

Original articles

Welcoming proposal for parents of dysphonic children: case report

*Proposta de acolhimento a pais de crianças disfônicas:
relato de caso*

Suzelaine Taize Stadler⁽¹⁾
Vanessa Veis Ribeiro⁽²⁾
Maria Fernanda Bagarollo⁽³⁾

⁽¹⁾ Universidade Estadual do Centro-Oeste/
UNICENTRO, Irati, PR, Brasil.

⁽²⁾ Faculdade de Odontologia de Bauru –
Universidade de São Paulo – FOB/USP,
Bauru, SP, Brasil.

⁽³⁾ Universidade Estadual do Centro-Oeste/
UNICENTRO, Irati, PR, Brasil.

Conflict of interest: non-existent

Received on: May 21, 2015
Accepted on: October 15, 2015

Mailing address:

Suzelaine Taize Stadler
Rua Dona Noca, 287, Centro
Irati – PR – Brasil
CEP: 84500-000
E-mail: fonoaudiologasuzelaine@hotmail.com

ABSTRACT

Purpose: to report the importance of a docking procedure the parents of dysphonic children, members of a group of speech therapy.

Methods: this is a qualitative case report and micro genetic analysis method of speech therapy sessions videos recordings with a group of parents of dysphonic children.

Results: the analyzes were described from three categories: the first being on the parents' knowledge about the voice, children's learning about the voice in the therapy process, and the results of the therapeutic process. The second category involved the vocal habits and the use of voice in daily life. And the third on the concern of parents with associated respiratory diseases.

Conclusion: the proposed groups with parents of dysphonic children is a valid therapeutic option, as it proved to be a constructive work for all members. Also welcoming the parents of dysphonic children is essential since they directly interfere in the therapeutic management.

Keywords: Dysphonia; Voice Disorders; Group Practice; Parents; Voice

RESUMO

Objetivo: relatar a importância de um procedimento de acolhimento a pais de crianças disfônicas, participantes de um grupo de terapia fonoaudiológica.

Métodos: trata-se de um relato de caso de caráter qualitativo e método de análise microgenética de gravações de vídeos de sessões de terapia fonoaudiológica com um grupo de pais de crianças disfônicas.

Resultados: as análises foram descritas a partir de três categorias: a primeira relativa ao conhecimento dos pais acerca da voz, a aprendizagem das crianças sobre a voz no processo de terapia e os resultados do processo terapêutico. A segunda categoria envolvia os hábitos vocais e os usos da voz no cotidiano. E a terceira relativa à preocupação dos pais com as patologias respiratórias associadas.

Conclusão: a proposta de grupos com os pais de crianças disfônicas é uma possibilidade terapêutica válida, pois se mostrou como um trabalho construtivo para todos os integrantes. Além disso, o acolhimento dos pais de crianças disfônicas é essencial visto que eles interferem diretamente na condução terapêutica.

Decriptores: Disfonia; Distúrbios da Voz; Pais; Prática de Grupo; Voz

INTRODUCTION

With the advancement of research in the area of voice, new questions are being generated, given new demands and demanding a(re)organization of the techniques used in clinical performance^{1,2}. In this context, the speech therapy group stands out for acting with the joint construction of knowledge, and the exchange of experiences and desires, that individual, become collective, allowing the (re) signification of the pathologic processes²⁻⁴.

This therapeutic practice differs from individualized treatment based on curative medical perspective, where the conditions are seen as the absence of health and the priority are the quantitative results^{3,4}. In contrast to this practice is engaged in orientation and therapy through exercise, therapeutic group with children seeks a contextualization, making the practice closest to the reality of the subject, and seeks the (re) signification of insight into the pathology, facilitating positive results^{3,4}.

Therapeutic groups have been conducted not only with children but also with caregivers, parents and family because it is realized that even by approaching the subject, closest people desires remain^{1,3,5}. In acting with parents under the Speech Therapy, the group has been offering the possibility of inter-subjective exchanges on experiences of family routine and the(re) signification of desires to face the speech-language pathology of children^{3,4,6-9}.

