

Lívia Lima Ribeiro^{1,2}
Kely Maria Pereira de Paula²
Mara Behlau³

Descritores

Qualidade de vida
Disfonia
Estudos de validação
Criança
Adolescente

Keywords

Quality of life
Dysphonia
Validation studies
Child
Adolescent

Endereço para correspondência:

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

Recebido em: 09/08/2012

Aceito em: 11/04/2013

Qualidade de Vida em Voz na População Pediátrica: validação da versão brasileira do Protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico

Voice-related quality of life in the pediatric population: validation of the Brazilian version of the Pediatric Voice-Related Quality-of-Life survey

RESUMO

Objetivo: Mensurar a qualidade de vida relacionada à voz de crianças/adolescentes com queixa vocal por meio da validação brasileira do Pediatric Voice-Related Quality-of-Life Survey (Qualidade de Vida em Voz Pediátrico – QVV-P), verificando se a presença de uma queixa vocal interfere na qualidade de vida de crianças/adolescentes e se há relação entre a avaliação vocal realizada por pais e os escores do QVV-P. **Métodos:** Participaram 246 pais de crianças/adolescentes com e sem queixa vocal, de ambos os sexos, com idade entre 2 e 18 anos (divididos em: pré-escolar, escolar e adolescente). Todos assinaram o Termo de Consentimento. Realizaram-se a Tradução e adaptação linguística e cultural, avaliação da equivalência cultural, aplicação do protocolo na sua versão final, avaliação vocal pelos pais/responsáveis, análise estatística descritiva demográfica e clínica da população, análise individual das questões, verificação das medidas psicométricas de validade, confiabilidade e sensibilidade do instrumento. **Resultados:** Indivíduos com queixa vocal, especialmente os adolescentes, apresentaram escores do QVV-P reduzidos, sobretudo, no domínio físico. O domínio Socioemocional não foi sensível nos pré-escolares. Houve correlação entre todos os escores do protocolo e a percepção dos pais sobre a qualidade vocal de seus filhos. O QVV-P mostrou-se válido, confiável e sensível aos problemas de voz. **Conclusão:** A alteração vocal interfere na qualidade de vida de crianças/adolescentes, havendo relação entre a avaliação da qualidade vocal realizada pelos pais/responsáveis e os escores do QVV-P; quanto maior a idade, pior a qualidade de vida nos aspectos relacionados à voz, principalmente no domínio Físico, melhor a avaliação da qualidade vocal pelos pais.

ABSTRACT

Purpose: To measure the voice-related quality of life in children/adolescents with vocal complaints through the validation of the Brazilian Pediatric Voice-Related Quality-of-Life survey – VR-QOL-P (*Qualidade de Vida em Voz Pediátrico – QVV-P*), to verify whether the presence of vocal complaints interfere with the quality of life of children/adolescents, and to determine the relationship between the vocal assessment carried out by parents and the VR-QOL-P scores. **Methods:** The participants included 246 parents of children/adolescents of both sexes, aged between 2 years and 18 years (divided into preschoolers, schoolers and adolescents), with and without vocal complaints. All participants signed the informed consent form. Translation, linguistic and cultural adaptation, assessment of cultural equivalence, implementation of the protocol in its final version, voice assessment by parents, demographic and clinical descriptive statistical analysis of the population, individual analysis of the items, verification of psychometric measures of validation, reliability, reproducibility and responsiveness of the instrument to treatment, were carried out. **Results:** Low scores, especially in the physical domain, were found in subjects with vocal complaints. Among those, adolescents suffered the greatest impact. The social-emotional domain was not sensitive in preschoolers. There was a correlation among the overall, social-emotional and physical scores, and the vocal assessment performed by parents. The VR-QOL-P was reliable, reproducible and responsive to voice problems. **Conclusion:** Voice change interferes with the quality of life of children/adolescents, and there is a relationship between the assessment of voice quality and VR-QOL-P scores – the older the individual, the worse the quality of life in aspects related to voice, especially in the physical domain, and the better the vocal quality, as perceived by the parents.

Trabalho realizado na Universidade Federal do Espírito Santo – UFES – Vitória (ES), Brasil.

(1) Universidade Vila Velha – UVV – Vila Velha (ES), Brasil.

(2) Universidade Federal do Espírito Santo – UFES – Vitória (ES), Brasil.

(3) Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Centro de Estudos da Voz – CEV – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

No decorrer do desenvolvimento vocal, fatores extrínsecos e intrínsecos à criança e ao adolescente podem levar a uma alteração vocal^(1,2), cuja etiologia está ligada a questões congênitas, hábitos vocais inadequados, fonotraumas, fatores ambientais, físicos, psicológicos, comportamentais e orgânicos, que devem ser adequadamente identificados para uma melhor conduta terapêutica⁽³⁾. O hábito de falar alto (voz em forte intensidade) é comum na infância, mas em todas as atividades é uma particularidade das crianças disfônicas⁽⁴⁾, cujo marcador vocal principal é a rugosidade e a soproidade de grau moderado a intenso⁽⁵⁾.

Os relatos da literatura quanto à prevalência de problemas vocais em crianças e adolescentes são variados, com índices de 3,9 a 23,4%^(6,7), de acordo com o grupo pesquisado e critérios de triagem utilizados. Na população pediátrica, estima-se que haja maior ocorrência de problemas vocais na faixa etária de 5 a 10 anos⁽¹⁾. Essas estatísticas são preocupantes, pois o problema de voz está dentre os vários fatores que comprometem a qualidade de vida^(2,4,8), definida como a percepção do indivíduo de sua posição na sociedade, em relação ao contexto cultural e aos sistemas de valores nos quais está inserido, considerando seus objetivos, expectativas, padrões e interesses e favorecendo o completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo⁽⁹⁾.

O problema de voz sobre a vida de uma criança pode ser subestimado⁽⁸⁾, uma vez que ela não apresenta sintomas mais abrangentes envolvendo outros sistemas⁽¹⁰⁾, retardando, assim, a procura pela intervenção, o que conseqüentemente, resultará em uma alteração vocal crônica com potencialidade de limitar a vida escolar, as oportunidades sociais e profissionais^(8,11).

