



Há concordância entre pais e filhos quanto a seus comportamentos vocais?

Is there agreement between parents and children about their vocal behavior?

?Hay acuerdo entre los padres y los niños sobre sus comportamientos vocales?

*Carla Lucélia Bessani Paixão**

*Larissa Thaís Donalsonso Siqueira***

*Ana Cristina Coelho***

*Alcione Ghedini Brasolotto***

*Kelly Cristina Alves Silverio***

Resumo

Objetivo: Investigar se os pais percebem as alterações vocais de seus filhos e se há concordância entre comportamentos vocais relatados por pais e filhos, considerando-se crianças com e sem alterações vocais. **Método:** Participaram 28 crianças disfônicas (grupo disfônico - GD) e 22 crianças sem alterações vocais (grupo controle - GC). A presença da alteração vocal foi detectada por avaliação perceptivo-auditiva. Todos responderam a um questionário com questões fechadas, referentes a fatores prejudiciais à voz nos últimos seis meses. O questionário dos pais continha uma questão sobre opinião que tinham a respeito da voz de seu filho. Aplicou-se o teste de Concordância Kappa para analisar a existência de concordância entre a opinião dos pais em relação às vozes de seus filhos e a classificação da voz das crianças realizadas por juízes. Analisou-se também a concordância entre comportamentos vocais relatados por pais e filhos. **Resultado:** No GD houve fraca concordância em relação à avaliação perceptivo-auditiva das vozes das crianças e a opinião dos pais e mães sobre as vozes de seus filhos. Porém no GC, houve concordância ótima para os pais, enquanto que para as mães a concordância foi perfeita. Quanto aos fatores prejudiciais à voz, houve concordância em ambos os grupos quanto à presença e à ausência de comportamentos relatados

*Universidade Tuiuti do Paraná - UTP, Curitiba-PR, Brasil.

** Universidade de São Paulo (USP- Bauri), Bauri, SP, Brasil. .

Conflito de interesses: Não.

Contribuição dos autores: CLBP participou da coleta dos dados, interpretação dos dados e elaboração do manuscrito. LTDS participou da interpretação dos dados e elaboração do manuscrito. ACC participou da interpretação dos dados e elaboração do manuscrito. AGB participou da revisão crítica do estudo. KCAS participou do delineamento e desenho do estudo, da interpretação dos dados e elaboração do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram o manuscrito final..

Endereço para correspondência: Larissa Thaís Donalsonso Siqueira. Bauru, SP, Brasil.

E-mail: larisqueira_4@hotmail.com

Recebido:02/03/2015 **Aprovado:** 02/10/2015



pelos pais e crianças. **Conclusão:** Os pais de crianças disfônicas têm dificuldade em perceber a alteração vocal de seus filhos. Além disso, houve concordância entre presença ou ausência de comportamentos vocais nocivos autorreferidos pelas crianças disfônicas e com vozes saudáveis e seus respectivos pais.

Palavras-chave: *Distúrbios da voz; Criança; Relações Familiares, Hábitos; Disfonia.*

Abstract

Purpose: Investigate if parents observe vocal alterations of their children and if there is agreement between vocal conduct referred by parents and children with or without voice disorders, and also investigate are there are correlations between family habits and dysphonia in children. **Methods:** 28 dysphonic children and their parents (dysphonic group) and 22 normophonic children and their parents (control group) participated. The unhealthy factors were investigated with a self-reported questionnaire. These factors were compared among the children of both groups, among children and their mothers and among children and their fathers. To compare the two groups, we used the difference of proportion test ($p < 0.05$). To verify the correlation between children's and parent's habits, the Kappa coefficient ($0.00 < K < 1.0$ and $p < 0.05$) was used. **Results:** We verified that the individuals of the dysphonic group presented more unhealthy habits and reported living in a noisy household in a greater scale than the control group. Regarding the correlation analysis of the unhealthy factors, the Kappa coefficient revealed that for both groups there was a significant correlation for those factors between children and parents, both for their presence or absence. **Conclusion:** The presence or absence of dysphonia is correlated to family behavior of both parents and children.

