Basel, Karger, 1996.

(d) Edited books:

Hone SW, Smith RJH: Understanding inner ear physiology at the molecular level; in Cremers Cor WRJ, Smith RJH (eds): Genetic Hearing Impairment. Adv Otorhinolaryngol. Basel, Karger, 2002, vol 61, pp 1–10.

Reference Management Software: Use of EndNote is recommended for easy management and formatting of citations and reference lists.

Digital Object Identifier (DOI)

S. Karger Publishers supports DOIs as unique identifiers for articles. A DOI number will be printed on the title page of each article. DOIs can be useful in the future for identifying and citing articles published online without volume or issue information. More information can be found at www.doi.org

Self-Archiving/Green Open Access

Karger permits authors to archive their pre-prints (i.e. pre-peer review) or post-prints (i.e. accepted manuscript after peer review but before production) on their personal or their institution's internal website. In addition, authors may post their accepted manuscripts in public Open Access repositories and scientific networks (e.g. ResearchGate or Mendeley) no earlier than 12 months following publication of the final version of their article. For all self-archiving, the posted manuscripts must:

- Be used for noncommercial purposes only
- Be linked to the final version on www.karger.com
- Include the following statement:

‘This is the peer-reviewed but unedited manuscript version of the following article: [insert full citation, e.g. Cytogenet Genome Res 2014;142:227–238 (DOI: 10.1159/000361001)]. The final, published version is available at [http://www.karger.com/?doi=\[insert DOI number\]](http://www.karger.com/?doi=[insert DOI number]).’

It is the author’s responsibility to fulfill these requirements.

For papers published online first with a DOI number only, full citation details must be added as soon as the paper is published in its final version. This is important to ensure that citations can be credited to the article.

Manuscripts to be archived in PubMed Central due to funding requirements will be submitted by Karger on the author’s behalf [see Funding Organizations (NIH etc.)].

For self-archiving Author’s Choice™ (Gold Open Access) articles, see Author’s Choice™.

Author’s Choice™

Karger’s Author’s Choice™ service broadens the reach of your article and gives all users worldwide free and full access for reading, downloading and printing at www.karger.com. The option is available for a one-time fee of CHF 3,000.00, which is a permissible cost in grant allocation. More information can be found at www.karger.com/authors_choice.

The final, published version of the article may be posted at any time and in any repository or on other websites, in accordance with the relevant Creative Commons license. Reposted Open Access articles must:

- Follow the terms of the relevant Creative Commons license
- Be linked to the final version on www.karger.com
- Include the following statement:

'The final, published version of this article is available at [http://www.karger.com/?doi=\[insert DOI number\]](http://www.karger.com/?doi=[insert DOI number]).'

It is the author's responsibility to fulfill these requirements.

For papers published online first with a DOI number only, full citation details must be added as soon as the paper is published in its final version. This is important to ensure that citations can be credited to the article.

Funding Organizations (NIH etc.)

The U.S. National Institutes of Health (NIH) Public Access Policy mandates that accepted, peer-reviewed manuscripts are archived in its digital database, PubMed Central (PMC), within 12 months of the official publication date. As a service to authors, Karger submits NIH-funded articles to PMC on behalf of the authors immediately upon publication. The NIH assigns a PMCID within approximately 1 month and the manuscript will appear in PMC after a 12-month embargo. For authors making their paper Open Access through Author's Choice™, the embargo will be overridden, thereby accelerating the accessibility of the article. Karger also complies with other funders' requirements (including Wellcome Trust and RCUK) for submission to PMC.

Authors should include information on their grant in the Acknowledgements section of their papers.

Supplementary Material

Multimedia files and other supplementary files, directly relevant but not essential to the conclusions of a paper, enhance the online version of a publication and increase its visibility on the web. These files will undergo editorial review. The Editors reserve the right to limit the scope and length of the supplementary material. Multimedia and supplementary material should meet production quality standards for publication without the need for any modification or editing. Files should not exceed 10 MB in size. Figures and tables need to have titles and

legends, and all files should be supplied separately and labeled clearly. All supplementary material should be referred to in the main text. A DOI number will be assigned to supplementary material and it will be hosted online at <https://karger.figshare.com> under a CC BY license. Authors will be charged a processing fee of CHF 250.00 for supplementary material.

Proofs

Unless indicated otherwise, proofs are sent to the corresponding author and should be returned with the least possible delay. Alterations other than the correction of printer's errors are charged to the author.

Reprints

Order forms and a price list are sent with the proofs. Orders submitted after the issue is printed are subject to considerably higher prices.