It is known that the welcoming of parents is important, once they are the caregivers who constitute and mediate social relationships of the child, and represent the figure responsible for the demand for professional assistance in health, on the perception of changes in their children^{2,9}.

The literature provides few studies on therapeutic group with parents or caregivers, but the results of this work have been very important^{7,9,10}. In the Brazilian literature there are no studies to report the welcoming to the desires of the parents with dysphonic children.

It is believed that accommodate parents' desires during the therapeutic process of the children is important to optimize treatment outcomes, not only on the pathology already installed, but also under the social and family environment of the child, which may be the etiological factors of children dysphonia².

Given the above, this study aimed to describe the importance of a welcoming procedure for parents of dysphonic children, members of a group of speech therapy.

METHODS

It is a qualitative case and microgenetic analysis method, which falls within the theoretical framework of historical-cultural¹¹ perspective. The survey consists of a retrospective analysis of video recordings of welcoming meetings of a group of parents of dysphonic children who were in speech therapy. The collection of complete data included 12 sessions of 40 minutes each, once a week, nine with children and three with parents (beginning, middle and end of therapy). In this study will be analyzed only the sessions with parents. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Estadual do Centro Oeste/UNICENTRO under the number 246/2010 and held respecting the Resolution No. 466/12 of the National Health Council/ CONEP (National Research Ethics Commission in Brazil). Parents received the necessary clarifications about the study and signed an Informed Consent Form, and children signed the Consent Term.

For the choice of the subjects in the present study, we used the following inclusion criteria: parents of children with vocal pathologies of functional and organofunctional origin, of both sexes, whose children were participating in a therapeutic group for children dysphonia. Thus, the sample consisted of twelve subjects, six mothers and six fathers of six dysphonic children participants of a vocal speech therapy group.

All meetings with parents were recorded and later transcribed orthographically. The material was analyzed and the excerpts of the meeting that find the objectives were cut and analyzed turn to turn. Thus, three welcoming meetings with parents were selected for analysis, which occurred during the speech therapy process with children, the first meeting coinciding with the first children's service session, the second meeting with the sixth session and the third meeting with the twelfth one, the last children care session. Figure 1 shows the number and the purpose of the meetings.

Meeting with parents	Purpose of the meeting
1st	First contact with parents; welcoming of desires and (re)signification of the concepts related to the diagnosis of the children, the vocal and general health of children, and expectations related to the therapeutic process.
2nd	Welcoming of desires and (re)signification of the concepts related to speech, voice disorders, and perceived changes in day-to-day life of children.
3rd	Welcoming of parents, discussion of the perception of (re)signification and changes in vocal behavior of children and family dynamics.

Figure 1. Numbers and objectives of the meetings of the welcoming process of parents of dysphonic children

The arrangement of the data is for categories of analysis, namely: parents' expectations and the lack of knowledge about the voice; vocal habits and bad use of the voice in daily life; parental concern associated with respiratory diseases. In addition, within each category of analysis, the excerpts show the chronological order of meetings with parents. In addition, when they are cited in more than one section of the same meeting,

they are presented in ascending order of occurrence in the session.

In the excerpts analyzed, children are mentioned by means of abbreviations (C1, C2, C3, C4, C5 and C6), mothers are referred to by the letters (M1, M2, M3, M4, M5 and M6), fathers by the letters (F1, F2, F3, F4, F5 and F6), and the therapist is referred to by the initials TH. Figure 2 shows the characterization of participants in the therapeutic group.

Children	Age	ENT diagnosis	Mother	Father
C1	08 years	Nodule	M1	F1
C2	08 years	Middle-posterior triangular cleft	M2	F2
C3	10 years	Mucosa bridge	M3	F3
C4	08 years	Parallel cleft	M4	F4
C5	08 years	No injury	M5	F5
C6	08 years	Parallel cleft	M6	F6

Figure 2. Characterization of participants in the therapeutic group

RESULTS

The results will be show in categories of analysis, highlighting the excerpts that are important to each category. Here are some excerpts from the meetings with parents.

