

# Avaliação do grau de envolvimento familiar nos atendimentos de crianças com deficiência auditiva

## Assessment of the degree of involvement in family therapy for children with hearing impairment

Carolina Calsolari Figueiredo<sup>1</sup>, Daniela Gil<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar o perfil de crianças com deficiência auditiva que usam aparelho de amplificação sonora individual ou implante coclear, e avaliar a participação das famílias no processo terapêutico dessas crianças. **Métodos:** Participaram do estudo 25 famílias de crianças com deficiência auditiva, com idades entre 0 e 14 anos, atendidas nos ambulatórios pesquisados, que estavam em terapia fonoaudiológica por, no mínimo, seis meses. Foram levantados os registros das informações dos prontuários das crianças selecionadas e, posteriormente, foi aplicada a escala *Family Involvement Rating* (Moeller), traduzida para o português com o nome de Escala de Envolvimento Familiar. **Resultados:** A média do envolvimento familiar das 25 famílias estudadas foi 3,28, sendo que 40% das famílias foram classificadas com participação mediana, pelas terapeutas. Os testes utilizados não evidenciaram relação entre o envolvimento familiar e os limiares auditivos das crianças, nem entre o envolvimento familiar e o tempo em que as crianças estavam em terapia. **Conclusão:** A maioria das famílias apresentou participação mediana no processo terapêutico de seus filhos. Não houve diferença entre os diferentes graus de envolvimento familiar no processo terapêutico e os limiares auditivos das crianças com e sem dispositivos eletrônicos, nem diferença entre o tempo de terapia das crianças e o grau do envolvimento familiar.

**Descritores:** Perda Auditiva; Criança; Relações Familiares; Reabilitação; Relações Profissional-Família

### ABSTRACT

**Purpose:** The aim of the present study was to assess family participation in the therapeutic process of children with hearing impairment using hearing aids and/or cochlear implants enrolled at the Educational Audiology Clinic and Center for Interdisciplinary Studies on Hearing, Language and Education. **Methods:** This study was conducted with 25 families of children with hearing impairment between 0 and 14 years old enrolled in speech and hearing therapy for at least six months. Data was collected from the patient charts. The Family Involvement Rating Scale (Moeller) translated into Portuguese was administered to characterize the quality of family participation in the therapeutic process. **Results:** The mean degree of family involvement among the 25 families studied was 3.28. The therapists classified 40% of the families as presenting an average level of participation (score: 3); 20% were classified as presenting below-average participation and 8% were classified as presenting an ideal degree of participation. **Conclusion:** A large portion of the families analyzed exhibited an average level of participation in the therapeutic process of their children. No correlation was found between the different categories of family involvement and the degree of hearing impairment with or without hearing aids or cochlear implants. Additionally, no correlation was found between the duration of therapy and the degree of family involvement.

**Keywords:** Hearing Loss; Child; Family Relations; Rehabilitation; Professional-Family Relations

Trabalho realizado no Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

(1) Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

(2) Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

**Conflito de interesses:** Não

**Contribuição dos autores:** CCF pesquisadora principal, elaboração do cronograma da pesquisa, levantamento da literatura, coleta e análise dos dados, redação do artigo, submissão e trâmites; DG orientadora, elaboração da pesquisa, cronogramas, supervisão das atividades de pesquisa realizadas, correção da redação do artigo, aprovação da versão final.

**Endereço para correspondência:** Carolina Calsolari Figueiredo . Av. General Teixeira Lott, 1181, Carapicuíba (SP), Brasil, CEP: 06317-341.

E-mail: carolclr.41@gmail.com

**Recebido em:** 31/5/2013; **Aceito em:** 27/9/2013

## INTRODUÇÃO

As novas possibilidades de diagnóstico da deficiência auditiva fizeram surgir um novo tipo de paciente: a criança pequena e a sua família, que fornecem contexto para que sejam estabelecidas ações transformadoras. O foco do trabalho passou a ser o ambiente natural da criança, onde os pais desempenham um papel ativo no desenvolvimento da linguagem<sup>(1)</sup>.

Estudos mostraram que para a melhora das habilidades auditivas, de linguagem e sociais são necessários alguns cuidados, tais como o uso correto de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI), trabalho terapêutico adequado e envolvimento familiar<sup>(2)</sup>.

