

Luiza Augusta Rossi-Barbosa¹
 Ana Cristina Côrtes Gama²
 Antônio Prates Caldeira³

Descritores

Voz
 Distúrbios da Voz
 Promoção da Saúde
 Docentes
 Fonoaudiologia

Keywords

Voice
 Voice disorders
 Health promotion
 Faculty
 Speech Language Pathology and Audiology

Associação entre prontidão para mudanças de comportamento e queixa de disfonia em professores

Association between readiness for behavior change and complaints of vocal problems in teachers

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre prontidão para mudanças de comportamento e queixa de disfonia autorreferida pelas professoras da rede municipal de ensino de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** Foi aplicada a escala URICA-VOZ para a mensuração dos estágios motivacionais em 138 professoras. A prontidão para mudança constituiu a variável desfecho e as variáveis independentes se referiram a questões sociodemográficas, econômicas, ocupacionais, estilo de vida, saúde geral e sobre a própria voz. **Resultados:** A maioria (59,4%) se encontrava no estágio de pré-contemplação da escala avaliada. As variáveis que permaneceram associadas à mudança comportamental quanto à voz foram o uso de medicamento, a percepção de falha na voz e a procura por tratamento fonoaudiológico. **Conclusão:** A baixa prontidão para mudança sugere a necessidade de conscientização quanto aos riscos do mau uso e abuso da voz e benefícios em relação à saúde geral e vocal. Os resultados obtidos poderão fornecer estratégias para intervenções de saúde pública ao lidar com as pessoas em diferentes estágios do processo de tomada de decisão.

ABSTRACT

Purpose: To verify the association between readiness to behavioral change and self-reported vocal problems of teachers in schools from the municipal education network of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. **Methods:** The URICA-VOICE scale was used to measure the motivational stages of 138 teachers. Readiness to change was the variable outcome, whereas the independent variables referred to sociodemographic, economic, occupational, lifestyle, general health, and teacher's own voice factors. **Results:** The majority (59.4%) of teachers were in the pre-contemplation stage of the URICA-VOICE scale. The variables use of medication, perception of voice failure, and demand for speech and language therapy were retained for the final model. **Conclusion:** The low readiness to change showed the need for increased awareness of the risks and benefits related to the voice and general health. The results can provide public health intervention strategies that deal with individuals at various stages in the decision-making process.

Endereço para correspondência:

Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa
 Rua São Marcos, 115, Todos os Santos,
 Montes Claros (MG), Brasil,
 CEP: 39400-128.
 E-mail: luiza.rossi@unimontes.br

Recebido em: 26/12/2013

Aceito em: 12/12/2014

CoDAS 2015;27(2):170-7

Trabalho realizado no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES – Montes Claros (MG), Brasil.

(1) Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES – Montes Claros (MG), Brasil.

(2) Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

(3) Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES – Montes Claros (MG), Brasil.

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controle e melhoria da própria saúde, sendo imprescindível para a construção de uma cultura de valorização do bem-estar, do autocuidado e da qualidade de vida⁽¹⁾. Existem diversas teorias de promoção de saúde e a maioria vem das ciências comportamentais e das sociais, porque a prática tem o foco no comportamento dos indivíduos e na forma como é organizada a sociedade⁽²⁾. As teorias mais utilizadas, entre 2000 e 2005, em ordem decrescente, foram o Modelo Transteórico, a Teoria Social Cognitiva e o Modelo de Crenças em Saúde⁽³⁾.

O Modelo Transteórico, ou Modelo de Fases de Mudança, surgiu no final da década de 1970 e trabalha com o conceito de estágios de mudança para integrar processos e princípios de mudança provenientes das principais teorias de intervenção^(4,6). O Modelo Transteórico pode ser considerado um importante instrumento de auxílio para compreender a mudança comportamental relacionada à saúde⁽⁴⁾.

Utilizando o construto do Modelo Transteórico, foram criadas escalas para a mensuração dos estágios motivacionais, dentre elas a *University Rhode Island Change Assessment (URICA)*. Trata-se de uma medida de autorrelato do tipo escalar empregada de forma genérica para todos os tipos de problemas^(5,7) e está baseada nos estágios de mudança contendo quatro subescalas: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção (Quadro 1). As duas primeiras etapas descrevem o desenvolvimento da intenção de agir, enquanto as duas últimas etapas descrevem o processo de colocar em prática a intenção de mudar⁽⁸⁾.