Keywords: *Voice Disorders; Child; Family Relations; Habits; Dysphonia.*

Resumen

Objetivos: Investigar si los padres se dan cuenta de las alteraciones vocales de sus hijos y si hay acuerdo entre los comportamientos vocales relatados por padres y hijos, teniendo en cuenta niños con y sin trastornos vocales. **Método:** Participaron 28 niños disfónicos (grupo disfónico-GD) y 22 niños sin trastornos de la voz (grupo control-GC). La presencia de alteración vocal se detectó por evaluación perceptivo-auditiva. Todos contestaron a un cuestionario con preguntas cerradas, que se referían a factores nocivos para la voz, en los últimos seis meses. El cuestionario de los padres contenía una pregunta adicional sobre la opinión que tenían a respecto de la voz de su hijo. Se utilizó el Test de Concordancia de Kappa para analizar la existencia de acuerdo entre la opinión de los padres sobre las voces de sus hijos y la clasificación de la voz de los niños realizada por jueces. Se analizó también el acuerdo entre los comportamientos vocales relatados por padres e hijos. **Resultado:** En el GD hubo bajo acuerdo en relación a la evaluación perceptivo-auditiva de las voces de los niños y las opiniones de los padres y madres sobre las voces de sus hijos. Todavía en el GC hubo fuerte acuerdo para los padres, mientras para las madres el acuerdo fue perfecto. En cuanto a los factores nocivos para la voz, hubo acuerdo en ambos grupos en cuanto a la presencia y ausencia de comportamientos reportados por los padres y los hijos. **Conclusión:** Los padres de niños disfónicos tienen dificultades para percibir la alteración vocal de sus hijos. Además, hubo acuerdo entre la presencia o ausencia de comportamientos vocales autorreferidos por los niños disfónicos y con voces saludables y sus respectivos padres.

Palabras clave: *Trastornos de la Voz; niño; Relaciones Familiares; hábitos; disfonía..*

Introdução

As alterações vocais na infância podem estar relacionadas a fatores funcionais, como aparecimento de fendas glóticas e lesões nodulares; alterações orgânicas congênitas, tumores e estenoses laríngeas de graus variados que podem incapacitar e trazer risco de vida¹⁻⁸; fatores respiratórios, alérgicos⁹, digestórios¹⁰, fatores ambientais e psicológicos³. Estas alterações são responsáveis por vários sintomas vocais e laríngeos na infância que podem variar de 6 a 23% nas crianças com idades entre 4 e 12 anos¹¹. Além disto, o fonotrauma pode ocorrer devido a fatores emocionais, psicossociais como hiperatividade ou impulsividade, além de choros excessivos, mais comuns nessa população^{11,12}.

Autores¹³ verificaram que os hábitos prejudiciais à voz referidos por crianças e seus respectivos pais são maiores em crianças disfônicas do que os referidos por crianças sem alterações vocais e seus pais e mães. O ambiente familiar ruidoso também é um dos fatores referidos por crianças disfônicas e seus pais⁹.

A formação do padrão vocal infantil pode estar relacionada a modelos vocais presentes no ambiente em que as crianças vivem¹³. Características familiares são apontadas como favoráveis ao desenvolvimento e à prática de hábitos vocais adequados ou inadequados como gritar, falar forte, berrar, realizar vocalizações tensas, falar excessivamente, falar durante a inspiração, vocalização explosiva ou ataque vocal brusco, pigarrear e falar em ambiente ruidoso^{13, 14}. Entretanto, alguns estudos revelam que pais e educadores dão pouca importância às alterações vocais na infância¹⁴⁻¹⁶, o que pode estar relacionado à dificuldade dos mesmos em identificar e reconhecer a disфония, um dos fatores de risco que podem acarretar tal quadro, bem como suas implicações para a criança^{9,17}.

De qualquer forma, a preocupação em observar como os hábitos vocais, bem como sintomas vocais e laríngeos das crianças são percebidos por seus pais é recente¹⁸. Em estudo realizado com pais de crianças disfônicas¹⁹, foi identificado por eles que há alta prevalência de comportamento de risco para disфония, sendo que o hábito “gritar” foi

o mais frequente e a voz rouca foi um sinal quase sempre presente em crianças de quatro a seis anos. Estudo¹⁸ desenvolvido com crianças disfônicas e seus pais mostrou que as crianças são conscientes e afetadas por seus sintomas vocais e que são capazes de descrevê-los detalhadamente sem ajuda de um adulto a partir dos cinco anos de idade. O estudo também mostrou que a avaliação dos pais sobre as dificuldades da criança não é totalmente concordante com as avaliações da própria criança.

O tratamento da disфония infantil demanda uma ativa participação dos pais e crianças, e discordâncias na percepção sobre o impacto da disфония de ambos são bastante comuns, o que pode implicar na adesão ao tratamento¹⁸. Apesar de o tema ser mais bem explorado em algumas abordagens terapêuticas⁸, são restritos os estudos que priorizem a análise da relação dos hábitos dos pais com os da criança e o aparecimento da disфония infantil¹⁵⁻¹⁹, o que demonstra preocupação incipiente com este tipo de investigação.