Na clínica fonoaudiológica pediátrica, não é habitual solicitar ao paciente ou a seus pais que façam uma avaliação vocal e da qualidade de vida. Prova disso é que, mesmo na língua inglesa, existem apenas três instrumentos de avaliação parental relacionados à voz⁽⁴⁾, a saber, *Pediatric Voice Outcome Survey* (PVOS), *Pediatric Voice Related Quality-of-Life Survey* (PVRQoL) e *Pediatric Voice Handicap Index* (PVHI).

Instrumentos de mensuração da qualidade de vida destinados a crianças e adolescentes geralmente abordam os aspectos físicos, sociais, desenvolvimento cognitivo, contexto escolar e brincadeiras com amigos⁽¹²⁾ e podem ser aplicados com os seguintes objetivos clínicos: avaliação funcional na presença de doenças crônicas, análise da sensibilidade dos pacientes às intervenções terapêuticas e avaliação das mudanças significativas na condição de saúde geral e na doença específica⁽¹³⁾, além de serem utilizados como instrumento rápido de triagem.

Pais de crianças e adolescentes podem mensurar o impacto da alteração vocal na qualidade de vida de seus filhos por meio do PVRQoL⁽¹⁴⁾, um instrumento americano válido e sensível à identificação do impacto de uma alteração vocal, composto por dez questões e dois domínios, a saber, Socioemocional e Físico⁽⁴⁾. Pesquisas americanas demonstraram que crianças sem alteração de voz apresentaram escores próximos a 100⁽¹⁵⁾, não revelando impacto na qualidade de vida, enquanto crianças com

nódulos de pregas vocais, paralisia de prega vocal e movimento paradoxal de pregas vocais apresentaram escores reduzidos, para todos os domínios, quando comparadas às crianças sem alterações laríngeas e vocais, demonstrando que a alteração vocal interfere na qualidade de vida⁽¹⁶⁾.

O uso de instrumentos aplicados aos pais de crianças e adolescentes é importante, pois os responsáveis têm a habilidade de compreender o contexto do problema e é a partir dessa percepção que os filhos chegam aos consultórios dos especialistas^(14,17). Além disso, tem-se observado que os dados obtidos nesse tipo de avaliação auxiliam na verificação do prejuízo de uma alteração vocal nos diversos contextos sociais do indivíduo, o que também possibilita um tratamento mais individualizado⁽¹⁸⁾.

Este estudo objetivou:

1. realizar a validação da versão brasileira do protocolo PVRQoL⁽¹⁴⁾, denominado Qualidade de Vida em Voz Pediátrico (QVV-P) (Anexo 1), por meio da adaptação cultural e de idioma do instrumento e da obtenção de medidas psicométricas de validade, confiabilidade e sensibilidade;
2. verificar se a presença de uma queixa vocal interfere na qualidade de vida de crianças e adolescentes;
3. verificar se os escores do QVV-P e a avaliação da qualidade vocal diferem quanto ao sexo dos participantes;
4. verificar se há relação entre a avaliação da qualidade vocal realizada por pais/responsáveis e os três escores do protocolo (Geral, Socioemocional e Físico).

MÉTODOS

Após aprovação do Comitê de Ética da instituição de origem (027/11), os pais/responsáveis assinaram o Termo de Consentimento, e as crianças/adolescentes, o Termo de Assentimento para participação em pesquisa. A validação do protocolo PVRQoL foi executada em dez etapas realizadas na validação brasileira da versão adulto do protocolo Qualidade de Vida em Voz – QVV⁽¹⁸⁾ e de acordo com as normas propostas pelo Comitê do Conselho Científico da Associação de Resultados Médicos (*Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust*)⁽¹⁹⁾. Assim, as ações realizadas foram, respectivamente:

1. tradução e adaptação linguística e cultural com brasileiros bilíngues fonoaudiólogos e não fonoaudiólogos que realizaram a tradução e retrotradução;
2. avaliação da equivalência cultural com a aplicação da versão traduzida em um grupo de participantes com alteração vocal;
3. aplicação do protocolo na sua versão final com as questões definitivas do instrumento em participantes com e sem queixa de alteração vocal;
4. avaliação vocal pelos pais/responsáveis de indivíduos com e sem queixa de alteração vocal, por meio de cinco categorias de análise, a saber, voz excelente, muito boa, boa, razoável e ruim;
5. análise estatística descritiva demográfica e clínica da população, considerando-se sexo, idade e presença/ausência de queixa de alteração vocal;

6. análise individual das questões do protocolo com identificação dos escores Geral, Socioemocional e Físico;
7. medidas psicométricas de validade;
8. confiabilidade;
9. reprodutibilidade;
10. sensibilidade ao tratamento.

O questionário PVRQoL foi inicialmente traduzido para a língua portuguesa por duas fonoaudiólogas a par dos objetivos do estudo, fluentes em inglês e com o Português Brasileiro como língua materna, que compararam as versões traduzidas juntamente com as pesquisadoras do estudo. A comparação com o instrumento original ocorreu por meio de uma retrotradução realizada por um professor de inglês, com o Português Brasileiro como língua materna e ainda não participante de nenhuma etapa do estudo. Não houve diferenças entre a versão original e a retrotraduzida do instrumento.

O QVV-P foi acrescido de uma questão de múltipla escolha para que os pais/responsáveis avaliassem a voz de seus (suas) filhos(as) (crianças ou adolescentes) conforme cinco categorias (excelente, muito boa, boa, razoável e ruim), para cumprir a exigência do *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust*⁽¹⁹⁾ quanto à aplicação de uma medida de avaliação externa para validação do instrumento preterido. Optou-se pela avaliação vocal parental para determinar a validade do QVV-P, por haver, no presente estudo, crianças muito pequenas (a partir de 2 anos) que não teriam habilidades cognitivas para realizarem uma autoavaliação vocal. Considerando-se que estudos prévios^(20,21) com indivíduos adultos leigos em avaliação vocal demonstraram haver uma correlação negativa entre os indicadores de qualidade de vida geral e relacionados à voz e os de categorização da qualidade vocal (voz muito boa ou voz ruim, por exemplo), julgou-se pertinente que os próprios pais/responsáveis mensurassem a presença/ausência de um problema de voz e a qualidade vocal (excelente a ruim) de seus filhos, possibilitando, assim, a verificação do coeficiente de correlação das variáveis, de modo a identificar se o QVV-P realmente mensura o que se propõe a fazer.