Os profissionais devem envolver ativamente os pais, investigar seus conhecimentos sobre a patologia de seus filhos e ter a capacidade de absorver e atender a demanda das famílias e dos pacientes que precisam de atenção especial<sup>(3)</sup>, pois os pais que se envolvem mais na terapia se comunicam melhor com seus filhos, contribuindo muito mais para o progresso da criança do que os pais que não participam do processo<sup>(4,5)</sup>.

Sabe-se que apenas trabalhar com as crianças, sem que a família esteja comprometida com o processo terapêutico, não é suficiente. A família precisa assumir posturas participativas em relação à criança, para o sucesso do processo<sup>(6)</sup>.

Um estudo longitudinal<sup>(7)</sup>, realizado com três famílias de crianças deficientes auditivas, concluiu que o envolvimento familiar no processo terapêutico afeta diretamente o desenvolvimento da criança.

Outro estudo, com pais/responsáveis de 20 crianças deficientes auditivas menores de 3 anos, concluiu que existe a necessidade de envolver os familiares no processo terapêutico, trabalhando seus desejos, necessidades e expectativas das crianças<sup>(8)</sup>.

Ao analisar alternativas que garantam a adesão ao uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e maior envolvimento das famílias nas etapas iniciais da intervenção, um estudo com pais e/ou responsáveis de 16 crianças deficientes auditivas verificou que são necessárias propostas de ações, no âmbito da intervenção, em Serviços de Saúde Auditiva, que garantam a adesão ao tratamento. A mesma autora destacou que mensurações de desempenho auditivo e de linguagem, monitoramento do uso de amplificação e envolvimento familiar, analisados conjuntamente, possibilitariam melhor entendimento da adesão da família ao tratamento<sup>(9)</sup>.

Com base nesses pressupostos teóricos, o objetivo desta pesquisa foi caracterizar o perfil de crianças com deficiência auditiva que usam aparelho de amplificação sonora individual ou implante coclear, e avaliar a participação das famílias no processo terapêutico dessas crianças.

## MÉTODOS

Este estudo, realizado na linha de pesquisa Diagnóstico e Acompanhamento dos Distúrbios da Audição da Universidade

Federal de São Paulo (UNIFESP), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP 0530/11). Todos os pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como o terapeuta responsável pelo atendimento da criança e as supervisoras dos ambulatórios envolvidos.

Todas as crianças incluídas no estudo foram previamente avaliadas no ambulatório de avaliação de linguagem da UNIFESP, comprovando o distúrbio de aquisição e desenvolvimento de linguagem. Foram selecionadas crianças com idade entre 0 e 14 anos, de ambos os gêneros, que não apresentavam síndromes e/ou comprometimentos cognitivos evidentes, que apresentavam deficiência auditiva em algum grau, usuárias de aparelho de amplificação sonora individual e/ou implante coclear (IC) e que estavam em terapia fonoaudiológica pela abordagem auricular por, no mínimo, seis meses.

Para a realização deste estudo, foram levantados os registros das informações dos prontuários dos sujeitos selecionados (nome, data de nascimento, escolaridade, grau da deficiência auditiva, data do diagnóstico, etiologia, limiares auditivos com e sem AASI/IC, tipo de dispositivo eletrônico, adaptação uni ou binaural, tempo de uso do aparelho de amplificação sonora individual e/ou implante coclear e tempo de terapia).

Foi aplicada também a escala *Family Involvement Rating*, traduzida para o português com o nome de Escala de Envolvimento Familiar<sup>(10)</sup>, que tem por objetivo caracterizar a qualidade da participação e do envolvimento familiar no processo de intervenção. Cada família recebeu uma avaliação global em escala numérica de 1 a 5, que refletia sua participação na intervenção. Para essa avaliação, foram considerados aspectos como a adaptação familiar, participação nas sessões, atitudes e comportamentos familiares e efetividade da comunicação com a criança.

As pontuações foram realizadas de acordo com os seguintes critérios:

- 1 (Participação limitada): a família tem entendimento limitado da surdez e suas conseqüências para a criança. A participação pode ser esporádica ou pouco efetiva. A comunicação pais/criança é restrita às necessidades mais básicas.
- 2 (Participação abaixo da média): a família se esforça e sofre para aceitar o diagnóstico da criança e talvez seja inconstante na frequência aos atendimentos e em colocar e manter os aparelhos de amplificação sonora na criança, em casa e na escola. Podem existir algumas tensões significativas em suas vidas, que interferem nessa inconstância. Interações comunicativas com a criança são básicas e falta à família fluência no modo de se comunicar com a criança.
- 3 (Participação mediana): a família esforça-se para entender e aceitar o diagnóstico da criança e os familiares participam da maioria das sessões. Agendas lotadas ou tensões familiares podem limitar as oportunidades para realizar em casa aquilo que foi aprendido. A família participa dos planejamentos, mas, em geral, submete-se, principalmente, à opinião dos profissionais. Membros específicos da família (por exemplo, a mãe) podem ficar com a maior parte da responsabilidade

