

Réplica à carta ao editor

Referente à réplica à carta ao editor sobre a forma de aplicação e cálculos do instrumento Escala de Sintomas Vocais (ESV)

Related to the reply to the letter to the editor about the application form and calculations of voice symptom scale (VoiSS)

Carla Aparecida Cielo⁽¹⁾
Carla Franco Hoffmann⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidade Federal de Santa Maria –
UFSM – Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

Prezada Sra. Editora Científica da Revista CEFAC
Profa. Dra. Simone Aparecida Capellini,

Cumprimentando-a e a todos os colegas, por meio desta realizaremos os esclarecimentos solicitados pelo grupo de fonoaudiólogos da UNIFESP sobre alguns aspectos apontados referentes ao artigo de pesquisa “Sintomas vocais de futuros profissionais da voz”¹, seguindo a ordem das preocupações científicas manifestadas na “Carta ao Editor” e agradecendo a sua contribuição.

A redação do critério de inclusão “sexo feminino ou masculino”¹ (p.35) mostra que **ambos os sexos foram incluídos** no estudo e não apenas um deles, estando de acordo com outros artigos científicos que utilizaram o mesmo critério²⁻⁷.

A redação do critério de inclusão “estar realizando curso superior ou técnico **que exigirá** o uso da **voz falada** para a atuação”¹ (p.35) explicita que seriam incluídos sujeitos que utilizariam a **voz falada como exigência** de sua futura profissão, o que incluiu todos aqueles sujeitos **futuros profissionais da voz**, considerando-se o conceito básico e de amplo conhecimento na Fonoaudiologia de que “**o profissional da voz é o indivíduo que depende de uma certa produção e ou qualidade vocal específica para a sua sobrevivência profissional**”⁸ (p.288). A divisão entre profissionais da voz e não profissionais da voz, baseada direta ou indiretamente neste conceito, também ocorreu em outros trabalhos publicados^{2,9-13}.

Ainda, nos métodos, ficam claros quais foram os futuros profissionais da voz falada considerados no estudo, após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão: “As futuras profissões dos indivíduos participantes do estudo foram pedagogia, educação física, educação especial e ciências sociais (jornalismo e *marketing*)”¹ (p.35), o que também foi descrito de forma semelhante em outros estudos^{2,14}.

O critério de exclusão “indivíduos que **no presente ou passado atuassem em profissões que exigissem o uso profissional da voz**”¹ (p.35) reforça o objetivo

Recebido em: 08/11/2015
Aceito em: 08/12/2015

Endereço para correspondência:
Carla Aparecida Cielo
UFSM – Av. Roraima nº 1000 - Cidade
Universitária - Bairro Camobi
Prédio 26 – 4º andar – Departamento de
Fonoaudiologia
Santa Maria – RS
CEP: 97105-900
E-mail: cieloca@yahoo.com.br

da pesquisa de avaliar **futuros** profissionais da voz, ou seja, **sujeitos em formação sem experiência com voz profissional**.

O critério de exclusão “futuros profissionais da voz cantada”¹ (p.35) reforça o critério de inclusão “estar realizando curso superior ou técnico que exigirá o uso da **voz falada** para a atuação”¹ (p.35).

O grupo de colegas fonoaudiólogos afirma que “o instrumento de triagem foi apresentado de forma inadequada. A ESV¹⁵, da mesma forma que o instrumento original VoiSS¹⁶, é um instrumento de autoavaliação de sintomas vocais e do impacto de um problema de voz, composto por 30 itens, com escores parciais e total obtidos por somatório simples e não média. No referido artigo¹, os autores utilizam incorretamente a ESV¹⁵ como uma lista de sintomas, em que o indivíduo pode ter de zero a 30 sintomas vocais, conferindo uma interpretação errada sobre o instrumento e sua forma de cálculo. A ESV¹⁵ não uma lista de problemas vocais, a partir da qual obtém-se um valor médio de quantidade de problemas vocais, frequência esperada, aspectos positivos ou negativos, como calculado e apresentado nas tabelas de 1 a 5 do estudo¹. Além disso, a ESV¹⁵ é um instrumento classificador perfeito, com valor de corte de 16 pontos, dado publicado anteriormente em revistas de fácil acesso^{15,17}. Esse valor poderia ter sido usado como critério de passa ou falha na triagem.”