É importante ter em mente que não se pode analisar esse modelo como linear e estático, porque as pessoas não passam pelas fases de forma sequencial, tanto podem saltá-las como também ter recaídas, entrando e saindo dos estágios⁽⁹⁾, o que leva a uma evolução dinâmica, delineando uma espiral. A recaída é normal e prevista quando se busca uma mudança de comportamento por longo prazo⁽⁵⁾.

No Brasil, já existe uma versão adaptada da URICA para pessoas com disфония cujo questionário contém 32 itens⁽⁷⁾. A utilidade clínica e em pesquisa da URICA é

inquestionável⁽¹⁰⁾, pois auxilia na compreensão da motivação do indivíduo sobre sua capacidade de mudança comportamental relacionada à saúde⁽⁴⁾.

Entre os profissionais da voz, a categoria dos professores é a mais vulnerável para o aparecimento de disфония⁽¹¹⁾. Portanto, a percepção que o professor tem sobre o seu problema de voz pode ser uma ferramenta importante para a detecção precoce de problemas vocais⁽¹²⁾. Além do mais, o fonoaudiólogo deve valorizar as necessidades do paciente considerando sua própria perspectiva, para isso é essencial ter conhecimento dos dados sociodemográficos, características individuais, crenças e valores⁽¹³⁾.

Estudos relacionando o Modelo Transteórico aos distúrbios fonoaudiológicos ainda são escassos, o que demonstra a importância de novas pesquisas. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi verificar a prontidão para mudança comportamental das professoras da rede municipal de ensino de Montes Claros, Minas Gerais, com queixa de disфония e a associação com as variáveis sociodemográficas, econômicas, ocupacionais, estilo de vida, saúde geral e demais fatores relacionados à voz.

MÉTODOS

Este estudo epidemiológico, transversal, analítico foi conduzido em Montes Claros, norte do estado de Minas Gerais, Brasil. A cidade possui cerca de 370 mil habitantes e representa o principal pólo urbano regional. A população alvo foi constituída de professoras dos cinco primeiros anos do ensino fundamental das escolas municipais. Conforme dados da Secretaria Municipal da Educação, a rede é composta por 640 professores.

Inicialmente procedeu-se o cálculo amostral, por amostragem aleatória simples, para estimar a prevalência de alteração vocal. Nesse cálculo, assumiu-se um nível de confiança de 99%, com precisão de 5% e uma prevalência estimada de alteração vocal autorreferida de 11,6%⁽¹¹⁾, concluindo ser necessário alocar 196 docentes da rede municipal, já considerando as possíveis perdas. Foram excluídos os professores do gênero masculino devido ao pequeno número e pelas diferenças anatômofuncionais da laringe. As professoras fora da docência e as de educação física também foram excluídas.

Quadro 1. Estágios de mudança, segundo o Modelo Transteórico

Conceito	Definição	Possíveis estratégias de mudança	Exemplo
Intenção de agir			
1. Pré-contemplação	Resistência: não considera a hipótese de mudança de comportamento	Aumentar a consciência da necessidade de mudança; personalizar informações sobre os riscos e benefícios	Não pensa em resolver o problema
2. Contemplação	Tomada de consciência do problema	Motivar, incentivar a fazer planos específicos	Está pensando em resolver o problema
Intenção de mudar			
3. Ação	Determinação em mudar o comportamento ou desenvolver novos comportamentos	Ajudar com <i>feedback</i> , resolução de problemas, apoio social e de reforço	Está no processo de resolver o problema
4. Manutenção	Mantém a mudança comportamental ao longo do tempo; prevenção quanto à recaída; consolidar os ganhos conseguidos	Ajudar com enfrentamento, lembretes, encontrar alternativas evitando deslizamentos, recaídas	Está procurando se livrar totalmente do problema

Fonte: Adaptado do Nacional Institutes of Health⁽⁹⁾

A coleta de dados ocorreu por meio de visitas às escolas. Durante o horário do recreio as professoras foram informadas sobre a pesquisa e o caráter voluntário e sigiloso da participação. O questionário estruturado e autoaplicado foi entregue em envelope individual às professoras sorteadas e uma data foi marcada para recolhê-lo e esclarecer possíveis dúvidas. Aquelas com queixas vocais foram orientadas para preencher o questionário URICA-VOZ.