- para desenvolver as necessidades de comunicação da criança. A família desenvolve, ao menos, as habilidades básicas para lidar com o modo de comunicação da criança. Os membros da família pretendem usar técnicas de expansão da linguagem, mas necessitam de suporte e direcionamento frequentes.
- 4 (Boa participação): os membros da família comparecem regularmente às sessões e reuniões de pais, servem como bons modelos de linguagem para a criança e esforçam-se para levar as técnicas para casa. Os pais têm um papel ativo (talvez não o principal) no planejamento de objetivos clínicos e educacionais para a criança. Alguns membros da família têm habilidade razoável para trabalhar com o modo de comunicação da criança e/ou em técnicas para a estimulação da linguagem.
  - 5 (Participação ideal): os membros da família participam ativamente das sessões e regularmente das reuniões e buscam informações com independência. São efetivos defensores das crianças para sua inserção em serviços de saúde e educacionais. Tornam-se firmemente atuantes como parceiros de conversa com as crianças e servem como modelos de linguagem de maneira consistente. Tornam-se, também, fluentes e ativos usuários do modo de comunicação da criança, além de serem capazes de aplicar técnicas de expansão da linguagem.

Neste estudo a escala foi respondida por três profissionais que tiveram contato direto com a criança e sua família, ao final de 12 semanas de observação: o terapeuta responsável pelo atendimento da criança e duas supervisoras do ambulatório. Para chegar à classificação final que melhor descrevesse o grau de envolvimento familiar de cada família, calculou-se a média das pontuações atribuídas pelos três juízes.

Os dados coletados foram armazenados em planilhas e, posteriormente, foram analisados por testes estatísticos, como o Teste de ANOVA, para comparação das médias utilizando as variâncias; o Teste Igualdade de Duas Proporções para comparar se a proporção de respostas de duas determinadas variáveis e/ou seus níveis é significativo; a Correlação de Pearson, para mensurar variáveis relacionadas entre si e o Intervalo de Confiança, para médias. O nível de significância adotado foi  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

A média de idade das mães participantes foi de 34 anos e 8 meses e a dos pais, de 36 anos e 2 meses. Esses dados possibilitaram concluir que a amostra de pais participantes foi homogênea e composta por adultos jovens. Verificou-se que o nível de escolaridade mais frequente entre as mães foi o Ensino Médio Completo (36%) e entre os pais, os dois níveis mais frequentes foram Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Médio Completo (24% cada).

Das 25 crianças participantes, 17 (68%) eram usuárias de aparelho de amplificação sonora individual bilateral e oito (32%) utilizavam implante coclear, unilateralmente.

Sem os dispositivos eletrônicos, 48% das crianças participantes

possuíam limiares auditivos acima de 90 dB, compatíveis com perda auditiva de grau profundo e 24% apresentaram limiares entre 71 e 90 dB, compatíveis com perda auditiva de grau severo. Aplicando teste estatístico, verificou-se que não houve diferença entre os limiares ( $p=0,077$ ). Já com os dispositivos eletrônicos, 64% dos pacientes apresentaram limiares auditivos entre 41 e 55 dB (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição dos limiares auditivos

Limiares auditivos	Sem dispositivos eletrônicos		Com dispositivos eletrônicos	
	n	%	n	%
25 – 40 dB	0	0	6	24
41 – 55 dB	2	8	16	64 *
56 – 70 dB	5	20	3	12
71 – 90 dB	6	24	0	0
>90 dB	12	48	0	0

\*Valores significativos ( $p \leq 0,05$ ) – Teste de Igualdade de duas proporções

Dentre aquelas que possuíam perda auditiva de grau severo (seis crianças) e de grau profundo (12 crianças), apenas 44,4% eram usuárias de implante coclear. As demais, utilizavam aparelho de amplificação sonora individual.

Dentre todos os pacientes participantes do estudo, 40% estavam em terapia fonoaudiológica há mais de 48 meses, sendo que três crianças, há 108 meses.

