

Heloisa Helena de Almeida Neves Matta dos Santos¹Andréa Gomes de Oliveira Aguiar²Heidi Elisabeth Baeck²John Van Borsel³

Tradução e avaliação preliminar da versão em Português do Questionário de Autoavaliação Vocal para Transexuais de Homem para Mulher

Translation and preliminary evaluation of the Brazilian Portuguese version of the Transgender Voice Questionnaire for male-to-female transsexuals

Descritores

Transexualismo
Voz
Autoavaliação
Tradução
Pessoas Transgênero

Keywords

Transsexualism
Voice
Self-assessment
Translating
Transgendered persons

RESUMO

Objetivo: O propósito deste estudo é desenvolver a versão em língua portuguesa do questionário de autoavaliação vocal *TVQ^{Mf}* (*Transgender Voice Questionnaire for male to female Transsexuals*), bem como verificar a aplicabilidade do instrumento para uso no Brasil. **Métodos:** A pesquisa foi dividida em duas partes: (1) tradução e adaptação do questionário *TVQ^{Mf}* e da ficha demográfica; e (2) estudo preliminar das propriedades psicométricas (consistência interna e confiabilidade teste-reteste) da versão adaptada do questionário. Para a tradução e adaptação foram seguidos os seguintes estágios: tradução, conciliação, retrotradução, harmonização e teste piloto. O questionário *TVQ^{Mf}* e a ficha demográfica foram aplicados em 13 transexuais de homem para mulher, com idades entre 21 e 47 anos. As participantes concordaram em responder o *TVQ^{Mf}* em dois momentos (teste e reteste), cujo intervalo entre as aplicações idealizado foi de 30 dias. **Resultados:** Duas propriedades psicométricas foram investigadas: consistência interna e confiabilidade teste-reteste. Foram obtidos altos níveis de consistência interna no teste ($\alpha=0,911$) bem como no reteste ($\alpha=0,952$), com alta confiabilidade, CCI médio=0,957 (IC95% 0,916–0,984). **Conclusão:** O *TVQ^{Mf}* é um instrumento indicado para autoavaliação vocal de pacientes transexuais de homem para mulher, sendo recomendado para fins clínicos e de pesquisa.

ABSTRACT

Purpose: To contribute to the development of a Brazilian Portuguese language version of the vocal self-assessment questionnaire, Transsexual Voice Questionnaire: Male-to-Female (*TVQ^{Mf}*), and to evaluate the questionnaire for use in Brazil. **Methods:** The research was divided into two parts: (1) translation and adaptation of the questionnaire (*TVQ^{Mf}*) and demographic form and (2) preliminary study of the psychometric properties (internal consistency and test-retest reliability) of the adapted version of the questionnaire. For the translation and adaptation, the following steps were taken: translation, reconciliation, back-translation, harmonization, and pilot test. The *TVQ^{Mf}* questionnaire and the demographic form were applied to 13 male-to-female transsexuals, aged between 21 and 47 years. The participants agreed to answer the *TVQ^{Mf}* on two occasions (test and retest), with an optimal interval of 30 days. **Results:** Two psychometric properties were investigated: internal consistency and test-retest reliability. High levels of internal consistency (in both test ($\alpha=0.911$) and retest ($\alpha=0.952$) conditions) and reliability (with an average ICC=0.957 (95%CI 0.916–0.984)), were found. **Conclusion:** The *TVQ^{Mf}* is an appropriate instrument for vocal self-assessment of male-to-female transsexual patients, which can be recommended for clinical and research goals.

Endereço para correspondência:

Heloisa Helena de Almeida Neves Matta dos Santos
Rua Caiapó, 35/403, Engenho Novo, Rio de Janeiro (RJ), Brasil, CEP: 20710-180.
Email: helohneves@hotmail.com

Recebido em: 16/07/2014

Aceito em: 23/12/2014

Trabalho realizado no Programa de Pós-graduação em Fonoaudiologia da Universidade Veiga de Almeida e Ambulatório de Urologia Reconstructora do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

(1) Prefeitura Municipal de Itaguaí – Itaguaí (RJ), Brasil.

(2) Departamento de Formação Específica em Fonoaudiologia, Universidade Federal Fluminense – UFF – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

(3) Universidade Veiga de Almeida – UVA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

O transexualismo é um termo introduzido na metade do século passado⁽¹⁾ para designar uma condição na qual um indivíduo está convencido de que seu sexo psicológico é oposto ao sexo anatômico.

O paciente transexual apresenta um forte desejo de se assemelhar fisicamente ao sexo oposto e, conseqüentemente, ser aceito(a) pela sociedade como pertencente àquele sexo⁽²⁾. Fala-se de um transexual de homem para mulher (HPM) ou transmulher, no caso da disforia de gênero em um indivíduo do sexo masculino e de transexual mulher para homem ou transhomem no caso de um indivíduo do sexo feminino.

Descobertas sobre a prevalência do transexualismo variam consideravelmente entre países e períodos^(3,4). Existem geralmente mais transexuais HPM do que de mulher para homem, embora uma mudança gradual pareça estar acontecendo. No final dos anos 1960, a razão homem-para-mulher/mulher-para-homem era 3,5 para 1, mas esse valor evoluiu para 2 para 1.

