

# A CRIANÇA DEFICIENTE AUDITIVA

por

Viviane do Rocio Bonaroski

Monografia apresentada no curso de pós-graduação à nível de especialização em Educação Especial para Deficientes de Audio-Comunicação da Universidade Federal do Paraná como requisito de aprovação.

Curitiba - 1986

*Viviane do Rocio Bonaroski*

**A CRIANÇA DEFICIENTE AUDITIVA**

*Esta monografia será apresentada como requisito de aprovação e será corrigida pela seguinte professora.*

*Roseli C. Rocha de C. Baumel*

*Curitiba/1986*

## INDICE

	<i>Página</i>
I - INTRODUÇÃO	<del>01</del>
II - DESENVOLVIMENTO	
<i>Capítulo</i>	
1. Considerações Gerais	04
2. Causas da Surdez na Criança	08
3. Diagnóstico Precoce	11
4. Orientações aos Pais da Criança Deficiente Auditiva	14
III - CONCLUSÃO	17
IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

# I - INTRODUÇÃO

## I.1 - Justificativa

"Deficiência Auditiva significa diminuição da capacidade auditiva. Esta diminuição da audição poderá ser leve, moderada ou severa, dependendo de vários fatores.

O grau da perda auditiva, marca portanto a gravidade do problema. O deficiente auditivo, porém, é um paciente cujas dificuldades não se limitam somente a esfera auditiva; dependendo do grau da deficiência e fundamentalmente da idade do paciente quando a instalação da mesma, o paciente terá prejudicadas outras atividades físicas e psíquicas e deixado sem tratamento a sua personalidade também se alterará.

O problema é, portanto, amplo e profundo. O diagnóstico, são elementos fundamentais para evitar a "deteriorização" psicológica do paciente iniciando o mais depressa possível o tratamento.

O tratamento, ora médico, ora cirúrgico ou combinado, dependerá da etiologia do caso em consideração. Se faz, portanto, necessário sabermos quais são as etiologias mais frequentes na patologia auditiva".

Dr. Juan Carlos M. Antunez

Dr. Shiro Tomita

Dr. Marcelo Tepedino

Dr. Víctor C. dos Santos

Membros do Instituto de Otorrinolaringologia do Rio de Janeiro - IORJ

Jornal Brasileiro de Reabilitação Vocal

Ano-2

Nº-7

Volume II

(ABR/MAI/JUN/81)

Este tema foi escolhido pela experiência do pesquisador na área de deficiência auditiva e por seus estudos e trabalhos desenvolvidos durante os últimos quatro anos.

### I.2 - Formulação do problema

Este estudo pretende enfocar a seguinte questão: Quais as possíveis causas de surdez na criança, qual a melhor maneira de se detectar esta surdez e a importância do diagnóstico precoce?

### I.3 - Delimitação do problema

Pretende-se desenvolver este estudo em crianças de 0 a 5 anos com base em estudos já realizados por alguns autores, por restrições de tempo e recursos materiais do próprio pesquisador.

## II - Objetivos deste estudo

- a) Investigar as possíveis causas de surdez na criança;
- b) Explicar a importância do diagnóstico precoce da surdez e sua íntima relação com o desenvolvimento desta criança em vários aspectos.
- c) Delinear possíveis alternativas de orientação aos pais da criança portadora de deficiência auditiva.

## III - Definição dos termos

- criança: ser humano que começa a criar; indivíduo em idade infantil, menino ou menina.

( definição conceitual)

- deficiência auditiva: seria uma diminuição da acuidade auditiva, seja ela parcial ou total, que dependem de vários fatores.

(definição conceitual)

## II - DESENVOLVIMENTO

### CAPÍTULO I

#### Considerações Gerais

A preocupação que a humanidade tem com o ouvido é muito justa porque nele resume o órgão receptor dos contatos sociais. A linguagem é adquirida através da audição e, através da linguagem, a humanidade desencadeou um meio de aperfeiçoar o pensamento.

Quem não houve não aprende a falar bem e pensa mal. O sentido da audição, através de sua capacidade específica, recebe os sons do ambiente, controla a tonalidade da voz, bem como sua intensidade, denuncia irritações sonoras assim como favorece a acomodação, em situações necessárias.