Desta forma, os objetivos deste estudo são investigar se os pais percebem as alterações vocais de seus filhos e se há concordância entre comportamentos vocais relatados por pais e filhos, considerando-se crianças com e sem alterações vocais.

Material e método

Amostra

Fizeram parte deste estudo 28 crianças disfônicas, com idades entre seis e 12 anos, e seus respectivos pais e mães, totalizando 84 sujeitos (Grupo Disfônico), e 22 crianças não disfônicas, na mesma faixa etária, com seus pais e mães (Grupo Controle), totalizando 66 sujeitos.

Todos os pais e crianças foram informados sobre o objetivo da pesquisa e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (CEP/UTP-0029/2007).

A distribuição dos indivíduos pode ser observada na tabela 1.

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS DOS GRUPOS DISFÔNICO (N = 28) E CONTROLE (N = 22) QUANTO AO GÊNERO E IDADE

Grupos	Gênero	Idade crianças	Idade pais	Idade mães
			Média (DP)	Média (DP)
Disfônico	15 masculino	9,9 (+1,6)	40,5 (+6)	38,1 (+6,3)
	13 feminino			
Controle	9 masculino	9,6 (+1,9)	39,5 (+7,1)	36,2 (+6,7)
	13 feminino			

Para participar do presente estudo, foram incluídas crianças entre seis e doze anos de idade que não apresentaram alterações neurológicas, neuromusculares, surdez ou qualquer tipo de malformação, e que não passaram por tratamento fonoaudiológico vocal ou cirurgia da laringe. Foram também incluídas no estudo crianças que conviviam com seus respectivos pais diariamente na mesma residência.

Foram excluídas crianças com menos de seis anos de idade para evitar dificuldades ao responder questões sobre a pesquisa e até doze anos porque, segundo o estatuto da criança e do adolescente, considera-se “criança” a pessoa até doze anos de idade incompletos (Lei nº 8.069 - art. 2º). Além disso, procurou-se evitar interferências decorrentes da muda vocal. Foram também excluídas as crianças com desequilíbrios ressonanciais verificados por gravação vocal. Demais aspectos como fonologia alterada, ceceio anterior, mordida aberta e gagueira não foram considerados como critérios de exclusão da amostra.

Após gravação vocal, foi realizado contato com os pais para devolutiva sobre os resultados vocais encontrados na gravação e para dar continuidade à pesquisa. Realizou-se orientação às famílias e encaminhamento das crianças que foram detectadas com alterações vocais para avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica, bem como tratamento, se necessário.

Todos os pais e crianças foram informados sobre o objetivo da pesquisa e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (0029/2007).

Procedimentos

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram entregues 700 solicitações de autorização aos pais das crianças. Destas, foram recebidas 330

autorizações, e, em seguida, as 330 crianças foram triadas individualmente, na própria escola, onde se aplicou um questionário simples, respondido pelos pais ou responsáveis, com perguntas fechadas sobre saúde geral e condições de convivência entre pais e filhos, a fim de aplicar os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

As vozes das crianças também foram gravadas com o propósito de constituir os grupos deste estudo: disfônico e não-disfônico (controle). A análise perceptivo-auditiva dessas vozes ocorreu por meio da observação quanto à presença ou não de alteração vocal, utilizando-se o parâmetro “grau geral de desvio da qualidade vocal”, descrito no item “Avaliação vocal”. As crianças que apresentavam desvios ressonanciais foram excluídas. Cabe ressaltar que, no presente estudo, as crianças com alterações vocais foram denominadas “disfônicas”, apesar de não terem avaliação laringológica para definir o tipo de disfonia.

Investigação de comportamentos vocais

Para coleta dos dados, os 150 indivíduos selecionados responderam a um questionário formulado para este estudo, com questões fechadas, relativas a fatores prejudiciais à voz nos últimos seis meses: a. comportamentos prejudiciais à voz e sinais e sintomas vocais/laringeos – tossir frequentemente, pigarrear, falar alto (forte), gritar, falar com esforço, falar em ambiente ruidoso, falar sussurrado, falar sem dar pausas, falar enquanto inspira, falar muito rápido, falar junto com os outros ou sem descansar, imitar sons, vozes de personagens, de pessoas conhecidas ou de heróis, ingerir pouca água, prática de esportes com uso da voz; e b. características do ambiente – viver em ambiente familiar ruidoso, viver em ambiente de fumantes. É importante enfatizar que pais, mães e crianças responderam ao questionário separadamente e por

autorreferência, sem observar as respostas uns dos outros, e que todas as questões investigadas eram referentes aos comportamentos e aos sintomas vocais das crianças e dos seus respectivos pais; ou seja, cada um respondeu às questões relativas ao próprio comportamento. Além destas questões, o questionário dos pais continha uma questão que abordou a opinião sobre a voz do filho: “Você acha que a voz de seu filho é normal ou alterada?”.