O atendimento a clientes transexuais é um processo longo que começa com uma avaliação psicológica e psiquiátrica em vista de um diagnóstico. Isso é seguido pelo então chamado “diagnóstico da realidade” ou “teste da vida real”, testando a correção do diagnóstico. É avaliado se o indivíduo de fato tem um firme desejo de reatribuir completamente e permanentemente seu gênero e se a disforia diminui quando ele/ela assume o papel do sexo oposto. Nessa fase a terapia hormonal também se inicia. Indivíduos do sexo masculino recebem estrogênio e os do sexo feminino recebem testosterona, a fim de desenvolverem características sexuais femininas e masculinas, respectivamente. De acordo com a evolução, a equipe interdisciplinar decidirá se a cirurgia de transgenitalização será ou não realizada.

Como a voz é um fator notável na percepção do gênero, o acompanhamento interdisciplinar de pacientes transexuais deveria incluir a fonoterapia, sobretudo para transexuais HPM. Em transexuais de mulher para homem a terapia de voz, em geral, não é considerada, uma vez que a administração de hormônios masculinos tende a modificar a voz na direção do gênero desejado. Os objetivos da terapia vocal para transexuais HPM são a elevação da frequência fundamental da voz e o aumento da variação de frequência, porém, o trabalho com outros parâmetros deve ser incluído, como é o caso do equilíbrio da ressonância e o aprimoramento da competência comunicativa.

O *Comitee on Phoniatrics of European Larygological Society* recomenda a avaliação dos seguintes procedimentos pré e pós-terapia ou treinamento vocal: avaliação perceptivo-auditiva da voz, videolaringoscopia, avaliação acústica, aerodinâmica e autoavaliação⁽⁵⁾, que insere a perspectiva do indivíduo sobre seu problema. Observa-se uma tendência de valorização da percepção do paciente quanto ao funcionamento vocal no seu contexto de vida. De fato, a percepção do paciente pode ser diferente da do clínico e dos resultados sugeridos por uma avaliação instrumental ou perceptivo-auditiva.

Informações sobre a percepção do paciente são geralmente coletadas através de instrumento de autoavaliação. Alguns instrumentos de autoavaliação vocal foram validados e são

amplamente utilizados para fins clínicos e de pesquisa, tais como: Qualidade de Vida em Voz (QVV)⁽⁶⁾, que vem a ser tradução do *Voice-Related Quality of Life*; Perfil de Participação em Atividades Vocais (PPAV)⁽⁷⁾, tradução do *Voice Activity and Participation Profile*; e, especialmente, o Índice de Desvantagem Vocal (IDV)⁽⁸⁾, uma tradução do *Voice Handicap Instrument*. A percepção do paciente quanto à sua própria voz é certamente importante em serviços para transexuais, uma vez que é um fator significativo no processo de transição.

No entanto, as escalas disponíveis atualmente podem não ser adequadas para a população em questão, como sugerem os resultados do estudo de T'Sjoen et al.⁽⁹⁾. Nesse estudo, o índice de desvantagem vocal foi aplicado em 28 transexuais HPM (média de idade 42 anos) e 20 transexuais de mulher para homem (média de idade 33 anos). Em contraste com a experiência clínica geral e com os registros de história do paciente, nenhum dos dois grupos de transexuais (HPM e mulher-para-homem) apresentou pontuações indicativas de desvantagens relacionadas à voz.

Mais recentemente, em 2006, uma escala específica de autoavaliação para uso com pacientes transexuais foi desenvolvida por Dacakis et al.⁽¹⁰⁾ baseada no índice de dificuldade da voz: o Questionário de Autoavaliação de Transgênero (TSEQ). Assim como o VHI, o TSEQ também possui 30 itens, porém, várias questões do VHI originais foram omitidas ou modificadas em vista de suas relevâncias para a população transexual.

A revisão foi baseada nas experiências clínicas extensivas dos autores com indivíduos transexuais, assim como na colaboração de dois pacientes transexuais. Além disso, a revisão conduziu para o desenvolvimento de duas versões, uma para transexuais HPM e outra para transexuais de mulher para homem, intituladas Questionário de Voz para Transexuais de Homem para Mulher (TVQ:^{MIF}) e Questionário de Voz para Transexuais de Mulher para Homem (TVQ:^{FIM}), respectivamente. Um estudo feito por Dacakis et al.⁽¹⁰⁾ sobre as propriedades psicométricas do TVQ:^{MIF} com 29 participantes australianos e 6 canadenses demonstrou alta consistência interna e excelente confiabilidade.

Até o momento, o TVQ:^{MIF} e o TVQ:^{FIM}, instrumentos de avaliação da percepção vocal de pacientes transexuais, estão disponíveis apenas em Inglês. Sabendo-se que há um maior número de transexuais HPM e que os problemas relacionados à voz ocorrem com maior incidência nesse grupo, o propósito do presente estudo é contribuir com o desenvolvimento de uma versão em língua portuguesa do TVQ:^{MIF} e da ficha demográfica que segue junto ao questionário, além de avaliar preliminarmente o uso do questionário no Brasil.

