



Comportamento vocal de crianças em centro de educação infantil

Vocal behavior of children in early childhood education center

Comportamiento vocal de niños en centro de educación de la primera infancia

*Amanda Stamford Henrique Silva Guerra**

*Ana Nery Barbosa Araújo***

*Zulina Souza Lira****

*Jonia Alves Lucena*****

*Adriana de Oliveira Camargo Gomes******

Resumo

Introdução: A preocupação com a comunicação da criança impulsiona o fonoaudiólogo a atuar em instituições como os centros de educação infantil. Sabendo-se que problemas vocais poderão trazer prejuízos à comunicação e que a voz sofre as influências do meio, faz-se necessária a elaboração de programas de saúde vocal infantil institucionais. Para que se realize de maneira eficaz, é importante o conhecimento prévio sobre o comportamento vocal da população em que se pretende aplicar tais ações.

Objetivo: Mensurar a prevalência de comportamentos de risco para a disfonia e quantificar a frequência de sinais de disfonia em pré-escolares. **Material e método:** O estudo foi realizado em um centro de educação infantil municipal. Participaram os responsáveis e professora de 20 crianças pré-escolares, 11 meninos e 9 meninas, com idades entre 4 e 6 anos. Foi aplicado questionário constituído de 20 perguntas fechadas, relacionadas ao comportamento vocal das crianças. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade em que este estudo foi realizado, sob nº 350/11. **Resultados:** A maioria das crianças apresentou alta prevalência de comportamento de risco para disfonia. Foi encontrada maior prevalência nas meninas, alta frequência no comportamento de “gritar” e frequência significativa de sinais de disfonia, sendo que, em 10% das crianças, a voz rouca foi identificada como um sinal quase sempre presente. **Conclusão:** A prevalência de comportamentos de risco para a disfonia foi alta nas crianças estudadas e mostraram repercussões sobre os sinais e sintomas vocais.

Palavras-chave: disfonia; criança; distúrbios da voz.

Fonoaudióloga. Graduação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); ** Docente do Curso de Fonoaudiologia da UFPE; * Docente do Curso de Fonoaudiologia da UFPE; **** Docente do Curso de Fonoaudiologia da UFPE; ***** Docente do Curso de Fonoaudiologia da UFPE.*

Abstract

Introduction: Concern about children's communication, underlies speech therapists in their work in institutions such as early childhood education centers. It is known that vocal problems bring damages to children's communication and the voice suffers environmental influences, so it is necessary to elaborate vocal health programs for children in institutions. In order to perform such action effectively, it is important a previous knowledge about the vocal behavior of the population on which it intends to implement such actions. **Objective:** To measure the prevalence of risk behaviors for dysphonia and quantify the frequency of signs of dysphonia in preschoolers. **Material and methods:** The study was conducted in a municipal early childhood education center. There were attended parents and the teacher of 20 preschool children, 11 boys and 9 girls, aged 4 to 6 years old. A questionnaire consisting of 20 closed questions relating the children's vocal behavior was applied. The study was approved by the Ethics in Research Involving Human Subjects of the Center for Health Sciences of the University in which this study was conducted, with number 350/11. **Results:** Most of the children had a high prevalence of vocal behavior risk for dysphonia. A higher prevalence in girls was found, high frequency behavior of "screaming" and often significant signs of dysphonia and in 10% of children, "hoarse voice" was identified as a signal nearly always present. **Conclusion:** The prevalence of risk behaviors for dysphonia was high in the children studied and showed effects on vocal signs and symptoms.

Keywords: dysphonia; child; voice disorders.