1. The parents' expectations and the lack of knowledge about the voice

Meeting 1: In this excerpt the parents discuss the possible causes of voice problems of children.

- M1:** *O F1 ele fala muito alto. Talvez um pouco da audição que também as vezes ele ouve muito alto, e talvez isso possa ser uma, um dos fatores. E também ele tem gripe.*
- P1:** *Já falei também pra gente fazer o exame do ouvido dele porque eu acho que ele não está escutando direito, já por causa disso. Tudo tem que*

estar alto, a televisão tem que estar alta, o som tem que estar alto.

- M1:** *Não presta atenção no que está falando.*
- P1:** *No quarto ele fala que tem que estar tudo em silencio que se não ele não escuta. Não sei acho que ele não presta atenção daí. Presta atenção no ventilador e não presta atenção na TV daí.*
- P4:** *O meu também gosta de ouvir TV num volume um pouquinho mais alto, mas é normal, nada exagerado assim, mas acho que por mania mesmo.*
- TE:** *E o F4 fala alto também?*
- P4:** *Ele presta bastante atenção, mas se tiver uma conversinha perto que for do interesse dele, ele já fala quando, onde oque? (risos) Agora se não for do interesse dele não. Mas ele troca umas letras quando fala.*

8. **P5:** *Bom a F5 ela só ouve o que interessa pra ela, o que não interessa ela não quer nem saber. E eu acho que eu sou assim um pouco a neura com ela, bota isso no lugar, essa blusa, esse tênis, essa camiseta, essa calça mal dobrada, essa meia jogada lá, e não adianta nada. Ela tem oito anos, mas logo vai ser uma adolescente, um adulto, e como vai ser? Vai deixar tudo jogado né. Mas esse negócio do volume da televisão também às vezes né. Liga e fica lá e num se liga né, eu pego bastante no pé dela. Acho que eu que sou muito irritante até, "vixi". E ela não, ela é assim boazinha até, em vista de certas crianças que eu já vi assim, nossa, a F5 é muito dez né? Até no falar a gente vê que ela fala bem, que se expressa bem. Não troca letra nem nada.*

Meeting 2: In this excerpt the parents discuss about what the children were learning during therapy.

1. **P3:** *Eu achei engraçado que a F3 veio me pergunta se eu sabia que vômito fazia mal pra voz, daí eu falei que não, que não fazia. Daí ela me falou assim, mas pai vômito tem ácido, daí machuca as cordas vocais.*

(Everybody laughs)

2. **TE:** *Ela veio me perguntar isso na sessão, porque havíamos discutido sobre o refluxo laringofaríngeo, não falamos exatamente de problemas como bulimia. Mas daí ela veio me falar, mas fono, vômito tem o ácido do estômago, e você falou que ele fazia faz mal né?*

3. **P3:** *A F3 é muito esperta, tudo ela relaciona, e ela cuida.*

Meeting 3: In this excerpt the parents discuss the results of the therapeutic process.

1. **M5:** *Nossa a F5 agora eu acho que ela está cem por cento. Sabe eu não percebia nada nela, se eles não tivessem percebido no colégio, eu não ia perceber, mas agora eu vejo que melhorou bastante. Quando me falaram na escola que a F5 estava com problema de voz, eu não entendia, porque eu pensava, ela fala bem, ela não troca letra, eu não sabia por que ela ia ter que vir na fono né? Mas foi muito bom pra ela, a respiração também, ela fica se policiando e até cuidando a gente, ela fala, mas mãe não é assim, a fono disse queé assim (e faz a respiração costodiafragmática). Ela é meio avoada, mas ela fica se policiando, e procurando fazer direito sabe, e acho que é muito bom porque ela colocou isso na cabeça né?*