A versão em língua portuguesa do TVQ:^{MIF} e a ficha demográfica encontram-se disponíveis no website da autora Shelagh Davies (<http://www.shelaghdavies.com/>).

MÉTODOS

Materiais

O TVQ:^{MIF} apresenta 30 questões fechadas, onde a entrevistada responde a itens relacionados com os impactos sociais da

sua voz. O TVQ: Forma Demográfica, ficha demográfica que segue o TVQ:^{MtF}, é composto por 14 questões entre perguntas abertas e fechadas que abordam aspectos sociais, demográficos e culturais, tais como: tipo de trabalho, nível de escolaridade, realização de cirurgias, informações sobre a utilização de hormônios, entre outros.

O TVQ:^{MtF} foi respondido com base na experiência pessoal de vivência como mulher, identificado por meio da escala de classificação, na qual 1=nunca/raramente; 2=algumas vezes; 3=freqüentemente; e 4=usualmente/sempe, ou seja, cada participante poderia apresentar um escore mínimo de 30 pontos e máximo de 120 pontos.

PROCEDIMENTOS

O presente estudo consiste em duas partes:

1. tradução e adaptação do questionário TVQ:^{MtF} e da ficha demográfica;
2. estudo preliminar das propriedades psicométricas (consistência interna e confiabilidade teste-reteste) da versão adaptada do questionário.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida sob nº 263/10 e do Hospital Universitário Pedro Ernesto sob nº 3001-2011 CEP/HUPE .

Tradução e adaptação

Para a tradução e adaptação do questionário TVQ:^{MtF} e da ficha demográfica *TVQ Demographics Form - MTF* foram seguidos os estágios com base em Wild et al.⁽¹¹⁾ e no *Scientific Advisory Committee of Medical Trust (SAC)*⁽¹²⁾: tradução, conciliação, retrotradução, harmonização e teste piloto.

Estágio I: tradução

Foram realizadas duas traduções (Inglês-Português) independentes, efetuadas por dois fonoaudiólogos bilíngües com experiência em tradução. Os tradutores receberam instruções sobre os objetivos do projeto e foram orientados quanto à realização de traduções com características mais contextuais do que literais.

Estágio II: conciliação

As versões traduzidas foram conciliadas na presença dos dois tradutores e de um fonoaudiólogo que não participou da etapa anterior. Essa fase teve como objetivo avaliar e solucionar discrepâncias entre as duas traduções, além de produzir uma única versão em Português.

Estágio III: retrotradução (tradução Português-Inglês)

Foi elaborada por um professor de Inglês, “tradutor ingênuo”, ou seja, não pertencente à área da saúde. É relevante que um dos tradutores tenha essa característica para que seja menos influenciado pelos objetivos acadêmicos e possa oferecer uma tradução mais próxima da linguagem da população.

Estágio IV: harmonização

A harmonização da retrotradução com o instrumento original foi executada na presença de dois fonoaudiólogos bilíngües que não participaram das traduções anteriores. Essa fase teve com objetivo garantir a equivalência conceitual entre a língua original e a língua-alvo.

Estágio V: teste piloto

Para avaliar o grau de clareza e pertinência das questões foi elaborado um teste piloto com 5 transexuais HPM (idades entre 29 anos e 10 meses e 40 anos e 10 meses; grau mínimo de escolaridade ensino médio e tempo de apresentação como mulher de pelo menos 5 anos) acompanhadas no Ambulatório de Urologia Reconstructora do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento e Compromisso, as entrevistadas responderam aos itens do questionário TVQ:^{MtF} e à ficha demográfica, além de avaliarem o grau de clareza e pertinência de cada uma das questões por meio de uma escala Likert.

Para avaliar a clareza foram solicitadas a responder à seguinte questão norteadora: “Avalie a clareza de cada item”, na qual: 0=nada claro; 1=pouco claro; 2=nem pouco nem muito claro; 3=claro; e 4=muito claro.

Do mesmo modo, para avaliação da pertinência as entrevistadas responderam à seguinte questão norteadora: “Avalie o grau de pertinência de cada item”, sendo as respostas possíveis: 1=não é pertinente; 2=pouco pertinente; 3=pertinente; e 4=muito pertinente.

Nessa etapa piloto as participantes também foram convidadas a apresentar críticas e sugestões quanto à forma e ao conteúdo do questionário e da ficha demográfica.

Resultados preliminares do teste piloto

A análise dos dados demonstrou que os itens 1 e 23, traduzidos respectivamente como “As pessoas têm dificuldades em me ouvir em uma sala barulhenta” e “Minha voz restringe o tipo de trabalho que faço”, foram julgados como “nem muito nem pouco claro” por uma das cinco participantes do teste piloto. Os itens 1 e 23 não foram alterados por terem sido considerados claros pela equipe do projeto.

O item 11, traduzido como “Quando falo o tom da minha voz não varia o suficiente”, foi considerado “nem muito nem pouco claro” por uma das entrevistadas. Além dessa, três das quatro outras participantes tiveram dúvidas quanto a essa sentença. Por esse motivo, o item 11 foi alterado para “A variação de tons da minha voz feminina é pequena”.