Aplicação do questionário URICA-VOZ

Foi utilizada a versão adaptada do questionário URICA-VOZ com 32 itens, cujas perguntas referentes aos estágios (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção) apresentam possibilidades de respostas em escala do tipo *Likert* de cinco pontos, de acordo com o que é proposto pela *Healthy and Addictive Behaviors: Investigating Transtheoretical Solutions (HABITS)* da *University of Maryland, Baltimore County*⁽¹⁴⁾. Conforme recomendado, foi realizada a somatória simples das afirmações correspondentes a cada estágio de mudança dividido pelo número de questões e, posteriormente, foram somados os resultados dos estágios de contemplação, ação e manutenção e subtraiu-se pelo resultado do estágio de pré-contemplação. A pontuação menor ou igual a 8,0 indica que o indivíduo se encontra no estágio de pré-contemplação; de 8,1 a 11,0, no da contemplação; de 11,1 a 14,0, no da ação; e igual ou maior do que 14,1, no estágio da manutenção^(7,14).

Análise dos dados

Como variável dependente foi considerado o resultado do questionário URICA-VOZ, dicotomizado em pré-contemplação e contemplação.

As variáveis independentes foram alocadas em blocos:

- Bloco 1 – Dados sociodemográficos e econômico: idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, renda;
- Bloco 2 – Dados ocupacionais: tempo de docência, turnos que leciona, número médio de alunos por sala, percepção de ruído na sala de aula, na escola, fora da escola, ventilação;
- Bloco 3 – Estilo de vida: hidratação durante as aulas, quantidade de água ingerida por dia, ingestão de suco de frutas, quantidade de suco por dia, atividade física, frequência de bebidas alcoólicas, doses alcoólicas ao beber, tabagismo;
- Bloco 4 – Saúde: tratamento para refluxo gastroesofágico, diagnóstico médico de alergia respiratória, percepção de problema respiratório, uso de medicamento para doenças (hipertensão arterial, diabetes, depressão ou ansiedade, alteração do sono, reumatismo, outros);
- Bloco 5 – Voz: alterações na voz (rouquidão, garganta seca, cansaço ao falar, presença de pigarro, falha na voz, esforço vocal, dor ao falar, ardor na garganta, outras), uso da voz no dia-a-dia, afastamento do trabalho por problema vocal, inadimplência devido à voz;
- Bloco 6 – Assistência à saúde: consulta médica devido a problema de voz e tratamento fonoaudiológico.

Para o tratamento estatístico foi utilizado o aplicativo *Predictive Analytics SoftWare (PASW® STATISTIC)* versão 18.0. Procedeu-se

à análise bivariada por meio do teste do χ^2 entre todas as variáveis independentes dicotomizadas e a variável desfecho. Aquelas que apresentaram nível descritivo $p \leq 0,20$ foram selecionadas para a análise de regressão logística que identificou as variáveis associadas com a maior prontidão para mudança.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) sob o número 2889/11. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de responderem ao questionário.

RESULTADOS

Em um primeiro momento foi verificada a prevalência de problemas vocais autorreferidos. Responderam ao questionário 226 professoras e 61,1% relataram possuir problema de voz. Das 138 que responderam afirmativamente, 58,0% possuíam uma alteração com início até 3 semanas (problema agudo) e 42,0%, uma alteração há mais de 3 semanas (problema crônico). Conforme o *guideline* da *American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation*⁽¹⁵⁾, alterações agudas são aquelas com duração igual ou inferior a três semanas.

A idade das 138 participantes deste estudo variou entre 26 e 54 anos, com média de 41,4 anos, com desvio padrão (DP) de 5,6. O número de filhos variou de 0 a 5, sendo a média igual a 1,9 (DP±1,1). Quanto ao número de pessoas na casa, houve uma variação de 1 a 10 com média de 4,0 (DP±1,3). O tempo de docência variou de 1 ano e 6 meses a 29 anos, com média de 16 anos e 5 meses (DP±6 anos e 4 meses). O número mínimo de alunos em sala de aula foi 17 e o máximo, 40 alunos, sendo a média 25,9 (DP±4,0). As principais características do grupo estudado são apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Em relação à distribuição das professoras segundo os estágios de prontidão para a mudança pela escala URICA-VOZ, 59,4% estavam no estágio da pré-contemplação; 37,0% no da contemplação; 3,6% no da ação; e nenhuma no estágio da manutenção. Pôde-se observar que o nível de prontidão para mudança variou de 1,4 a 12,5 pontos, sendo a média de 7,4 pontos (DP±2,1).