A ESV apresentava publicada apenas a sua equivalência cultural para o Português Brasileiro¹⁸ na época do fechamento e aprovação do nosso artigo, que ocorreu na **metade de 2013**, sendo publicado bem mais tarde¹, **mas ainda não havia sido publicada a sua validação e seu ponto de corte**¹⁵. Assim, ao contrário do que afirmam os colegas, **aplicamos a ESV exatamente de acordo com o recomendado pela literatura disponível**^{16,18}, a partir dos 30 itens, com respostas por frequência de ocorrência em cada item, seus escores parciais e totais obtidos por somatória simples, e explicitado nas tabelas 6, 7 e 8 **e esta forma de aplicação não se modificou com as publicações posteriores**^{15,19}. **As médias e outros tipos de análises foram utilizadas para ampliar a caracterização dos grupos** e de acordo com as variáveis extras analisadas no mesmo estudo, conforme descrito no método do nosso artigo¹ (p.36).

Neste contexto, considerando-se a utilização da ESV adaptada ao Português Brasileiro e aplicada e tabulada conforme as indicações que se mantiveram até o presente momento, mesmo com as publicações pós-2013^{15,19}, nosso artigo não aplicou o ponto de corte publicado **posteriormente** em 2014: “A cutoff score of 16 was determined to discriminate individuals with dysphonia from the vocally healthy subjects confirming the use of this instrument as a screening measure for individuals with dysphonia and high-risk populations”¹⁵ (p.464). **Sem acesso a um trabalho publicado no futuro**, consideramos que a análise estatística dos dados e sua interpretação foram realizadas de forma lógica e aceitável na ausência de outros parâmetros e não a consideramos como “uma interpretação errada sobre o instrumento” e, sim, alternativas viáveis de interpretação dos dados, conforme as Tabelas de 1 a 5 de nosso estudo¹.

Em nosso artigo¹, estão presentes: análises sobre idade e quantidade de sintomas vocais referidos pelos futuros profissionais da voz, com média de 11,38 problemas, de uma possibilidade total de 30; frequência de ocorrência dos sintomas, com maior frequência dos sintomas “você tosse ou pigarreja” e “você tem dificuldade para falar em locais barulhentos” e diferença estatisticamente significativa; ocorrência dos sintomas entre os sexos sem diferença significativa entre homens e mulheres; comparação entre quantidade de sintomas com sexo, índice de massa corporal (IMC) e faixa de idade, sem diferenças significantes; correlação da quantidade de sintomas com idade e IMC, sem diferenças significantes; comparação das subescalas da ESV entre homens e mulheres, sem diferenças significantes; cruzamento das subescalas da ESV e as faixas de idade, sem diferenças significantes; comparação das subescalas da ESV e o IMC dos indivíduos, sem diferenças significantes.

As análises mencionadas acima foram detalhadamente discutidas com a literatura, conforme explicitado no item “discussão” de nosso artigo, encontrando-se semelhanças com outros trabalhos de pesquisa¹ (p.40). Inclusive, se o trabalho fosse concluído hoje, encontraria algumas semelhanças com os resultados de SANTOS et al.²⁰ sobre a autopercepção e qualidade vocal de estudantes de jornalismo (futuros profissionais da voz) e com os do trabalho de FABRON et al.²¹ realizado com discentes de curso de Pedagogia (futuras profissionais da voz).

Observa-se que muitos estudos sobre **voz falada** utilizaram esses tipos de análises, o que permite uma discussão mais efetiva entre os resultados dos trabalhos^{2,3,6,7,11,12,14,19-30}.

Salienta-se, ainda, trabalho que publicou a utilização da ESV em pacientes disfônicos e apresentou, por exemplo, sua Tabela 1¹⁹ (p.332) com o mesmo tipo de estruturação de dados e resultados de nossas Tabelas 6, 7 e 8¹ (p.39-40), ocorrendo o mesmo com as Tabelas 1, 3, 4 e 5 do trabalho de validação da ESV¹⁵ (p.460-2), ambos os estudos posteriores ao nosso.