ANEXO C

Carta de Aprovação do Projeto pelo CEP da UFCSPA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da adesão à fonoterapia pela Escala URICA-VOZ de pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde

Pesquisador: Mauriceia Cassol

Área temática:

Versão: 3

CAAE: 60687516.8.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.843.738

Apresentação do Projeto:

A adesão do paciente à fonoterapia torna-se muito importante e o entendimento do estágio que este se encontra pelo Fonoaudiólogo pode auxiliar no processo terapêutico. Assim, estudos para mostrar este aspecto de observação e de entendimento ao paciente são imprescindíveis.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o estágio de adesão a mudanças de comportamento pré e pós-fonoterapia de pacientes inseridos no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Clara, Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre,

pertencentes ao Sistema Único de Saúde, atendidos pelo estágio supervisionado em Voz da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Avaliação do Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa tem um nível muito reduzido de riscos por se tratar da utilização de um protocolo que utiliza uma escala de mensuração de estágios de adesão do paciente à terapia de voz. Os benefícios esperados neste estudo são de compreensão da prontidão para o tratamento e, em consequência dessa mudança comportamental, usufruir de uma melhoria a sua qualidade de voz e de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a declarar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As informações solicitadas foram anexadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Situação do parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 30 de Novembro de 2016

Assinado por
Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO D

Carta de Aprovação do Projeto pelo CEP da UFCSPA.

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE – ISCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da adesão à fonoterapia pela Escala URICA-VOZ
de pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde

Pesquisador: Mauriceia Cassol

Área temática:

Versão: 1

CAAE: 60687516.8.3001.5335

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.888.306

Apresentação do Projeto:

A adesão do paciente à fonoterapia torna-se muito importante e o entendimento do estágio que este se encontra pelo Fonoaudiólogo pode auxiliar no processo terapêutico. Assim, estudos para mostrar este aspecto de observação e de entendimento ao paciente são imprescindíveis.

Poucos estudos de estágio de adesão do paciente em pré e pós-fonoterapia individual foram realizados.

Este estudo busca analisar o estágio de adesão pré e pós fonoterapia de pacientes inseridos no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Clara, Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre atendidos pelo estágio supervisionado em Voz da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, individual, com coleta de dados. Será aplicada a Escala URICA-VOZ pré e pós-fonoterapia para compará-las. A amostra será de pacientes do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Clara, Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre. A análise de dados será referente a informações dos pacientes: sexo, idade e profissão/ocupação. A Escala URICA-VOZ é constituída por 32 questões, com seis opções de respostas (“discordo totalmente”; “discordo”; “não sei”; “concordo”; “concordo totalmente” e “não se aplica”) que realizados os cálculos definem em que estágio de adesão o paciente se encontra: “pré-contemplação”, “contemplação”, “ação” e “manutenção”. Foram definidos como critérios de inclusão: realização de no mínimo 10 sessões de terapia vocal e idade acima dos 18 anos. Os critérios de exclusão são: diagnóstico de doença neurológica e/ou psiquiátrica prévia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o estágio de adesão a mudanças de comportamento pré e pós-fonoterapia de pacientes inseridos no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Santa Clara, Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre atendidos pelo estágio supervisionado em Voz da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Objetivo Secundário:

Comparar a adesão à mudança do paciente pré e pós-fonoterapia; analisar as patologias e os diagnósticos fonoaudiológicos dos pacientes que são submetidos em fonoterapia; analisar o perfil dos pacientes em fonoterapia; identificar os fatores motivacionais à adesão; propor possibilidades de mudança de conscientização ao estágio de adesão que o paciente se encontra customização de um programa de fonoterapia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa tem um nível muito reduzido de riscos por se tratar da utilização de um protocolo que utiliza uma escala de mensuração de estágios de adesão do paciente à terapia de voz. Os benefícios esperados neste estudo são de compreensão da prontidão para o tratamento e, em consequência dessa mudança comportamental, usufruir de uma melhoria a sua qualidade de voz e de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é observacional e envolve a aplicação de um questionário. Está estruturada adequadamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de consentimento está adequado, bem como demais documentos.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto já foi aprovado pelo CEP da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, parecer 1.843.738. O projeto está de acordo com as normas existentes para pesquisa envolvendo seres humanos. Nosso parecer é favorável a sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após avaliação do protocolo acima descrito, o presente comitê não encontrou óbices quanto ao desenvolvimento do estudo em nossa Instituição e poderá ser iniciado a partir da data deste parecer.

Obs.: 1 - O pesquisador responsável deve encaminhar à este CEP, Relatórios de Andamento dos Projetos desenvolvidos na ISCMPA. Relatórios Parciais (pesquisas com duração superior à 6 meses), Relatórios Finais (ao término da pesquisa) e os Resultados Obtidos (cópia da publicação).

2 – Para o início do projeto de pesquisa, o investigador deverá apresentar a chefia do serviço (onde será realizada a pesquisa), o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 10 de Janeiro de 2017

**Assinado por
ELIZETE KEITEL
(Coordenador)**

Endereço: R Profº Annes Dias, 295 Hosp.Dom Vicente Scherer

Bairro: 6º andar - Centro

CEP: 90.020-090

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3214-8571

Fax: (51)3214-8571

E-mail: cep@santacasa.tche.br