As crianças não alfabetizadas ou com dificuldade de entender qualquer questão contaram com a ajuda dos pesquisadores que liam as questões para elas, mas em nenhum momento houve influência por parte dos pesquisadores na resposta de qualquer uma das questões, sendo que a ajuda foi apenas para esclarecer a questão. Os demais participantes responderam aos protocolos sozinhos, porém, crianças e pais que apresentaram dúvidas na interpretação das questões receberam ajuda dos pesquisadores.

Avaliação vocal

Para a gravação das vozes, foi utilizado um microfone *Ultimate headset* unidirecional condenser profissional, estéreo, da marca *Plantronics* áudio 90®, acoplado a um computador notebook Toshiba modelo A135-S4737, com amplificador USB – *Based Sound with preamp modelo 3710 da Kay Elemetrics e do software* de edição de áudio profissional - *Sound Forge 7.0*, em taxa de amostragem de 44.100 Hz, canal Mono em 16 Bits. As crianças foram orientadas a falar espontaneamente por 30 segundos, respondendo a questões como: “O que você acha da sua voz?” e “Do que você gosta de brincar?”, respirando naturalmente e no seu ritmo de fala, com *pitch* e *loudness* habituais. As gravações vocais foram realizadas por uma fonoaudióloga que não participou do processo de análise perceptivo-auditiva.

Após as gravações, foi realizada análise perceptivo-auditiva por três fonoaudiólogas, especialistas em voz, por consenso, escolhendo-se a resposta mais concordante entre as avaliadoras. As juízas deveriam classificar cada voz em “alterada” ou “normal” de acordo com o grau geral de desvio da qualidade vocal da amostra de fala espontânea. Utilizou-se o parâmetro grau Geral de desvio da qualidade vocal (“G” da escala GRBASI)^{20,21}, classificado em 2 (desvio moderado) ou 3 (desvio intenso) para classificar a criança como “disfônica”;

considerou-se como “voz normal”, a criança que apresentou grau Geral de desvio da qualidade vocal igual a zero (nenhum desvio) ou 1 (desvio leve) da mesma escala, pois é esperado que crianças apresentem características vocais de soproidade, devido à configuração anatômica da laringe. Dessa forma, manteve-se o grau leve de alteração vocal para tal grupo.

Apenas as avaliações das crianças que contemplaram os critérios de inclusão na gravação vocal foram utilizadas para análise de concordância entre alteração encontrada pelas fonoaudiólogas e a opinião dos pais das crianças.

Análise estatística

Utilizou-se o teste de Concordância Kappa (0,00<K<1.0 e p<0,05)²², a partir do programa *Statistica*, versão 7.0, para verificar a concordância entre a opinião dos pais em relação às vozes de seus filhos e a classificação das vozes das crianças realizadas pelos juízes em “alteradas” ou “normais”. Esse mesmo teste foi utilizado para verificar a concordância entre os fatores prejudiciais à voz autorreferidos pelas crianças e seus pais.

Os índices de concordância, segundo o teste Kappa²², são: menor que 0,000 pobre, de 0,00 a 0,20 leve, de 0,21 a 0,40 razoável, de 0,41 a 0,60 moderado, 0,61 a 0,80 substancial, de 0,81 a 1 perfeito.

Resultados

As tabelas 2 e 3 evidenciam a concordância entre a classificação das vozes das crianças realizada pelos juízes e a opinião, tanto de pais quanto de mães, sobre as vozes de seus filhos do grupo disfônico (Tabela 2) e do grupo Controle (Tabela 3).

No grupo disfônico observou-se concordância significativa (p<0,0001), porém de ordem leve (k=0,071), quanto à opinião sobre as vozes das crianças dada pelos pais e mães e a classificação das vozes das crianças realizadas pelos juízes. No grupo controle, observou-se concordância significativa (p<0,0001) de ordem perfeita em relação à avaliação perceptivo-auditiva das vozes das crianças e a opinião dos pais e mães sobre as vozes de seus filhos (k=0,909 e k=1,000, respectivamente).