Resumen

Introducción: La preocupación por la comunicación de niños, impulsa el fonoaudiólogo para trabajar en instituciones como los centros de educación infantil. Sabiendo que los problemas de la voz puede hacer daño a la comunicación y que la voz sufre influencias del entorno, es necesario elaborar programas institucionales de salud vocal infantil. Para que esto ocurra de manera eficaz, es importante el conocimiento previo sobre el comportamiento vocal de la población con la que se tiene la intención de poner en práctica este tipo de acciones. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de conductas de riesgo para la disfonía y cuantificar la frecuencia de señales de disfonía en niños en edad preescolar. **Material y métodos:** El estudio se realizó en un centro de educación infantil municipal. Participaron los responsables y el professor de 20 niños en edad preescolar; 11 niños y 9 niñas, con edades entre los 4 y 6 años. Se aplicó un cuestionario de 20 preguntas cerradas, relacionadas con el comportamiento vocal de los niños. El estudio fue aprobado por Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, del Centro de Ciencias de la Salud de la universidad donde se llevó a cabo este estudio, con n° 350/11. **Resultados:** La mayoría de los niños tenían alta prevalencia de conductas de riesgo para la disfonía. Se encontró mayor prevalencia en niñas, alta frecuencia de la conducta de "gritar" y frecuencia significativa de señales. En el 10% de los niños, la voz ronca fue identificada como señal casi siempre presente. **Conclusión:** La prevalencia de conductas de riesgo para la disfonía fue alta en los niños estudiados y mostró efectos sobre los signos y síntomas vocales.

Palabras clave: disfonía; niño; trastornos de la voz.

Introdução

A garantia da promoção à saúde integral das crianças em centros de educação infantil envolve cuidados e ações que vão além das questões pedagógicas¹. Portanto, o interesse pela comunicação

infantil motiva e impulsiona o fonoaudiólogo em sua atuação nessas instituições.

Sabendo-se que qualquer dificuldade na emissão vocal que impeça a produção da voz de forma natural pode trazer prejuízos à comunicação das crianças²⁻⁴ e que o desenvolvimento vocal sofre as influências do meio e cultura em que estas estão

inseridas, é frequente a preocupação com a voz infantil em ambientes institucionais, incluindo centros de educação infantil⁵⁻⁷. Isso porque tais ambientes favorecem o comportamento vocal abusivo, comum às crianças^{8,9}, tendo como uma das causas o ruído ambiental¹⁷.

Dados científicos comprovam que as alterações no comportamento vocal de pré-escolares são fatores determinantes para a disфония nessa população¹⁰ e que esse distúrbio tem aumentado nas últimas décadas^{2,11,12}, bem como há grande frequência de abusos vocais em meninos e meninas^{5,13,14}.

Além disso, por fazerem parte do cotidiano das crianças, muitas vezes esses comportamentos não são censurados ou limitados pelos pais e professores¹⁵ que os consideram como normais da idade. Portanto, a atuação do fonoaudiólogo como promotor da saúde vocal infantil não se limita ao trabalho direto com as crianças, mas envolve também seus professores/educadores³ e pais/responsáveis. Para que tal atuação se realize de maneira eficaz, é importante o conhecimento prévio sobre o comportamento vocal da população específica em que se pretende aplicar ações dessa natureza.

Portanto, os objetivos do presente estudo foram mensurar a prevalência de comportamentos de risco para a disфония e quantificar a frequência de sinais de disфония em pré-escolares.

Material e método

O estudo foi realizado em um centro municipal de educação. A população estudada foi constituída por 20 crianças pré-escolares, sendo 11 meninos (55%) e 9 meninas (45%), com idades entre quatro e seis anos, correspondendo à totalidade de crianças da instituição incluídas nessa faixa etária, no momento da coleta de dados, sem critérios de exclusão. O período de referência foram os meses de abril a junho de 2012. O estudo caracteriza-se como transversal, descritivo e quantitativo.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário⁶ já utilizado e adaptado em outras publicações^{6,16}. A escolha do instrumento se deu por ser esse de fácil aplicabilidade¹⁶ e apropriado para os objetivos do presente estudo. Tal instrumento consiste em 20 perguntas simples e fechadas, sendo 10 relacionadas ao comportamento vocal e as demais relacionadas a sinais/sintomas vocais, doenças e alterações de comunicação.

Tais aspectos foram avaliados de acordo com a percepção de cada respondente, numa escala analógica linear com cinco centímetros de comprimento, tendo em um extremo o valor zero representando *nunca* e em outro o valor cinco representando *sempre*. Esse tipo de escala mostra-se menos tendenciosa do que as escalas numéricas^{6,17}.

Para a análise dos dados, foram avaliadas as variáveis individualmente, de acordo com os resultados encontrados nos questionários, sendo realizada a média das respostas dos questionários preenchidos pela professora e os respondidos pelos pais/responsáveis, a fim de se obter um único valor por pergunta, para cada criança.

