

Lívia Lima Ribeiro<sup>1,2</sup> 

Ingrid Verduyck<sup>3</sup> 

Mara Behlau<sup>4</sup> 

# Sintomas vocais na população pediátrica: Validação da versão brasileira do Questionário de Sintomas Vocais Pediátrico

## *Vocal symptoms in pediatric population: Validation of the Brazilian version of the Pediatric Vocal Symptoms Questionnaire*

### Descritores

Disfonia  
Estudos de Validação  
Tradução (produto)  
Distúrbios da Voz/Diagnóstico  
Questionários  
Criança  
Adolescente  
País

### Keywords

Dysphonia  
Validation Studies  
Translation (product)  
Voice Disorders/diagnosis  
Questionnaires  
Child  
Adolescent  
Parents

### RESUMO

**Objetivo:** Validar o Questionário de Sintomas Vocais Pediátrico (QSV-P) para o português brasileiro. **Método:** Aprovado pelo Comitê de Ética (758.309). Participaram desta pesquisa 716 indivíduos, dos quais 367 eram crianças e adolescentes, com e sem alteração vocal, entre 6 e 18 anos, e 349 eram pais/responsáveis, que responderam à versão final do instrumento. Entre os respondentes dessa versão, 272 participaram do teste-reteste, e 32, da sensibilidade. As crianças e os adolescentes entre 6 e 18 anos responderam à versão de autoavaliação do QSV-P, e seus pais/responsáveis, à versão parental do QSV-P. **Resultados:** O QSV-P apresentou confiabilidade e reprodutibilidade aceitáveis para a população brasileira e sensibilidade ao tratamento vocal. **Conclusão:** O QSV-P foi validado para o português brasileiro, sendo um bom instrumento de autoavaliação vocal, tanto na versão parental quanto na versão autoavaliativa.

### ABSTRACT

**Purpose:** To validate the Pediatric Vocal Symptoms Questionnaire (PVSQ) for Brazilian Portuguese. **Methods:** The study was approved by the Ethics Committee (758,309). A total of 716 individuals participated in this research, of which 367 were children and adolescents, with and without vocal alteration, aged 6-18 years, and 349 were parents/guardians, who responded to the final version of the instrument. Among the interviewed of this version, 272 participated in the test-retest, and 32, of the sensitivity. Children and adolescents aged 6-18 years responded to the self-evaluation version of the PVSQ, and their parents/guardians to its parental version. **Results:** The PVSQ showed acceptable reliability and reproducibility for the Brazilian population and sensitivity to vocal treatment. **Conclusion:** The PVSQ was validated for Brazilian Portuguese, being a good instrument of vocal self-evaluation, both in the parental version and in the self-evaluation version.

### Endereço para correspondência:

Lívia Lima Ribeiro  
Universidade Vila Velha, A/C  
Assessoria Biomédicas  
Av. Comissário José Dantas de Melo,  
21, Boa Vista, Vila Velha (ES), Brasil,  
CEP: 29102-920.  
E-mail: livialima.r@ig.com.br

Recebido em: Setembro 18, 2018

Aceito em: Janeiro 10, 2019

Trabalho realizado na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação, Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil

<sup>2</sup> Curso de graduação em Fonoaudiologia, Universidade Vila Velha – UVV - Vila Velha (ES), Brasil.

<sup>3</sup> École d'orthophonie et d'audiologie, Faculté de Médecine, Université de Montréal - Montreal, Canadá.

<sup>4</sup> Centro de Estudos da Voz – CEV, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

**Fonte de financiamento:** CAPES – Bolsa de Doutorado.

**Conflito de interesses:** nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

## INTRODUÇÃO

Sintomas vocais na população pediátrica podem ser uma ocorrência comum e acometer até 23% das crianças entre 4 e 12 anos de idade<sup>(1)</sup>, com manifestações precoces (logo ao nascimento) ou tardias (no decorrer do desenvolvimento), dependendo do fator etiológico<sup>(2)</sup>, e estar relacionados a fatores orgânicos<sup>(3)</sup>, funcionais<sup>(2)</sup> ou organofuncionais<sup>(4)</sup>. Tais sintomas podem ser relatados pela criança, seus pais/responsáveis e/ou seus professores e percebidos pelo fonoaudiólogo durante a avaliação vocal. Os principais relatos são alterações na qualidade vocal, fadiga, esforço, perda de extensão vocal, descontrole de intensidade e de frequência e sensações desagradáveis à emissão<sup>(5)</sup>.

Crianças com distúrbios vocais dizem sentir mais sintomas do que as vocalmente saudáveis durante a autoavaliação vocal<sup>(6)</sup>. Dor, pigarro e tosse ao falar e cantar, dificuldades para ler em voz alta, cantar ou gritar em jogos e brincadeiras foram os sintomas mais referidos em estudo com escolares e adolescentes, que relataram também sentimentos de frustração, raiva, constrangimento e insatisfação com a voz<sup>(7)</sup>.

Ao contrário do que a literatura tradicional aponta, a partir dos 6 anos de idade as crianças são capazes de falar de seus sintomas e suas alterações vocais<sup>(7-9)</sup>; entretanto, caso o desvio vocal seja evidente para os pais e o fonoaudiólogo, mas não seja percebido pela própria criança, é importante que a situação seja contextualizada a partir da descrição da voz e de suas alterações por meio de histórias e abordagens apropriadas à idade da criança<sup>(10)</sup>.

O autorrelato tem sido valorizado na clínica vocal pediátrica, e o Questionário de Sintomas Vocais Pediátrico (QSV-P)<sup>(9)</sup> é um instrumento que fortalece não só a percepção da criança e do adolescente acerca do seu problema vocal, mas também a combinação do relato de pais e filhos dentro da clínica<sup>(6,9)</sup>.

O objetivo deste estudo foi validar a versão brasileira do protocolo *Questionnaire des Symptômes Vocaux*, denominado Questionário de Sintomas Vocais Pediátrico (QSV-P), por meio da adaptação cultural e de idioma do instrumento e da obtenção de medidas psicométricas de validade, confiabilidade e sensibilidade.

## MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética insitucional, sob parecer 758.309. Após a realização da equivalência cultural<sup>(9)</sup> da versão original do instrumento – *Questionnaire des Symptômes Vocaux*<sup>(6)</sup> –, aplicou-se o protocolo em sua versão final para a mensuração das medidas psicométricas de validação.

O processo de validação respeitou as normas internacionais do Comitê do Conselho Científico da Associação de Resultados Médicos<sup>(11)</sup>. Os dados foram coletados em dois Estados (São Paulo e Espírito Santo), três cidades (São Paulo, Vitória e Vila Velha), três escolas (uma particular e duas públicas) e em consultórios fonoaudiológicos e otorrinolaringológicos, especializados no atendimento de disфония infantil.

O Questionário de Sintomas Vocais Pediátrico<sup>(9)</sup> é o único protocolo pediátrico que aborda a autoavaliação e a avaliação parental simultaneamente, oferecendo um panorama mais abrangente acerca do uso da voz e do possível impacto de uma alteração vocal em diversos aspectos da vida. Ele possui 31 questões objetivas autoexplicativas, aplicáveis a crianças e

adolescentes entre 6 e 18 anos e a seus respectivos pais/responsáveis, contemplando quatro domínios (voz falada, voz cantada, voz projetada e voz gritada). As respostas são registradas em uma escala numérica de 4 pontos (0 = nunca, 1 = às vezes, 2 = quase sempre e 3 = sempre), e há o apoio visual de círculos que variam do tamanho pequeno ao muito grande, com o objetivo de facilitar a marcação das respostas das crianças menores<sup>(6)</sup>. O QSV-P apresenta um único escore total obtido por somatório direto dos itens (escore máximo = 38). A versão original do instrumento não apresenta nota de corte publicada até o momento.

