

DOSSIÊ PRODUÇÃO DISCENTE**A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE NA SÍNDROME DE DOW¹****LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL SÍNDROME DE DOWN****THE IMPORTANCE OF EARLY INTERVENTION IN DOWN SYNDROME**

Mônela Maria Silva de Souza ²

RESUMO:

Este trabalho tem como temática a importância da intervenção precoce nas alterações do desenvolvimento da linguagem e da fala na criança com Síndrome de Down e o benefício que tal estimulação traz para a comunicação e interação da criança, tornando sua linguagem expressiva verbal prontamente compreendida e homogeneizada com a intenção da criança de se comunicar. A pessoa com Síndrome de Down, ou trissomia do cromossomo 21, tem 47 cromossomos em suas células em vez de 46, como a maior parte da população. Essa condição provoca alterações na aquisição da linguagem e fala do indivíduo com SD, e principalmente no desenvolvimento da linguagem expressiva verbal, o que repercute na comunicação social. Nas crianças com SD as habilidades são adquiridas na mesma sequência observada em crianças normais, porém com defasagem cronológica. Por isso, a intervenção fonoaudiológica precoce é imprescindível para que essas crianças adquiram habilidades comunicativas. Foi realizada uma entrevista com a mãe de duas crianças com SD, aplicando um questionário e uma busca em bases de dados de artigos, portais, sites e livros, utilizando a combinação dos descritores “aspectos fonoarticulatórios na Síndrome de Down”, “desenvolvimento da linguagem na Síndrome de Down”, “intervenção precoce” e “a importância da estimulação precoce”.

¹ Artigo desenvolvido sob orientação da Prof^a. Me. Elizabeth Matilda de Oliveira Williams e co-orientação da fonoaudióloga Maria Fernanda Martins e do Prof. Me. Cecílio Peixoto Gomes Neto como avaliação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, no 8º. Período do curso de Fonoaudiologia e apresentado a banca examinadora.

² Aluno do curso de Fonoaudiologia do UNIFLU. E-mail: monelavirgilio@gmail.com

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Down; Intervenção Fonoaudiológica.

RESUMEN:

Este trabajo tiene como temática la importancia de la intervención temprana en las alteraciones del desarrollo del lenguaje y del habla en el niño con Síndrome de Down. Tal estimulación trae beneficios para la comunicación e interacción del niño, haciendo que su lenguaje expresivo verbal sea comprendido y homogeneizado con la intención de comunicarse. La persona con Síndrome de Down, o trisomía del cromosoma 21, tiene 47 cromosomas en sus células en lugar de 46, como la mayoría de la población. Esta condición provoca cambios en la adquisición del lenguaje y habla del individuo con SD, y principalmente en el desarrollo del lenguaje expresivo verbal, lo que repercute en la comunicación social. En niños con SD, las habilidades se adquieren en la misma secuencia que en niños normales, pero con desfase cronológico. Por eso, la intervención fonoaudiológica temprana es imprescindible para que estos niños adquieran habilidades comunicativas. Se realizó una entrevista con la madre de dos niños con SD, aplicando un cuestionario y una búsqueda en bases de datos de artículos, portales, sitios y libros, utilizando la combinación de los descriptores "aspectos fonoarticulares en el Síndrome de Down", "desarrollo del lenguaje en el Síndrome de Down", "intervención precoz" y "la importancia de la estimulación precoz".

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Down. Intervención fonoaudiológica.

ABSTRACT:

This work deals with the importance of early intervention in the development of language and speech development in children with Down Syndrome and the benefit that such stimulus brings to the child's communication and interaction, making his verbal expressive language readily understood and homogenized with the child's intention to communicate. The person with Down syndrome, or trisomy 21, has 47 chromosomes in their cells instead of 46, like most of the population. This condition causes changes in the acquisition of the language and speech of the individual with DS, and especially in the development of verbal expressive language, which has repercussions in social communication. In children with DS, the skills are acquired in the same sequence observed in normal children, but with a chronological delay. Therefore, early speech therapy is essential for these children to acquire communicative skills. An interview was conducted with the mother of two children with DS, applying a questionnaire and a search in databases of articles, portals, websites and books, using the combination of the descriptors "phonoarticulatory aspects in Down Syndrome", "language development in Down Syndrome", "early intervention and "the importance of early stimulation".