Para analisar a frequência em que ocorrem os comportamentos vocais abusivos, foi realizada a classificação por escores, utilizando-se a divisão em quartis dos valores medidos em centímetros. Para este estudo, em relação à frequência foram consideradas como RARAMENTE, as marcações entre 0,10 a 1,24cm; FREQUENTEMENTE, as respostas entre 1,25 e 2,4cm; as que estavam entre 2,5 e 3,74cm foram consideradas como QUASE SEMPRE e as que apresentaram de 3,75 a 5,0 cm foram consideradas como SEMPRE. Apenas as marcações em 0 (zero) foram identificadas como NUNCA. Tais resultados foram distribuídos em gráficos e tabelas com estatísticas descritivas.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade onde este estudo foi realizado com registro N° 350/11. Os pais/responsáveis pelas crianças e a professora participante do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em relação aos benefícios, a família da criança recebeu orientações relacionadas às alterações do comportamento vocal e sobre o local para o qual poderiam ser encaminhadas para tratamento, quando necessário.

Resultados

O estudo A partir da apreciação dos dados coletados, enumerou-se as crianças de C1 a C20, por ordem alfabética.

Observou-se que das 20 crianças estudadas, apenas duas (C6 e C19), não foram identificadas com nenhuma alteração de comportamento, saúde ou sintomas vocais (Tabela 01).

Já as crianças C11 e C18, apresentaram 100% de alteração, ou seja, foram identificadas como apresentando alterações em todos os itens presentes no questionário, seguidas das crianças C3 e C15, com 90% de alteração (Tabela 01).

Tabela 01 - Ocorrência de alterações apresentadas no protocolo de investigação, Recife, 2012, (N=20)

Crianças	Apresentou alteração		Não apresentou alteração	
	Nº de itens	(%)	Nº de itens	(%)
C1	3	15,0	17	85,0
C2	17	85,0	3	15,0
C3	18	90,0	2	10,0
C4	15	75,0	5	25,0
C5	7	35,0	13	65,0
C6	0	0,0	20	100,0
C7	14	70,0	6	30,0
C8	15	75,0	5	25,0
C9	11	55,0	9	45,0
C10	16	80,0	4	20,0
C11	20	100,0	0	0,0
C12	10	50,0	10	50,0
C13	15	75,0	5	25,0
C14	14	70,0	6	30,0
C15	18	90,0	2	10,0
C16	10	50,0	10	50,0
C17	15	75,0	5	25,0
C18	20	100,0	0	0,0
C19	0	0,0	20	100,0
C20	12	60,0	8	40,0

Constatou-se que 85% das crianças apresentaram as seguintes alterações de comportamento vocal: “competição vocal”, “interrompe quando os outros falam” e “fala demais”, seguidos pelos itens “fala rápido”, “gritar” e “fala alto”, todos com 75% de ocorrência. O item menos citado foi “esforço à fonação”, encontrado em 50% das crianças (Tabela 02).

Tabela 02 - Parâmetros relacionados às alterações de comportamentos vocais de risco para disфонia encontrados nas crianças, Recife, 2012, (N=20)

Parâmetros	Crianças	
	N	%
Competição vocal	17	85,0
Interrompe quando os outros falam	17	85,0
Fala demais	17	85,0
Fala rápido	15	75,0
Gritar	15	75,0
Falar alto	15	75,0
Fala acima do barulho do ambiente	14	70,0
Imita vozes ou sons ruins/desagradáveis	14	70,0

Chora com esforço	13	65,0
Esforço à fonação	10	50,0

Na análise das respostas observou-se que, das 20 perguntas apresentadas no questionário, as 10 relacionadas ao comportamento vocal abusivo foram as que mais ocorreram, principalmente nas meninas (Gráfico 01).

Comparando-se tal ocorrência entre os sexos, foi referido que 100% das meninas apresentaram o comportamento de “falar demais” seguido de comportamentos como “falar alto”, “falar rápido”,

“gritar”, fazer “competição vocal” e “interromper os outros quando falam” (89%). No sexo masculino, os comportamentos de risco para a disфония que mais se destacaram foram “competição vocal” e “interromper os outros quando falam” (82%) seguidos por “falar demais” e “imitar sons ruins/desagradáveis” (73%), sendo este último o único item que mais aconteceu nos meninos, em relação às meninas, conforme mostra o gráfico 01.