Quanto à avaliação do envolvimento familiar, o grau médio atribuído a todas as famílias foi 3, indicando participação mediana. Neste estudo, cinco famílias (20%) foram classificadas como participação abaixo da média, dez famílias (40%) com participação mediana, nove famílias (32%) como boa participação e duas famílias (8%) como participação ideal.

Após análise do envolvimento familiar, o avaliador foi orientado a atribuir um nível de confiança ao seu próprio julgamento, podendo ser bom, razoável ou questionável, de acordo com a segurança que sentiu ao julgar a família. Observou-se que houve tendência dos avaliadores supervisores a confiarem mais em seus julgamentos quanto ao envolvimento de cada família no processo terapêutico, uma vez que mais da metade de seus julgamentos foi classificada como bom.

A fim de verificar a relação entre os limiares auditivos de cada paciente e o grau de envolvimento familiar atribuído a sua família, foram agrupados os graus 2 e 3 (participação abaixo da média e participação mediana) e os graus 4 e 5 (boa participação e participação ideal) e observou-se que não houve diferença entre as categorias de envolvimento familiar e os limiares auditivos com e sem dispositivos eletrônicos. Portanto, não foi observada, neste estudo, relação entre o envolvimento da família no processo terapêutico e os limiares auditivos de seus filhos (Figura 1).

O teste de Correlação de Pearson mostrou que não houve diferença entre o tempo de terapia das crianças e o grau de envolvimento de sua família no processo terapêutico, pois a correlação foi de 15,4%, com  $p=0,464$  (Figura 2).

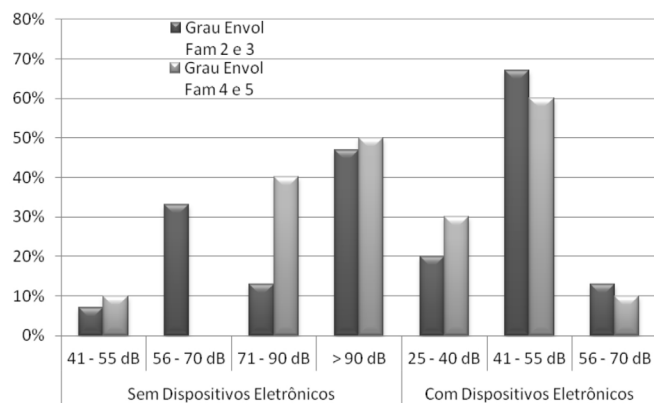


Figura 1. Correlação do envolvimento familiar e os limiares auditivos

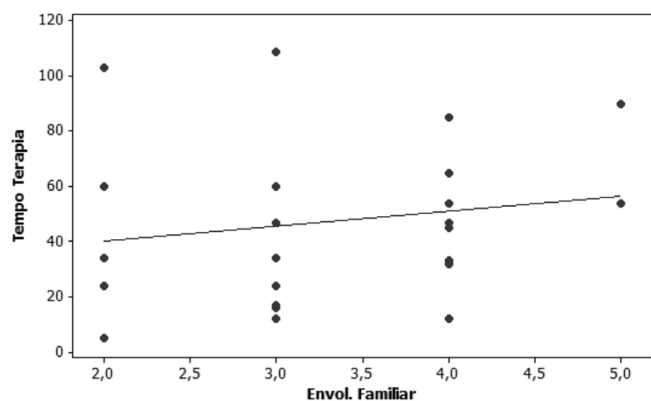


Figura 2. Correlação do grau de envolvimento familiar com tempo de terapia

## DISCUSSÃO

Os resultados relativos ao nível de escolaridade dos pais participantes do estudo - Ensino Médio Completo (36%) para as mães e Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Médio Completo (24% cada) para os pais - são semelhantes aos encontrados por outros autores<sup>(8,9)</sup>.

Em relação aos limiares auditivos das crianças sem dispositivos eletrônicos - 48% com limiares característicos de perda de grau profundo e 24% com limiares característicos de perda de grau severo - constatou-se que dados semelhantes também foram levantados por outros estudos encontrados na literatura<sup>(8,9)</sup>.

Sabe-se que na deficiência auditiva de grau severo ou profundo, a criança não consegue perceber qualquer som da fala na conversação normal, o que impossibilita o desenvolvimento espontâneo de fala e linguagem, gerando problemas graves de fala, além de dificuldade de comunicação em grupo, ou na presença de ruído. Essas habilidades podem ser desenvolvidas por meio do treinamento extensivo e amplificação sonora, dependendo da idade em que for iniciada a intervenção<sup>(2)</sup>.