Além da data do fechamento e aprovação do artigo¹ ser anterior (metade de 2013) à validação da ESV¹⁵, ao analisarmos as médias e frequências, caracterizamos (descrevemos estatisticamente) a **nossa amostra e, em nenhum momento, fizemos inferências para toda a população-alvo de futuros profissionais da voz.**

O valor obtido como escore total médio da ESV do grupo estudado variou de 43,28 a 55 pontos (Tabelas 7 e 8)¹ (p.39-40) e a opinião do grupo de colegas é de que tal resultado “não permite caracterizá-los como futuros profissionais da voz, mas sim como um grupo disfônico que procurou uma triagem em uma ação de campanha da voz para tratamento de um problema pré-existente”.

O grupo foi caracterizado como futuros profissionais da voz **previamente** à coleta de dados e à obtenção dos resultados por meio dos critérios de inclusão e de exclusão. Foram justamente os resultados encontrados que mostraram que **aquele** grupo de futuros profissionais da voz apresentava elevados escores na ESV¹ (Tabelas 6, 7 e 8, p.39-40), evidenciando que **poderiam** ser considerados de **alto risco** para distúrbio vocal **quando iniciassem suas demandas como profissionais** da voz, o que está explicitado na conclusão¹ (p.41).

Mesmo que tivéssemos acesso, em 2013, ao artigo de validação da ESV publicado em 2014, a conclusão do mesmo diz: “A cutoff score of 16 was determined to discriminate individuals with dysphonia from the vocally healthy subjects **confirming the use of this instrument as a screening measure for individuals with dysphonia and high-risk populations**”¹⁵ (p.464). Isso reforça que nossa amostra poderia ser

considerada de risco para distúrbios vocais e não necessariamente como um grupo de disfônicos devido aos seus altos escores, conforme conclusão de nosso artigo: “**O grupo de futuros profissionais da voz analisado** apresentou alta média de sintomas vocais, salientando-se a tosse ou pigarro e a dificuldade para falar em locais barulhentos, diretamente relacionados a usos vocais incorretos. **Com o aumento da demanda vocal profissional**, esses indivíduos **poderão ser considerados de risco** para o desenvolvimento de distúrbios vocais”¹ (p.41).

Os colegas ainda colocam: “Não fica claro quantos indivíduos falharam na avaliação; contudo, a ocorrência de disfonia na população em geral varia de 3 a 8% e pode atingir 20% nas categorias de uso profissional da voz. O artigo dá a entender que essa porcentagem é muito mais elevada. Deveriam ainda ser considerados possíveis vieses na coleta e análise dos dados. Ficamos ainda sem saber o que foi feito com esses sujeitos, se eles foram encaminhados para avaliação médica e/ou fonoaudiológica.”

Em nosso artigo não aparece que **nenhum** dos sujeitos falhou na avaliação. No entanto, como previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, há critérios obrigatórios como o encaminhamento e orientações dos sujeitos participantes (benefícios esperados), conforme o objetivo da pesquisa, o que ocorreu neste como em todos os demais trabalhos de nossa autoria. Destaca-se que a maioria dos trabalhos citados neste documento não traz esta informação, provavelmente pelo mesmo motivo que apontamos.

Em relação à literatura sobre prevalência de disfonia, os valores variam conforme a região avaliada, a população-alvo, a amostra, os instrumentos de coleta de dados, dentre outras variáveis. Estudos sobre voz falada apontam que a prevalência de algum grau de disfonia, avaliado ou auto-referido, em indivíduos que utilizam a voz no trabalho pode chegar a **35,5%**²⁹, **43,3%**³¹, **48%**⁷, **50%**^{22,32}, **70%**^{33,34}, **80,7%**³⁵, **85%**²⁶ e até **97,2%**³⁶, dentre outros, **percentual maior do que os 20%** mencionados pelos colegas.

Trabalhos brasileiros sobre a ocorrência de disfonia na população em geral sugerem **variação maior do que a de 3 a 8%** mencionada pelos colegas. “De um total de 963 prontuários presentes no arquivo do ambulatório de fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais,

336 representavam indivíduos com queixas e/ou alterações vocais, (...). Este número representa **34,8%** do total de prontuários”, sendo a maioria não profissional da voz⁹ (p.3222). **Oitenta e quatro** indivíduos, metade portadora de hipertensão arterial e metade não portadora, responderam ao protocolo Qualidade de Vida em Voz (QVV), observando-se como conclusão que “(...) Indivíduos hipertensos e não hipertensos apresentaram escores abaixo do que se espera para sujeitos com vozes saudáveis e sem queixas vocais (...)”³⁷ (p.133)”. Na Campanha Nacional da Voz de 2012, em São Paulo/SP, por meio das informações de 1.800 fichas de atendimento, constatou-se, dentre as queixas: rouquidão/voz alterada (**15,4%**), disfagia (9,4%), pigarro (4,1%), dor de garganta (3,6%), outras queixas (5,3%), e **50,4%** da amostra com mais de uma queixa, o que é superior aos 3 a 8% referido pelos colegas, mesmo considerando-se que 36,1% (de 1358 sujeitos) referiu uso profissional da voz¹⁰.