Participaram 246 pais/responsáveis de crianças/adolescentes com e sem queixa vocal, de ambos os sexos, com idade entre 2 e 18 anos. A coleta ocorreu em duas escolas (particular e pública), consultórios de otorrinolaringologia e em uma clínica-escola com atendimento fonoaudiológico especializado na área de voz. Esta amostra foi dividida em cinco grupos denominados G1, G2, G3, G4 e G5.

O G1 foi composto por 16 pais/responsáveis de crianças/adolescentes com queixa de alteração vocal, que participaram da etapa de equivalência cultural do instrumento, sendo dez do sexo masculino e seis do sexo feminino, com idade entre 2 e 18 anos (média de idade de 10,52 anos).

Participaram do G2 230 pais/responsáveis de crianças/adolescentes com e sem queixa de alteração vocal que responderam à versão final do protocolo, sendo 112 pais/responsáveis de participantes com queixa vocal, 50 do sexo feminino e 62 do masculino, e 118 pais/responsáveis de participantes sem queixa vocal, 62 do sexo feminino e 56 do masculino.

A idade para os dois grupos variou entre 2 e 18 anos (faixa etária abrangida pelo instrumento), com média de 9,97 anos para o grupo com queixa vocal e de 9,89 anos para o grupo sem queixa vocal.

O G3 foi composto para testar a confiabilidade do QVV-P; participaram 95 pais/responsáveis, selecionados aleatoriamente dentre os 112 pais/responsáveis de indivíduos com queixa de alteração vocal do G2, sendo 51 do sexo masculino e 44 do sexo feminino, com idade média de 9,87 anos. Esses 95 pais/responsáveis responderam novamente ao instrumento após 14 dias da sua aplicação inicial.

O G4 foi estruturado com o objetivo de verificar a sensibilidade do instrumento ao tratamento, sendo submetido à avaliação fonoaudiológica. Esse grupo foi composto por 16 crianças/adolescentes, do grupo total, com queixa de alteração vocal, sendo nove do sexo masculino e sete do sexo feminino, com idade entre 6 e 18 anos (média 9,62 anos). Todos os participantes foram submetidos à avaliação perceptivo-auditiva, realizada pela primeira autora com a escala GRBASI, e à avaliação laringológica, realizada por um médico otorrinolaringologista, por meio da videolarin-goestroboscopia com videolaringoscópio rígido de 10 mm e 70° e fonte de luz (Endo-Stoboscope L-Atmos). Os dados levantados durante os atendimentos foram utilizados como diário de campo para o registro de depoimentos e relatos sobre a execução dos exercícios vocais, bem como os benefícios obtidos.

As principais características vocais e laríngeas do G4 foram: alteração vocal com grau geral que variou de moderado a intenso, sendo os parâmetros mais observados: rugosidade, tensão e sopro, respectivamente, com predomínio de rugosidade e sopro associadas, na qualidade vocal; avaliação laringológica com quadros de nódulos vocais (4), edema de pregas vocais com espessamento nodular (3), pregas vocais afiladas com fenda paralela (3), fenda triangular médio-posterior (3), cisto (1), sulco (1) e vasculodisgenesia (1).

Já o G5 envolveu os pais/responsáveis das 16 crianças/adolescentes que foram submetidas a um programa de oito sessões de atendimento fonoaudiológico. Eles participaram do reteste, respondendo novamente às questões do QVV-P ao término do período de atendimento fonoaudiológico com a pesquisadora, para mensuração da sensibilidade do instrumento.

Como critérios para inclusão dos participantes adotaram-se: idade equivalente à faixa etária abrangida pelo PVRQoL (2–18 anos); e queixa de alteração vocal (visando à composição de dois grupos: com e sem queixa de alteração vocal). Os critérios para exclusão dos participantes foram: indivíduos com queixa atual ou pregressa de distúrbios da comunicação humana, com exceção da queixa de alteração vocal; presença de quadro agudo de infecção de vias aéreas superiores; tratamento vocal prévio e doenças neurológicas ou psiquiátricas diagnosticadas. O respeito aos critérios de inclusão e exclusão foi assegurado por meio da aplicação de um breve Questionário de identificação e caracterização da amostra, elaborado pela própria pesquisadora para este estudo, considerando-se as variáveis que poderiam enviesar os dados, por exemplo, rouquidão por uma gripe ou por

comprometimento neurológico, e não por um problema de voz isolado e específico.

Para a análise dos dados, os participantes foram divididos por grupo etário (pré-escolar – 2 anos a 5 anos e 11 meses, escolar – 6 anos a 11 anos e 11 meses, e adolescente – 12 anos a 18 anos), sexo e presença/ausência de queixa vocal. Além disso, as cinco categorias de avaliação da qualidade vocal foram agrupadas em excelente (correspondendo às respostas excelente e muito boa), boa e ruim (abrangendo as categorias razoável e ruim). Foram aplicados os seguintes testes estatísticos: Qui-Quadrado (comparar o sexo dos participantes), Mann-Whitney (comparar a idade, grupos com e sem queixa vocal), Teste Alfa de Cronbach (determinação da confiabilidade do QVV-P), Teste de McNemar (reprodutibilidade do instrumento), Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon (análise individual das questões do QVV-P, confiabilidade e sensibilidade do instrumento), Teste de Mann-Whitney (caracterização clínica e demográfica e cálculo dos escores médios do QVV-P), Análise de Correlação de Spearman (cruzamento Qualidade vocal x escores QVV-P) e Teste da Razão de Verossimilhança (diferença entre os sexos quanto à avaliação da qualidade vocal). O nível de significância estatística adotado foi de 5% (0,05).

RESULTADOS

Analisando-se as características clínicas e demográficas dos participantes, observou-se que 48,7% apresentaram queixa de alteração vocal. Para esse grupo, identificou-se média de idade de 9,97 anos, sendo que 55,4% dos participantes eram do sexo masculino; já para o grupo sem queixa de alteração vocal, houve média de idade de 9,89 anos e predomínio do sexo feminino (55,5% dos participantes).