2. **TE:** *Nosso objetivo com a terapia em grupo foi justamente propor essa dinâmica e a vivência com eles, né?*

3. **M5:** *Eu também conforme fui aprendendo, até fiquei com medo né, por causa das lesões né? Porque eu achei isso muito preocupante, mas ainda bem que não era o caso da F5 né? E ontem ela foi de novo lá (no Otorrinolaringologista) e agora deu tudo normal né.*

4. **M4:** *O F4 também era pouca coisa, e agora deu tudo normal. Ainda bem. Só que ele ainda tem problema na linguagem né? Ele ainda não consegue fala o /r/ né?*

5. **M3:** *A F3 eu ainda percebo um pouco de falha né? Principalmente quando ela está cantando, dá a impressão assim que quando ela está cantando a voz dela muda sabe? Ela pensa que vai sair de um jeito e saí de outro, daí ela fica brava né. Ela ainda não consegue respirar direitinho quando ela está cantando.*

6. **M1:** *O F1 ele tem muita crise de asma ainda né? E ele também não fazia os exercícios quando tinha que fazer, ele fazia tipo um dia antes, e daí no dia de vim ele fazia também, pra chega e fala pros colegas que fez sabe? E como a gente não fica em casa de dia, não tinha como ficar controlando se ele fazia. Mas ele fazia muito pouco em casa, e que nem eu falei pra ele né, como que ele vai melhora se ele não faz, e ainda sempre está com tosse. Então todo dia ele fica ainda com aquela tosse da asma né? Então eu sei que isso prejudica ele e que fica mais difícil né.*

2. The vocal habits and bad use of the voice in daily life

Meeting 1 (1 section): In this excerpt the parents were asked about the bad vocal habits of the children.

1. **M1:** *Bom o F1 ele é muito bom assim, o problema dele é grito, ele fala muito alto. Tudo ele falta alto, então, talvez isso que prejudique ele também.*

2. **P1:** *Eu queria que ele parasse de fala um pouco. Ele grita bastante também porque ele é muito "bardoso", não sei se é um pouco disso também, não.*

3. **TE:** *Alguém se identifica?*

4. **P4:** *O F4 não, ele fala baixo, as vezes até baixo demais.*

5. **P3:** *Bom a F3 tem algum problema de voz né, não que seja porque é adulada né, porque se ela quer alguma coisa, ou, as vezes a gente fala alguma*

coisa com ela, ela já vem “pipipi”, ela não fala direito, ela vem tipo se chorando, ela quer ser muito carinhosa, mas o jeito dela é esse. Ela vem meio “churumingando” pro teu lado né, ao invés dela fala direito né, ela fala baixinho assim e meio que, ela não fala direito né? Eu acho que é esse o problema dela porque de 100% que ela fala, uns 80% ela fala assim, é difícil ela fala corretamente né.

Meeting 1 (2 section): In this excerpt the parents comment on the limitations of good vocal habits.

1. **M5:** *A tem a questão da água né, até a gente vai até pra aula né? Daí ela leva a “cumbuquinha” de água. Chega lá é aquele esquema, vai pro banheiro, bate o sinal, entra na sala. Só que na aula eu acho que ela não toma né? Porque ela sabe que a professora não deixa ir no banheiro, a professora corta né. Como que a professora vai ter certeza que ela quer mesmo ir no banheiro e não quer fazer turismo lá fora né? Então ela evita de tomar água pra não ter que ir no banheiro.*
2. **M1:** *É verdade, as professoras falam que gente dar uma garrafinha de água pra eles, mas daí se eles precisam ir no banheiro elas não deixam.*

3. The concern of parents with associated respiratory diseases

Meeting 1: In this excerpt the parents talk about respiratory diseases of children.