O item 29, traduzido como “A extensão de tons da minha voz falada é restrita”, foi considerado “nem muito nem pouco claro” por uma das cinco participantes. Uma das outras quatro participantes apresentou dúvidas quanto ao termo “extensão de tons”, o que gerou alteração da sentença para “Minha voz falada possui uma variação de tons pequena.”

Mesmo julgados como claro ou muito claro pelas cinco participantes, foram solicitadas ao pesquisador explicações adicionais nos itens 5, 14, 18 e 22.

O item 5, traduzido como “O tom da minha voz não é confiável”, gerou dúvidas em três das cinco participantes devido ao termo “confiável” e a sentença foi alterada para “É difícil saber como sairá o tom da minha voz”.

O item 14, traduzido como “Minha voz soa artificial”, gerou dúvida em uma das cinco entrevistadas e foi alterado para “Minha voz parece artificial”.

O item 18, traduzido como “Quando não estou prestando atenção o meu tom de voz desce”, gerou dúvidas em duas das cinco entrevistadas devido ao uso do termo “desce”. A sentença foi alterada para “Quando não estou prestando atenção o meu tom de voz fica grave”.

O item 22, traduzido como “Minha voz fica cansada rapidamente”, gerou dúvida em uma das cinco entrevistadas, mas a sentença não foi alterada por ter sido considerada clara pela equipe do projeto.

Foram considerados pouco pertinentes os itens 12, 17, 23, 24 e 30 do *TVQ*:^{MIF} para uma das cinco participantes, bem como os itens do *TVQ*:^{MIF}: Forma Demográfica relacionados a emprego e educação, qualificação, vida diária e tratamentos, tempo de apresentação como mulher e cirurgia de voz. Tais considerações não representaram exclusões ou modificações na versão final dos mesmos, pois foram consideradas relevantes pela equipe do projeto.

Após a incorporação das modificações sugeridas pelo teste piloto houve revisão ortográfica e gramatical do questionário e da ficha demográfica, a fim de evitar inadequações e erros de termos/frases traduzidas nas versões finais da língua portuguesa.

Propriedades psicométricas do questionário

Para investigar as propriedades psicométricas do questionário foi realizado um estudo com 13 transexuais HPM acompanhadas pelo Ambulatório de Urologia Reconstructora do HUPE que consentiram com suas participações voluntárias neste estudo. Nenhuma das 13 entrevistadas participou do teste piloto com o referido instrumento (Quadro 1).

Dois propriedades psicométricas foram investigadas: consistência interna e confiabilidade teste-reteste.

As participantes concordaram em responder o *TVQ*:^{MIF} em dois momentos (teste e reteste) e não receberam qualquer tipo de intervenção entre as avaliações.

O intervalo entre o teste e o reteste foi idealizado para 30 dias, um período não muito curto, para evitar a possível influência de um viés de memória, e não muito longo, para impedir a influência de possíveis mudanças relacionadas aos itens pesquisados. No entanto, não foi possível realizar as aplicações teste e reteste no prazo idealizado, tendo em vista a ocorrência de circunstâncias práticas, tal como a falta de disponibilidade das participantes para o cumprimento do prazo estabelecido.

O intervalo médio entre as avaliações do teste e reteste foi de 46 dias, com variação mínima de 18 e máxima de 94 dias. Cabe ressaltar que a irregularidade no intervalo de aplicação não comprometeu a estabilidade das respostas apresentadas pelas participantes.

Análise estatística

A confiabilidade do questionário foi avaliada utilizando os mesmos procedimentos sugeridos em Dacakis et al.⁽¹⁰⁾. Foram realizados os seguintes testes estatísticos:

1. Alfa de Cronbach (α): o coeficiente mede o quanto os itens do teste estão relacionados como um grupo. Essa proximidade é chamada de consistência interna dos itens na escala. Esse coeficiente é uma função do número de itens do teste e da intercorrelação média entre eles. O valor do alfa de Cronbach varia num intervalo de 0,0 a 1,0 e quanto mais próximo esse valor está de 1,0, melhor é a consistência interna;
2. Correlação Item-Total (CIT): o CIT mede a correlação de cada item com o total. Itens que apresentam um valor de CIT baixo (<0,20) são considerados fracos, de forma que eles podem não estar representando a escala global de forma correta e também não discriminam bem os entrevistados

Quadro 1. Caracterização das participantes do estudo (n=13) segundo a Ficha Demográfica

Participante	Idade (anos;meses)	Escolaridade	Tempo de apresentação como mulher (anos;meses)	Uso de hormônio	Tempo de uso hormonal (anos;meses)	Realização de cirurgia
1	43;8	Ensino médio	43;6	Sim	19;0	Não
2	33;4	Graduação	8;6	Sim	8;0	Sim
3	21;6	Graduação	2;6	Sim	1;10	Não
4	29;0	Ensino médio	10;0	Sim	7;0	Não
5	27;3	Ensino Médio	3;0	Sim	0;5	Não
6	34;6	Graduação	4;0	Sim	4;0	Não
7	38;6	Ensino fundamental	18;0	Sim	7;0	Sim
8	31;5	Ensino médio	18;0	Sim	15;0	Sim
9	35;6	Ensino fundamental	10;0	Sim	1;2	Não
10	38;10	Graduação	30;0	Sim	8;0	Não
11	47;10	Pós-graduação	4;0	Sim	3;0	Não
12	30;11	Ensino médio	0;9	Sim	0;5	Não
13	43;8	Ensino médio	31;0	Não	–	Sim
Média	35;0		14;1		6;2	
Amplitude	21;6–47;100				1;2–15;0	