Houve uma efetiva relação entre a avaliação da qualidade vocal realizada pelos pais/responsáveis e os Escores do QVV-P (Tabela 1). Os pais, ao perceberem a presença de um problema de voz e um prejuízo na qualidade vocal de seus filhos, também identificaram uma menor qualidade de vida em voz. Para o grupo com queixa vocal, os pais avaliaram as vozes de seus filhos como sendo ruins e, para o grupo sem queixa vocal, eles as julgaram como excelentes ou muito boas, independentemente do sexo dos participantes (Teste da Razão de Verossimilhança compatível com valor de $p=0,653$ para o grupo com queixa vocal e valor de $p=0,264$ para o sem queixa vocal).

Os dados do coeficiente de correlação demonstraram, portanto, que o QVV-P apresenta validade para o Português Brasileiro,

uma vez que cumpre o objetivo de mensurar o impacto de um problema de voz na qualidade de vida de crianças e adolescentes, segundo a percepção parental, nos escores Geral e Físico para toda a faixa etária a que se propõe (2 a 18 anos), e no escore Socioemocional somente para os escolares (6 a 11 anos) e adolescentes (12 a 18 anos) (Tabela 1).

Todas as dez questões do QVV-P apresentaram escores diferentes para os grupos com e sem queixa de alteração vocal (Teste de Mann-Whitney com valor de $p \leq 0,002$), com escores superiores para o grupo com problemas vocais, principalmente nas questões de números um e nove.

A análise dos três escores do QVV-P demonstrou diferenças para os dois grupos testados (com e sem queixa de alteração vocal). Observou-se redução de todos os Escores do QVV-P, para o grupo total com queixa vocal, demonstrando que esse grupo tem pior qualidade de vida em decorrência do problema de voz e que o domínio Físico é o mais comprometido na percepção dos pais/responsáveis e, conseqüentemente, é o principal responsável pelo rebaixamento do Escore Geral (Tabela 2). Portanto, o QVV-P é um instrumento sensível aos problemas vocais da população pediátrica.

O grupo pré-escolar (2 anos a 5 anos e 11 meses), embora tenha se diferenciado quanto aos escores Geral e Físico, não apresentou diferenças quanto ao domínio Socioemocional, demonstrando que esse domínio não é sensível para essa faixa etária. O Escore Físico, por sua vez, revelou diferenças entre as crianças com e sem queixa de problemas de voz (Tabela 2).

O grupo escolar (6 anos a 11 anos e 11 meses) apresentou diferenças para os três escores, comparando-se os participantes com queixa e sem queixa de alteração vocal, e também apresentou pior qualidade de vida relacionada à voz em relação ao pré-escolar. Nessa faixa etária, o domínio Socioemocional já demonstra sensibilidade aos problemas vocais, e o Escore Físico continua a ser o principal responsável pela redução da qualidade de vida para o grupo com queixa de alteração vocal (Tabela 2).

Todos os escores do instrumento diferenciaram os participantes com queixa e sem queixa de alteração vocal do grupo adolescente (12 anos a 18 anos e 11 meses), que apresentou pior qualidade de vida em voz em relação ao grupo escolar (Tabela 2).

O grupo com queixa de alteração vocal apresentou diferenças quanto ao sexo, no Escore Socioemocional, uma vez que o sexo masculino demonstrou maior prejuízo na qualidade de vida quando comparado ao feminino (Tabela 2).

Tabela 1. Correlação entre os escores médios Geral, Socioemocional e Físico do Protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico e a avaliação vocal para os participantes com e sem queixa de alteração vocal, considerando-se os grupos etários pré-escolar, escolar e adolescente

Variável	Estatística	Avaliação da Qualidade Vocal			
		Todos	Pré-escolar	Escolar	Adolescente
Escore Geral	Coeficiente de correlação (r)	0,843	0,797	0,848	0,859
	Valor de p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Escore Socioemocional	Coeficiente de correlação (r)	0,618	0,250	0,633	0,720
	Valor de p	<0,001*	0,130	<0,001*	<0,001*
Escore Físico	Coeficiente de correlação (r)	0,814	0,787	0,820	0,818
	Valor de p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*

*Valores significativos ($p \leq 0,05$) – Análise de Correlação de Spearman

Tabela 2. Escores médios Geral, Socioemocional e Físico do Protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico para os participantes com e sem queixa de alteração vocal

Variável	Grupo	n	Média	Desvio-padrão	Valor de p
GT					
Escore Geral	Com queixa	112	78,65	15,63	<0,001*
	Sem queixa	118	99,05	2,09	
Escore Socioemocional	Com queixa	112	85,37	19,33	<0,001*
	Sem queixa	118	99,89	0,81	
Escore Físico	Com queixa	112	73,78	16,52	<0,001*
	Sem queixa	118	98,47	3,40	
GP					
Escore Geral	Com queixa	19	87,50	7,31	<0,001*
	Sem queixa	19	98,42	2,66	
Escore Socioemocional	Com queixa	19	98,68	3,35	0,075
	Sem queixa	19	100,00	0,00	
Escore Físico	Com queixa	19	80,04	12,07	<0,001*
	Sem queixa	19	97,37	4,44	
GE					
Escore Geral	Com queixa	52	78,51	16,68	<0,001*
	Sem queixa	56	98,88	2,07	
Escore Socioemocional	Com queixa	52	84,61	20,78	<0,001*
	Sem queixa	56	99,78	1,17	
Escore Físico	Com queixa	52	73,79	17,65	<0,001*
	Sem queixa	56	98,27	3,27	
GA					
Escore Geral	Com queixa	41	75,00	15,89	<0,001*
	Sem queixa	43	99,53	1,75	
Escore Socioemocional	Com queixa	41	80,24	19,50	<0,001*
	Sem queixa	43	100,00	0,00	
Escore Físico	Com queixa	41	71,24	16,48	<0,001*
	Sem queixa	43	99,22	2,91	
Sexo – GT com queixa					
Escore Geral	F	50	80,20	14,58	0,284
	M	62	77,41	16,44	
Escore Socioemocional	F	50	88,13	19,12	0,016*
	M	62	83,15	19,38	
Escore Físico	F	50	75,00	14,87	0,527
	M	62	72,79	17,81	