Considerando que apenas cinco professoras estavam no estágio da ação, essas foram excluídas para realização das demais análises estatísticas. As cinco relataram ter problema de voz há mais de um mês, sendo que três delas afirmaram ter procurado tratamento fonoaudiológico. Uma comentou não ter procurado o fonoaudiólogo, pois o único sintoma é o ardor na garganta e que acredita ser consequência do hipotireoidismo.

A variável desfecho foi considerada em duas categorias identificadas: pré-contemplação e contemplação. Foi verificado que 65,0% das professoras com problema agudo de voz estavam no estágio da pré-contemplação e 35,0% no estágio da contemplação; e entre aquelas com problema crônico de voz, 56,6% estavam no estágio da pré-contemplação e 43,4% no estágio da contemplação ($p=0,330$).

A análise bivariada entre as principais características do grupo e os dois estágios para a mudança comportamental pela escala URICA-VOZ está apresentada na Tabela 3.

A Tabela 4 apresenta as variáveis que permaneceram no modelo final estatístico por meio da análise multivariada. Aquelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos, econômicos, ocupacionais e estilo de vida das 138 professoras com problema vocal alocadas na rede municipal. Montes Claros, Minas Gerais, 2013

Variáveis	n	%
Idade (faixa etária)		
26–29	4	2,9
30–39	44	31,9
40–49	81	58,7
50–54	9	6,5
Estado civil		
Solteira	20	14,5
Casada	98	71,0
Separada	17	12,3
Viúva	3	2,2
Escolaridade		
Superior com pós-graduação	62	44,9
Superior sem pós-graduação	73	52,9
Ensino médio	3	2,2
Número de filhos		
Nenhum	20	14,5
Um ou mais	118	85,5
Renda mensal da família		
≥R\$ 2.500,00	44	31,9
<R\$ 2.500,00	94	68,1
Tempo de docência		
≤16 anos	48	34,8
>16 anos	90	65,2
Número de alunos em sala de aula		
≤25	75	54,3
>25	63	45,7
Ruído em sala de aula		
Desprezível	3	2,2
Tolerável	88	63,8
Incomodativo	44	31,8
Insuportável	3	2,2
Ruído dentro da escola		
Desprezível	7	5,1
Tolerável	83	60,1
Incomodativo	43	31,2
Insuportável	5	3,6
Ruído fora da escola		
Desprezível	46	33,3
Tolerável	75	54,3
Incomodativo	16	11,6
Insuportável	1	0,8
Ventilação em sala de aula		
Satisfatória	14	10,1
Razoável	58	42,0
Precária	46	33,3
Muito precária	20	14,6
Ingere água durante às aulas		
Sim	100	72,5
Não	38	27,5
Quanto de água/dia		
4 ou mais copos	75	54,3
1 a 3 copos	63	45,7
Consumo de álcool		
Nunca	67	48,6
Mensalmente ou menos	37	26,8
2 a 4 vezes por mês	29	21,0
2 a 3 vezes por semana	5	3,6
Tabagismo		
Não fumante	123	89,1
Ex-fumante	10	7,2
Fumante atual	5	3,6
Atividade Física		
Sim	49	35,5
Não	89	64,5

Tabela 2. Saúde e problemas vocais das 138 professoras com problema vocal alocadas na rede municipal. Montes Claros, Minas Gerais, 2013