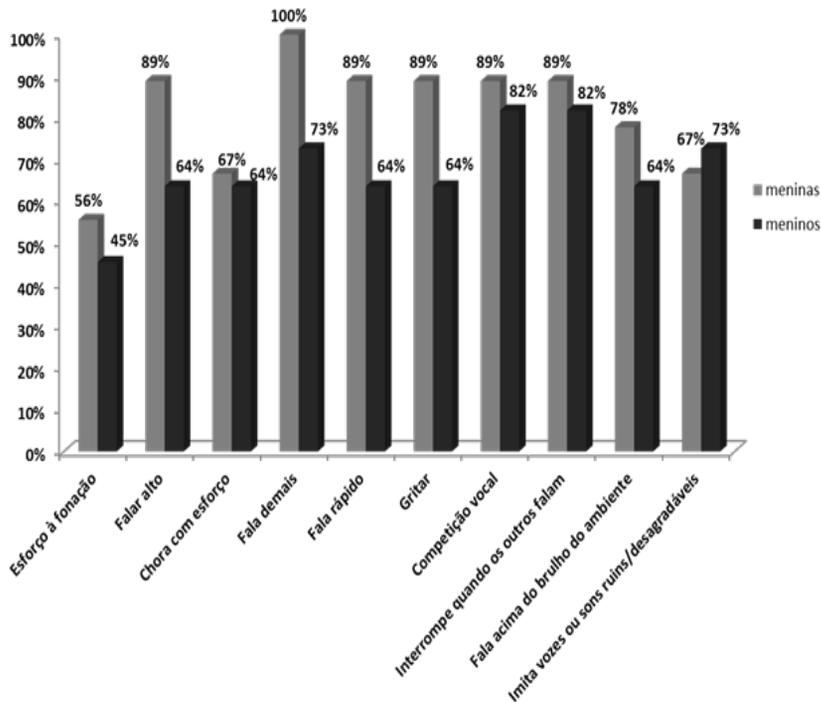


Gráfico 01 - Ocorrência dos comportamentos de risco para a disфония, segundo o sexo, Recife, 2012, (N=20)

No que se refere à frequência em que aparecem os comportamentos vocais abusivos, observa-se que o comportamento que mais foi indicado na frequência QUASE SEMPRE é “gritar” (35%). Os

itens “fala demais” e “fala rápido” foram referidos como SEMPRE ocorrentes em 30% e 25% das crianças (Tabela 03).

Tabela 03 - Distribuição da periodicidade dos comportamentos vocais abusivos das crianças, Recife, 2012, (N= 20)

Frequência	Sempre		Quase sempre		Frequentemente		Raramente		Nunca	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Esforço à fonação	1	5,0	0	0,0	2	10,0	7	35,0	10	50,0
Fala alto	2	10,0	5	25,0	3	15,0	5	25,0	5	25,0
Chora com esforço	0	0,0	2	10,0	7	35,0	4	20,0	7	35,0
Fala acima do barulho ambiente	1	5,0	4	20,0	2	10,0	7	35,0	6	30,0
Fala demais	6	30,0	3	15,0	2	10,0	6	30,0	3	15,0
Fala rápido	5	25,0	2	10,0	3	15,0	5	25,0	5	25,0
Interrompe a fala dos outros	3	15,0	5	25,0	4	20,0	5	25,0	3	15,0
Imita vozes/ sons desagradáveis	2	10,0	2	10,0	4	20,0	6	30,0	6	30,0
Competição vocal	2	10,0	5	25,0	4	20,0	6	30,0	3	15,0
Gritar	3	15,0	7	35,0	5	25,0	0	0,0	5	25,0

Quanto aos sinais de disfonia, observou-se que, a despeito de a maioria das crianças nunca os apresentar, todos foram identificados como acontecendo frequentemente em pelo menos 5% das crianças. Ressalta-se, ainda, que a “voz rouca” foi identificada como aparecendo frequentemente, em 20% da população estudada sendo que em 10%

das crianças a rouquidão é quase sempre encontrada (Gráfico 02).

É importante notar que a afonia foi observada em 5% como uma alteração frequentemente ocorrente e o cansaço à fonação, sempre ocorrente, em 5%.