*Valores significativos ($p \leq 0,05$) – Teste de Mann-Whitney

Legenda: GT = Grupo Total; GP = Grupo Pré-Escolar; GE = Grupo Escolar; GA = Grupo Adolescente; F = Feminino; M = Masculino

Tabela 3. Confiabilidade do Protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico: questões individuais e escores Físico, Socioemocional e Geral (n=95)

Aspecto	Coefficiente Alfa de Cronbach	Valor de p
Questão 01	0,999	<0,001*
Questão 02	0,995	<0,001*
Questão 03	>0,999	<0,001*
Questão 04	0,998	<0,001*
Questão 05	>0,999	<0,001*
Questão 06	0,994	<0,001*
Questão 07	>0,999	<0,001*
Questão 08	>0,999	<0,001*
Questão 09	0,995	<0,001*
Questão 10	>0,999	<0,001*
Escore Geral	0,998	<0,001*
Escore Socioemocional	>0,999	<0,001*
Escore Físico	0,998	<0,001*

*Valores significativos ($p \leq 0,05$) – Coeficiente Alfa de Cronbach

Não foram identificadas diferenças para o grupo sem queixa de alteração vocal.

O QVV-P apresentou confiabilidade para uso clínico e científico, pois os valores estimados pelo Alfa de Cronbach foram elevados, revelando alta consistência interna dos escores Geral, Socioemocional e Físico (Tabela 3). O nível de reprodutibilidade do instrumento QVV-P foi aceitável por apresentar resultados satisfatórios que podem ser utilizados em outras análises (Tabela 4).

O QVV-P demonstrou sensibilidade ao tratamento fonoaudiológico para a reabilitação vocal dos 16 participantes, comprovada pela redução dos três escores do instrumento após dois meses de fonoterapia, refletindo, assim, a melhora na qualidade de vida em voz (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A maturação vocal ocorre paralelamente ao desenvolvimento orgânico e social do indivíduo⁽³⁾. De acordo com a faixa etária do falante, há uma voz esperada, adaptada às características

Tabela 4. Reprodutibilidade dos escores do Protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico

Par de variáveis	n	Média	Desvio padrão	Significância (p)
Escore Geral	95	77,65	16,58	0,121
r Escore Geral	95	77,44	16,54	
Escore Socioemocional	95	83,47	20,25	0,317
r Escore Socioemocional	95	83,41	20,23	
Escore Físico	95	73,25	17,34	0,172
r Escore Físico	95	72,99	17,45	

*Valores não significativos ($p > 0,05$) – Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon

Legenda: DP = desvio padrão

anatomofisiológicas da laringe⁽⁵⁾, e entre a infância e adolescência, há uma modificação vocal, principalmente quanto à frequência fundamental, extensão vocal, controle da intensidade e do ataque vocal⁽³⁾. Geralmente, é na segunda infância que a maior parte dos problemas vocais ocorrem⁽¹⁾, principalmente no sexo masculino^(1,2) o que justifica a média de idade de aproximadamente 10 anos dos participantes com queixa vocal e a maior concentração de meninos no referido grupo. Na presença de uma disфония, as crianças apresentam como marcador vocal principal a rugosidade e a sopro-sidade de grau moderado a intenso⁽⁵⁾, o que pode vir a desencadear impactos na qualidade de vida do falante^(8,11,12,15,22).

A avaliação vocal e da condição de saúde do paciente deve obrigatoriamente incluir, além dos dados objetivos, medidas de auto-percepção e/ou percepção parental do problema vocal⁽²²⁾. Há um consenso crescente de que essas medidas são úteis para mensurar a qualidade de vida^(4,17,23). Contudo, o seu uso ainda é bem restrito, principalmente quando se trata da população pediátrica⁽¹⁵⁾, embora viabilize maior aderência ao tratamento pelo melhor direcionamento das ações e definição dos objetivos⁽⁴⁾. Os pais/responsáveis dos participantes com queixa de alteração vocal que perceberam alterações na qualidade vocal das crianças/adolescentes obtiveram escores reduzidos no QVV-P (Tabela 1), correlação similar à obtida na validação da versão adulta do QVV⁽¹⁸⁾.

Mesmo na língua inglesa, existe apenas um instrumento que mensura a qualidade de vida relacionada à voz na população pediátrica⁽⁴⁾, o que reforça a relevância desta pesquisa, em que se observou, no grupo com queixa vocal, um predomínio do sexo masculino (55,4%) — prevalência já relatada em outros estudos sobre a disфония infantil^(1,6) — e idade média de 9,9 anos — compatível com a literatura⁽¹⁾, que aponta maior ocorrência de alteração vocal na faixa etária de 5 a 10 anos.

Os instrumentos que mensuram a qualidade de vida devem ser capazes de avaliar questões físicas, sociais e emocionais; por isso, apresentam vários domínios em sua constituição^(13,23). O QVV-P, além de fornecer um Escore Geral, é caracterizado por abranger as dimensões Física e Socioemocional, ao considerar que a voz é essencial para o relacionamento interpessoal e para uma boa comunicação oral e que alterações em sua produção ou qualidade podem desencadear prejuízos orgânicos, sociais, emocionais e até mesmo acadêmicos.

Como toda sociedade tem uma determinada cultura, com suas próprias crenças, hábitos, costumes, atitudes e comportamentos,

Tabela 5. Sensibilidade do Protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico (n=16)

Variáveis	Média	Desvio padrão	Significância (p)
Escore Geral			
Pré-terapia	62,50	17,44	<0,001*
Pós-terapia	90,78	9,21	
Escore Socioemocional			
Pré-terapia	65,63	16,46	<0,001*
Pós-terapia	92,06	9,26	
Escore Físico			
Pré-terapia	60,41	22,26	0,001*
Pós-terapia	89,97	9,78	

*Valores significativos ($p \leq 0,05$) – Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon

Legenda: DP = desvio padrão

que influenciam na forma de percepção da alteração vocal^(4,18) e na procura pelo diagnóstico e tratamento⁽²³⁾, os instrumentos não podem ser simplesmente traduzidos e utilizados em outras culturas. Eles devem ter suas medidas psicométricas testadas, demonstrando relevância clínica e científica^(13,24), seguindo os avanços já obtidos e descritos na literatura^(18,19,24).