Um grupo de 20 mulheres jovens, não profissionais da voz, sem histórico de disfonia progressiva, sem treino vocal ou atividades esportivas e de lazer que caracterizassem o uso contínuo da voz, sem doença de refluxo gastroesofágico, alteração hormonal, alergias, doenças do aparelho respiratório, distúrbio auditivo, neurológico ou psiquiátrico, não tabagistas, usuárias de drogas e medicamentos contínuos como anti-histamínico, antidepressivos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e anti-inflamatórios, passaram por avaliação perceptivo-auditiva da voz realizada por cinco juízes por meio da escala GRBASI. Os resultados mostraram presença de grau geral de alteração, rugosidade e sopro em grau leve¹³.

5. Neste ponto, os colegas colocam: “Imprecisão nas referências do artigo. A referência correta da ESV¹⁵ é o artigo da validação publicado em 2014 e não o resumo da tese publicado em 2012, como utilizado pelos autores. Além disso, a referência da adaptação cultural¹⁸ da ESV foi grafada erradamente como ‘Adaptação transcultural da versão brasileira da escala de sintomas de voz: VoiSS’, quando na verdade o título correto da publicação é ‘Equivalência cultural da versão brasileira da *Voice Symptom Scale* – VoiSS’¹⁸.”

Houve erro na grafia da ‘Equivalência cultural da versão brasileira da *Voice Symptom Scale* – VoiSS’¹⁸. E, como mencionado anteriormente, **a pesquisa questionada foi realizada com base nas referências**

disponíveis até o ano de 2012, época de fechamento e posterior análise e aprovação do artigo em 2013 (publicado apenas em 2015)¹ e, portanto, ainda sem a existência dos trabalhos posteriores citados pelo grupo de colegas, incluindo o estudo da validação da ESV¹⁵.

Ao final, os colegas colocam; “preocupa-nos profundamente as consequências dos erros e imprecisões apontados no artigo em questão. (...) preocupados com a gravidade dos resultados de um levantamento que se caracteriza como ação de triagem para o Dia Mundial da Voz que, como conclusão, permite caracterizar os sujeitos como sendo portadores de distúrbios da voz”.

Reiteramos que descrevemos estatisticamente, e de forma ética, **a nossa amostra, em nenhum momento fizemos inferências para toda a população-alvo, não afirmamos que o grupo apresentava distúrbio vocal** e salientamos dois trechos da discussão de nosso artigo¹: “Sob esta perspectiva, pode-se verificar que os futuros profissionais da voz **deste trabalho podem já possuir um distúrbio vocal instalado, ou desenvolvê-lo com o aumento da demanda vocal** (p.40)”; “A alta frequência de ocorrência de problemas ou limitações vocais **na presente pesquisa**, mostra que os futuros profissionais da voz **já podem** ser considerados **um grupo de risco para o desenvolvimento de distúrbios vocais** (p.41).

O mesmo ocorre com a conclusão do artigo¹ (p.41) que não corresponde ao que os colegas escreveram: “**O grupo de futuros profissionais da voz analisado** apresentou alta média de sintomas vocais, salientando-se a tosse ou pigarro e a dificuldade para falar em locais barulhentos, diretamente relacionados a usos vocais incorretos. **Com o aumento da demanda vocal profissional**, esses indivíduos **poderão ser considerados de risco para o desenvolvimento de distúrbios vocais.**”

E, mesmo assim, essas inferências estão de acordo com o trecho já citado de publicação posterior: “A cutoff score of 16 was determined to discriminate individuals with dysphonia from the vocally healthy subjects confirming the use of this instrument **as a screening measure for individuals with dysphonia and high-risk populations**”¹⁵ (p.464).