1. **P2:** *O problema da F2 é a tal da rinite né? Chega a dar até crise de asma as vezes.*
2. **M1:** *O F1 tem gripe, aí sempre quando ataca as laringes também, que são, são dilatadas.*
3. **P1:** *E ele tem asma também, os dois têm (se referindo também ao irmão de F1).*
4. **P3:** *Bom a F3, ela fez a cirurgia da adenoide né, e estava bem avançada.*
5. **M1:** *O F1 se ele começa (imita um pigarro duas vezes), pode saber que vai atacar, e ele tem asma também.*

Meeting 2: In this excerpt the parents talk about the beliefs related respiratory diseases.

1. **P4:** *O F4 essa semana estava com rinite, depois que a gente descobriu do que que era, a gente cuidava, e ele tinha melhorado bastante assim, os sintomas né? Mas daí essa semana deu de novo.*
2. **M1:** *O F1 quando atacava a gente fazia inalação com soro nele né?*

3. **TE:** *Só soro?*

4. **M1:** *Só soro, e na verdade vodca (Todos riem)*

5. **TE:** *Mas porque vodca?*

6. **P3:** *Vodca ou álcool?*

7. **M1:** *Vodca.*

8. **P3:** *É eu sei que na verdade quando a gente fez tratamento pra F3 com homeopatia, eles utilizavam álcool ou vodca, todos aqueles produtos florais são usados.*

9. **M1:** *É mas é bem interessante e ajuda.*

10. **P3:** *É eu tenho um cunhado que tem farmácia e ele faz.*

11. **M1:** *Eu usava dez gotas de vodca só.*

12. **P3:** *É, uma quantidade assim bem pequena.*

13. **M1:** *É, diz que hidrata né? Não sei o que a vodca faz, mas ela falou que só o soro não hidratava, e que a vodca hidrata. Isso ela falava pra fazer quando era sem catarro, e quando ele tinha com catarro, daí era com própolis. Com isso ele melhora assim, cem por cento.*

DISCUSSION

Regarding the analysis of the category of parental expectations and the (mis) understanding of the voice, in meeting 1 can note the parents' lack of knowledge about what the voice is. In this meeting of turn 1-7 is visible the matter of voice in relation to listening, specifically focused on the matter of a possible hearing loss. Once the hearing and voice are interrelated aspects, auditory perception has a direct influence on vocals fit to be adopted, that is, if the individual presents lack of monitoring by the auditory pathway, due to a loss or lack perception, it will not have feedback of its voice, and it will tend to use a high vocal intensity so it can hear its own voice, or display of intensity variations during speech^{12,13}. In addition to playing an important role in controlling the voice through the regulation of phonation and respiratory processes, hearing monitoring it is also important in intensity, frequency and voice quality¹⁴.

Turn 7 and 8 is observed that parents bring matters about speech. It is considered that there is a link between voice, speech, language and hearing, but in this case it is observed that parents do not know differentiate them. In this sense it is essential to welcome and answer the demands of parents in order to make the therapeutic process more effective¹⁵. These aspects are very important, as parents have a key role in the therapeutic progress with monitoring the achievement of

vocal exercises at home and in achieving the incorrect use of the voice. This finding corroborates other studies involving the parents of children with chronic diseases, where parental behavior against the matter of symptoms reported by the children was dodge and escape, in addition to having difficulty to explain such matter^{7,16}.

It is noteworthy that the vocal symptoms are not among the first complaints that often lead parents to seek specialized care, attributed to the fact that children do not have more alarming symptoms involving other systems, which makes the incidence of childhood dysphonia is controversial in child population^{4,17-19}. In addition, the voice disorders in childhood can compromise the social, emotional and school performance of the child²⁰.

The fact that the parents do not seek specialized care early may be related to their difficulties to identify and recognize dysphonia in their children²¹. The literature shows that the main complaints that lead parents to seek professional assistance are developmental disorders, learning disabilities, enuresis, encopresis, infections, allergies, psychosomatic and psychopathological illnesses^{2,22}.