Diante do exposto acima, a presente pesquisa realizou a tradução e a retrotradução do PVRQoL para iniciar a verificação de dificuldades de compreensão dos participantes a algum item do instrumento, de questões não aplicáveis ao contexto brasileiro e presença de alguma incompatibilidade conceitual. A versão traduzida foi então aplicada em um grupo de 16 participantes, disponibilizando a opção “não se aplica” (NA) a todos os itens para detectar questões que não fossem viáveis ao novo contexto cultural testado. Somente após a obtenção da equivalência cultural e da correlação qualidade vocal x escores do QVV-P, foi realizada a aplicação do instrumento, em uma amostra mais ampla (n=230).

Como o QVV-P apresenta dez questões autoexplicativas, cujos escores são calculados por fórmula padrão, há uma interpretação objetiva e facilmente compreensível: quanto menor o Escore Geral, pior a qualidade de vida do indivíduo, e o domínio em que apresentar menor escore é o principal responsável pelo rebaixamento da qualidade de vida em voz. Assim, o QVV-P se mostrou como um instrumento de uso prático, breve, de fácil administração, cálculo e interpretação, cumprindo os requisitos para uma aplicação clínica⁽¹⁸⁾.

Além de possibilitar respostas satisfatórias para os parâmetros de informação do item (clareza e objetividade das perguntas), versatilidade, praticidade, reprodutibilidade, validade e sensibilidade, similarmente aos achados da versão adulta^(13,18), o QVV-P demonstrou ser um questionário específico às alterações vocais, uma vez que crianças e adolescentes com problemas de voz apresentaram pontuação inferior às crianças e adolescentes sem alteração vocal (Tabela 2). A aplicação dessa ferramenta na clínica de voz será, então, um facilitador à reabilitação por mensurar o impacto da disфония na qualidade de vida da população pediátrica, sob a ótica de seus pais/responsáveis, e possibilitar a verificação da eficiência do tratamento, por meio da comparação entre as mudanças pré e pós-fonoterapia⁽²⁵⁾ — fato observado pela modificação dos escores do QVV-P após a reabilitação vocal dos 16 participantes, revelando a sensibilidade do instrumento, conforme apresentado na Tabela 5.

Neste sentido, os benefícios já relatados do uso do QVV em adultos, quanto à maior conscientização do paciente e adesão à terapia⁽²⁶⁾, também são observados na população pediátrica.

Embora ainda não esteja claro se as medidas emocionais, físicas e funcionais são semelhantes entre adultos e crianças com problemas de voz⁽¹⁷⁾, uma comparação entre os escores do QVV-P, obtidos nesta pesquisa, e os escores do QVV adulto⁽¹⁸⁾ demonstrou que os adultos disfônicos apresentaram maior impacto na qualidade de vida do que a população pediátrica, com uma diferença média de 12,86 pontos entre os escores das duas investigações (Adulto: Geral – 65,9, Socioemocional – 70,6 e Físico – 62,7; Pediátrico: Geral – 78,65, Socioemocional – 85,37 e Físico – 73,78). Já os resultados dos participantes adultos e pediátricos sem queixa de alteração vocal foram muito similares para todos os escores (próximos a 100).

Tanto a população pediátrica quanto a adulta apresentaram o Escore Físico como o de maior impacto na qualidade de vida. É possível que o predomínio do prejuízo no domínio Físico seja atribuído ao fato de que, por refletir aspectos orgânicos e funcionais, é mais fácil de ser compreendido e identificado pelos pais ou responsáveis, ao passo que as questões emocionais são mais subjetivas, podendo, inclusive, serem mascaradas no convívio familiar e social, dificultando a sua percepção, especialmente em crianças entre 2 e 4 anos⁽⁸⁾. Prova disso é que foi somente em decorrência do atendimento fonoaudiológico que vários pais do grupo da intervenção perceberam, já a partir da primeira sessão, que seus filhos estavam mais entristecidos, frustrados e incomodados com a alteração vocal do que eles imaginavam.

No grupo pré-escolar, não foram observados, no QVV-P, indicadores de ansiedade, depressão ou frustração por causa do problema de voz e nem prejuízo na sociabilidade nessa faixa etária em decorrência do problema vocal, haja visto que o escore médio do domínio Socioemocional do grupo com queixa vocal foi similar ao sem queixa vocal (próximo a 100). Talvez, se o QVV-P fosse constituído por itens específicos para diferentes fases do desenvolvimento, uma diferença poderia ter ocorrido na esfera Socioemocional, já que um conjunto estático de itens para todas as idades pode não refletir apropriadamente as mudanças de atitudes relacionadas à voz para cada faixa etária⁽⁸⁾. Portanto, apesar de o QVV ser prático, breve, fácil de administrar, calcular e interpretar⁽²⁷⁾, a sua versão pediátrica, por incluir três faixas etárias (pré-escolar, escolar e adolescência), que apresentam particularidades importantes quanto ao desenvolvimento vocal, cognitivo e afetivo-emocional, demonstra escores, para os indivíduos com alteração vocal, que variam conforme o grupo etário.

Além disso, tal fato pode ser atribuído a menor experiência de exposição social por meio da voz, uma vez que as habilidades de comunicação se desenvolvem com o aumento da idade em paralelo ao aprimoramento das habilidades sociais aprendidas em um convívio familiar, regido por práticas educativas e repertório social parental, que interferem diretamente nos comportamentos e na competência social⁽²⁸⁾. Em outras palavras, no decorrer do desenvolvimento, as crianças serão socialmente mais ativas pela instrução direta, pelo desenvolvimento das capacidades cognitivas e pela oportunidade de praticar o comportamento em situações variadas. Esses pressupostos são reforçados ao analisarmos os dados dos grupos escolar e adolescente, nos quais foram identificados prejuízos em todos

os domínios do QVV-P entre os participantes com queixa vocal. Logo, a relação entre escores do QVV-P x idade demonstrou que, diferentemente do observado no PVOS⁽¹⁷⁾, não há redução da consistência interna quando aplicado em escolares e adolescentes.