Variáveis	n	%
Refluxo gastroesofágico		
Não	127	92,0
Sim	11	8,0
Diagnóstico médico de alergia respiratória		
Não	89	64,5
Sim	49	35,5
Percepção de problema respiratório		
Não	75	54,3
Sim	63	45,7
Uso de algum medicamento		
Não	98	71,0
Sim	40	29,0
Hipertensão		
Não	123	89,1
Sim	15	10,9
Diabetes		
Não	137	99,3
Sim	1	0,7
Alteração do sono		
Não	129	93,5
Sim	9	6,5
Rouquidão		
Não	47	34,1
Sim	91	65,9
Garganta seca		
Não	61	44,2
Sim	77	55,8
Cansaço ao falar		
Não	66	47,8
Sim	72	52,2
Presença de pigarro		
Não	67	48,6
Sim	71	51,4
Falha na voz		
Não	86	62,3
Sim	52	37,7
Esforço vocal		
Não	98	71,0
Sim	40	29,0
Dor ao falar		
Não	129	93,5
Sim	9	6,5
Sinais e sintomas vocais		
Menos de 4 sintomas	75	54,3
4 ou mais sintomas	63	45,7
Uso da voz no dia a dia		
Fala pouco	1	0,7
Fala moderadamente	13	9,4
Fala muito	83	60,2
Fala demais	41	29,7
Afastamento por problema vocal		
Não	109	79,0
Sim	29	21,0
Inadimplência devido à voz		
Não	94	68,1
Sim	44	31,9
Consulta médica devido à voz		
Não	69	50,0
Sim	69	50,0
Tratamento fonoaudiológico		
Não	108	78,3
Sim	30	21,7

que responderam fazer uso de medicamento, perceber ter falha na voz e ter feito ou estar fazendo tratamento fonoaudiológico têm maior chance de prontidão para mudança comportamental.

DISCUSSÃO

A prevalência de problemas vocais autorrelatados foi semelhante a outros estudos (60,0 e 64,8%)^(16,17), porém, acima da prevalência de 11,6% em pesquisa nacional⁽¹¹⁾ e de 47,6% da realizada em Florianópolis, Santa Catarina⁽¹⁸⁾, e aquém da realizada em Maceió, Alagoas, na qual a ocorrência de disfonia

foi de 87,3%⁽¹⁹⁾. Essas variações quanto à prevalência se referem, provavelmente, às diferenças metodológicas utilizadas nos estudos mencionados.

No presente estudo, a prontidão para mudança de comportamento entre as professoras da rede municipal de ensino que relataram ter disfonia se mostrou baixa em relação aos cuidados com a voz. Em princípio, não foi encontrada na literatura uma classificação que permita estimar o quanto o resultado observado em estudos de Modelo Transteórico é satisfatório ou não. Todavia, seria esperado um maior número de pessoas em estágios mais avançados na escala URICA-VOZ devido à

Tabela 3. Associação entre os estágios de pré-contemplação e contemplação pela escala URICA-VOZ e as variáveis independentes

Variáveis	Estágios		Valor de p*
	Pré-contemplação n (%)	Contemplação n (%)	
Dados sociodemográficos, ocupacionais e econômicos			
Idade			
<40 anos	28 (60,9)	18 (39,1)	0,892
≥40 anos	54 (62,1)	33 (37,9)	
Estado civil			
Com companheiro	59 (62,8)	35 (37,2)	0,682
Sem companheiro	23 (59,0)	16 (41,0)	
Filhos			
Nenhum	12 (60,0)	8 (40,0)	0,864
Um ou mais	70 (61,9)	43 (38,1)	
Renda familiar			
≥R\$ 2.500,00	24 (54,5)	20 (45,5)	0,236
<R\$ 2.500,00	58 (65,2)	31 (34,8)	
Escolaridade			
Com pós-graduação	37 (62,7)	22 (37,3)	0,823
Sem pós-graduação	45 (60,8)	29 (39,2)	
Tempo de docência			
≤16 anos	29 (63,0)	17 (37,0)	0,811
>16 anos	53 (60,9)	34 (39,1)	
Número de alunos			
≤25	48 (65,8)	25 (34,2)	0,284
>25	34 (56,7)	26 (43,3)	
Ruídos em sala de aula			
Desprezível a tolerável	58 (65,9)	30 (34,1)	0,158*
Incomodativo a insuportável	24 (53,3)	21 (46,7)	
Ruído fora da escola			
Desprezível a tolerável	73 (61,3)	46 (38,7)	0,830
Incomodativo a insuportável	9 (64,3)	5 (35,7)	
Ventilação em sala de aula			
Satisfatória a razoável	48 (67,3)	23 (32,4)	0,131*
Precária a muito precária	34 (54,8)	28 (45,2)	
Estilo de vida			
Consumo de água/dia			
≥4 copos	40 (55,6)	32 (44,4)	0,116*
<4 copos	42 (68,9)	19 (31,1)	
Tabagismo			
Não fumante	69 (58,5)	49 (41,5)	0,034*
Fumante/ex-fumante	13 (86,7)	2 (13,3)	
Atividade física			
Sim	28 (58,7)	20 (41,7)	0,554
Não	54 (63,5)	31 (36,5)	