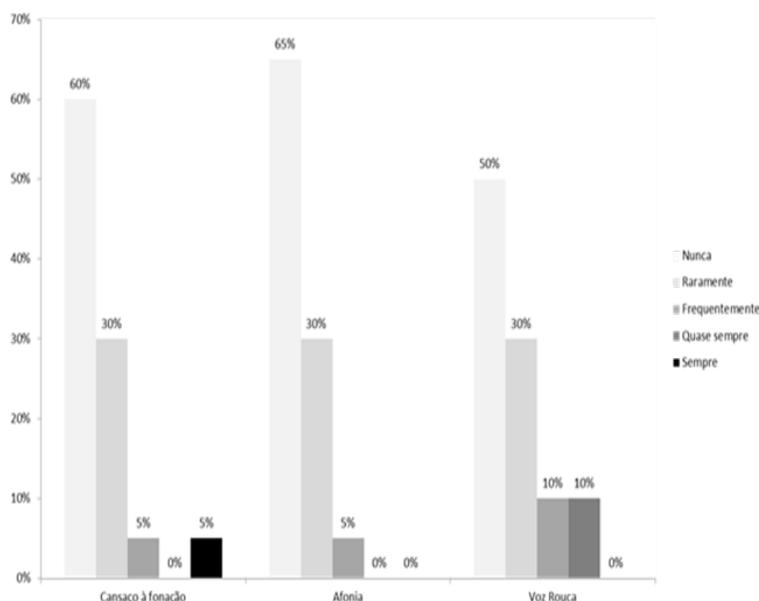


Gráfico 02 - Distribuição da periodicidade dos sinais de disfonia das crianças, Recife, 2012 (N=20)

Discussão

O presente estudo sugere que as crianças da instituição apresentam comportamentos vocais de risco para a disфония, pelo fato da maioria ter apresentado grande parte das alterações presentes no questionário. Apenas duas crianças não apresentaram alteração em nenhum dos itens analisados.

Alguns autores afirmam que as crianças que são consideradas ativas são as que geralmente possuem nódulos vocais e fazem abusos vocais frequentes como gritar, por exemplo^{18,19}. Além disso, o comportamento agitado, a tendência em ser líder e a fala intermitente e em intensidade elevada são considerados fatores causais, agravantes ou predisponentes da disфония infantil¹³, características estas associadas aos comportamentos de “falar demais”, fazer “competição vocal” e “interromper quando os outros falam”, que foram os mais ocorrentes neste estudo.

Segundo a literatura²⁰, é comum a disфония infantil ocorrer mais nos meninos do que nas meninas, devido às diferenças de personalidade e à prática de atividades físicas e sociais que demandam mais do uso vocal. Outro estudo¹⁶ também encontrou maior comportamento abusivo no sexo masculino, mas não o associou às alterações vocais. Entretanto, neste estudo, assim como em outros^{5,21}, a ocorrência de comportamento abusivo foi maior nas meninas. Uma possível justificativa para esse achado é que, atualmente, as meninas tendem a demonstrar um maior interesse em atividades mais agitadas e agressivas, o que sempre foi mais comum entre os meninos²¹. No entanto, “imitar sons ruins/desagradáveis” ainda prevaleceu nos meninos, em relação às meninas.

Em relação ao total de crianças, o comportamento de “gritar” foi encontrado na maioria e com alta frequência, como também apontado em outros estudos^{5,6,10,16,22}.

No que se refere ao “falar demais”, os achados corroboram os de outras pesquisas^{23,24} e confirmam o que é apontado na literatura, pois tal comportamento é considerado como frequente em instituições^{5,6,10,16,22} sendo, neste estudo, um dos mais ocorrentes.

Somando-se os valores de SEMPRE, QUASE SEMPRE com FREQUENTEMENTE, o “gritar” (75%) e o “falar demais” (55%) destacam-se como os mais frequentes, corroborando os estudos citados

no parágrafo anterior^{5,6,10,16,22-24}. Vale ressaltar que tais comportamentos são típicos dessa idade, por questões sociais, psicológicas e de desenvolvimento e, por isso, esse é um achado comum nos estudos com essa faixa etária.