Participaram 367 crianças e adolescentes com e sem queixa de voz e/ou alteração vocal e 349 pais/responsáveis (n = 716). A idade das crianças e dos adolescentes variou de 6 a 18 anos. Todos os pais/responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam à versão parental do QSV-P, e as crianças e os adolescentes assinaram o Termo de Assentimento e responderam à versão autoavaliativa do referido instrumento. Pais e filhos avaliaram a qualidade vocal como excelente, muito boa (posteriormente agrupadas na categoria excelente), boa, razoável ou ruim (posteriormente agrupadas na categoria ruim). Entre os respondentes, 163 eram crianças e 204 eram adolescentes, com e sem queixa vocal, e 349 eram seus pais/responsáveis, cujo grau de proximidade relatado foi próximo ou muito próximo.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão para o grupo com alteração vocal (GCA): português brasileiro como língua materna; idade entre 6 e 18 anos; presença de queixa vocal parental ou autorrelatada e/ou qualidade vocal compatível com voz desviada na avaliação perceptivo-auditiva (G<sub>2</sub> ou G<sub>3</sub>). Para o grupo sem alteração vocal (GSA), foram adotados: português brasileiro como língua materna; idade entre 6 e 18 anos; ausência de queixa vocal parental e autorrelatada; e qualidade vocal compatível com voz adaptada na análise perceptivo-auditiva (G<sub>0</sub> ou G<sub>1</sub>). Os referidos critérios foram assegurados por meio do preenchimento de um questionário de identificação e caracterização da amostra. Para o grupo com alteração vocal (GCA), adotaram-se os seguintes critérios de exclusão: alterações de fala ou linguagem; tratamento fonoaudiológico e infecção de vias aéreas superiores durante o teste e o reteste do QSV-P e durante a avaliação perceptivo-auditiva da voz; e queixas de alterações psicológicas/psiquiátricas que impedissem o preenchimento do questionário.

Já para o grupo sem alteração vocal (GSA), foram considerados como critérios de exclusão: alterações de fala ou linguagem; queixa vocal; problemas vocais diagnosticados; infecção de vias aéreas superiores durante o teste e o reteste do QSV-P; e queixas de alterações psicológicas/psiquiátricas que impedissem o preenchimento do questionário.

A análise perceptivo-auditiva (APA) das vozes foi realizada por uma fonoaudióloga especialista em voz e com experiência em disфония infantil. A avaliadora foi orientada, por um texto escrito, a ouvir as vozes de crianças e adolescentes com e sem queixa de alteração vocal; então, solicitou-se o uso de fone de ouvido, em intensidade confortável, para melhor percepção da emissão vocal.

A avaliadora recebeu a identificação de sexo e idade de cada participante, para evitar que características vocais esperadas na segunda infância e na adolescência fossem julgadas como desvios vocais. As amostras vocais foram analisadas por meio da contagem de números de 1-10, para determinação do grau geral

do desvio vocal (G) como ausente (0), discreto (1), moderado (2) ou intenso (3). Foram adotadas a tarefa de contagem, por ser mais próxima da fala habitual das crianças, e a avaliação do grau geral, por ser a medida clínica com maior confiabilidade na APA, haja vista que, em crianças, a avaliação da qualidade vocal predominante varia conforme a tarefa utilizada<sup>(11)</sup>. Utilizou-se o programa Sorteador para realização da reprodutibilidade aleatória de 20% das amostras vocais, o que totalizou 434 arquivos, que foram avaliados com 73,61% de confiabilidade intra-avaliador.

O grupo com alteração vocal (GCA) caracterizou-se por 210 crianças e adolescentes (113 do sexo feminino e 97 do masculino). O grupo sem alteração vocal (GSA) foi composto de 157 crianças e adolescentes (106 do sexo feminino e 51 do masculino). A média de idade foi de 11,50 anos para o GCA e de 11,96 anos para o GSA. Os participantes dos grupos GCA e GSA foram similares quanto à idade ( $p = 0,175$ ), e houve predomínio do sexo feminino ( $p = 0,008$ ).

Em um intervalo de 2 a 14 dias após a aplicação inicial do QSV-P, como sugerido pelo Conselho Científico<sup>(12)</sup>, 272 participantes foram convocados a responder novamente ao instrumento para a mensuração da confiabilidade. As 136 crianças e adolescentes respondentes apresentaram média de idade de 12 e 19 anos, respectivamente, sendo 74 do sexo feminino e 62 do masculino.

Posteriormente, 21 crianças e adolescentes foram recrutados para realizar oito sessões de terapia para reabilitação vocal, a fim de se mensurar a sensibilidade do QSV-P. Os participantes deveriam comparecer a uma sessão de fonoterapia por semana e executar o plano de exercícios vocais diariamente três vezes por dia. Em decorrência de faltas e/ou baixa adesão ao tratamento proposto, cinco participantes foram excluídos, o que resultou em um grupo final de 16 crianças e adolescentes que apresentaram qualidade vocal compatível com grau geral de desvio vocal moderado e qualidade vocal predominantemente rugosa ou soprosa, bem como avaliação laringológica condizente com disfonia comportamental, caracterizada da seguinte forma: nódulos vocais e fenda dupla (7); fenda triangular médio posterior (2); fenda triangular posterior indicativa de alteração estrutural mínima (1); espessamento nodular e fenda triangular médio posterior (4); hiperconstrição laringea e fenda irregular em toda extensão (1); fenda paralela em toda extensão (1). Pais e filhos responderam novamente ao instrumento após os dois meses da intervenção fonoaudiológica.

Realizou-se a comparação dos participantes com e sem alteração vocal para verificar diferenças entre os grupos estudados quanto às variáveis do QSV-P (teste de Mann-Whitney), determinou-se a consistência interna do instrumento para verificação da confiabilidade (teste alfa de Cronbach), verificaram-se possíveis diferenças entre o teste e o reteste quanto à variável avaliação da qualidade vocal (teste de McNemar) e demais variáveis do QSV-P (teste dos postos sinalizados de Wilcoxon) e mensurou-se a sensibilidade do instrumento (teste dos postos sinalizados de Wilcoxon). Para análise dos escores médios do QSV-P em todos os grupos estudados (com e sem alteração vocal), considerando-se o grupo geral e os dois grupos etários (escolar e adolescente), aplicou-se o teste de Mann-Whitney. A análise de correlação de Spearman foi utilizada para verificar se a avaliação vocal realizada pelos pais/responsáveis, em relação à voz de seus filhos, conforme

as três categorias de análise (excelente, boa e ruim), foi sensível aos resultados do QSV-P.