Tabela 3. Continuação

Variáveis	Estágios		Valor de p*
	Pré-contemplação n (%)	Contemplação n (%)	
Saúde			
Refluxo gastroesofágico			
Não	79 (64,8)	43 (35,2)	0,014*
Sim	3 (27,3)	8 (72,7)	
Diagnóstico médico de alergia respiratória			
Não	57 (66,3)	29 (33,7)	0,138*
Sim	25 (53,2)	22 (46,8)	
Uso de algum medicamento			
Não	65 (68,4)	30 (31,6)	0,011*
Sim	17 (44,7)	21 (55,3)	
Hipertensão			
Não	77 (64,7)	42 (35,3)	0,035*
Sim	5 (35,7)	9 (64,3)	
Diabetes			
Não	82 (62,1)	50 (37,9)	0,203
Sim	0 (0,0)	1 (100,0)	
Alteração do sono			
Não	79 (63,2)	46 (36,8)	0,147*
Sim	3 (37,5)	5 (62,5)	
Voz			
Rouquidão			
Não	29 (63,0)	17 (37,0)	0,811
Sim	53 (60,9)	34 (39,1)	
Falha na voz			
Não	59 (69,4)	26 (30,6)	0,014*
Sim	31 (62,0)	19 (38,0)	
Presença de pigarro			
Não	43 (68,3)	20 (31,7)	0,138*
Sim	39 (55,7)	31 (44,3)	
Cansaço ao falar			
Não	43 (68,3)	20 (31,7)	0,138*
Sim	39 (55,7)	31 (44,3)	
Esforço vocal			
Não	63 (85,6)	33 (34,4)	0,129*
Sim	19 (51,4)	18 (48,6)	
Dor ao falar			
Não	71 (65,7)	37 (34,3)	0,044*
Sim	11 (44,0)	14 (56,0)	
Ardor na garganta			
Não	58 (64,4)	32 (35,6)	0,338
Sim	24 (55,8)	19 (44,2)	
Distúrbios vocais autorrelatados			
Menos de 4	52 (70,3)	22 (29,7)	0,022*
4 ou mais	30 (50,8)	29 (49,2)	
Uso da voz no dia a dia			
Fala pouco/moderadamente	9 (64,3)	5 (35,7)	0,830
Fala muito/demais	73 (61,3)	46 (38,7)	
Assistência à saúde para o problema de voz			
Consulta médica devido à voz			
Sim	33 (50,0)	33 (50,0)	0,006*
Não	49 (73,1)	18 (26,9)	
Tratamento fonoaudiológico			
Sim	11 (40,7)	16 (59,3)	0,012*
Não	71 (67,0)	35 (33,0)	

*Teste do χ^2

Tabela 4. Análise multivariada para fatores associados à prontidão para mudança comportamental entre professoras com queixa de disфония. Montes Claros, Minas Gerais, 2013

Variáveis	Valor de p	OR ajustado (IC95%)*
Uso de medicamento	0,006	3,30 (1,40–7,74)
Falha na voz	0,048	2,23 (1,01–4,96)
Tratamento fonoaudiológico	0,015	3,25 (1,25–8,43)

*Regressão logística Backward: LR

Legenda: OR = *odds ratio*; IC95% = intervalo de confiança de 95%

elevada prevalência de disфония entre as professoras. Essa baixa prontidão para mudança pode significar dois fatores:

1. as participantes têm consciência da existência de um problema a ser enfrentado, mas estão pouco informadas sobre as consequências desse comportamento;
2. ou então, estão tentando modificar o comportamento, mas não têm habilidade ou o suporte necessário para essa mudança⁽²⁰⁾.

Indivíduos no estágio da pré-contemplação são frequentemente caracterizados como resistentes ou desmotivados ou então não estão prontos para programas de terapia ou de promoção da saúde. Uma possível explicação para essa atitude é que os programas de promoção da saúde tradicionais provavelmente não são motivadores para atender suas necessidades⁽³⁾.