Os resultados encontrados por meio de nossa pesquisa foram adequadamente coletados e interpretados e correspondem à realidade, mesmo que

discordantes de alguns trabalhos (e concordantes com outros), evidenciando que a busca da verdade pela ciência nunca se esgota, é um caminho trilhado por muitos profissionais e deve prosseguir em seus questionamentos.

Finalmente, agradecemos a detalhada atenção do grupo de colegas dedicada à crítica do nosso artigo com o argumento da melhoria da ciência Fonoaudiológica.

Agradecemos também à editora da Revista CEFAC e aos pareceristas, colegas profissionais qualificados, que contribuíram tecnicamente e com elegância, ética e cientificidade durante o processo de avaliação e adequação do manuscrito e quando da aprovação do mesmo na metade do ano de 2013.

Atenciosamente,

Dra. Carla Aparecida Cielo
Ms. Carla Franco Hoffmann

REFERÊNCIAS

1. Cielo CA, Ribeiro VV, Hoffmann CF. Sintomas vocais de futuros profissionais da voz. *Rev CEFAC*. 2015;17(1):34-43.
2. Ferreira LP, Santos JG, Lima MFB. Sintoma vocal e sua provável causa: levantamento de dados em uma população. *Rev CEFAC*. 2009;11(1):110-8.
3. Morais EPG, Azevedo RR, Chiari BM. Correlação entre voz, autoavaliação vocal e qualidade de vida em voz de professoras. *Rev CEFAC*. 2012;14(5):892-900.
4. Moreti F. Validação da versão brasileira da Voice Symptom Scale – VoiSS. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(2):238.
5. Zucato B, Behlau MS. Índice de sintomas do refluxo faringo-laríngeo: relação com os principais sintomas de refluxo gastroesofágico, nível de uso de voz e triagem vocal. *Rev CEFAC*. 2012;14(6):1197-203.
6. Costa DB, Lopes LW, Silva EG, Cunha GMS, Almeida LNA, Almeida AAF. Fatores de risco e emocionais na voz de professores com e sem queixas vocais. *Rev CEFAC*. 2013;15(4):1001-10.
7. Cediel MR, Neira JAR. Analysis of teacher working environment: factors that influence the voice. *Audiol Commun Res*. 2014;19(4):399-405.
8. Behlau M, Feijó D, Madazio G, Rehder MI, Azevedo R, Ferreira AE. Voz profissional: aspectos gerais e atuação fonoaudiológica. In: Behlau M (org.). *Voz – O Livro do Especialista*. Vol. II. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p.287-372.
9. Menezes LN, Behlau M, Gama ACC, Teixeira LC. Atendimento em voz no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. *C&SC*. 2011;16(7):3119-29.
10. Korn G. National Voice Campaign – 2012. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013;79(6):654.
11. Aragão AN, Couto TE, Camargo ZA, Santos MAR, Gama ACC. Análise da qualidade vocal antes e após o uso profissional e social da voz. *Audiol Commun Res*. 2014;19(3):209-14.
12. Spagnol PE, Cassol M. Estudo comparativo do perfil vocal de atores de teatro profissionais e atores em fase de formação acadêmica. *Rev CEFAC*. 2015;17(4):1195-201.
13. Pellicani AD, Ricz HMA, Ricz LNA. Função fonatória após o uso prolongado da voz em mulheres brasileiras. *CoDAS [online]*. 2015; 27(4):392-9.
14. Almeida LNA, Lopes LW, Costa DB, Gonçalves Silva EG, Cunha GMS, Almeida AAF. Características vocais e emocionais de professores e não professores com baixa e alta ansiedade. *Audiol Commun Res*. 2014;19(2):179-85.
15. Moreti F, Zambon F, Oliveira G, Behlau M. Cross-cultural adaptation, validation, and cutoff values of the Brazilian version of the Voice Symptom Scale-VoiSS. *J Voice*. 2014;28(4):458-68.
16. Deary IJ, Wilson JA, Carding PN, MacKenzie K. VoiSS: a patient-derived Voice Symptom Scale. *J Psychosom Res*. 2003;54(5):483-9.
17. Behlau M, Madazio G, Moreti F, Oliveira G, Alves dos Santos LM, Paulinelli BR et al. Eficiência e valores de corte de protocolos de autoavaliação do impacto de problemas de voz. [Apresentado no 21º Congresso Brasileiro e 2º Ibero-Americano de Fonoaudiologia; 2013 Set 22-25; Porto de Galinhas].
18. Moreti F, Zambon F, Oliveira G, Behlau M. Equivalência cultural da versão brasileira da Voice Symptom Scale – VoiSS. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23(4):398-400.
19. Moreti F, Zambon F, Behlau M. Sintomas vocais e autoavaliação do desvio vocal em diferentes tipos de disfonia. *CoDAS* 2014;26(4):331-3.
20. Santos AAL, Pereira EC, Marcolino J, Dassiê-Leite AP. Autopercepção e qualidade vocal de estudantes de jornalismo. *Rev CEFAC*. 2014;16(2):566-72.