TABELA 2. CONCORDÂNCIA ENTRE A OPINIÃO DOS PAIS/MÃES DAS CRIANÇAS DO GRUPO DISFÔNICO (GD) EM RELAÇÃO À VOZ DE SEUS FILHOS E A CLASSIFICAÇÃO VOCAL DAS CRIANÇAS REALIZADA PELOS JUÍZES, DURANTE A ANÁLISE PERCEPTIVO-AUDITIVA

Análise Perceptivo-auditiva	Opinião dos pais sobre a voz da criança		Coeficiente Kappa	Valor de p	Opinião das mães sobre a voz da criança		Coeficiente Kappa	Valor de p
	Voz normal	Voz alterada			Voz normal	Voz alterada		
Voz Normal	0	0	0,071	*<0,0001	0	0	0,071	*<0,0001
Voz Alterada	13	15			13	15		

Teste de concordância de Kappa (0,00<K<1,0 e p<0,05).

TABELA 3. CONCORDÂNCIA ENTRE A OPINIÃO DOS PAIS/MÃES DAS CRIANÇAS DO GRUPO CONTROLE (GC) EM RELAÇÃO À VOZ DE SEUS FILHOS E A CLASSIFICAÇÃO VOCAL DAS CRIANÇAS REALIZADA PELOS JUÍZES, DURANTE A ANÁLISE PERCEPTIVO-AUDITIVA

Análise Perceptivo-auditiva	Opinião dos pais sobre a voz da criança		Coeficiente Kappa	Valor de p	Opinião das mães sobre a voz da criança		Coeficiente Kappa	Valor de p
	Voz normal	Voz alterada			Voz normal	Voz alterada		
Voz Normal	21	1	0,909		22	0	1,000	
Voz Alterada	0	0		*<0,0001	0	0		*<0,0001

Teste de concordância de Kappa (0,00<K<1,0 e p<0,05).

Quanto ao comportamento vocal, houve concordância significativa de alguns fatores prejudiciais à voz frequentes em ambos os grupos, tanto pela presença como pela ausência de hábitos relatados pelos pais, mães e crianças (Tabelas 4 e 5). A tabela 4 identifica que houve concordância entre pais, mães e crianças disfônicas nos seguintes fatores prejudiciais à voz: tossir, falar com esforço, falar em ambiente ruidoso, falar sem dar pausa, falar enquanto inspira, falar muito rápido,

falar sem descansar, ingerir pouca água, viver em ambiente familiar ruidoso e com fumantes. No grupo não disfônico houve concordância entre pais, mães e crianças nos fatores prejudiciais à voz: tossir frequentemente, pigarrear, falar com esforço, falar em ambiente ruidoso, falar sem dar pausa, falar enquanto inspira, falar sem descansar, viver em ambiente familiar ruidoso e com fumantes (Tabela 5).

TABELA 4. CONCORDÂNCIA DA EXISTÊNCIA DE FATORES PREJUDICIAIS À VOZ ENTRE CRIANÇAS E PAIS, E ENTRE CRIANÇAS E MÃES DO GRUPO DISFÔNICO (GD)

Fatores prejudiciais à voz	Crianças e Pais (GD)		Crianças e Mães (GD)	
	Valor de kappa	Valor de p	Valor de kappa	Valor de p
Tossir frequentemente	0,429	*0,010	0,500	*<0,0001
Pigarrear	Discordância	-	discordância	-
Falar alto	0,072	0,349	discordância	-

Gritar	0,188	0,301	discordância	-
Falar com esforço	0,357	*0,023	0,429	*0,010
Falar em ambiente ruidoso	0,381	*0,011	0,284	*0,029
Falar sem dar pausa	0,786	*<0,0001	0,500	*<0,0001
Falar enquanto inspira	0,357	*0,003	0,500	*<0,0001
Falar muito rápido	0,500	*<0,0001	0,357	*0,029
Falar sem descansar	0,429	*0,004	0,500	*0,002
Ingerir pouca água	0,495	*0,004	0,713	*<0,0001
Viver em ambiente familiar ruidoso	0,429	*0,007	0,455	*0,001
Viver em ambiente de fumantes	0,286	*0,005	0,643	*<0,0001

*0,00<K<1.0 e p<0,05 – teste de Concordância de Kappa.