A ausência de correlação entre qualidade vocal x Escore Socioemocional, em crianças pré-escolares com problema de voz, decorre do fato de os pais não perceberem um impacto nesse domínio, embora identifiquem uma alteração na voz, o que pode ser atribuído à dificuldade de reconhecer e mensurar os prejuízos sociais e emocionais gerados pelo problema vocal, nessa faixa etária. Já no domínio Físico, houve correlação para todos os grupos etários testados, indicando que, sempre na presença de um problema de voz e de uma alteração na qualidade vocal, os pais reconhecem que a qualidade de vida relacionada à voz está prejudicada (Tabela 1).

A avaliação parental preterida pelo protocolo QVV-P é capaz de identificar e mensurar os prejuízos gerais, físicos e Socioemocionais desencadeados por uma alteração vocal na vida de seus filhos, desde que os pais reconheçam a presença de um problema de voz e o prejuízo na qualidade vocal (categoria: voz ruim). Portanto, a correlação negativa entre qualidade de vida e autopercepção vocal, já identificada para a população adulta^(20,21), também ocorre na população pediátrica, mediante avaliação parental.

A análise dos dados obtida por meio do diário de campo, elaborado a partir do prontuário de atendimento dos pacientes, permitiu levantar vários relatos de pais de crianças em idade escolar acerca do sofrimento de seus filhos por não conseguirem concluir uma leitura em voz alta em sala de aula, não por um problema de linguagem, mas pela perda da qualidade vocal e pelo cansaço ao falar; muitas crianças chegaram a relatar “eu tento ler, mas a minha voz vai sumindo” [sic], comprovando que um problema de voz pode comprometer a comunicação e a vida social da criança^(4,22).

Já os pais de adolescentes relataram situações de *bullying*, perda de amigos, isolamento e baixa convivência social como consequência do problema de voz, o que reforça a percepção deles quanto ao impacto da alteração vocal no componente Socioemocional da qualidade de vida nessa faixa etária. Esses achados corroboram os resultados de um estudo internacional⁽⁸⁾ em que os pais perceberam maior impacto funcional do que emocional na qualidade de vida de seus filhos. Observa-se, portanto, que o fator cultural interfere diretamente na forma de percepção do problema de voz, bem como no grau de limitação e restrição que a alteração vocal gera na vida do indivíduo⁽²³⁾.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento repleta de grandes mudanças físicas e emocionais, em que há o desejo de ser similar aos pares para ser aceito pelo grupo⁽²⁹⁾. Como a voz é essencial para o relacionamento interpessoal e para a construção da identidade do falante, uma alteração vocal nessa etapa pode desencadear problemas psicoemocionais⁽³⁾. Os participantes com disfonia em decorrência da muda vocal, por exemplo, sentiam-se muito angustiados, por serem julgados como pessoas sem definição sexual, submissos, fracos e imaturos, marcadores característicos desse quadro vocal⁽³⁾. Logo, uma alteração de voz, principalmente em decorrência da muda vocal, pode gerar chacotas e termos pejorativos, o que compromete a autoestima e a socialização do adolescente⁽³⁰⁾.

A comparação escores do QVV-P x sexo evidenciou maior prejuízo da qualidade de vida no domínio Socioemocional para

os meninos, o que pode ser atribuído ao fato de eles tenderem a falar mais e mais alto^(1,2), com atuação no ambiente marcada por movimentos e conflitos, e passarem pela muda vocal de forma mais marcada⁽³⁾. Assim, é possível compreender que a alteração vocal, ao gerar quebras de sonoridade, sopro e dificuldades em falar forte, facilita a percepção dos pais quanto ao impacto gerado na vida de seus filhos⁽³⁾.

Embora seja proposto que, na avaliação vocal de crianças acima de 6 anos, deva haver a combinação dos relatos de pais e filhos⁽⁴⁾, possibilitando, inclusive, a comparação das respostas⁽⁸⁾, o QVV-P, que utiliza exclusivamente a versão parental para mensuração da qualidade de vida em todas as idades, apresentou alta confiabilidade para uso clínico e científico, bem como satisfatória reprodutibilidade, o que é extremamente importante, pois este é o primeiro protocolo de voz clínica destinado à população pediátrica a ser validado para o Português Brasileiro.

CONCLUSÃO

A versão brasileira do protocolo *Pediatric Voice-Related Quality-of-Life Survey*, denominado Qualidade de Vida em Voz Pediátrico (QVV-P), está validada para o Português Brasileiro, apresentando equivalência cultural e medidas psicométricas de validade, confiabilidade e sensibilidade, testadas de forma satisfatória. A presença de uma queixa vocal interfere na qualidade de vida da população pediátrica, com maiores prejuízos em indivíduos com idade a partir de 6 anos. O domínio Socioemocional apresentou maior impacto nos meninos com queixa vocal. Não há diferenças quanto ao sexo em relação à avaliação da qualidade vocal realizada pelos pais/responsáveis, mas há relação dessa avaliação com os escores dos dois domínios do QVV-P (Físico e Socioemocional); quanto maior o prejuízo nos escores do QVV-P, maior o impacto na qualidade de vida e pior a qualidade vocal de crianças e adolescentes, segundo a percepção de seus pais.

**LLR foi responsável pelo projeto, coleta de dados, tabulação dos resultados, análise dos dados e redação do manuscrito; KMPP colaborou com a análise dos dados e elaboração do manuscrito; 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.*