## RESULTADOS

Crianças e adolescentes com alteração vocal e seus respectivos pais/responsáveis, ao perceberem um prejuízo na qualidade vocal (voz ruim), também identificaram maior ocorrência de sintomas vocais (Tabela 1). O QSV-P apresentou confiabilidade para uso clínico e científico, pois os valores estimados pelo alfa de Cronbach foram elevados (concordância em 92,18% dos itens testados), revelando alta consistência interna das questões individuais e do escore geral de sintomas vocais ( $p < 0,001$ ), tanto na autoavaliação quanto na avaliação parental (Tabela 2). Pais e filhos perceberam a qualidade vocal de forma semelhante no teste e no reteste (Tabela 3). Além disso, o instrumento apresentou nível de reprodutibilidade aceitável (Tabela 4) por apresentar resultados satisfatórios que podem ser utilizados em outras análises (teste dos postos sinalizados de Wilcoxon  $p > 0,05$  para a maioria dos itens do instrumento, demonstrando consistência de resposta no teste e no reteste). O QSV-P também consegue mensurar as modificações obtidas com a fonoterapia, o que foi comprovado pela modificação do escore geral de sintomas vocais ( $p < 0,05$ ), em ambas as versões (Tabela 5).

Indivíduos com alteração vocal apresentaram mais sintomas vocais do que indivíduos que não relataram alteração em suas vozes, tanto na avaliação parental quanto na autoavaliação. O escore de sintomas vocais foi maior na autoavaliação do que na avaliação parental (conforme a Tabela 4), o que reforça o fato de o sintoma vocal ser mais percebido pelo próprio indivíduo, mesmo em se tratando de crianças e adolescentes. A experiência de viver com um problema de voz é única, e a percepção do outro pode não ser suficientemente abrangente. A percepção dos sintomas vocais é maior na adolescência, na autoavaliação, quando os aspectos inter-relacionais passam a ter mais importância, assim como pertencer e se comunicar com um grupo<sup>(13,14)</sup>. A avaliação parental é muito similar para crianças e adolescentes.

**Tabela 1.** Correlação entre avaliação da qualidade vocal e escore geral do QSV-P

Variável	Escore de SV [QSV-P-AA]	Escore de SV [QSV-P-AP]
AA-GCA		
Coef. Correl. (r)	-0,494	-0,209
p	< 0,001*	0,003*
n	210	197
AP-GCA		
Coef. Correl. (r)	-0,279	-0,725
p	< 0,001*	< 0,001*
n	204	197
AA-GSA		
Coef. Correl. (r)	-0,313	-0,090
p	< 0,001*	0,269
n	157	152
AP-GSA		
Coef. Correl. (r)	-0,188	-0,279
p	0,020*	< 0,001*
n	153	152

\*Valores significativos ( $p \leq 0,050$ ) – Teste de correlação de Spearman

**Legenda:** AA = Autoavaliação; AP = Avaliação Parental; GCA = Grupo com Alteração Vocal; GSA = Grupo sem Alteração Vocal; n = Número de Participantes

**Tabela 2.** Dados de confiabilidade do QSV-P por meio dos valores do coeficiente alfa de Cronbach das questões individuais e do escore geral de sintomas vocais (n = 136)

Item	Teste		Reteste	
	Coef. alfa de Cronbach	p	Coef. alfa de Cronbach	p
AA-AP				
1				
“Você/seu/sua filho(a) sente que a voz cansa quando...”				
a	-0,411	0,743	0,620	0,035*
“... conversa, brinca, fala ao telefone... ou depois disso?”				
b	0,439	0,137	0,766	0,004*
“... lê em voz alta, participa de festas, do teatro da escola... ou depois disso?”				
c	0,532	0,077	0,000	0,500
“... canta, participa de coral, brinca de karaokê... ou depois disso?”				
d	0,256	0,287	0,564	0,060
“... joga futebol, brinca de queimada, de pega-pega, pratica esportes... ou depois disso?”				
2	0,190	0,344	-0,640	0,826
“As pessoas pedem para você/seu/sua filho(a) repetir o que falou por causa da sua voz/da voz dele(a)?”				
3	0,237	0,304	0,613	0,038*
“Você/seu/sua filho(a) tem que fazer força para a sua voz/voz dele(a) sair?”				
4	-0,019	0,515	0,689	0,015*
“Você/seu/sua filho(a) fica irritado(a) por causa da sua voz/voz dele(a)?”				
5				
“Você/seu/sua filho(a) evita usar a voz quando...”				
a	0,313	0,238	-0,205	0,639
“... conversa, brinca, fala ao telefone... porque você não gosta dela/porque a voz dele(a) não é como ele(a) gostaria?”				
b	0,158	0,371	0,000	0,500
“... lê em voz alta, participa de festas, do teatro da escola... porque você não gosta dela/porque a voz dele(a) não é como ele(a) gostaria?”				
c	0,184	0,349	-0,113	0,581
“... canta, participa de coral, brinca de karaokê... porque você não gosta dela/porque a voz dele(a) não é como ele(a) gostaria?”				
d	0,055	0,457	-0,113	0,581
“... joga futebol, brinca de queimada, de pega-pega, pratica esportes... porque você não gosta dela/porque a voz dele(a) não é como ele(a) gostaria?”				
6	0,447	0,131	0,625	0,033*
“Você/seu/sua filho(a) tem que forçar a voz para falar?”				
7	0,686	0,016*	0,425	0,147
“Já debocharam, zombaram ou fizeram piada da sua voz/da voz do seu/sua filho(a)?”				
8	0,324	0,229	0,552	0,066
“Você/seu/sua filho(a) já ficou sem falar porque não tinha voz?”				
9	0,038	0,471	0,461	0,122
“Você/seu/sua filho(a) fica com raiva por causa da sua voz/da voz dele(a)?”				
10	0,693	0,014*	-0,033	0,525
“Você/seu/sua filho(a) tem medo de prejudicar ou piorar a sua voz/a voz dele(a)?”				
11				
“Você/seu/sua filho(a) fica com dor de garganta quando...”				
a	0,716	0,010*	-0,421	0,748
“... conversa, brinca, fala ao telefone... ou depois disso?”				
b	0,674	0,019*	0,258	0,285
“... lê em voz alta, participa de festas, do teatro da escola... ou depois disso?”				
c	0,241	0,300	0,478	0,110
“... canta, participa de coral, brinca de karaokê... ou depois disso?”				
d	-0,294	0,688	0,874	< 0,001*
“... joga futebol, brinca de queimada, de pega-pega, pratica esportes... ou depois disso?”				
12	0,120	0,404	0,615	0,037*
“As pessoas perguntam para você/seu/sua filho(a) ‘o que você tem na voz?’”				
13	0,480	0,108	0,491	0,101
“Você/seu/sua filho(a) tem que tossir ou pigarrear quando fala mesmo sem estar doente (gripe ou resfriado)? (Demonstração pelo médico/clínico)”				
14	0,348	0,209	0,067	0,447
“Você/seu/sua filho(a) fica rouco(a), mesmo quando não está doente?”				