TABELA 5. CONCORDÂNCIA DA EXISTÊNCIA DE FATORES PREJUDICIAIS À VOZ ENTRE CRIANÇAS E PAIS, E ENTRE CRIANÇAS E MÃES DO GRUPO CONTROLE (GC)

Fatores prejudiciais à voz	Crianças e Pais (GD)		Crianças e Mães (GD)	
	Valor de kappa	Valor de p	Valor de kappa	Valor de p
Tossir frequentemente	0,455	*0,013	0,4545	*0,001
Pigarrear	0,545	*0,005	0,5455	*0,002
Falar alto	Discordância	-	discordância	-
Gritar	Discordância	-	discordância	-
Falar com esforço	1,0	*<0,0001	1,0	*<0,0001
Falar em ambiente ruidoso	0,455	*0,014	0,364	*0,004
Falar sem dar pausa	0,455	*0,005	0,364	*0,004
Falar enquanto inspira	0,636	*<0,0001	0,636	*<0,0001
Falar muito rápido	0,1391	0,166	0,018	0,245
Falar sem descansar	1,0	*<0,0001	1,0	*<0,0001
Ingerir pouca água	Discordância	-	discordância	-
Viver em ambiente familiar ruidoso	0,546	*0,002	0,546	*0,002
Viver em ambiente de fumantes	0,636	*<0,0001	0,727	*<0,0001

*0,00<K<1.0 e p<0,05 – teste de Concordância de Kappa.

Discussão

A disфония pode ser pouco valorizada na população em geral, e a falta de conhecimento sobre a disфония na infância, e o que ela representa, dificulta a percepção de um sintoma como uma simples rouquidão. Muitos pais tendem a considerar uma voz alterada como normal, não percebendo a disфония, uma vez que a voz do filho sempre se apresentou da mesma forma²³ ou porque confundem os sintomas de alteração vocal com sintomas de infecções de vias aéreas superiores²³. Além disto, pais e educadores identificam mais as alterações de fala e linguagem do que as alterações de voz^{24,25}. Porém, estudo²³ revela que, em geral, os pais parecem perceber características vocais em seus filhos, além de perceberem relação entre volume de voz e características de comportamento e personalidade.

Desta forma, este estudo investigou a existência de concordância entre a opinião de pais e mães a respeito das vozes de seus filhos e o resultado da análise perceptivo-auditiva realizada por avaliadores profissionais, que julgaram as vozes das crianças como “alterada” ou “normal”. Os resultados desta análise permitiram observar que os pais e mães do GD apresentaram concordância “leve”, ou seja, quase não percebem a alteração das vozes de seus filhos (Tabela 2). Já os pais e mães do GC apresentaram concordância “perfeita” a respeito das vozes de seus filhos (Tabela 3). Assim, observa-se que para os pais/mães a percepção da normalidade é mais fácil do que a percepção da alteração vocal. Em estudo realizado com o protocolo “Índice de Desvantagem Vocal Pediátrico” em pais e mães de crianças disfônicas e não disfônicas, foi verificado que as mães de crianças disfônicas avaliam desvantagem vocal de seus filhos mais severamente do que os pais, ao passo que ambos os pais de crianças não disfônicas analisaram a desvantagem de forma semelhante²⁶.

Em relação aos comportamentos vocais e sintomas vocais e laringeos, este estudo revelou que em alguns momentos as crianças sem problemas vocais obtiveram índices de concordância com seus pais e mães melhores do que as crianças disfônicas (Tabelas 4 e 5). Este fato pode indicar que crianças disfônicas ou seus pais/mães talvez não percebam a presença de tais comportamentos, sendo eles prejudiciais ou não à saúde.

Ao ser analisada a concordância entre os comportamentos vocais das crianças do GD e seus pais/mães, os resultados encontrados podem indicar que o hábito de falar com esforço é percebido e relatado pelas crianças do GD e praticado em parte por seus pais/mães, o que não ocorre com o grupo de crianças com vozes consideradas normais. Esse dado corrobora com achado da literatura que relata que os desvios vocais em crianças são geralmente associados a um comportamento vocal abusivo e excessivo²⁷, o que pode ser considerado um comportamento familiar no presente estudo.

Houve concordância significativa do hábito “falar muito rápido” entre pais/mães e filhos do GD (Tabela 4), o que não foi observado no GC. Este hábito pode estar associado à impulsividade, agitação e falta de atenção que geralmente estão ligadas às pessoas extrovertidas, características típicas de crianças com alterações vocais^{23,28}. Autores referem que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de nódulos vocais na infância¹².