Diversos estudos na literatura evidenciaram o benefício que a utilização de um dispositivo eletrônico, seja um AASI ou um IC, pode oferecer para a criança, em termos de audibilidade e condições para aquisição e desenvolvimento das habilidades de comunicação<sup>(2,11)</sup>. Neste estudo, os limiares auditivos encontrados

nos pacientes com os dispositivos eletrônicos foram entre 41 e 55 dB na maioria das crianças, reafirmando a eficiência dos dispositivos de amplificação sonora em relação ao ganho em audibilidade.

A literatura ressalta que não são apenas os usuários dos dispositivos eletrônicos que se beneficiam, mas também todos aqueles que sofrem limitações e restrições de participação, em razão da existência de uma pessoa surda envolvida nas ações de seu cotidiano, ou seja, seus familiares. Um estudo concluiu que adultos que tem maior convivência e contato com a criança tendem a ter uma visão mais ampla de seus comportamentos, estando mais atentos às suas reações e preferências. Portanto, têm maior visão das influências que os dispositivos eletrônicos exercem nas habilidades e comportamentos das crianças<sup>(11)</sup>.

Os dados relativos à análise do tempo em que as crianças participantes estavam em terapia - 40% há mais de 48 meses e três já tendo ultrapassado 100 meses - reafirmam que o processo terapêutico nos deficientes auditivos é um processo longo e singular, em que os elementos devem ser articulados de modo integrado, visando o bem estar da criança e da família.

A partir do conceito de que os dispositivos eletrônicos fornecem maior audibilidade para as crianças deficientes auditivas e considerando que quanto melhor a audibilidade, maior a chance do desenvolvimento das habilidades auditivas, de comunicação e sociais, por meio de treinamento extensivo com o apoio e envolvimento dos pais, criou-se a expectativa de que houvesse uma relação entre os benefícios dos dispositivos eletrônicos, que melhoram os limiares auditivos das crianças e o grau de envolvimento familiar de suas famílias. No entanto, essa relação não foi comprovada pelos testes estatísticos, ou seja, não houve diferença entre os diversos graus de envolvimento familiar no processo terapêutico e os limiares auditivos das crianças com dispositivos eletrônicos.

Neste estudo, a maioria das famílias foi classificada pelas terapeutas como tendo uma participação mediana, recebendo nota 3. Esse resultado indica que há uma tendência das famílias a participarem das sessões, transferirem para o cotidiano da criança aquilo que foi aprendido, ajudando no planejamento das sessões, trazendo as dificuldades e necessidades da criança para serem trabalhadas e buscando o desenvolvimento das habilidades básicas de comunicação da criança. Entretanto, é importante ressaltar que esse envolvimento ainda não atingiu o nível ideal para um ótimo desenvolvimento auditivo e de linguagem da criança, que seria o nível 5, em que os familiares buscam informações com independência, tornam-se altamente efetivos como parceiros de conversa com as crianças e servem como modelos de linguagem de maneira consistente.

Esses resultados foram semelhantes aos encontrados por outros autores que utilizaram o mesmo instrumento em seus estudos. Com base nos achados e análises de seus estudos, concluíram que altos níveis de envolvimento familiar podem amenizar os efeitos do diagnóstico e intervenção tardios, uma vez que as crianças que mostraram um padrão de recuperação

maior em seus estudos foram aquelas com as famílias mais envolvidas<sup>(8,9)</sup>.

Outros autores salientaram a importância da participação e do envolvimento familiar no processo terapêutico da criança deficiente auditiva para melhor prognóstico, não apenas auditivo, mas em termos de desenvolvimento global<sup>(2,7-9,12-15)</sup>.

A comparação realizada neste estudo, entre o grau de envolvimento familiar atribuído pelos terapeutas e o tempo de terapia fonoaudiológica das crianças, evidenciou que podem existir famílias muito envolvidas, participando ativamente no processo terapêutico de seus filhos mesmo após muitos anos de terapia, e também outras famílias que iniciaram o processo terapêutico há menos tempo e não estavam tão envolvidas.