\*Valores significativos ( $p \leq 0,050$ ) – Teste alfa de Cronbach

**Legenda:** AA = Autoavaliação; AP = Avaliação Parental; a = Subitem da questão referente à voz falada; b = Subitem da questão referente à voz projetada; c = Subitem da questão referente à voz cantada; d = Subitem da questão referente à voz gritada; SV = Sintomas Vocais

**Tabela 2.** Continuação...

Item	Teste		Reteste	
	Coef. alfa de Cronbach	p	Coef. alfa de Cronbach	p
15 "Você/seu/sua filho(a) tem dificuldade de completar as frases, quando fala, por causa da sua voz/da voz dele(a)?"	0,427	0,146	0,442	0,135
16 "Você/seu/sua filho(a) tem que descansar a voz quando..."				
a "... conversa, brinca, fala ao telefone... ou depois disso?"	0,464	0,119	-0,168	0,616
b "... lê em voz alta, participa de festas, do teatro da escola... ou depois disso?"	0,382	0,181	-0,762	0,858
c "... canta, participa de coral, brinca de karaokê... ou depois disso?"	0,139	0,388	0,253	0,290
d "... joga futebol, brinca de queimada, de pega-pega, pratica esportes... ou depois disso?"	0,042	0,467	0,530	0,078
17 "Você/seu/sua filho(a) sente que a garganta arde ou incomoda mesmo quando não está doente (gripe/resfriado)?"	0,381	0,182	0,582	0,051
18 "Você/seu/sua filho(a) fica triste por causa da sua voz/da voz dele(a)?"	0,806	0,001*	0,460	0,122
19 "Você/seu/sua filho(a) gostaria de mudar a sua voz/voz dele(a)?"	0,522	0,082	0,558	0,063
Escore SV	0,848	< 0,001*	0,904	< 0,001*

\*Valores significativos ( $p \leq 0,050$ ) – Teste alfa de Cronbach

**Legenda:** AA = Autoavaliação; AP = Avaliação Parental; a = Subitem da questão referente à voz falada; b = Subitem da questão referente à voz projetada; c = Subitem da questão referente à voz cantada; d = Subitem da questão referente à voz gritada; SV = Sintomas Vocais

**Tabela 3.** Dados de reprodutibilidade considerando-se a autoavaliação e a avaliação parental da qualidade vocal

Tipo de avaliação	Teste %	Reteste %			p
		Excelente	Boa	Ruim	
AA					
Excelente	1,50	1,50	0,00	0,00	0,081
Boa	29,40	3,70	23,50	2,20	
Ruim	69,10	0,00	6,60	62,50	
Total	100,00	30,10	5,10	64,70	
AP					
Excelente	11,80	5,90	5,90	0,00	0,342
Boa	42,60	7,40	28,70	6,60	
Ruim	45,60	0,00	2,90	42,60	
Total	100,00	13,20	37,50	49,30	

Valores significativos ( $p \leq 0,050$ ) – Teste de McNemar

**Legenda:** AA = autoavaliação; AP = avaliação parental

**Tabela 4.** Dados de reprodutibilidade considerando-se a autoavaliação e a avaliação parental para o escore de sintomas vocais do protocolo QSV-P (n = 136)

Par de variáveis	Média	DP	Mín	Máx	Mediana	p
AA						
1 "Você sente que a sua voz cansa quando..."						
a "... conversa, brinca, fala ao telefone... ou depois disso?"						
Teste	0,76	0,76	0,00	2,00	1,00	> 0,999
Reteste	0,76	0,76	0,00	2,00	1,00	
b "... lê em voz alta, participa de festas, do teatro da escola... ou depois disso?"						
Teste	0,68	0,72	0,00	2,00	1,00	0,046*
Reteste	0,71	0,72	0,00	2,00	1,00	
c "... canta, participa de coral, brinca de karaokê... ou depois disso?"						

\*Valores significativos ( $p \leq 0,050$ ) – Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon

**Legenda:** AA = Autoavaliação; AP = Avaliação parental; a = Subitem da questão referente à voz falada; b = Subitem da questão referente à voz projetada; c = Subitem da questão referente à voz cantada; d = Subitem da questão referente à voz gritada; DP = Desvio-Padrão; Máx = Máximo; Mín = Mínimo; SV = Sintomas Vocais

**Tabela 4.** Continuação...

Par de variáveis	Média	DP	Mín	Máx	Mediana	p
Teste	0,85	0,77	0,00	2,00	1,00	0,414
Reteste	0,86	0,75	0,00	2,00	1,00	
d						
“... joga futebol, brinca de queimada, de pega-pega, pratica esportes... ou depois disso?”						
Teste	0,85	0,85	0,00	2,00	1,00	0,096
Reteste	0,89	0,85	0,00	2,00	1,00	
2						
“As pessoas pedem para você repetir o que falou por causa da sua voz?”						
Teste	0,90	0,78	0,00	2,00	1,00	0,317
Reteste	0,90	0,79	0,00	2,00	1,00	
3						
“Você tem que fazer força para a sua voz sair?”						
Teste	0,43	0,68	0,00	2,00	0,00	0,014*
Reteste	0,47	0,71	0,00	2,00	0,00	
4						
“Você fica irritado(a) por causa da sua voz?”						
Teste	0,53	0,77	0,00	2,00	0,00	0,083
Reteste	0,55	0,78	0,00	2,00	0,00	
5						
“Você evita usar a voz quando...”						
a						
“... conversa, brinca, fala ao telefone... porque você não gosta dela?”						
Teste	0,40	0,71	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,41	0,71	0,00	2,00	0,00	
b						
“... lê em voz alta, participa de festas, do teatro da escola... porque você não gosta dela?”						
Teste	0,42	0,73	0,00	2,00	0,00	0,157
Reteste	0,43	0,74	0,00	2,00	0,00	
c						
“... canta, participa de coral, brinca de karaokê... porque você não gosta dela?”						
Teste	0,43	0,74	0,00	2,00	0,00	0,157
Reteste	0,44	0,75	0,00	2,00	0,00	
d						
“... joga futebol, brinca de queimada, de pega-pega, pratica esportes... porque você não gosta dela?”						
Teste	0,32	0,63	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,33	0,63	0,00	2,00	0,00	
6						
“Você tem que forçar a voz para falar?”						
Teste	0,30	0,59	0,00	2,00	0,00	0,157
Reteste	0,32	0,59	0,00	2,00	0,00	
7						
“Já debocharam, zombaram ou fizeram piada da sua voz?”						
Teste	0,49	0,73	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,49	0,73	0,00	2,00	0,00	
8						
“Você já ficou sem falar porque não tinha voz?”						
Teste	0,41	0,60	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,42	0,60	0,00	2,00	0,00	
9						
“Você fica com raiva por causa da sua voz?”						
Teste	0,35	0,63	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,35	0,63	0,00	2,00	0,00	
10						
“Você tem medo de prejudicar ou piorar a sua voz?”						
Teste	1,04	0,81	0,00	2,00	1,00	0,157
Reteste	1,06	0,81	0,00	2,00	1,00	

\*Valores significativos ( $p \leq 0,050$ ) – Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon

Legenda: AA = Autoavaliação; AP = Avaliação parental; a = Subitem da questão referente à voz falada; b = Subitem da questão referente à voz projetada; c = Subitem da questão referente à voz cantada; d = Subitem da questão referente à voz gritada; DP = Desvio-Padrão; Máx = Máximo; Mín = Mínimo; SV = Sintomas Vocais