21. Fabron EMG, Regaçone SF, Marino VCC, Mastria ML, Motonaga SM, Sebastião LT. Autopercepção, queixas e qualidade vocal entre discentes de um curso de pedagogia. *CoDAS* 2015;27(3):285-91.
22. Vieira AC, Behlau M. Análise de voz e comunicação oral de professores de curso pré-vestibular. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(3):346-51.
23. Choi-Cardim K, Behlau M, Zambon F. Sintomas vocais e perfil de professores em um programa de saúde vocal. *Rev CEFAC.* 2010;12(5):811-9.
24. Borrego MCM, Behlau M. Recursos de ênfase utilizados por indivíduos com e sem treinamento de voz e fala. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;17(2):216-24.
25. Ribeiro VV, Santos AB, Bonki E, Prestes T, Dassie-Leite AP. Identificação de problemas vocais enfrentados por cantores de igreja. *Rev CEFAC.* 2012; 4(1):90-6.
26. Anhaia TC, Klahr PS, Ourique AAB, Gadenz CD, Fernandes RA, Spagnol PE et al. Efeitos de duas intervenções em professores com queixas vocais. *Audiol Commun Res.* 2014;19(2):186-93.
27. Ribas TM, Penteado RZ, García-Zapata MTA . Qualidade de vida relacionada à voz: impacto de uma ação fonoaudiológica com professores. *Rev CEFAC.* 2014;16(2):554-65.
28. Dias TEC, Martins PC, Teixeira LC, Gama ACC. Análise da variação prosódica em diferentes estilos de reportagens telejornalísticas. *Audiol Commun Res.* 2015;20(3):210-4.
29. Ferracciu CCS, Santos LVA, Teixeira LR, Almeida MS. Estratégias de enfrentamento e perfil de participação e atividades vocais em professoras da rede pública de ensino com e sem distúrbios de voz. *Rev CEFAC.* 2015;17(4):1184-94.
30. Santos TD, Pedrosa V, Behlau M. Comparação dos atendimentos fonoaudiológicos virtual e presencial em profissionais do telejornalismo. *Rev CEFAC.* 2015;17(2):385-95.
31. Lima-Silva MFB, Ferreira LP, Oliveira IB, Silva MAA, Ghirardi ACAM. Distúrbio de voz em professores: autorreferência, avaliação perceptiva da voz e das pregas vocais. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;17(4):391-7.
32. Machado IM, Bianchini EMG, Villas Boas DC, Giannini SPP, Ferreira LP. Associação entre distúrbio de voz e sintomas de disfunção temporomandibular autorreferidos por professores. *Audiol Commun Res.* 2014;19(1):75-80.
33. Ferro G, Mayrink L, Azevedo RR, Behlau MS. Perfil Vocal dos Pastores Evangélicos das Igrejas: Batista, Unida, Universal e Presbiteriana. In: Behlau MS. *Laringologia e Voz Hoje - Temas do IV Congresso Brasileiro de Laringologia e Voz.* Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 345-7.
34. Guidini RF, Bertoncetto F, Zanchetta S, Dragone MLS. Correlações entre ruído ambiental em sala de aula e voz do professor. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;17(4):398-404.
35. Fuess VLR, Lorenz MC. Disfonia em professores do ensino municipal: prevalência e fatores de risco. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003;69(6):807-12.
36. Ferreira AE. Perfil Vocal dos Operadores de Pregão da BM&F de São Paulo. [monografia especialização]. São Paulo (SP): Centro de Estudos da Voz; 1995.
37. Ribeiro VV, Santos AB, Prestes T, Bonki E, Carnevale L, Leite APD. Autoavaliação vocal e qualidade de vida em voz de indivíduos hipertensos. *Rev CEFAC.* 2013;15(1):128-34.