REFERÊNCIAS

- Roy N, Holt KI, Redmond S, Muntz H. Behavioral Characteristics of Children with Vocal Fold Nodules. *J Voice*. 2007;21(2):157-68.
- Nienkerke-Springer A, McAllister A, Sundberg J. Effects of Family Therapy on Children's Voices. *J Voice*. 2005;19(1):103-13.
- Behlau M, Azevedo R, Pontes P. Conceito de voz normal e classificação das disfonias. In: Behlau M. (org.). *Voz – o livro do especialista*. Volume 1. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p.53-79.
- Verduyck I, Remacle M, Jamart J, Benderitter C, Morsomme D. Voice-Related Complaints in the Pediatric Population. *J Voice*. 2011;25(3):373-80.
- Simões-Zenari M, Nemr K, Behlau M. Voice disorders in children and its relationship with auditory, acoustic and vocal behavior parameters. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012;76(6):896-900.
- Duff MC, Proctor A, Yairi E. Prevalence of voice disorders in African American and European American preschoolers. *J Voice*. 2004;18(3):348-53.
- Silverman EM. Incidence of chronic hoarseness among school-age children. *J Speech Hear Disord*. 1975;40(2):211-5
- Connor NP, Cohen SB, Theis SM, Thibeault SL, Heatley DG, Bless DM. Attitudes of children with dysphonia. *J Voice*. 2008;22(2):197-209.
- World Health Organization. WHOQOL. Measuring Quality of Life. The World Health Organization Quality of Life Instruments. THE WHOQOL-100 AND THE WHOQOL-BREF. WHO/MSA/MNH/PSF/97.4.; 1997. p. 1-15.
- Tavares ELM, Labio RB, Martins RHG. Estudo normativo dos parâmetros acústicos vocais de crianças de 4 a 12 anos de idade sem sintomas vocais: estudo piloto. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2010;76(4):485-90.
- Schwartz 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):S1-31.
- Palermo TM, Long AC, Lewandowski AS, Drotar D, Quittner AL, Walker LS. Evidence-based Assessment of Health-related Quality of Life and Functional Impairment in Pediatric Psychology. *J Pediatr Psychol*. 2008;33(9):983-96.
- Branski RC, Cukier-Blaj S, Pusic A, Cano SJ, Klassen A, Mener D, et al. Measuring Quality of Life in Dysphonic Patients: A Systematic Review of Content Development in Patient-Reported Outcomes Measures. *J Voice*. 2010;24(2):193-8.
- Boseley ME, Cunningham MJ, Volk MS, Hartnick CJ. Validation of the Pediatric Voice-Related Quality-of-Life Survey. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;132(7):717-20.
- Blumin JH, Keppel KL, Brun NM, Kerschner JE, Merati AL. The impact of gender and age on voice related quality of life in children: Normative data. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007;72(2):229-34.
- Merati AL, Keppel KL, Braun NM, Blumin JH, Kerschner JE. Pediatric Voice-Related Quality of Life: findings in healthy children and in common laryngeal disorders. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008;117(4):259-62.
- Hartnick CJ, Volk M, Cunningham M. Establishing Normative Voice-Related Quality of Life Scores Within the Pediatric Otolaryngology Population. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;129(10):1090-3.
- 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.
- Scientific Advisory Committee of Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res*. 2002;11(3):193-205.
- Deary IJ, Wilson JA, Carding PN, Mackenzie K. The dysphonic voice heard me, you and it: differential associations with personality and psychological distress. *Clin Otolaryngol*. 2003;23:374-8.
- Kasama ST, Brasolotto AG. Percepção vocal e qualidade de vida. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2007;19(1):19-28.
- Krischke S, Weigelt S, Hoppe U, Köllner V, Klotz M, Eysholdt U, et al. Quality of Life in Dysphonic Patients. *J Voice*. 2005;19(1):132-7.
- Konnai RM, Jayaram M, Scherer RC. Development and Validation of a Voice Disorder Outcome Profile for an Indian Population. *J Voice*. 2010;24(2):206-20.
- Behlau M, Oliveira G, Santos LMA, Ricarte A. Validação no Brasil de protocolos de autoavaliação do impacto de uma disfonia. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2009;21(4):326-32.
- 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.
- Spina AL, Maunsell R, Sandalo K, Gusmão R, Crespo A. Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2009;75(2):275-9.
- Francic DM, Bramlett RE, Bothe AC. Psychometric Evaluation of Disease Specific Quality of Life Instruments in Voice Disorders. *J Voice*. 2005;19(2):300-15.
- Del Prette ZAP, Del Prette A. *Psicologia das habilidades sociais na infância teoria e prática*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p.13-70.
- Francisco MV, Liborio RMC. Um estudo sobre bullying entre escolares do ensino fundamental. *Psicol Reflex Crit*, 2009;22(2):200-7.
- Lim JY, Lim SE, Choi SH, Kim JH, Kim KM, Choi HS. Clinical Characteristics and Voice Analysis of Patients with Mutational Dysphonia: Clinical Significance of Diplophonia and Closed Quotients. *J Voice*. 2007;21(1):12-9.

Anexo 1. Protocolo Qualidade de Vida em Voz Pediátrico

Estamos procurando compreender melhor como um problema de voz pode interferir nas atividades de vida diária de seu/sua filho(a). Apresentamos uma lista de possíveis problemas relacionados à voz. Por favor, responda a todas as questões baseadas em como a voz de seu/sua filho(a) tem estado nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS. Não existem respostas certas ou erradas. Para responder ao questionário, considere tanto a gravidade do problema, como sua frequência de aparecimento, avaliando cada item abaixo de acordo com o tamanho do problema que ele/ela tem. A escala que você irá utilizar é a seguinte:

- 1 = não é um problema
- 2 = é um problema pequeno
- 3 = é um problema médio
- 4 = é um problema grande
- 5 = é um problema muito grande

1. Meu/minha filho(a) tem dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido(a) em lugares ou situações barulhentos.	1	2	3	4	5
2. Quando fala ele/ela fica sem ar e precisa respirar muitas vezes.	1	2	3	4	5
3. Às vezes, quando começa a falar, ele/ela não sabe como a voz vai sair.	1	2	3	4	5
4. Às vezes, meu/minha filho(a) fica ansioso(a) ou frustrado(a) por causa da sua voz.	1	2	3	4	5
5. Às vezes, meu/minha filho(a) fica deprimido(a) por causa da sua voz.	1	2	3	4	5
6. Meu/minha filho(a) tem dificuldades em falar ao telefone ou conversar pessoalmente com seus/suas amigos(as).	1	2	3	4	5
7. Meu/minha filho(a) tem problemas na escola por causa da sua voz.	1	2	3	4	5
8. Meu/minha filho(a) evita sair socialmente por causa da sua voz.	1	2	3	4	5
9. Meu/minha filho(a) tem que repetir o que fala para ser entendido(a).	1	2	3	4	5
10. Meu/minha filho(a) ficou menos expansivo(a) por causa da sua voz.	1	2	3	4	5