In meeting 2 shows the progress of the case, in which children start arguing at home on the knowledge acquired in session, showing the importance of access to information from parents. These data are reinforced by meeting 3, which shows how the parents at the end of follow-up, began to differentiate voice, speech and language, talking vocals specific issues such as the bad voice uses and the abdominal costo diaphragmatic breathing.

This change in parents position is the result of the group context, since this is a space that allows an interactive exchange to each subject, in other words, besides the participants become aware of the matter discussed, the group provides a space where they can share built knowledge, in that sense each one transforms the group and at the same time it is transformed by it^{2,23}.

Regarding the turn 5, it is observed that the mother is replaced by a sharper perception of her daughter's voice, managing to see the differences of the spoken voice for singing, and note that there are still matter to be improved. These gains represent a positive aspect because when parents have knowledge of the vocal aspects, they can identify early bad vocal habits and so seek solutions to resolve these matters²⁴. It is believed that the awareness of parents and children

about the bad use of voice and vocal patterns suitable to a balanced vocal production are fundamental to the vocal improvement of children^{4,25}, since the bad vocals uses are the main cause of children dysphonia²⁶.

Turn 6 shows that M1 learned the influence of respiratory matters about C1's voice. It is known that individuals with respiratory problems are more likely to develop a functional dysphonia due to incorrect use of the voice, the result of an irregularity in the basic process of natural voice production^{27,28}.

The second topic, the vocal habits and bad use of the voice in daily life, brings the first section of the first meeting fundamental matters for pediatric dysphonia, bad voice uses. For children, they may be related to inadequate vocal patterns used by families because children have such standards as appropriate and imitate them, how to talk to increased loudness, yelling, talking excessively, among other adaptations that are considered risk factors to develop behavioral dysphonia²⁹.

Another problem for the bad use of the voice are the psychological and physical environmental factors. Physical factors are considered those which are associated with the type and location of the home and the child's school, furthermore, it should be considered air pollution and the vocal sound competition caused by noisy environment. As for the psychological factors include family relationships, in which the child may feel the need to be heard and exceed its voice as a way to draw attention of parents to itself³⁰.

The second section of the first meeting shows parents talking about the limitations imposed by schools to vocal health, such as hydration. This meetings raises a question much discussed in dysphonia in teachers, the influence of the school's organizational structure in the voice of its goers, as each individual makes vocal settings according to its necessity³¹.

Topic three shows the concern of parents with respiratory diseases of children present in C1, C2, C3 and C4. The respiratory system plays a key role in voice production because the expiration air promotes a subglottic pressure that causes the vocal cords vibrate, and with the help of resonant and articulatory cavities produce the voice. However this path can be compromised by infections in the upper and lower airways, which can cause swelling of the mucosa of the respiratory tract region, also referring to vocal folds, accordingly any compromise that occurs in the upper airway can lead to a direct effect voice, relative to the pitch, loudness, resonance and vocal quality³². In addition,

it highlights the concern of parents with matters that negatively influence in voice that are external to the therapeutic process in speech therapy, such as influenza, rhinitis and sinusitis, which are regarded as the pathologies that most prolong speech therapy in children dysphonia³³.

The meetings² shows the influence of empirical knowledge about respiratory problems in vocal therapy. In turn four, M1 talks about the use of vodka in inhalation and about its alleged action of hydration of the vocal tract. There are reports in literature^{34,35} on individuals who make use of alcoholic beverages to ease symptoms/vocal complaints, as these have anesthetic effect. However the consumption of alcohol causes dryness and irritate the mucous of the larynx and consequently cause chronic dysphonia^{34,35}.

It is believed that the welcoming of parents during the therapeutic process of children, allowed the (re)signification of the habits and vocal health concepts, and perception of parents about the child's voice, being fundamental for the best progress of the therapy, and to improve the daily life of children^{4,26,36}.