- que apresentam um alto valor total daqueles que apresentam um baixo valor;
3. Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI): o CCI fornece um índice de concordância ou consistência entre medidas feitas durante o intervalo teste-reteste, ou seja, mede a estabilidade temporal das respostas para os itens na escala. O valor está entre 0,0 e 1,0 e quanto mais próximo de 1,0, melhor a estabilidade temporal das respostas.

As 13 participantes foram contatadas por telefone e recebidas na Universidade Veiga de Almeida pela fonoaudióloga responsável pelo estudo. Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do projeto e consentiram com a participação por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 196/96 sobre pesquisas com seres humanos.

As participantes foram orientadas a preencher o questionário e a ficha demográfica (TVQ^{MIF} e TVQ^{MIF} ; Forma Demográfica). Cabe salientar que a fonoaudióloga não interferiu na leitura ou na marcação das respostas para que não houvesse influência na avaliação das participantes.

RESULTADOS

Consistência interna

Foi realizado o teste Alfa de Cronbach (α) para o teste e o reteste. Os valores obtidos tanto no teste ($\alpha=0,911$) quanto no reteste ($\alpha=0,952$) demonstram que o TVQ^{MIF} teve um alto índice de consistência interna.

Correlação Item-Total

A estatística descritiva e as correlações dos itens com o total para teste e reteste estão nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

O intervalo CIT para o teste foi de 0,152 (Item 14) até 0,821 (Q.3). A amplitude demonstra um grau moderado a forte para as percepções no questionário. Apenas o item 14 do instrumento “Minha voz parece artificial” foi considerado um item pobre.

Os valores encontrados no reteste apontam intervalos entre 0,248 (Item 14) a 0,886 (Item 4). No reteste não houve nenhum item com $CIT < 0,20$, portanto, nenhum item foi considerado como pobre.

Tabela 1. Estatística descritiva para o teste segundo questionário TVQ^{MIF} , aplicado em 13 participantes

Itens do TVQ^{MIF}	Média (DP)	Mín-Máx	Mediana	Moda*	CIT
1. As pessoas têm dificuldade em me ouvir em uma sala barulhenta.	2,6 (1,0)	1-4	3	2	0,330
2. Eu me sinto ansiosa quando sei que tenho que usar minha voz.	3,2 (1,0)	1-4	4	4	0,234
3. Minha voz faz com que eu me sinta menos feminina do que eu gostaria.	3,1 (0,9)	2-4	3	4	0,821
4. O tom da minha voz falada é muito grave.	3,0 (0,8)	2-4	3	3	0,670
5. É difícil saber como sairá o tom da minha voz.	2,6 (1,0)	1-4	3	2	0,462
6. Minha voz atrapalha a minha vida como mulher.	2,7 (1,1)	1-4	3	2	0,408
7. Eu evito usar o telefone por causa da minha voz.	1,8 (0,8)	1-3	2	1	0,509
8. Eu fico tensa quando falo com os outros por causa da minha voz.	3,1 (0,9)	2-4	3	4	0,604
9. Fico rouca quando tento falar com minha voz feminina.	1,4 (0,7)	1-3	1	1	0,665
10. Minha voz dificulta que eu seja reconhecida como mulher.	2,3 (1,0)	1-4	2	2	0,709
11. A variação de tons da minha voz feminina é pequena.	2,6 (1,0)	1-4	2	2	0,444
12. Eu me sinto desconfortável ao falar com amigos, vizinhos ou parentes por causa da minha voz.	2,3 (1,1)	1-4	2	1	0,547
13. Eu evito falar em público por causa da minha voz.	2,8 (1,1)	1-4	3	2	0,495
14. Minha voz parece artificial.	2,2 (0,7)	1-3	2	2	0,152
15. Tenho que me concentrar para fazer minha voz soar como quero que soe.	2,5 (0,9)	1-4	2	2	0,425
16. Eu me sinto frustrada quando tento mudar a minha voz.	2,9 (1,1)	1-4	3	4	0,365
17. As dificuldades com a minha voz restringem a minha vida social.	2,6 (1,2)	1-4	3	4	0,735
18. Quando eu não estou prestando atenção meu tom de voz fica grave.	2,8 (1,2)	1-4	3	4	0,493
19. Quando eu rio pareço um homem.	2,3 (1,3)	1-4	2	1	0,384
20. Minha voz não combina com minha aparência física.	3,2 (0,9)	2-4	4	4	0,492
21. Eu faço muito esforço para produzir minha voz.	2,3 (0,9)	1-4	2	2	0,333
22. Minha voz fica cansada rapidamente.	2,1 (1,0)	1-4	2	2	0,413
23. Minha voz restringe o tipo de trabalho que faço.	1,6 (0,9)	1-4	1	1	0,240
24. Eu sinto que a minha voz não reflete o meu “verdadeiro eu”.	3,3 (0,9)	2-4	4	4	0,364
25. Eu sou menos extrovertida por causa da minha voz.	3,0 (0,9)	2-4	3	2	0,605
26. Eu tenho consciência sobre como os estranhos percebem minha voz.	2,9 (1,2)	1-4	3	4	0,613
27. Minha voz “falha” no meio da fala.	2,4 (1,1)	1-4	2	2	0,376
28. Fico aborrecida quando sou percebida como um homem por causa da minha voz.	3,2 (1,0)	1-4	4	4	0,544
29. Minha voz falada possui uma variação de tons pequena.	2,8 (1,0)	1-4	3	2	0,600
30. Eu me sinto discriminada por causa da minha voz.	2,1 (1,3)	1-4	2	1	0,583