Segundo Hungria, (1978) "A surdez congênita, ou a adquirida antes da instalação da Fala, em geral acarreta graves repercussões na formação da personalidade do indivíduo. A criança que nasce surda, se não for orientada, o mais precocemente possível, no sentido de ensino especializado com o auxílio de adequada prótese auditiva, será prejudicada em sua evolução normal em vários aspectos.

A surdez congênita caracteriza-se pela presença de apenas alguns resíduos auditivos para sons graves e geralmente ausência total de audição para sons agudos, com discriminação nula, de modo que o simples uso de prótese auditiva amplificada de som não poderá solucionar o problema do aprendizado da linguagem. A colaboração do professor de surdos é absolutamente indispensável para ensinar a criança a adquirir linguagem, aproveitando ao máximo os resíduos auditivos, bastante frequentes. A surdez total é rara.

O ideal seria que a surdez congênita fosse sempre diagnosticada precocemente, e sendo aplicada uma prótese au-

dítiva aos seis meses de idade, a fim de se ir criando no be  
bê uma consciência sonora, que orã facilitar o futuro apren-  
dizado da linguagem. A um conceito hoje universal: quanto  
mais precocemente se iniciam o uso da prótese e os métodos  
de aprendizagem, maiores as possibilidades de bons resulta-  
dos.

A escola de aprendizagem especial não pode, no  
entanto, proporcionar por si sô o máximo de rendimento sem  
uma íntima e ativa colaboração dos pais. Além de dispen  
sar-lhe carinho e compreensão, os pais e os familiares no  
ambiente do lar devem sempre falar com a criança surda como  
se ela não o fosse, familiarizando-a com os mínimos aconteci-  
mentos da vida quotidiana, de modo a ir estruturando lenta  
mente sua linguagem, o que vai facilitar sobremaneira o tra-  
balho do professor e ajudar a criança a raciocinar por conta  
própria".

Ouvir a linguagem por um período de tempo é essen-  
cial para ultimar o seu uso.

(Lenneberg, 1967)

Partindo de que a linguagem é a expressão do pensa-  
mento, feita através do uso sistemático de emissões ou ex-  
pressoões de símbolos verbais ou palavras. Contudo, este sis-  
tema de comunicação envolve o uso de gestos indicativos e ou  
representativos, expressão corporal e facial, que consti-  
tuem os principais elementos da linguagem não verbal.

O desenvolvimento normal da linguagem falada re-  
quer a participação de vários sistemas a interação de fato-  
res, tais como; motivação, emoção, percepção auditiva, ví-  
sual e cinestésica, organização tempo-espacial, análise -  
síntese, figura-fundo, memória, discriminação e habilidade  
de órgãos fonoarticulatórios.

Segundo Russo e Santos (1984) "A audição é, primor-  
dialmente, o sentido através do qual a linguagem verbal ã  
adquirida, ou seja, a fala é detectada, reconhecida, inter -



pretada e entendida. É pela audição que nos mantemos informados sobre as atividades que estão ocorrendo a distância, funcionando como mecanismo de defesa e alerta contra o perigo.

É pela integridade das vias auditivas que podemos localizar a fonte em todos os sentidos, sendo esta uma fase muito importante no desenvolvimento da função auditiva."

Ao exteriorizar seu pensamento por meio da fala, o homem precisa querer fazê-lo, ter capacidade para isso, pois este ato mental engloba uma sequência de eventos.

Esta sequência inclui: separar a idêia principal, colocá-la em simbologia verbal adequada, em forma gramatical e cadência vocal apropriadas, mentalizar a imagem cinêstica, e, finalmente, acionar o aparelho fonoarticulatório, a fim de produzir os sons desejados.

O comportamento auditivo inclui todas as reações a sons manifestados por reações motoras, primordialmente. Ele depende tanto de estruturas auditivas centrais e periféricas, quando da integridade biológica e psicológica do indivíduo. Por esta razão envolve múltiplos aspectos que são de grande relevância ao se avaliar a função auditiva de uma criança. Estes aspectos vão desde as características da voz, a vocalização, o uso de gestos, a qualidade das respostas aos sons, o tipo e adequação do riso e do choro, até a forma como a criança usa pistas visuais ou táteis, sua expressão facial, demonstrando por exemplo, prazer ou desprazer, sua percepção social, além das respostas motoras.