Comparando-se os resultados com os de outro estudo⁶, em faixa etária semelhante à deste, houve diferença quanto ao comportamento menos encontrado, pois, no caso do presente estudo, foi apontado como menos ocorrente, em 50% dos casos, o “esforço à fonação”, enquanto que no trabalho citado⁶ foi “choro com esforço”. Uma possível explicação para tal diferença é o fato de que os estudos foram realizados em grupos e regiões diferentes, sendo os comportamentos vocais das crianças diferenciados de acordo com cada instituição/região. Além disso, há que se considerar o fato de que naquela pesquisa⁶ a coleta foi realizada apenas com professores e, provavelmente, o “chorar” seja mais comum no ambiente do lar.

Em relação aos sinais e sintomas, “voz rouca” foi identificada como de alta frequência em 20% das crianças, sendo que em 10% destas, a rouquidão ocorre quase sempre. Em uma das crianças, a afonia foi encontrada como um sinal frequente. Tal resultado deve ser ressaltado por ser essa uma manifestação extrema de alteração vocal. Possivelmente este achado seja uma consequência dos abusos vocais, como também encontrado na publicação citada⁶.

Um fator interessante em relação ao uso deste protocolo sobre comportamento vocal foi observar que é necessária uma análise não só quantitativa, a partir do grau de ocorrência dos abusos vocais, mas também qualitativa, considerando-se que tipo de abuso vocal é praticado pela criança.

Isso porque foi observado que os comportamentos vocais com médias mais altas de ocorrência, assinalados pelos pais e professores, não foram, em sua maioria, associados às crianças com indicação de presença de alteração vocal. Cabe aqui, um comentário: a alteração vocal, neste estudo, foi apontada pelos pais e professora; portanto, a sugestão é de que se faça uma análise vocal dessas crianças por profissional especializado, no caso, um fonoaudiólogo, para que se verifique o quão aptos estão os pais e professores para identificarem indícios de alterações vocais e para que se teste a hipótese de que as crianças que têm mais abusos vocais são mesmo as que apresentam disфония.

Além disso, acredita-se que para análise quantitativa deve-se considerar principalmente a média geral e o total médio obtido pela criança, nos vinte itens e, para a análise da variável de forma qualitativa, deve-se verificar se os abusos vocais que a criança pratica são associados à alteração vocal referida pelos pais/responsáveis e professora na mesma criança. Sugere-se, portanto, tal análise como continuidade deste estudo.

Conclusão

Conclui-se que a maioria das crianças de quatro a seis anos de idade do CEMEI estudado, segundo a opinião dos pais/responsáveis e professora, apresentou alta prevalência de comportamento vocal considerado de risco para disфония. Esta prevalência foi maior nas meninas, em relação aos meninos, alta frequência no comportamento de “gritar”, considerado como de risco para disфония e frequência significativa de sinais de disфония, destacando-se que, em 10% das crianças, a “voz rouca” foi identificada como um sinal quase sempre presente. Observou-se, também, que tais comportamentos incidiram em repercussões sobre os sinais e sintomas vocais.

Este estudo reforça a necessidade de se implementar (realizar, implantar, promover) programas de intervenção fonoaudiológica em centros educacionais infantis, com vistas à promoção da saúde vocal e prevenção da disфония em crianças.

Sugere-se, ainda, a comparação das respostas dos pais/responsáveis com as da professora, como realizado em outro estudo²², para que se obtenham subsídios ainda mais direcionados para a elaboração de programas de orientações aos pais e professores da instituição estudada, além de se realizar a investigação da relação entre a ocorrência de comportamento vocal abusivo e a ocorrência de sinais de alteração vocal, estratificando-se por sexo.

Referências Bibliográficas

1. Santos PFBB, Santos ADB, Macedo IP, Monteiro AI. Physical and operational structure of the day-care centers - implications for nursing within the care and promotion to the infantile health. *Rev Enferm UFPE on line*. 2011; 5(2):228-37.
2. McMurrey, JS. Disorders of phonation in children. *Pediatr Clin North Am*. 2003; 50:363-80.
3. Penteado RZ, Camargo AMD, Rodrigues CRS, Rossi D, Silva JTC, Gonzales P et al. Vivência de voz com crianças: análise do processo educativo em saúde vocal. *Distúrb Comum*. 2007; 19(2): 237-46.