*Em caso de modas múltiplas, o menor valor é apresentado

Legenda: DP = desvio padrão; CIT = correlação item-total

Tabela 2. Estatística descritiva para o reteste segundo questionário *TVQ*^{MIF}, aplicado em 13 participantes

Itens do “ <i>TVQ</i> ^{MIF} ”	Média (DP)	Mín-Máx	Mediana	Moda*	CIT
1. As pessoas têm dificuldade em me ouvir em uma sala barulhenta.	2,5 (0,8)	2-4	2	2	0,659
2. Eu me sinto ansiosa quando sei que tenho que usar minha voz.	3,0 (1,1)	1-4	3	4	0,633
3. Minha voz faz com que eu me sinta menos feminina do que eu gostaria.	3,2 (0,9)	1-4	3	4	0,607
4. O tom da minha voz falada é muito grave.	2,5 (1,1)	1-4	2	2	0,866
5. É difícil saber como sairá o tom da minha voz.	2,5 (0,9)	1-4	2	2	0,558
6. Minha voz atrapalha a minha vida como mulher.	2,7 (1,2)	1-4	2	2	0,717
7. Eu evito usar o telefone por causa da minha voz.	2,2 (1,0)	1-4	2	2	0,441
8. Eu fico tensa quando falo com os outros por causa da minha voz.	2,8 (1,0)	1-4	3	2	0,582
9. Fico rouca quando tento falar com minha voz feminina.	2,2 (1,1)	1-4	2	1	0,719
10. Minha voz dificulta que eu seja reconhecida como mulher.	2,7 (1,1)	1-4	2	2	0,660
11. A variação de tons da minha voz feminina é pequena.	2,6 (1,0)	1-4	2	2	0,543
12. Eu me sinto desconfortável ao falar com amigos, vizinhos ou parentes por causa da minha voz.	2,5 (1,1)	1-4	3	3	0,810
13. Eu evito falar em público por causa da minha voz.	2,8 (1,0)	1-4	3	2	0,793
14. Minha voz parece artificial.	1,9 (0,9)	1-4	2	2	0,248
15. Tenho que me concentrar para fazer minha voz soar como quero que soe.	2,3 (0,9)	1-4	2	2	0,693
16. Eu me sinto frustrada quando tento mudar a minha voz.	2,9 (1,0)	1-4	3	3	0,853
17. As dificuldades com a minha voz restringem a minha vida social.	2,6 (1,3)	1-4	3	4	0,455
18. Quando eu não estou prestando atenção meu tom de voz fica grave.	2,4 (1,0)	1-4	2	2	0,615
19. Quando eu rio pareço um homem.	2,2 (1,2)	1-4	2	1	0,573
20. Minha voz não combina com minha aparência física.	3,4 (0,9)	2-4	4	4	0,753
21. Eu faço muito esforço para produzir minha voz.	2,3 (1,0)	1-4	2	2	0,755
22. Minha voz fica cansada rapidamente.	2,3 (1,2)	1-4	2	1	0,659
23. Minha voz restringe o tipo de trabalho que faço.	1,8 (0,7)	1-3	2	2	0,416
24. Eu sinto que a minha voz não reflete o meu “verdadeiro eu”.	3,2 (1,1)	1-4	4	4	0,506
25. Eu sou menos extrovertida por causa da minha voz.	3,2 (0,9)	2-4	4	4	0,724
26. Eu tenho consciência sobre como os estranhos percebem minha voz.	2,9 (1,1)	1-4	3	4	0,777
27. Minha voz “falha” no meio da fala.	2,3 (0,9)	1-4	2	2	0,335
28. Fico aborrecida quando sou percebida como um homem por causa da minha voz.	3,2 (1,0)	1-4	4	4	0,410
29. Minha voz falada possui uma variação de tons pequena.	2,5 (1,1)	1-4	2	2	0,542
30. Eu me sinto discriminada por causa da minha voz.	2,2 (0,9)	1-4	2	2	0,653

*Em caso de modas múltiplas, o menor valor é apresentado

Legenda: DP = desvio padrão; CIT = correlação item-total

Coefficiente de Correlação Intraclasse

O CCI foi usado para avaliar a confiabilidade do teste-reteste do questionário. O coeficiente resultante foi alto, demonstrando excelente estabilidade das medidas ao longo do tempo, sendo CCI médio=0,957, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) de 0,916–0,984 e $p<0,001$.