No nascimento, a audição presente no ser humano é apenas do tipo reflexo, em seguida, inicia-se o processo de aprendizagem e nova resposta a som é, então, desenrolada, sendo dependente de experiências em ouvir.

Curiosidade:

- Recém-nascido: despertar do sono, respostas, reflexos, reações de alerta.
- 3 a 4 meses: esforços rudimentares para virar a cabeça. Começa a inibição das respostas reflexas.

- 4 à 7 meses: localiza a fonte sonora somente para o lado. Esta fase coincide com a habilidade de se sustentar e virar a cabeça.
- 7 à 9 meses: localiza a fonte sonora para o lado e indiretamente para baixo.
- 9 à 13 meses: localiza a fonte sonora diretamente para o lado e para baixo.
- 13 à 16 meses: localiza a fonte sonora para o lado, para baixo e indiretamente para cima.
- 16 à 21 meses: localiza diretamente os sons para o lado, para cima.
- 21 à 24 meses: localiza diretamente os sons em qualquer ângulo.

A localização é um marco importante que auxilia a criança a manter um contato estável com seu ambiente e associar os sons com as fontes sonoras.

## CAPÍTULO 2

### Causas da Surdez na Criança

Segundo Hungria, (1978) "Uma série de causas deve estar presente ao espírito dos pais e dos especialistas para a possibilidade de crianças com risco de nascerem surdas (surdez congênita) ou virem a adquirir surdez após o nascimento, (surdez adquirida).

De modo geral, é comum dividir as diferentes causas de surdez na criança em três grandes grupos:

1) pré-natal

2) perinatal

3) pós-natal

Vejamos as principais:

#### Grupo pré-natal:

- Genopatias (defeitos genéticos dos pais)

São exemplos: síndrome de waardenburg, de van der hoene, de scheibe, de treacher-collins, de alport, otosclerose, etc.

- Embriopatias (lesões do embrião por diferentes causas)

São exemplos: Síndrome Rubélica, medicamentos teratogênicos (talitomida), sífilis congênita, toxemia gravídica, (glomerulonefrite da gravidez, acarretando impregnação tóxicas dos elementos neurosensoriais cocleares) etc.

#### Grupo perinatal:

Causas que incidem durante o trabalho de parto, imediatamente antes, durante ou logo após: icterícia neonatorum (reconicterus), trauma do parto, sofrimento fetal por contrações uterinas intensas e prolongadas ou estrangulamento pelo

cordão umbilical. A cóclea é particularmente sensível à insuficiência de oxigenação (hipoxia ou anoxia). O núcleo dorsal do acústico possui vascularização capilar mais rica que o núcleo central, daí ser mais vulnerável à insuficiências de oxigenação, do que pode resultar surdez seletiva para os sons agudos. No caso de anoxia temporária, o núcleo central é também afetado, sobrevivendo surdez simultânea para os sons graves.

### Grupo pós-natal:

Compreende as causas de surdez que se instalam após o nascimento (surdez adquirida) excetuando-se aquelas que tem por origem fatores hereditários em que a surdez surge durante o desenvolvimento da criança ou através da vida, como por exemplo, a aterosclerose, a síndrome de Alport, de Waardenburg, etc.

Fazendo um apanhado de várias pesquisas temos 4 grupos de causas de surdez na criança. São eles:

A) Antecedentes hereditários; tipo de sangue dos pais, saúde dos mesmos. Logo passamos as causas congênitas ou intrauterinas, de onde tem um grande valor conhecer se a mãe padeceu de alguma enfermidade infecciosa no decorrer da gravidez. São bem conhecidas as seqüelas da rubéola, ou mesmo outras viroses.

São também possíveis neste momento as alterações organogênicas que podem dar displasias e malformações do ouvido. As intoxicações da mãe por salicilatos ou quinina ou bem a realização de manobras abortivas são positivas em certos estudos de causa da surdez. Os problemas de incompatibilidade do Fator RH entre o sangue da mãe e o sangue do feto, dando a eritroblastose fetal por formação de aglutininas anti RH e hemólise imediata, estão bem estudados atualmente. Algumas disfunções endócrinas da mãe (principalmente tireóides) podem dar alterações no fruto da concepção.