Algumas professoras estavam no estágio da contemplação, o que significa que essas pessoas têm intenção de modificar o comportamento, talvez por reconhecerem os aspectos positivos da mudança. Cinco professoras com disфония crônica estavam no estágio da ação, ou seja, vêm desenvolvendo novos comportamentos.

Estudo realizado com 66 pacientes disfônicos em tratamento nos ambulatórios de voz dos hospitais universitários de duas instituições de ensino em Fonoaudiologia encontrou 30,3% no estágio de pré-contemplação, 57,6% no estágio de contemplação, 12,1% no estágio de ação e nenhum no estágio de manutenção⁽⁷⁾. Essa diferença com o presente estudo, ou seja, maior porcentagem nos estágios de contemplação e ação, pode ser atribuída ao fato dos indivíduos estarem em fonoterapia, portanto, com níveis de motivação mais elevados.

Na análise do presente estudo, comparando os dois estágios, as variáveis que se mostraram associadas com a maior predisposição/sensibilização (estágio de contemplação) para mudança de comportamento quanto à voz foram: o uso de medicamento, a percepção de falhas na voz e a procura por tratamento fonoaudiológico. É lícito supor que tais fatores possam contribuir para tomada de consciência do problema vocal, interferindo na prontidão para mudança de comportamento, alcançando-se o estágio de contemplação.

A procura por tratamento fonoaudiológico foi um fator associado à queixa de voz, apesar da maioria avaliada estar no estágio da pré-contemplação e a busca pela assistência normalmente ocorrer em estágios de prontidão mais avançados, quando o indivíduo já considera resolver o problema vocal. Portanto, estudos futuros são necessários para melhor compreendermos tal resultado.

Informações sobre a percepção do paciente quanto à sua própria voz auxiliam no direcionamento e na abordagem terapêutica, podendo contribuir para aumentar a consciência da necessidade de mudança do comportamento vocal. Uma possível estratégia para indivíduos no estágio da pré-contemplação seria personalizar informações sobre os impactos negativos da disфония na qualidade de vida e os benefícios do tratamento fonoaudiológico. Os programas educacionais são condições básicas, cujo intuito deve ser o empoderamento do indivíduo e da comunidade.

Para aqueles que se encontram no estágio de contemplação deve-se motivá-los, incentivando-os a fazer planos específicos⁽⁹⁾. É importante ressaltar que muitos podem permanecer nesse estágio por longo período de tempo, o que é denominado de contemplação crônica⁽²⁰⁾. Uma atividade para com pacientes com problemas vocais que estão em tratamento seria fazer gravações da voz ao longo do processo fonoterápico, por ser um recurso valioso de incentivo ao paciente, pois esse se sente motivado ao perceber a melhora progressiva da sua voz. Devido à escassez de recursos materiais nos serviços públicos ambulatoriais, tais gravações se limitam somente ao início ou final do tratamento⁽⁷⁾.

A transição de um estágio de mudança comportamental para outro depende das estratégias ou intervenções adequadas a cada momento específico em que o indivíduo se encontra. O Modelo Transteórico possui, também, dez processos de mudança aplicáveis aos estágios específicos, e esses focam em atividades para que se possa ocorrer progresso⁽³⁾.

É necessário dizer que os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de algumas limitações. A primeira delas se refere ao público-alvo, que foi restrito às professoras vinculadas ao ensino público municipal, lecionando do primeiro ao quinto ano. Outro aspecto a ser destacado diz respeito à detecção dos problemas de voz terem sido aferidos por meio de queixas vocais autorrelatadas. É importante destacar, também, que o grupo não foi constituído de indivíduos em tratamento fonoaudiológico, e o Modelo Transteórico tem sido utilizado, sobretudo, para medir as dimensões de prontidão para mudança em indivíduos que se submetem ao tratamento.

Apesar das limitações, a relevância do tema e a escassez da literatura sobre o assunto destacam a magnitude do problema e a necessidade de estudos na área. Os resultados devem ser motivadores de atividades de promoção de saúde para a melhoria da qualidade de vida no que refere aos cuidados com a voz e a saúde geral, o que representa um compromisso do fonoaudiólogo⁽²¹⁾. O Modelo Transteórico é uma oportunidade do profissional trabalhar com a promoção dos hábitos saudáveis e verificar que cada estágio necessita de ações específicas para obter a adesão aos cuidados da saúde vocal.