Os hábitos de “gritar” e “falar alto” apresentaram discordância entre as crianças e seus respectivos pais e mães, em ambos os grupos (Tabelas 4 e 5). Este fato pode ser interpretado como sendo relatado por crianças e não praticado por seus pais ou vice-versa. Ou seja, gritar e falar alto são comportamentos pouco percebidos pelas pessoas, independente de apresentarem problemas de voz.

Da mesma forma, os comportamentos “tossir frequentemente”, “falar em ambiente ruidoso”, “falar sem dar pausa”, “falar enquanto inspira”, “falar sem descansar”, “viver em ambiente ruidoso familiar” e “viver em ambiente de fumantes” foram concordantes entre pais/mães e filhos de ambos os grupos (Tabelas 4 e 5), caracterizando que tais comportamentos podem não contribuir para o aparecimento de alterações vocais em crianças, uma vez que estes aspectos estão presentes nas famílias de crianças disfônicas e daquelas que apresentam vozes saudáveis.

O hábito de “ingerir pouca água” foi outro comportamento que diferiu entre o GD e GC (Tabelas 4 e 5). Observou-se concordância substancial entre as crianças do GD e suas mães, e concordância moderada entre crianças do GD e pais, sendo discordante entre indivíduos do GC, o que implica na imitação deste hábito por parte das crianças disfônicas. O hábito de ingerir pouca água

pode agir como um fator agravante à disфония. A ingestão de água é importante para a hidratação dos tecidos corporais e da laringe, sendo um dos fatores que contribuem para a saúde orgânica e funcional da laringe, o que diminui a incidência de sintomas como secura na boca e garganta, pigarros constantes, além de ser importante no desempenho vocal²⁹.

A limitação deste estudo consiste na ausência de avaliação otorrinolaringológica nas crianças e seus pais, por meio de laringoscopia para averiguar alterações laríngeas, e eliminar as possíveis disfonias de causas orgânicas, o que poderá ser realizado em estudos futuros. Além disso, o questionário utilizado neste estudo foi formulado pelos próprios pesquisadores. Atualmente há um instrumento validado voltado para crianças disfônicas e seus pais, em relação à investigação dos sintomas vocais³⁰, porém ainda não há uma versão validada para a Língua Portuguesa.

Os dados obtidos neste estudo reiteram o pressuposto de que modelos vocais e de saúde adotados frequentemente por pais e mães são indicadores de risco que podem causar, perpetuar ou agravar quadros de disфония. Desta forma, investigar a família quanto ao uso da voz, ao hábito de gritar ou de falar forte em diferentes situações, aos conhecimentos acerca dos sintomas que caracterizam alterações vocais, nível de ruído em casa, ou mesmo do que cada um diz sobre sua própria voz, pode oferecer elementos reveladores da dinâmica familiar frente à disфония infantil^{17,18}.

Se estudos preconizam que o relacionamento da criança disfônica com sua família deve ser abordado durante o processo terapêutico fonoaudiológico^{8,15,16,18}, este trabalho enfatiza a importância da família desde o momento do diagnóstico, uma vez que ter acesso a características da dinâmica familiar, no que se refere a padrões de comunicação e do ambiente, é fundamental para a definição do diagnóstico, bem como para o planejamento e desenvolvimento de medidas de reeducação vocal que envolvam não só a criança, mas também seus pais.

Conclusão

Os pais de crianças disfônicas têm dificuldade em perceber a alteração vocal de seus filhos. Além disso, houve concordância entre presença

ou ausência de comportamentos vocais nocivos autorreferidos pelas crianças disfônicas e com vozes saudáveis e seus respectivos pais, revelando que o comportamento vocal dos pais influencia o comportamento vocal dos filhos.