B) No momento do parto podem ser classificadas 3 causas fundamentais:

1) Anoxia neonatorum secundária a muitas causas como: circun-  
dação de cordão umbilical, sofrimento fetal por parto prolon-  
gado.

2) Traumatismos obstétricos por uso de fórceps.

3) O estreitamento pelviano total ou relativo que leva geral-  
mente à cesária com sofrimento fetal.

C) Realizado o parto há possibilidade de lesão por icterícia  
neonatorum que se produz por:

1) dificuldades na eliminação biliar.

2) causas hemolíticas.

3) icterícia por falta de conjugação.

As tres formas clínicas quando são muito intensas e  
tem duração maior que o normal um quadro clínico denominado -  
kernicterus (impregnação dos núcleos da base do cérebro).

D) Posteriormente na vida extra-uterina entre as causas adqui-  
ridas temos:

1) falta de ventilação na caixa do tímpano (adenóides, proble-  
mas da trompa de eustáqui).

2) otites agudas ou crônicas.

3) alterações do órgão de corti ou do nervo, secundários a en-  
fermidades infecciosas.

4) meningoencefalites.

5) neurite do nervo coclear por vírose.

6) intoxicação.

7) traumatismos cefálicos.

8) problemas madurativos.

9) causas desconhecidas.

## CAPÍTULO 3

### Diagnóstico Precoce

Durante os primeiros seis meses de vida, a criança que nasce com audição normal reage aos sons apenas por reflexos, do qual o mais comum é o cocleopalpebral, isto é, o pestanejar diante de um som. Se este é intenso, a reação do bebê pode chegar ao estremecimento de todo o corpo, a ponto de os braços se juntarem sobre o tórax e haver emissão de um grito: é o reflexo de moro. O bebê surdo não apresenta tais reflexos.

No segundo semestre de vida, os reflexos aos sons já revelam compreensão; o bebê volta a cabeça em direção a fonte sonora (reflexo cefalôgiro) e, ao mesmo tempo, demonstra prazer ou susto diante de determinados sons familiares.

Nesse período, as vocalizações ou balbucios da criança normal aumentam. O bebê surdo, ao contrário, produz poucos sons, sem timbre ou qualidade, ao mesmo tempo que não demonstra interesse nem vira a cabeça na direção da fonte sonora.

Durante o segundo ano de vida, o vocabulário aumenta e há associação de palavras e frases já no final.

Nessa idade é que os pais em geral descobrem a surdez. Na dúvida, toda a criança que nessa idade ainda não pronunciou palavras intelegíveis, deve ser levada a um otologista.

No terceiro ano de vida, a criança normal começa a falar com razoável fluência, e a comparação com a criança surda torna-se evidente.

Testes audiológicos: testes audiológicos para a confirmação diagnóstica da surdez congênita serão realizados, pela observação de reflexos incondicionados, como o cocleo pal

pebral e o cefalôgiro, diante de ruídos como o rasgar de papel, o atrito de uma colher na borda de um copo, sons de percussão, como os do tambor, de sineta ou campainha, vibrações de um diapasão etc. O bebê surdo não apresenta os referidos reflexos. O parcialmente surdo poderá apresentar respostas reflexas diante dos testes, mas estes tem de ser executados com forte intensidade, e, mesmo assim, o pequeno paciente não dirige os olhos em direção à fonte sonora.

Ouve a voz humana, mas quando alta ou gritada, o que não aconteceu com o bebê totalmente surdo.

Atualmente pode-se recorrer, para a confirmação ou não de suspeita de surdez congênita, em bebês com 3 meses de vida em diante, a testes audiológicos altamente sofisticados, como a audiometria de respostas evocadas (ERA) e a eletrococleografia (ECOG).

Quando a criança atinge a idade de 2 a 3 anos, já se torna possível recorrer a pesquisa audiométricas, embora precárias, baseadas em reflexos condicionados à emissão de diferentes frequências sonoras e o aparecimento de figurinhas iluminadas, quando a criança aperta o botão de um aparelho especializado, ao ouvir o som emitido (método conhecido como Peep Show)

Dispositivos de Suzuki e Ogiba: Este método emprega o reflexo de orientação condicionado, e foi descrito em 1959.