**Tabela 4.** Continuação...

Par de variáveis	Média	DP	Mín	Máx	Mediana	p
11						
“Você fica com dor de garganta quando...”						
a						
“... conversa, brinca, fala ao telefone... ou depois disso?”						
Teste	0,59	0,79	0,00	2,00	0,00	0,025*
Reteste	0,63	0,83	0,00	2,00	0,00	
b						
“... lê em voz alta, participa de festas, do teatro da escola... ou depois disso?”						
Teste	0,46	0,70	0,00	2,00	0,00	0,083
Reteste	0,49	0,71	0,00	2,00	0,00	
c						
“... canta, participa de coral, brinca de karaokê... ou depois disso?”						
Teste	0,54	0,76	0,00	2,00	0,00	0,083
Reteste	0,57	0,76	0,00	2,00	0,00	
d						
“... joga futebol, brinca de queimada, de pega-pega, pratica esportes... ou depois disso?”						
Teste	0,51	0,76	0,00	2,00	0,00	0,180
Reteste	0,53	0,75	0,00	2,00	0,00	
12						
“As pessoas perguntam ‘o que você tem na voz?’”						
Teste	0,37	0,66	0,00	2,00	0,00	0,014*
Reteste	0,41	0,69	0,00	2,00	0,00	
13						
“Você tem que tossir ou pigarrear quando fala mesmo sem estar doente (gripe ou resfriado)? (Demonstração pelo médico/clínico)”						
Teste	0,78	0,75	0,00	2,00	1,00	0,317
Reteste	0,79	0,74	0,00	2,00	1,00	
14						
“Você fica rouco(a), mesmo quando não está doente?”						
Teste	0,79	0,75	0,00	2,00	1,00	0,317
Reteste	0,79	0,76	0,00	2,00	1,00	
15						
“Você tem dificuldade de completar as frases, quando fala, por causa da sua voz?”						
Teste	0,64	0,75	0,00	2,00	0,00	0,046*
Reteste	0,67	0,76	0,00	2,00	0,00	
16						
“Você tem que descansar a voz quando...”						
a						
“... conversa, brinca, fala ao telefone... ou depois disso?”						
Teste	0,74	0,79	0,00	2,00	1,00	0,317
Reteste	0,74	0,79	0,00	2,00	1,00	
b						
“... lê em voz alta, participa de festas, do teatro da escola... ou depois disso?”						
Teste	0,65	0,80	0,00	2,00	0,00	0,102
Reteste	0,68	0,82	0,00	2,00	0,00	
c						
“... canta, participa de coral, brinca de karaokê... ou depois disso?”						
Teste	0,89	0,85	0,00	2,00	1,00	> 0,999
Reteste	0,89	0,85	0,00	2,00	1,00	
d						
“... joga futebol, brinca de queimada, de pega-pega, pratica esportes... ou depois disso?”						
Teste	0,66	0,84	0,00	2,00	0,00	> 0,999
Reteste	0,66	0,85	0,00	2,00	0,00	

\*Valores significativos ( $p \leq 0,050$ ) – Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon

Legenda: AA = Autoavaliação; AP = Avaliação parental; a = Subitem da questão referente à voz falada; b = Subitem da questão referente à voz projetada; c = Subitem da questão referente à voz cantada; d = Subitem da questão referente à voz gritada; DP = Desvio-Padrão; Máx = Máximo; Mín = Mínimo; SV = Sintomas Vocais

**Tabela 4.** Continuação...

Par de variáveis	Média	DP	Mín	Máx	Mediana	p
17						
“Você sente que a garganta arde ou incomoda mesmo quando não está doente (gripe/resfriado)?”						
Teste	0,71	0,79	0,00	2,00	1,00	0,317
Reteste	0,73	0,80	0,00	2,00	1,00	
18						
“Você fica triste por causa da sua voz?”						
Teste	0,36	0,66	0,00	2,00	0,00	0,014*
Reteste	0,40	0,69	0,00	2,00	0,00	
19						
“Você gostaria de mudar a sua voz?”						
Teste	0,99	0,86	0,00	2,00	1,00	0,317
Reteste	1,00	0,86	0,00	2,00	1,00	
Escore SV						
Teste	13,35	9,04	0,00	38,00	11,75	< 0,001*
Reteste	26,05	17,74	0,00	74,00	23,00	
AP						
1						
“Seu/sua filho(a) sente que a voz cansa quando...”						
a						
“... conversa, brinca, fala ao telefone... ou depois disso?”						
Teste	0,65	0,73	0,00	2,00	0,50	> 0,999
Reteste	0,65	0,74	0,00	2,00	0,00	
b						
“... lê em voz alta, participa de festas, do teatro da escola... ou depois disso?”						
Teste	0,56	0,75	0,00	2,00	0,00	0,655
Reteste	0,57	0,73	0,00	2,00	0,00	
c						
“... canta, participa de coral, brinca de karaokê... ou depois disso?”						
Teste	0,57	0,78	0,00	2,00	0,00	0,655
Reteste	0,57	0,76	0,00	2,00	0,00	
d						
“... joga futebol, brinca de queimada, de pega-pega, pratica esportes... ou depois disso?”						
Teste	0,66	0,82	0,00	2,00	0,00	0,035*
Reteste	0,71	0,83	0,00	2,00	0,00	
2						
“As pessoas pedem para o(a) seu/sua filho(a) repetir o que falou, por causa da voz dele(a)?”						
Teste	0,72	0,75	0,00	2,00	1,00	> 0,999
Reteste	0,72	0,76	0,00	2,00	1,00	
3						
“Seu/sua filho(a) tem que fazer força para a voz dele(a) sair?”						
Teste	0,38	0,67	0,00	2,00	0,00	0,157
Reteste	0,39	0,67	0,00	2,00	0,00	
4						
“Seu/sua filho(a) fica irritado(a) por causa da voz dele(a)?”						
Teste	0,27	0,57	0,00	2,00	0,00	0,083
Reteste	0,29	0,60	0,00	2,00	0,00	
5						
“Seu/sua filho(a) evita usar a voz quando...”						
a						
“... conversa, brinca, fala ao telefone... porque a voz dele(a) não é como ele(a) gostaria?”						
Teste	0,18	0,53	0,00	2,00	0,00	0,157
Reteste	0,20	0,54	0,00	2,00	0,00	
b						
“... lê em voz alta, participa de festas, do teatro da escola... porque a voz dele(a) não é como ele(a) gostaria?”						

\*Valores significativos ( $p \leq 0,050$ ) – Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon

Legenda: AA = Autoavaliação; AP = Avaliação parental; a = Subitem da questão referente à voz falada; b = Subitem da questão referente à voz projetada; c = Subitem da questão referente à voz cantada; d = Subitem da questão referente à voz gritada; DP = Desvio-Padrão; Máx = Máximo; Mín = Mínimo; SV = Sintomas Vocais