Referências Bibliográficas

1. Nicollas R, Giovanni A, Triglia JM. Dysphonia in children. *Arch Pediatr*. 2008;15(6):1133-8.
2. Trani M, Ghidini A, Bergamini G, Presutti L. Voice therapy in pediatric functional dysphonia: a prospective study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007; 71(3): 379-84.
3. Roy N, Holt KI, Redmond S, Muntz H. Behavioral characteristics of children with vocal fold nodules. *J Voice*. 2007; 21(2):157-68.
4. Merati AL, Keppel K, 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.
5. Tavares EL; Labio RB; Martins RH. Normative study of vocal acoustic parameters from children from 4 to 12 years of age without vocal symptoms: a pilot study. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010; 76(4): 485-90.
6. Connelly A, Clement WA, Kubba H. Management of dysphonia in children. *J Laryngol Otol*. 2009; 123(6): 642-7.
7. Mortensen M, Schaberg M, Woo P. Diagnostic Contributions of Videolaryngostroboscopy in the Pediatric Population. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010; 136(1): 75-9.
8. Schindler A, Capaccio P, Maruzzi P, Ginocchio D, Bottero A, Otraviani F. Preliminary considerations on the application of the voice handicap index to paediatric dysphonia. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2007;27(1):22-6.
9. Carding PN, Roulstone S, Northstone K, ALSPAC Study Team. The prevalence of childhood dysphonia: a cross-sectional study. *J Voice*. 2006; 20(4): 623-30.
10. Block B, Brodsky L. Hoarseness in children. The role of laryngopharyngeal reflux. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007; 71(9): 1361-9.
11. Martins RH, Hidalgo Ribeiro CB, Fernandes de Mello BM, Branco A, Tavares EL. Dysphonia in children. *J Voice*. 2012; 26(5): 674.e17-20.
12. D'Alatri L, Petrelli L, Calò L, Picciotti PM, Marchese MR, Bussu F. Vocal Fold Nodules in School Age Children: Attention Deficit Hyperactivity Disorder as a Potential Risk Factor. *J Voice*. 2015; 29(3): 287-91.
13. Paixão CLB, Silvério KCA, Berberian AP, Mourão LF, Marques, JM. Disфония infantil: hábitos prejudiciais à voz dos pais interferem na saúde vocal de seus filhos? *Rev CEFAC*. 2012; 14(4): 705-13.
14. Tezcaner CZ, Ozgursoy SK, Sati I, Dursun G. Changes after voice therapy in objective and subjective voice measurements of pediatric patients with vocal nodules. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2009; 266(12): 1923-7.
15. Fuchs M, Meuret S, Stuhmann NC, Schade G. Dysphonia in children and adolescents. *HNO*. 2009; 57(6): 603-14.
16. Connor NP, Cohen SB, Theis SM, Thiebeault SL, Heatley DG, Bless DM. Attitudes of children with dysphonia. *J Voice*. 2008; 22(2):197-209.
17. Schindler A, Tiddia CG, Nerone V, Albera R, Ottaviani F. Adaptation and Validation of the Italian Pediatric Voice Handicap Index. *Folia Phoniatr Logop* 2011; 63(1):9-14.

18. Verduyck I, Remacle M, Jamart J, Benderitter C, Morsomme D. Voice-Related Complaints in the Pediatric Population. *J Voice*. 2012; 25(3):373-80.
19. Guerra ASHS, Araújo ANB, Lira ZS, Lucena JA, Gomes AOM. Comportamento vocal de crianças em centro de educação infantil. *Distúrbios Comun*. 2014; 26(1): 101-9.
20. Hirano M. Clinical examination of voice. New York: Springer Verlag, 1981, 81-4.
21. Dejonckere PH, Leback J. Acoustic, perceptual, aerodynamic and anatomical correlations in voice pathology. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1996; 58: 326-32.
22. Landis JR; Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33: 159-74.
23. Von Fritsch A, Oliveira G, Behlau M. Opinião dos pais sobre a voz, características de comportamento e de personalidade de seus filhos. *Rev. CEFAC*. 201; 13(1): 112-22.
24. Teixeira MZM, Trezza EMC, Behlau M. Opinião dos pais sobre a voz de seus filhos de 5 a 12 anos. *Rev Paul Pediatr*. 2003; 21(2): 68-75. 3.
25. Harty M, Alant E, Uys CJE. Maternal self-efficacy and maternal perception of child language competence in pre-school children with a communication disability. *Child:care, health and development*. 2006; 33(2): 144-54.
26. Amir O, Wolf M, Mick L, Levi O, Primover-Fever A. Parents' Evaluations of Their Children's Dysphonia: The Mamas and the Papas. *J Voice*. 2015; 29(4): 469-75.
27. Behlau M, Madazio G, Pontes P. Disfonias organofuncionais. In: Behlau M. *Voz: o livro do especialista*. Vol 1. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p.296.
28. Maia AA, Gama ACC, Michalick-Triginelli MF. Relação entre transtorno do déficit de atenção/ hiperatividade, dinâmica familiar, disфонia e nódulo vocal em crianças. *Rev. Ciênc Méd*. 2006; 15(5): 379-89.
29. Fujita F, Ferreira, AE, Sarkovas C. Avaliação videoquimográfica da vibração de pregas vocais no pré e pós hidratação. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004; 70(6):742-6.
30. Ingrid V, Dominique M, Marc R. 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.