Consiste em um pequeno móvel com um alto-falante em cada extremidade, separados por uma distância de 30 a 60cm, ou preferivelmente, 2 móveis, situados de um lado e de outro do paciente, a cerca de 45° da linha média. Junto a cada alto falante existe um boneco, que pode ser iluminado através de uma lâmpada embutida em seu interior. É realizado condicionamento emitindo-se um som de intensidade mais forte que o limiar provável da criança, geralmente de frequência baixa (500hz) através de um dos alto-falantes. durante cerca de 5 segundos. Dois segundos após a emissão do som, faz-se com que se ilumine o boneco situado junto ao alto-falante utilizado.

A criança, então, volta o olhar para o boneco iluminado. Faz-se o condicionamento, seguidamente, de um lado e de outro, até que o paciente volte a olhar espontaneamente para o lado onde vem o som, sem esperar que o boneco se ilumine.

Jogos de encaixe: existem diversos tipos desses jogos, como o das argolas que são encaixadas num pequeno poste, ou de outras figuras, principalmente de madeira ou plásticos, que de encaixam em dispositivos próprios.

Inicialmente, deve-se emitir um sinal forte o necessário para ultrapassar o limiar provável, e, a cada estímulo sonoro, move-se uma das peças do jogo.

Depois, toma-se a mão da criança e repete-se a manobra algumas vezes, até que ela aprenda a executar os movimentos sozinha, a cada vez que ouvir o sinal.

Depois de realizado o condicionamento, vai-se diminuindo a intensidade do sinal, até que se obtenha o limiar.

Devem-se testar inicialmente as frequências de 500, 1000 e 2000 Jz, em cada ouvido e, a seguir as outras frequências audiograma.

É de boa conduta, para manter o interesse da criança no jogo, premiá-la, ao final de algumas respostas corretas, com uma bala ou outra guloseima.

Uma particularidade do método é a sua mais fácil, precisa e rápida realização se for utilizado desencaixando-se as peças, ao invés de encaixando-as.

Os testes podem ser utilizados, inicialmente, em campo livre, e, caso a criança os aceite, os fones poderão ser utilizados posteriormente, para a pesquisa limiar de cada ouvido (audiômetro).

É método excelente, se bem conduzido, e que pode fornecer limiares de razoável precisão.

A impedanciometria proporciona, na atualidade, informações de valor inestimável, até determinação de limiares auditivos nessa idade, pois independe da colaboração da criança.



## CAPÍTULO 4

### Orientação aos Pais da Criança Deficiente Auditiva

Os pais são o elemento mais importante no processo de avaliar, educar e reabilitar crianças deficientes.

No entanto, por alguma razão misteriosa, os pais são geralmente tidos como "o inimigo". São considerados por muitos profissionais como intrusos, mal-informados, muito envolvidos emocionalmente nos problemas de criança para poderem emitir mesmo a mais simples informação objetiva ou contribuir com qualquer ação eficaz.

Por isso são relegados a um plano por ocasião do diagnóstico e do processo de reeducação, quando não são excluídos completamente.

Não obstante, pesquisas recentes vem indicando sistematicamente que os pais bem informados, otimistas, que aceitam o problema, tem um papel muito importante e positivo na educação, no bem estar e no ajustamento do filho deficiente.

A longo prazo, sua influencia é muito mais produtiva e duradoura do que a dos médicos, terapeutas, psicólogos, ou qualquer dos muitos outros auxiliares com quem a criança, tem de lidar em sua vida.

A maneira privilegiada de intervir na educação, atua indiretamente por intermédio dos pais, sendo que deles é que depende a realidade do atendimento e que levará a criança a realizar os primeiros passos na comunicação com eles e por intermédio seu, portanto a ação terapêutica vem sendo aplicada por eles, essencialmente.

Importa aqui sublinhar a redução rápida das atitudes correspondentes do período traumático tais como: a depressão, a fuga, a rejeição, a agressividade etc. São essas reações normais, no contexto angustiante com que os pais se deparam momentaneamente, e por causa das quais eles sofrem:

por isso é importante como falamos, ajudá-lo a se livrar delas o quanto antes.

É necessário que os pais não criem de novo uma situação de reeducação artificial em casa. Impõe-se então uma grande prudência e, ainda nesse caso, uma informação precisa sobre os objetivos a serem alcançados é bem mais importante do que os meios a serem utilizados.