Percepção de funcionamento vocal e impacto da voz na vida diária

Foram calculadas as médias de cada um dos 30 itens do questionário, bem como as médias mínimas e máximas para os momentos do teste e reteste, obtendo-se os seguintes valores.

Para o teste e reteste a média total entre os itens foi de 2,59. Para o teste, foi verificada uma variação mínima de 1,40 (item 9) e máxima de 3,30 no teste (item 24). No reteste a amplitude variou entre o mínimo de 1,80 (item 23) e o máximo de 3,40 (item 20).

A média total do teste (2,59) foi distribuída em um desvio (D) de -0,650 com erro padrão do desvio (EPD) de 0,427,

considerado aceitável e curtose (C) de 0,018 com erro padrão da curtose (EPC) de 0,833, considerada mínima. A média do reteste (2,59) foi distribuída em $D=0,210$ com $EPD=0,427$ e $C=-0,528$ com $EPC=0,833$, ambos os valores considerados como aceitáveis.

A média total dos escores para o *TVQ*^{MIF} foi de 77,69 para o teste com desvio padrão (DP) de 15,95 e pontuação mínima de 55 e máxima de 112. Para o reteste, a média total dos escores foi de 77,85 com $DP=19,71$ e pontuação mínima de 42 e máxima de 116.

Através do estudo da moda foi possível verificar a resposta mais comum entre os participantes para cada um dos itens do questionário.

Para o teste, as respostas que foram julgadas como “usualmente ou sempre” (moda 4) foram encontradas nos itens 2, 3, 8, 16, 17, 18, 20, 24, 26 e 28. Já no reteste, os itens julgados como “usualmente ou sempre” foram os itens 2, 3, 17, 20, 24, 25, 26 e 28.

Foram apontadas como respostas mais comuns entre os participante a categoria “frequentemente” para os itens: 4 (teste), 12 e 16 (reteste).

Os itens 1, 5, 6, 10, 11, 13, 14, 15, 21, 22, 25, 27 e 29 foram apontadas como algo que acontece “algumas vezes” no teste pela maioria dos participantes e os itens 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 21, 23, 27, 29 e 30 foram apontados como algo que acontece “algumas vezes” no reteste pela maioria dos participantes.

No teste, os itens 7, 9, 12, 19, 23 e 30 foram apontados pela maioria dos participantes como “nunca ou raramente”. Para o reteste foram apontados como “nunca ou raramente” os itens 9, 19 e 22.

DISCUSSÃO

A voz da cliente transexual HPM pode ser um obstáculo na busca da adequação entre sua aparência física e a identidade de gênero⁽¹³⁾. Uma transexual que aparentemente é uma mulher pode ser identificada diversas vezes como um homem em sua vida diária.

A autoavaliação vocal torna possível o conhecimento do grau de satisfação das transexuais com suas próprias vozes e comunicação. Sua realização deve integrar a avaliação multidimensional da voz e da comunicação da transexual. Além disso, devem ser considerados nesse processo o histórico da identificação da transexual com o gênero feminino e a influência das relações sociais, estabelecimento da harmonia entre voz, comunicação e gênero.

Os altos níveis de consistência interna obtidos neste estudo tanto no teste ($\alpha=0,911$) como no reteste ($\alpha=0,952$) foram semelhantes aos resultados obtidos no estudo de Dacakis et al.⁽¹⁰⁾, no qual foram obtidos os coeficientes $\alpha=0,964$ para o teste e $\alpha=0,974$ para o reteste.

A amplitude dos valores do CIT demonstrou grau moderado a forte entre os itens do questionário. Embora a sentença “Minha voz parece artificial” (item 14) tenha apresentado no teste um CIT menor do que 0,20 (CIT=0,152), houve concordância no grau de homogeneidade obtido por Dacakis et al.⁽¹⁰⁾. A análise do TVQ:^{MtF} (versão original) não revelou nenhum item considerado pobre/fraco no teste (0,39 a 0,85) ou reteste (amplitude similar ao teste)

O CCI, usado para avaliar a confiabilidade do teste-reteste, demonstrou excelente estabilidade ao longo do tempo. O valor foi semelhante ao observado no estudo de Dacakis et al.⁽¹⁰⁾, que apresentou CCI=0,979. A avaliação dessa propriedade demonstrou estabilidade, ainda que o intervalo idealizado no estudo não tenha se cumprido. Dessa forma, entende-se que o intervalo de aplicação dos questionários não foi fator decisivo para a estabilidade das respostas nessa amostra.

As fortes propriedades psicométricas encontradas neste estudo parecem demonstrar que o TVQ:^{MtF} (versão traduzida) seja uma boa ferramenta para uso clínico e em pesquisas.

Não foi verificada correlação significativa entre o escore total obtido pelas participantes quando comparado com as variáveis idade, tempo de apresentação como mulher, nível de escolaridade e tempo de uso de hormônio.