CONCLUSION

It is concluded that the proposed groups with parents of dysphonic children is a valid therapeutic possibility, because it showed how constructive work for all members. In this space, parents were able to exchange information, (re)signify and (re)build their knowledge about vocal health. It is believed that the welcoming of parents of dysphonic children, associated with the treatment given to children, is essential since they directly interfere in the conduct of the therapeutic process.

REFERENCES

1. Leite APD, Panhoca I. A constituição de sujeitos no grupo terapêutico fonoaudiológico: identidade e subjetividade no universo da clínica fonoaudiológica. *RevDistComun.* 2003;15(2):289-308.
2. Ribeiro VV, Dassie-Leite AP, Lacerda Filho L, Cielo CA, Bagarollo MF. Percepção dos pais sobre a qualidade de vida em voz e evolução clínica de crianças disfônicas pré e pós-terapia fonoaudiológica em grupo. *RevDist Comun.* 2013;25(1):81-90.
3. Leite APD, Panhoca I, Zanolli ML. Distúrbios de voz em crianças: o grupo como possibilidade de intervenção. *RevDistComun.* 2008;20(3):339-47.
4. Ribeiro VV, Dassie-Leite AP, Alencar BLF, Bail DI, Bagarollo MF. Avaliação vocal de crianças disfônicas pré e pós intervenção fonoaudiológica em grupo: estudo de caso. *Rev CEFAC.* 2013;15(2):485-94.
5. Ribeiro VV, Panhoca I, Dassie-Leite AP, Bagarollo MF. Grupo terapêutico em fonoaudiologia: revisão de literatura. *Rev CEFAC.* 2012;14(3):544-52.
6. Panhoca I, Penteado RZ. Grupo terapêutico fonoaudiológico: a construção (conjunta) da linguagem e subjetividade. *Pró-Fono R Atual Cient.* 2003;15(3):259-66.
7. Penteado RZ, Panhoca I, Siqueira D, Romano FF, Lopes P. Grupalidade e família na clínica fonoaudiológica: deixando emergir a subjetividade. *Rev. Dist. Comun.* 2005;17(2):161-71.
8. Vilela FCA, Ferreira LP. Voz na clínica fonoaudiológica: grupo terapêutico como possibilidade. *DisturbComun.* 2006;18(2):235-43.
9. Guarinello AC, Lacerda CBF. O grupo de familiares de surdos como espaço de reflexão e de possibilidades de mudança. In: Ana Paula Santana; Ana Paula Berberian; Ana Cristina Guarinello; Giselle Massi. (Org.). *Abordagens grupais em fonoaudiologia. Contextos aplicações.* 1ed. São Paulo: Plexus; 2007. p. 105-20.
10. Moret ALM, Freitas VS, Ferreira MCF, Alavarenga KF, Bevilacqua MC Curso para pais de crianças deficientes auditivas: estudo do conhecimento dos pais em um módulo intermediário. *RevDistComun.* 2007;19(1):25-37.
11. Bagarollo MF, Ribeiro VV, Panhoca I. Características do desenho de um sujeito autista. *Comunicações.* 2012;19(2):7-22.
12. Behlau M, Azevedo R, Pontes P. Conceito de Voz normal e classificação das disfonias. In: Behlau M. *Voz: o livro do especialista.* Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p.53-84.
13. Cavadas M, Pereira L, Behlau M. Disfonia infantil e processamento auditivo central. In: Valle MGM. *Voz: diversos enfoques em fonoaudiologia.* Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 99-109.
14. Cavadas M. *Avaliação do processamento auditivo central em crianças com disfonia orgânico funcional [Dissertação]* São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 1998.