**Tabela 4.** Continuação...

Par de variáveis	Média	DP	Mín	Máx	Mediana	p
Teste	0,17	0,51	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,18	0,51	0,00	2,00	0,00	
c						
“...canta, participa de coral, brinca de karaokê... porque a voz dele(a) não é como ele(a) gostaria?”						
Teste	0,20	0,53	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,21	0,53	0,00	2,00	0,00	
d						
“... joga futebol, brinca de queimada, de pega-pega, pratica esportes... porque a voz dele(a) não é como ele(a) gostaria?”						
Teste	0,15	0,45	0,00	2,00	0,00	0,157
Reteste	0,18	0,49	0,00	2,00	0,00	
6						
“Seu/sua filho(a) tem que forçar a voz para falar?”						
Teste	0,36	0,65	0,00	2,00	0,00	> 0,999
Reteste	0,36	0,65	0,00	2,00	0,00	
7						
“Já debocharam, zombaram ou fizeram piada da voz do(a) seu/sua filho(a)?”						
Teste	0,40	0,70	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,41	0,71	0,00	2,00	0,00	
8						
“Seu/sua filho(a) já ficou sem falar porque não tinha voz?”						
Teste	0,30	0,55	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,29	0,55	0,00	2,00	0,00	
9						
“Seu/sua filho(a) fica com raiva por causa da voz dele(a)?”						
Teste	0,32	0,60	0,00	2,00	0,00	0,564
Reteste	0,32	0,63	0,00	2,00	0,00	
10						
“Seu/sua filho(a) tem medo de prejudicar ou piorar a sua voz dele(a)?”						
Teste	0,35	0,65	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,34	0,65	0,00	2,00	0,00	
11						
“Seu/sua filho(a) fica com dor de garganta quando...”						
a						
“... conversa, brinca, fala ao telefone... ou depois disso?”						
Teste	0,36	0,66	0,00	2,00	0,00	> 0,999
Reteste	0,36	0,66	0,00	2,00	0,00	
b						
“... lê em voz alta, participa de festas, do teatro da escola... ou depois disso?”						
Teste	0,32	0,63	0,00	2,00	0,00	0,564
Reteste	0,32	0,65	0,00	2,00	0,00	
c						
“... canta, participa de coral, brinca de karaokê... ou depois disso?”						
Teste	0,34	0,62	0,00	2,00	0,00	0,564
Reteste	0,35	0,65	0,00	2,00	0,00	
d						
“... joga futebol, brinca de queimada, de pega-pega, pratica esportes... ou depois disso?”						
Teste	0,31	0,60	0,00	2,00	0,00	0,046*
Reteste	0,34	0,64	0,00	2,00	0,00	
12						
“As pessoas perguntam para o(a) seu/sua filho(a) ‘o que você tem na voz?’”						
Teste	0,26	0,56	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,27	0,56	0,00	2,00	0,00	
13						
“Seu/sua filho(a) tem que tossir ou pigarrear quando fala mesmo sem estar doente (gripe ou resfriado)? (Demonstração pelo médico/clínico)”						
Teste	0,54	0,72	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,54	0,73	0,00	2,00	0,00	

\*Valores significativos ( $p \leq 0,050$ ) – Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon

Legenda: AA = Autoavaliação; AP = Avaliação parental; a = Subitem da questão referente à voz falada; b = Subitem da questão referente à voz projetada; c = Subitem da questão referente à voz cantada; d = Subitem da questão referente à voz gritada; DP = Desvio-Padrão; Máx = Máximo; Mín = Mínimo; SV = Sintomas Vocais

**Tabela 4.** Continuação...

Par de variáveis	Média	DP	Mín	Máx	Mediana	p
14						
“Seu/sua filho(a) fica rouco(a), mesmo quando não está doente?”						
Teste	0,73	0,76	0,00	2,00	1,00	0,414
Reteste	0,74	0,78	0,00	2,00	1,00	
15						
“Seu/sua filho(a) tem dificuldade de completar as frases, quando fala, por causa da voz dele(a)?”						
Teste	0,38	0,61	0,00	2,00	0,00	> 0,999
Reteste	0,38	0,61	0,00	2,00	0,00	
16						
“Seu/sua filho(a) tem que descansar a voz quando...”						
a						
“... conversa, brinca, fala ao telefone... ou depois disso?”						
Teste	0,40	0,69	0,00	2,00	0,00	0,083
Reteste	0,43	0,71	0,00	2,00	0,00	
b						
“... lê em voz alta, participa de festas, do teatro da escola... ou depois disso?”						
Teste	0,40	0,69	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,39	0,69	0,00	2,00	0,00	
c						
“... canta, participa de coral, brinca de karaokê... ou depois disso?”						
Teste	0,41	0,70	0,00	2,00	0,00	0,564
Reteste	0,40	0,69	0,00	2,00	0,00	
d						
“... joga futebol, brinca de queimada, de pega-pega, pratica esportes ... ou depois disso?”						
Teste	0,43	0,70	0,00	2,00	0,00	0,083
Reteste	0,40	0,68	0,00	2,00	0,00	
17						
“Seu/sua filho(a) sente que a garganta arde ou incomoda mesmo quando não está doente (gripe/resfriado)?”						
Teste	0,49	0,70	0,00	2,00	0,00	> 0,999
Reteste	0,49	0,70	0,00	2,00	0,00	
18						
“Seu/sua filho(a) fica triste por causa da voz dele(a)?”						
Teste	0,35	0,67	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,36	0,67	0,00	2,00	0,00	
19						
“Seu/sua filho(a) gostaria de mudar sua voz dele(a)?”						
Teste	0,56	0,81	0,00	2,00	0,00	0,317
Reteste	0,57	0,80	0,00	2,00	0,00	
Escore SV						
Teste	8,52	9,95	0,00	36,00	4,50	< 0,001*
Reteste	16,55	19,19	0,00	71,00	9,38	

\*Valores significativos ( $p \leq 0,050$ ) – Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon

Legenda: AA = Autoavaliação; AP = Avaliação parental; a = Subitem da questão referente à voz falada; b = Subitem da questão referente à voz projetada; c = Subitem da questão referente à voz cantada; d = Subitem da questão referente à voz gritada; DP = Desvio-Padrão; Máx = Máximo; Mín = Mínimo; SV = Sintomas Vocais

**Tabela 5.** Dados de sensibilidade do escore geral do QSV-P: autoavaliação e avaliação parental (n = 32)

Par de variáveis	Média	DP	Mín	Máx	Mediana	p
AA						
Escore SV						
Pré-terapia	17,81	7,27	3,50	34,50	16,25	< 0,001*
Pós-terapia	6,47	6,09	1,25	25,75	4,13	
AP						
Escore SV						
Pré-terapia	15,52	9,68	0,00	36,25	16,38	0,001*
Pós-terapia	4,63	4,21	0,00	12,75	5,50	

\*Valores significativos ( $p \leq 0,050$ ) – Teste de Wilcoxon

Legenda: AA = Autoavaliação; AP = Avaliação Parental; DP = Desvio-Padrão; Máx = Máximo; Mín = Mínimo; SV = Sintomas Vocais

## DISCUSSÃO

O uso da autoavaliação da qualidade vocal como medida externa para a mensuração da validade de um instrumento de autoavaliação vem sendo adotado em vários estudos de validação brasileira<sup>(15-17)</sup>. Em investigação sobre a qualidade de vida relacionada à voz em crianças e adolescentes<sup>(17)</sup>, observou-se uma correlação positiva entre a avaliação parental da qualidade vocal e os escores do Protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico (QVV-P), demonstrando que a percepção de uma voz ruim se correlaciona a uma menor qualidade de vida em crianças e adolescentes entre 2 e 18 anos.

A correlação negativa entre sintomas vocais e avaliação (pais e filhos) da qualidade vocal tanto no grupo com alteração vocal quanto no sem alteração indica que um dos sintomas observados é o fonatório. Pais e filhos reconhecem que, na presença de uma voz ruim, há mais sintomas vocais, porém a força de correlação entre essas variáveis é maior na intra-avaliação do que na interavaliação, ou seja, uma criança, ao avaliar a sua qualidade vocal e os seus sintomas vocais, reconhece uma relação negativa mais forte do que seus pais, e o mesmo ocorre na avaliação parental. Esse dado reforça a importância de se coletar informações entre os dois respondentes.

Apenas o GSA não apresentou correlação com a avaliação parental de sintomas vocais, demonstrando que, quando a criança ou o adolescente não apresentam um problema vocal, os pais têm mais dificuldade de perceber os sintomas vocais. Além disso, na presença de uma alteração vocal, os pais são os informantes que têm a melhor percepção entre qualidade vocal e sintomas vocais, uma vez que apresentaram a maior força de correlação (coeficiente de correlação ( $r$ ) = -0,72), conforme apontado na Tabela 1.