4. Behlau M, Azevedo R, Pontes P. Conceito de Voz Normal e Classificação das Disfonias. In: Behlau M. (org.) *Voz: O Livro do Especialista - v I*. Rio de Janeiro: Revinter; 2008. p. 53-84.
5. Simões M, Rosa AHO, Soares JC, Ribeiro LR, Imamura VM, Bitar ML. Alteração vocal em crianças que frequentam creche. *Pró-Fono R. Atual. Cient*. 2002; 14(3):343-50.
6. Simões M. Relação entre comportamento vocal relatado por educadoras de creche e alterações vocais em crianças de 4 a 7 anos de idade [Monografia]. São Paulo (SP): CEV, 2005.
7. McAllister AM, Granqvist S, Sjölander P, Sundberg J. Child voice and noise: a pilot study of noise in day cares and the effects on 10 children's voice quality according to perceptual evaluation. *J Voice*. 2009; 23(5):587-93.
8. Pinho SMR, Jarrus ME, Tsuji DH. *Manual de Saúde Vocal Infantil*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p. 27.
9. Cardin PN, Roulstone S, Norhstone K. The prevalence of childhood dysphonia: a cross-sectional study. *J. Voice*. 2006; 20(4): 623-30.
10. Takeshita TK, Aguiar-Ricz L, Isaac ML, Ricz H, Anselmo-Lima W. Comportamento Vocal de Crianças em Idade Pré-escolar. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 2009; 13(3):252-8.
11. Lee E, Son Y. Muscle tension dysphonia in children: Voice characteristics and outcome of voice therapy. *J. Int. Pediatric Otorhinolaryngol*. 2005; 69:911-7.
12. Tavares ELM, Brasolotto A, Santana MF, Padovan CA, Martins RHG. Epidemiological study of dysphonia in 4-12 year-old children. *Braz. J. Otorhinolaryngol*. 2011; 77(6):736-46.
13. Melo ECM, Mattioli FM, Brasil OCO, Behlau M, Pitaluga ACA, Melo DMI. Disфония infantil: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2001; 67(6):804-7.
14. Tavares ELM, Labio RB, Martins RHG. Normative study of vocal acoustic parameters from children from 4 to 12 years of age without vocal symptoms. A pilot study. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010; 76(4):485-90.
15. Oliveira CM. Associação entre distúrbio de voz e alteração da respiração em crianças [dissertação]. São Paulo(SP): PUC-SP; 2010.
16. Simões-Zenari M, Nemr K, Behlau M. Voice disorders in children and its relationship with auditory, acoustic and vocal behavior parameters. *J Int Pediatric Otorhinolaryngol*. 2012; 76: 896-900.
17. Behlau M. Consensus auditory – perceptual evaluation of voice (CAPE – V), ASHA 2003. *Rev Bras Fonoaudiol*. 2004; 9(3):187-9.
18. Azevedo R. Disфония na Infância. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas ALPGP (Org). *Tratado de Fonoaudiologia*. 2 ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 709-14.
19. Maia AA, Gama ACC, Michalick – Triginelli MP. Relação entre Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, dinâmica familiar, disфония e nódulo vocal em crianças. *Rev Ciências Médicas*. 2006; 15(5):379-89.
20. Pinho SM. Tópicos em voz. *Terapia Vocal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 1-18.
21. Oliveira RC, Teixeira LC, Gama ACC, Medeiros AM. Análise perceptivo-auditiva, acústica e autopercepção vocal em crianças. *J Bras Fonoaudiol*. 2011; 23(2):158-63.
22. Lima SJH, Gomes AOC. Hábitos vocais das crianças da creche Lar Fabiano de Cristo. *Anais do XX Congresso de Iniciação Científica (CONIC) IV CONITI e VIII JOIC; 2012 Dezembro 05-07; Universidade Federal de Pernambuco, Recife; 2012*.
23. Fritsch A, 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.



24. Paixão CLB, Silvério KCA, Berberian AP, Mourão LF, Marques JM. Hábitos vocais familiares e disfonia. Rev CEFAC. 2012;14(4):705-13.

Recebido em junho/13; **aprovado em** setembro/13.

Endereço para correspondência

Adriana de Oliveira Camargo Gomes. Endereço: Rua Prof. Artur de Sá, s/n – Cidade Universitária – Recife - PE/Brasil

CEP: 50670-420.

E-mail: acamargogomes@gmail.com