15. Ieto V, Cunha MC. Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico. *RevSocBrasFonoaudiol.* 2007;12(4):329-34.
16. Monteiro MIB, Camargo EAA, Freitas AP, Bagarollo MF. Interações dialógicas de familiares de sujeitos com deficiência mental: algumas reflexões. *TemasDesenvolv.* 2005-6;14(83-84):32-9.
17. 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.
18. Takeshita TK, Aguiar-Ricz L, Isaac ML, Ricz H, Anselmo-Lema W. Comportamento Vocal de Crianças em Idade Pré-escolar. *Arq. Int. Otorrinolaringol.* 2009;13(3):252-8.
19. Oliveira RF, Teixeira LC, Gama ACC, Medeiros AM. Análise perceptivo-auditiva, acústica e autopercepção vocal em crianças. *J SocBrasFonoaudiol.* 2011;23(2):158-63.
20. Della Via C. Disfonia infantil: visão dos fonoaudiólogos, dos otorrinolaringologistas e dos pediatras. [Monografia Especialização] São Paulo(SP): Centro de Estudos da Voz; 2000.
21. Dias MR, Oliveira AMR, Bastos ACMM. Da garganta vem a voz: um projeto de educação para a saúde. *RevDistComun.* 2015;27(1):168-77.
22. Schoen-Ferreira, Silva DA, Farias MA, Silveiras EFM. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA). *Psicol. em Estud.* 2002;7(2):73-82.
23. Vilela FCA, Ferreira LP. Voz na clínica fonoaudiológica: grupo terapêutico como possibilidade. *RevDistComun.* 2006;18(2):235-43.
24. Fritsch AV, Oliveira G, Behlau M. Opinião dos pais sobre a voz, características de comportamento e de personalidade de seus filhos. *Rev CEFAC.* 2011;13(1):112-22.
25. Ribeiro VV, Santos AB, Prestes T, Bonki E, Carnevale L, Dassie-Leite AP. Autoavaliação vocal e qualidade de vida em voz de indivíduos hipertensos. *Rev CEFAC.* 2013;15(1):128-34.
26. Penteadó R, Camargo AMD, Rodrigues CF, Silva CR, Rossi D, Costa e Silva JT et al. Vivência de voz com crianças: análise do processo educativo em saúde vocal. *RevDistúrbComun.* 2007;19(2):237-46.
27. Tavares JG, Silva EHAA. Considerações teóricas sobre a relação entre respiração oral e disfonia. *RevSocBrasFonoaudiol.* 2008;13(4):405-10.
28. Provenzano LCVA, Sampaio TMM. Prevalência de disfonia em professores do ensino Público estadual afastados de sala de aula. *Rev CEFAC.* 2010;12(1):97-108.
29. Paixão CLB, Silvério KCA, Berberian AP, Mourão LF, Marques JM. Disfonia infantil: hábitos prejudiciais à voz dos pais interferem na saúde vocal de seus filhos? *Rev CEFAC.* 2012;14(4):705-13.
30. Oliveira RC, Teixeira LC, Gama ACC, Medeiros AM. Análise perceptivo-auditiva, acústica e autopercepção vocal em crianças. *J SocBrasFonoaudiol.* 2011;23(2):158-63.
31. Zenari MS, Bitar ML, Nemr NK. Efeito do ruído na voz de educadoras de instituições de educação infantil. *RevSaúd. Públic.* 2012;46(4):657-64.
32. Boone DR, MacFarlane SC. A voz e a terapia vocal. Porto Alegre: Artmed; 1994.
33. Behlau M, Madazio G, Feijó D, Pontes P. Avaliação de Voz. In: Behlau M. *Voz: O Livro do Especialista* Rio De Janeiro: Revinter, 2001. p.85-180.
34. Behlau MS, Azevedo R, Pontes P. Conceito de voz normal e classificação das disfonias. In: Behlau M. *Voz: o livro do especialista.* Rio de Janeiro: Revinter; 2008. p. 53-84.
35. Zimmer V, Cielo CA, Ferreira FM. Comportamento vocal de cantores populares. *Rev CEFAC.* 2012;14(2):298-307.
36. Kasama ST, Brasolotto AG. Percepção vocal e qualidade de vida. *Pró-Fono R Atual Cient.* 2007;19(1):19-28.