A análise individual das questões do QSV-P reforça o perfil mais circunstancial de resposta das crianças e dos adolescentes, uma vez que sete itens apresentaram diferença no teste-reteste em oposição aos dois observados na avaliação parental, o que resultou em maior diferença teste-reteste no escore de sintomas vocais na versão de autoavaliação, conforme apontam os dados da Tabela 4. No autorrelato, as diferenças relacionam-se aos sintomas físicos, sociofuncionais e emocionais; já no relato parental, tais mudanças apareceram apenas no quesito físico, domínio mais objetivo<sup>(18)</sup>, para o qual os pais têm melhor percepção<sup>(17)</sup>. Analisando-se a reprodutibilidade do escore de sintomas vocais do QSV-P, observa-se que: houve diferença tanto na avaliação parental quanto na autoavaliação; os escores médios foram superiores no reteste, diferentemente do que ocorreu na validação da versão original<sup>(6)</sup>; a modificação nos escores reforça que o contato com o instrumento potencializa a percepção de pais e filhos quanto aos sintomas vocais, por auxiliar na compreensão das dificuldades vividas<sup>(7,8)</sup>, o que é muito importante, inclusive, para a reabilitação vocal, uma vez que só é possível modificar comportamentos mediante a percepção dele.

O QSV-P é um instrumento que pode ser utilizado como recurso de reavaliação na clínica vocal, visto que as duas versões, seja parental, seja de autorrelato, apresentaram sensibilidade às oito sessões de fonoterapia administradas às 16 crianças e

adolescentes com alteração vocal (Tabela 5). Portanto, o QSV-P corresponde às propostas do PROM de investigar sintomas e problemas que possam interferir na vida do indivíduo e na sua sensação de bem-estar, de verificar as mudanças decorrentes dos tratamentos realizados<sup>(19)</sup> e de servir de suporte para o monitoramento clínico<sup>(20)</sup>.

Após a intervenção fonoaudiológica, que não correspondeu necessariamente à alta fonoaudiológica, mas sim a um atendimento com número predeterminado de sessões, para atender a questões científicas, as crianças e os adolescentes perceberam modificações em 27 itens do QSV-P, e seus pais reconheceram as mudanças em 26 questões. Possivelmente, em um atendimento clínico regular, o protocolo pode se mostrar ainda mais sensível, no momento da alta real do paciente. Como o grupo da intervenção contemplou alterações laringeas variadas e disfonias funcionais e organofuncionais, pode-se afirmar que o QSV-P é sensível às modificações decorrentes de um tratamento vocal, independentemente do tipo de disфонia apresentada. Na autoavaliação, os itens que não apresentaram modificação pós-terapia se relacionaram a aspectos físicos (necessidade de repetir o que fala; necessidade de forçar a voz; e ardência ou incômodo) e emocionais (sentimento de raiva), enquanto na avaliação parental a falta de modificação apareceu para questões sociofuncionais (evitar usar a voz em conversas e brincadeiras; em leituras, festas e teatro; e em futebol, queimada, esportes etc.), emocionais (medo de prejudicar ou piorar a voz) e físicas (dificuldade de completar frases). A redução dos escores obtidos na maior parte das questões do QSV-P e no escore de sintomas vocais demonstra, portanto, que o protocolo pode ser utilizado como um importante recurso de monitoramento e reavaliação vocal.

Analisando-se especificamente o escore de sintomas vocais do QSV-P, é possível observar que os sintomas são mais frequentes em indivíduos com alteração vocal e que eles são mais percebidos pela autoavaliação (Tabela 4). Os sintomas relatados foram de ordem física, emocional e sociofuncional, como já apontado pela literatura<sup>(7)</sup>. Os pais, por sua vez, reconheceram mais os sintomas vocais com manifestações extrínsecas ao indivíduo, a exemplo das alterações na qualidade vocal, dos sinais de fadiga e do esforço vocal, que são também os sintomas mais frequentes na infância<sup>(21)</sup>, advindos do próprio padrão vocal das crianças.

Comparando-se os dados do presente estudo com a validação da versão original<sup>(6)</sup>, observa-se que os escores médios brasileiros são discretamente inferiores, com exceção da avaliação parental no grupo sem alteração vocal, que se apresentou de forma discretamente superior. A maior diferença observada foi na avaliação parental do grupo com alteração vocal (versão brasileira = 6,53 e versão original = 10,40). A validação na versão original utilizou a composição de três grupos (disfônico, vocalmente saudável e grupo com desvio vocal, mas sem queixa) e observou que o grupo disfônico apresentou maior ocorrência de sintomas vocais, seguido do grupo sem queixa e com desvio vocal, tanto na avaliação parental quanto na autoavaliação<sup>(6)</sup>. Neste estudo, não foi utilizada a composição do grupo com disфонia por não ter sido realizado exame laringológico em todos os participantes (apenas o grupo da intervenção para mensuração da sensibilidade do QSV-P passou por investigação funcional

da laringe), e foram adotados como critério de composição do GCA a presença de queixa parental ou autorrelatada e/ou o desvio vocal na avaliação perceptivo-auditiva da voz. Tais critérios e procedimentos podem ter influenciado nas diferenças observadas nos escores associados a fatores sociais e culturais, pois os resultados brasileiros da autoavaliação do GCA se aproximam mais do grupo com desvio e sem queixa do estudo de Verduyck et al.<sup>(6)</sup>, enquanto os resultados da avaliação parental do GCA se aproximam mais do grupo disfônico. Acredita-se que a presença de queixa vocal associada à presença de desvio vocal na APA potencializa os escores de sintomas vocais do QSV-P e que um desvio vocal na APA dissociado de uma queixa vocal reduz a pontuação do instrumento, embora a mantenha superior em relação a indivíduos sem queixa e sem desvio vocal.

Tão importante quanto avaliar os sintomas vocais é avaliar a frequência de sua ocorrência<sup>(7)</sup>. Independentemente da etiologia, os sintomas vocais podem ser verificados por questionários de autoavaliação<sup>(16)</sup>, que vêm sendo considerados a pedra angular de uma avaliação vocal<sup>(22)</sup>. Embora, para a população pediátrica, geralmente, seja utilizada a avaliação parental exclusiva<sup>(8)</sup>, a literatura aponta que crianças a partir dos 6 anos de idade são capazes de refletir sobre os seus problemas de voz, oferecendo informações relevantes sobre diferentes aspectos da qualidade vocal<sup>(7)</sup>. Assim, a avaliação parental, embora muito importante, não deve substituir a autoavaliação<sup>(7,8)</sup>, mesmo que os sintomas vocais de crianças disfônicas sejam percebidos tanto pelos pais quanto por elas mesmas<sup>(6)</sup>. Além disso, é importante considerar que discrepâncias entre as percepções das crianças e seus pais, quanto às experiências sociais e aos fatos de longo prazo, podem tornar a avaliação parental exclusiva um recurso pouco confiável<sup>(6)</sup>.