"Quando o bebê nasce os pais devem ser orientados no sentido de retornarem ao hospital ou à clínica a fim de que a criança possa ser reavaliada, com um mês, três meses, e seis e nove meses. Tal retorno faz-se necessário para que seja descartada totalmente a hipótese de uma perda auditiva.

Isto é exigido, principalmente, para pais de bebês, classificados como de alto-risco, pois é exatamente entre estes que se encontra a maior incidência de deficiência auditiva congênita".

(Bess, 1977)

#### O trabalho dos pais

- desenvolver a comunicação oral de sua criança.
- falar sempre com ela, como se pudesse ouvir o que diz.
- falar com ela ao colo.
- falar junto ao seu ouvido, tendo-a no colo, com a face junto a sua face.
- cantar, tendo a criança ao colo, junto ao seu corpo.
- estimular a criança para desenhar, recortar, colar, modelar, brincar de construir.
- falar sempre com ela, evitar o uso de gestos no lugar de palavras.
- estimular o uso de brinquedos de imitação: posturas corporais e ações. Imitar expressões.
- estimular a criança para falar, principalmente as palavras, e frases que já aprendeu.
- estimular a criança para que aprenda a usar a percepção visual ou leitura labial.
- falar de frente para ela.

- falar, tendo o rosto, iluminado.
- falar sobretudo o que acontecer durante o dia, e tudo o que a criança utilizar (objetos e ações):
- evitar o uso de gestos.
- usar, de preferência, frases simples em lugar de palavras.
- usar a mesma expressão para definir um fato ou ação que se repete.
- falar mostrando a pessoa, animal ou objeto a que se refere, em seguida falar para que a criança mostre.
- falar com a criança sem medo, com certeza de que ela poderá entender, ter confiança em sua capacidade.
- procurar ampliar o vocabulário da criança, proporcionando-lhe novas experiências, procurando saber quais os fonemas, que ela já aprendeu com a professora tentando ensinar novas palavras com os fonemas que já sabe falar, aproveitando cada experiência ou fato para ensinar mais uma palavra ou expressão.
- ter cuidado para evitar que seu filho, sabendo falar bem, fi que convencido de que é melhor que os outros deficientes auditivos.
- estimular seu filho a falar com os outros deficientes auditivos.
- falar, executar a ação e repetir o que falou, em seguida, falar para que a criança execute a ação.

## CONCLUSÃO

Este estudo teve como problema abordar as possíveis causas de surdez na criança, qual a melhor maneira de se detectar esta surdez e a importância do diagnóstico precoce.

Numa primeira etapa traçaram-se considerações gerais sobre as limitações que uma perda parcial ou total da audição pode acarretar numa criança.

Posteriormente foram enunciadas algumas das possíveis causas de surdez na criança.

Numa terceira etapa demonstrou-se a importância de se diagnosticar precocemente a surdez para uma melhor adaptação social, futura do indivíduo.

Como último tópico foram fornecidas as orientações aos pais da criança portadora de deficiência auditiva, visto que eles tem um tempo maior de convivência a mesma e são peças fundamentais, fazendo parte da equipe de reabilitação.

Dominada pelo espírito de síntese, mas de modo que o trabalho não perdesse sua característica fundamental, espera-se enriquecer os conhecimentos de estudantes, pais e crianças portadoras de Deficiência Auditiva, e de todos aqueles que se interessam pelo assunto.

#### IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIN

Amorin, Antônio. Fundamentos Científicos da Fonoaudiologia. São Paulo, Ciências Humanas Ltda, 1980.

HUNGRIA

Hungria, Hélio. Manual de Otorrinolaringologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A, 1978.

PORTMANN

Portmann, Michel. Audiometria Clínica. Espanha, Toray Masson, 1976.

RUSO

Russo, Iêda C. Pacheco & Santos, Tereza M. Momenshon. Audiologia Infantil. São Paulo, Cortez, 1984.

SEBASTIAN

Sebastian, Gonzalo de. Audiologia Prática. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1979.

Periódicos:

Anotações pessoais da disciplina de audiologia, Curso de Fonoaudiologia, 1984 e 1985.

Anotações pessoais da disciplina de deficiência auditiva, Curso de Fonoaudiologia, 1985.

Jornal Brasileiro de Reabilitação Vocal, ano 2, nº 7 - volume II.

*fazer referências corretas*