CONCLUSÃO

A maioria das professoras com queixas vocais se encontra no estágio de pré-contemplação na escala URICA-VOZ. Tal fato demonstra a necessidade de um processo de educação apontando para os riscos do mau uso e abuso da voz

e apresentando os benefícios da saúde geral e vocal. As variáveis que se mostraram associadas com a maior prontidão para a mudança comportamental estão relacionadas com o uso de medicamento, percepção de falha na voz e com a procura por tratamento fonoaudiológico. Esses resultados podem subsidiar intervenções de saúde pública que envolvam pessoas em diferentes estágios no processo de tomada de decisão quanto à mudança comportamental para a saúde vocal.

AGRADECIMENTOS

Aos professores pela disponibilidade em participar da pesquisa e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela concessão de bolsa de doutorado.

**LARRB realizou a coleta, análise dos dados e escrita do manuscrito, APC e ACCG forneceram orientações em cada etapa de execução desta pesquisa e realizaram a correção final do artigo.*

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e aos novos desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2013 Aug 23]. Available from: http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/ms000273.pdf
2. Davies M, Macdowall W. Health Promotion Theory. London: Open University Press; 2006.
3. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
4. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(6):1641-50.
5. Souza CC, Silva JG, Oliveira MS, Bittencourt SA, Freire SD. Jogo patológico e motivação para mudança de comportamento. Psicol Clin. 2009;21(2):345-61.
6. Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. J Clin Psychol. 2011;67(2):143-54.
7. Teixeira LC, Rodrigues AL, Silva AF, Azevedo R, Gama ACC, Behlau M. The use of the URICA-VOICE questionnaire to identify the stages of adherence to voice treatment. Cogas. 2013;25(1):8-15.
8. Van Leer EV, Hapner ER, Connor NP. Transtheoretical model of health behavior change applied to voice therapy. J Voice. 2008;22(6):688-98.
9. National Institutes of Health [Internet]. Theory at a Glance: a guide for health promotion practice. US Department of Health and Human Services; 2005 [cited 2012 Jan 31]. Available from: <http://www.med.upenn.edu/chbr/documents/TheoryataGlance.pdf>
10. Souza CC, Silva JG, Oliveira MS. Motivação para mudança de comportamento em amostra de jogadores patológicos. J Bras Psiquiatr. 2011;60(2):73-9.
11. Behlau M, Zambon F, Guerrieri AC, Roy N. Epidemiology of voice disorders in teachers and nonteachers in Brazil: prevalence and adverse effects. J Voice. 2012;26(5): 665.e9-18.
12. Simões-Zenari M, Bitar ML, Nemr NK. The effect of noise on the voice of preschool institution educators. Rev Saúde Pública. 2012;46(4):657-64. [Portuguese].
13. Moraes ABA, Rolim GS, Costa Jr AL. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. Rev Bras Ter Comport Cogn. 2009;11(2):329-45.
14. The HABITS Lab at UMBC [Internet]. University of Rhode Island Change Assessment Scale: URICA [cited 2013 Mar 18]. Available from: <http://habitslab.umbc.edu/the-model/>
15. Schawartz SR, Cohen SM, Dailey SH, Rosenfeld RM, Deutsch ES, Gillespie MB, et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;141(3 Suppl 2):S1-S31.
16. Ferreira LP, Latorre MRDO, Giannini SPP. A violência na escola e os distúrbios de voz de professores. Distúrb Comun. 2011;23(2):165-72.
17. Caporossi C, Ferreira LP. Sintomas vocais e fatores relativos ao estilo de vida em professores. Rev CEFAC. 2011;13(1):132-9.
18. Marçal CCB, Peres MA. Alteração vocal auto-referida em professores: prevalência e fatores associados. Rev Saúde Pública. 2011;45(3):503-11.
19. Alves LP, Araújo LTR, Xavier Neto JA. Prevalência de queixas vocais e estudo de fatores associados em uma amostra de professores de ensino fundamental em Maceió, Alagoas, Brasil. Rev Bras Saúde Ocup. 2010;35(121):168-75.
20. Miller RW, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudanças de comportamentos adictivos. Porto Alegre: ArtMed; 2001.
21. Alves LA, Robazzi MLCC, Marziale MHP, Felipe ACN, Romano CC. Alterações da saúde e a voz do professor, uma questão de saúde do trabalhador. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009;17(4):566-72.