Problemas vocais devem ser avaliados de forma multimodal<sup>(23)</sup> e considerando-se diversos contextos de uso da voz. Sabe-se que os relatos de pais e filhos sobre o sintoma vocal não apresentam concordância geral<sup>(6,7)</sup>, que a criança, mesmo reconhecendo uma alteração na sua voz, pode gostar dela e não apontar sintomas<sup>(7)</sup> e que há uma pobre correlação entre a clínica e a percepção do sujeito que vive com disfonia<sup>(24-26)</sup>. A avaliação fonoaudiológica e a autoavaliação vocal têm resultados diferentes<sup>(8,17)</sup>, por isso elas não devem ser excluídas. A soma das informações auxilia na compreensão do problema vocal, direciona ações, define objetivos terapêuticos e mensura os efeitos da terapia na comparação pré e pós-fonoterapia<sup>(23)</sup>.

## CONCLUSÃO

O protocolo *Questionnaire des Symptômes Vocaux*, intitulado Questionário de Sintomas Vocais Pediátrico, foi validado para o português brasileiro nas versões parental e de autorrelato. O QSV-P apresentou confiabilidade e reprodutibilidade aceitáveis para a população brasileira e sensibilidade ao tratamento vocal, por isso é considerado um bom instrumento de autoavaliação vocal para a referida população. Crianças e adolescentes reconhecem mais sintomas vocais do que seus pais/responsáveis, tanto no teste quanto no reteste (conforme Tabelas 2 e 4), o que demonstra que o sintoma, por envolver muitas vezes questões cinestésicas, é mais bem percebido pelo indivíduo.

## AGRADECIMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES - pelo suporte financeiro concedido a esta pesquisa, condição essencial para a sua realização.

## REFERÊNCIAS

1. Carding PN, Roulstone S, Northstone K. The prevalence of childhood Dysphonia: A cross-sectional study. *J Voice*. 2006;20(4):623-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.07.004>. PMID:16360302.
2. Martins RH, Ribeiro CB, Fernandes de Mello BM, Branco A, Tavares EL. Dysphonia in children. *J Voice*. 2012;26(5): 674e.17-e20.
3. Kollbrunner J, Seifert E. Functional hoarseness in children: short-term play therapy with family dynamic counseling as therapy of choice. *J Voice*. 2013;27(5):579-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.01.010>. PMID:23683805.
4. De Bodt MS, Ketelslagers K, Peeters T, Wuyts FL, Mertens F, Pattyn J, et al. Evolution of vocal fold nodules from childhood to adolescence. *J Voice*. 2007;21(2):151-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.11.006>. PMID:16504470.
5. Behlau M, Madazio G, Feijó D, Pontes P. Avaliação de voz. In: Behlau M, organization. *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. vol. 1. p. 85-245.
6. Verduyck I, Morsomme D, Ramacle M. Validation and standardization of the Pediatric Voice Symptom Questionnaire: A double-form questionnaire for dysphonic children and their parents. *J Voice*. 2012;26(4):129-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2011.08.001>.
7. Verduyck I, Remacle M, Jamart J, Benderitter C, Morsomme D. Voice-related complaints in the pediatric population. *J Voice*. 2011;25(3):373-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.11.008>. PMID:20359863.
8. Connor NP, Cohen SB, Theis SM, Thibeault SL, Heatley DG, Bless DM. Attitudes of children with dysphonia. *J Voice*. 2008;22(2):197-209. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.09.005>. PMID:17512168.
9. Krohling LL, Behlau M, Verduyck I. Equivalência cultural da versão brasileira do Questionnaire des Symptômes Vocaux. *CoDAS*. 2016;28(4):454-8. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015124>. PMID:27409418.
10. McAllister A, Sjölander P. Children's Voice and Voice Disorders. *Semin Speech Lang*. 2013;34(2):71-79. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1342978>.
11. McAllister A, Brandt SK. A comparison of recordings of sentences and spontaneous speech: perceptual and acoustic measures in preschool children's voices. *J Voice*. 2012;26(5):673.e1-e5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2011.12.013>. PMID:22717494.
12. Aaronson N, Alonso J, Burnam A, Lohr KN, Patrick DL, Perrin E, et al. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res*. 2002;11(3):193-205. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1015291021312>. PMID:12074258.
13. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silvares EFM. A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. *Estud Psicol*. 2003;8(1):107-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100012>.
14. Francisco MV, Liborio RMC. Um estudo sobre bullying entre escolares do ensino fundamental. *Psicol Reflex Crit*. 2009;22(2):200-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000200005>.
15. 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.04.005>. PMID:17628396.
16. Moreti F, Zambon F, Behlau M. Voice symptoms and vocal deviation self-assessment in different types of dysphonia. *CoDAS*. 2014;26(4):331-3. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/201420130036>. PMID:25211694.
17. Ribeiro LL, Paula KM, Behlau M. Voice-related quality of life in the pediatric population: validation of the Brazilian version of the Pediatric Voice-Related Quality-of-Life Survey. *CoDAS*. 2014;26(1):87-95. <http://dx.doi.org/10.1590/s2317-17822014000100013>. PMID:24714864.

18. Vance YH, Morse RC, Jenney ME, Eiser C. Issues in measuring quality of life in childhood cancer: measures, proxies, and parental mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(5):661-7. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00761>. PMID:11464970.
19. Wolpert M. Uses and Abuses of Patient Reported Outcome Measures (PROMs): Potential iatrogenic impact of PROMs implementation and how it can be mitigated. *Adm Policy Ment Health*. 2014;41(2):141-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-013-0509-1>. PMID:23867978.
20. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 2013;346(f167):1-5. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f167>. PMID:23358487.
21. Tavares ELM, Brasolotto A, Santana MF, Padovan CA, Martins RHG. Epidemiological study of dysphonia in 4-12 year-old children. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011;77(6):736-46. PMID:22183280.
22. 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 Phoniatics of European Laryngological Society (ELS). *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2001;258(2):77-82. <http://dx.doi.org/10.1007/s004050000299>. PMID:11307610.
23. Steen IN, MacKenzie K, Carding PN, Webb A, Deary IJ, Wilson JA. Optimizing outcome assessment of voice interventions, II: sensitivity to change of self-reported and observer-rated measures. *J Laryngol Otol*. 2008;122(1):46-51. <http://dx.doi.org/10.1017/S0022215107007839>. PMID:17498325.
24. Woisard V, Bodin S, Yardeni E, Puech M. The Voice handicap Index: correlation between subjective patient response and quantitative assessment of voice. *J Voice*. 2006;21(5):623-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.04.005>. PMID:16887329.
25. Karnell MP, Melton SD, Childes JM, Coleman TC, Dailey SA, Hoffman HT. Reliability of Clinician-Based (GRBAS and CAPE-V) and Patient-Based (V-RQOL and IPVI) documentation of voice disorders. *J Voice*. 2007;21(5):576-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.001>. PMID:16822648.
26. Ugulino ACN, Behlau M. Autoavaliação do Comportamento Comunicativo ao Falar em Público nas Diferentes Categorias Profissionais. In: 22º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2014 Out 8-11; Joiville. Anais. São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; 2014. 4929 p. Sessão de Concorrentes a Prêmio.

### Contribuição dos autores

*LLR foi responsável pelo projeto, delineamento do estudo, coleta de dados, tabulação dos resultados, análise dos dados, e redação do manuscrito; IV foi responsável pela orientação geral das etapas de execução e elaboração do manuscrito e colaborou com a análise dos dados; MB foi responsável pelo delineamento do estudo e orientação geral das etapas de execução e elaboração do manuscrito e colaborou com a análise dos dados.*