Desta forma, a utilização da escala de envolvimento familiar possibilitou aos profissionais envolvidos com o atendimento dessas crianças refletirem sobre o envolvimento das famílias no processo terapêutico, a fim de levantar forças e fraquezas de cada família, considerar a influência desse envolvimento no desenvolvimento e evolução das crianças e investir em orientação e aconselhamento familiar, a fim de melhorar o envolvimento da família na terapia.

O fato dos limiares de audibilidade terem sido utilizados como forma de validação dos AASI adaptados nas crianças pode ser considerado uma limitação do presente estudo, pois sabe-se que com os sistemas de compressão utilizados nas tecnologias atuais, a verificação deve ser realizada, preferencialmente, com medidas objetivas, tais como as mensurações *in situ*, que permitam aferir o desempenho da amplificação que está sendo fornecida à criança e de modo a atingir o alvo de amplificação, visando melhor percepção dos sons da fala.

Apesar dos resultados terem evidenciado achados importantes, outros estudos são necessários, visando compreender mais satisfatoriamente os fatores que influenciam o envolvimento familiar e a adesão ao processo terapêutico das crianças deficientes auditivas.

Também são necessários estudos que busquem correlacionar as variáveis envolvimento familiar e percepção dos sons de fala dos indivíduos, considerando as diferentes tecnologias presentes atualmente nos dispositivos eletrônicos, pois sabe-se que os limiares auditivos são apenas medidas quantitativas e não avaliam os benefícios proporcionados pelo uso da amplificação em relação a percepção de fala, fator muito importante, principalmente no desenvolvimento auditivo das crianças.

## CONCLUSÃO

A maioria das famílias apresentou participação mediana no processo terapêutico de seus filhos. Não houve diferença entre os diferentes graus de envolvimento familiar no processo terapêutico e os limiares auditivos das crianças com e sem dispositivos eletrônicos. Também não houve diferença entre o tempo de terapia das crianças e o grau do envolvimento familiar.

## AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio concedido para realização dessa pesquisa, sob processo número 2011/11109-8.

## REFERÊNCIAS

- Balieiro CR, Novaes BCAC. Terapia fonoaudiológica da criança surda. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. (Org.) Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2004, p. 732-39.
- Bevilacqua MC, Formigoni GM. Audiologia educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva. 3a. ed. São Paulo: Pró-Fono; 2005.
- Boscolo CC, Santos TMM. A deficiência auditiva e a família: sentimentos e expectativas de um grupo de pais de crianças com deficiência da audição. *Distúrb Comun.* 2005;17(1):69-75.
- Moeller MP, Hoover B, Peterson B, Stelmachowicz, P. Consistency of hearing AID use in infants with early-identified hearing loss. *Am J Audiol.* 2009;18 (1):14-23.
- Canho PGM, Neme CMB, Yamadla MO. A vivência do pai no processo de reabilitação da criança com deficiência auditiva. *Estudos de Psicologia.* 2006;23 (3):261-9.
- Silva VVC, Padovani CA, Bonfim FR. Conhecimento de pais de crianças surdas sobre a reabilitação auditiva: uma experiência em Salvador. *Rev. Baiana Saúde Pública.* 2007;31(1):7-18.
- Ribeiro BM. O acompanhamento em um serviço de saúde auditiva: indicadores de linguagem auditiva e de linguagem em crianças menores de 3 anos [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2008.
- Fontes PC. Satisfação de pais de crianças deficientes auditivas quanto ao desenvolvimento auditivo e de linguagem: construindo indicadores de qualidade em um serviço de saúde auditiva [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2009.
- Miguel JHSM. Reabilitação auditiva na criança: a questão da adesão ao tratamento e ao uso do aparelho de amplificação sonora individual [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2010.
- Moeller MP. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics.* 2000;106(3):43.
- Carvalho LRL, Lichtig I, Couto MIV. Avaliação do benefício do uso de aparelho de amplificação sonora individual em crianças. *Arquivos Int Otorrinolaringol.* 2012;16 (2):170-8.
- Novaes BCAC. Dispositivos eletrônicos em bebês e crianças pequenas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2005;(supl. esp.).
- Bittencourt ZZLC, Montagnoli AP. Representações sociais da surdez. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2007;40 (2):243-9.
- Caldas FF, Lemos AB, Tschiedel RS. O envolvimento do pai no processo de (re)habilitação auditiva de seu filho deficiente auditivo. *Comum Ciênc Saúde.* 2009;20(1):17-28.
- Negrelli MED, Marcon SS. Família e criança surda. *Ciênc Cuid Saúde.* 2006;5(1):98-107.