No trabalho de Dacakis et al.⁽¹⁰⁾ foi observada uma correlação negativa entre o escore total e o tempo de apresentação

como mulher, ou seja, quanto maior o tempo de vivência no papel feminino, menores foram os escores obtidos. Tal achado foi justificado pela autora como uma menor preocupação ao longo do tempo em busca do ideal do gênero feminino.

Entende-se como pontos fracos e limitações deste estudo o baixo número de participantes da amostra, justificado pela dificuldade de contato com as participantes devido às trocas constantes de números de telefone, o alto número de faltas aos agendamentos, além da pouca disponibilidade de horário para a participação no estudo em virtude de suas rotinas de trabalho.

Além disso, o intervalo de aplicação do questionário entre teste e reteste não foi o ideal, tendo em vista que muitos dos participantes tiveram dificuldades em comparecer nas datas solicitadas, agendando datas anteriores ou posteriores ao intervalo idealizado.

Com objetivo de regularizar o tempo entre as aplicações e diminuir o número de faltas aos agendamentos, discute-se a possibilidade de envio dos questionários para os participantes, de modo a contornar a necessidade do retorno à clínica para a segunda etapa (reteste).

Foi estatisticamente demonstrado que houve estabilidade nas respostas ao longo do tempo e que o intervalo irregular não influenciou a estabilidade das respostas.

Sugere-se, como continuidade desse estudo, que o TVQ:^{MtF} seja aplicado em uma amostra maior, além da tradução e adaptação do questionário TVQ:^{FtM} (Mulher-para-Homem).

CONCLUSÃO

A versão brasileira do questionário TVQ:^{MtF} demonstrou ser um instrumento consistente e confiável, portanto indicado para uso clínico e em pesquisa para autoavaliação de paciente transexuais HPM.

**HHANMS realizou a produção escrita, participou dos estágios I (tradução) e II (conciliação), da etapa teste piloto (elaboração do banco de dados e análise preliminar de resultados) e foi responsável pela coleta de dados e produção do banco de dados para análise das propriedades psicométricas; AGOA ofereceu suporte técnico-científico como orientadora nas etapas de revisão, metodologia e realização do trabalho de campo e como co-orientadora, realizando correções e adequações de conteúdo e participou dos estágios de tradução, conciliação e harmonização; HEB participou dos estágios II (conciliação), avaliando e solucionando as discrepâncias entre as traduções, auxiliou a criação da versão em língua portuguesa do Questionário Vocal para Transexuais de Homem para Mulher e IV (harmonização da versão traduzida com a língua-alvo), realizou a submissão ao Conselho de Ética em Pesquisa e produção do Termo de Consentimento Livre Esclarecido; JVB participou do estágio IV (harmonização), realizou a análise estatística do projeto, bem como a avaliação das propriedades psicométricas do estudo, ofereceu suporte técnico-científico como orientador, realizou correções e adequações de conteúdo.*

REFERÊNCIAS

1. Cauldwell DO. Psychopathia transexualis. *Sexology*. 1949;16:274-80.
2. Benjamin H. The transsexual phenomenon. Düsseldorf: Symposium Publishing; 1999.

3. De Cuypere G, Hoebeke P, Monstrey S, Rubens R. *Gevangen in X of Y: genderidentiteitsstoornissen en geslachtsaanpassende behandeling nader bekeken*. Diegem: Kluwer; 2001.
4. Olyslager F, Conway L. On the calculation of the prevalence of transsexualism. In: *WPATH 20th International Symposium*. Chicago: WPATH; 2007.
5. Dejonckere PH, Bradley P, Clemente P, Cornut G, Crevier-Buchman L, Friedrich G, et al. A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. Guideline elaborated by the Committee on Phoniatrics of the European Laryngological Society (ELS). *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2001;258(2):77-82.
6. Gasparini G, Behlau M. Quality of life: validation of the Brazilian version of the voice-related quality of life (V-RQOL) measure. *J Voice*. 2009;23(1):76-81.
7. Ricarte A, Oliveira G, Behlau M. Validação do protocolo Perfil de Participação e Atividades Vocais no Brasil. *CoDAS*. 2013;25(3):242-9.
8. Behlau M, Santos LMA, Oliveira G. Cross-cultural adaptation and validation of the voice handicap index into Brazilian Portuguese. *J Voice*. 2011;25(3):354-9.
9. T'Sjoen G, Moerman M, Van Borsel J, Feyen E, Rubens R, Monstrey S, et al. Impact of voice in transsexuals. *Int J Transgenderism*. 2009;9:1-7.
10. Dacakis G, Davies S, Oates JM, Douglas JM, Johnston JR. Development and preliminary evaluation of the transsexual voice questionnaire for male-to-female transsexuals. *J Voice*. 2013;27(3):312-20.
11. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94-104.
12. Aaronson N, Alonso J, Burnam A, Lohr KN, Patrick DL, Perrin E, Stein RE. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res*. 2002;11(3):193-205.
13. Van Borsel J, De Cuypere G, Van den Berghe H. Physical appearance and voice in male-to-female transsexuals. *J Voice*. 2001;15(4):570-5.