KEYWORDS: Down Syndrome. Speech Language Intervention.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como temática a importância da intervenção precoce nas alterações do desenvolvimento da linguagem e da fala na criança com Síndrome de Down e o benefício que tal estimulação traz para a comunicação e interação da criança, tornando sua linguagem expressiva verbal prontamente compreendida e homogeneizada com a intenção da criança de se comunicar.

A Síndrome de Down (SD) ou Trissomia do Cromossomo 21 – CID 10 (Q 90) foi descrita clinicamente pela primeira vez pelo médico inglês John Langdon Down, em 1866 e, desde então, é estudada por diversos pesquisadores. (MENEGETTI et al., 2009).

No Portal do Ministério da Saúde na matéria referente às diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down (2013), é informada a classificação da SD e especificada que:

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) a SD recebe o código Q - 90. Por estar classificada no capítulo Q00 - Q99 das malformações, deformidades e anomalias cromossômicas. Dentro deste capítulo se encontra no grupo Q 90 - Q99 das anomalias cromossômicas e na categoria Q90 da Síndrome de Down. Na categoria Q90 existem os seguintes subgrupos: Q 90.0 - Síndrome de Down, trissomia do 21, por não disjunção meiótica Q 90.1 - Síndrome de Down, trissomia do 21, mosaicismo por não disjunção mitótica Q 90.2 - Síndrome de Down, trissomia 21, translocação Q 90.9 - Síndrome de Down, não específica.

Essa síndrome é causada pela presença de três cromossomos 21 em todas ou na maior parte das células de um indivíduo. Isso ocorre na hora da concepção de uma criança. A pessoa com Síndrome de Down, ou trissomia do cromossomo 21, tem 47 cromossomos em suas células em vez de 46, como a maior parte da população. (LIMA, 2017).

Segundo Mendonça (2011), a partir de um exame chamado cariótipo, que consiste na análise de células obtidas por extração de sangue venoso, é possível identificar o tipo de trissomia, que pode ser livre, mosaico ou translocação. Na trissomia livre, a pessoa possui 47 cromossomos em todas as células, ocorrendo em 90% dos casos de Síndrome de Down. Já no mosaico, apenas parte das células são

comprometidas, ou seja, algumas células têm 47, e outras, 46 cromossomos. Na translocação, o cromossomo extra 21 fica agregado em outro cromossomo.

Bassani apud Schwartzman (2012) notabiliza que a SD é marcada por muitas alterações associadas e observadas nesses indivíduos, e é com base nessas características que se levanta a hipótese da criança ter SD.

A pessoa com SD possui características orgânicas congênitas como; Déficit intelectual, hipotonia muscular, baixa estatura, orelhas pequenas com implantação baixa, os olhos com fendas palpebrais oblíquas, perfil achatado, encurvamento dos quintos dígitos, prega única nas palmas das mãos (prega simiesca), atresia duodenal, nariz pequeno e achatado, pescoço grosso e curto, fêmure e úmero encurtados, bexiga pequena, língua protusa e aumento da distância entre o primeiro e o segundo artelho. SCHWARTZMAN, (1999).

Lima (2017) aponta que os estudos feitos acerca da Síndrome de Down revelam que:

A SD provoca alterações na aquisição da linguagem das crianças, especialmente no desenvolvimento da linguagem expressiva verbal, o que repercute na comunicação social. Sendo a compreensão verbal associada à expressão gestual uma área desenvolvida. Essa diferença entre a produção oral e a compreensão de crianças com SD pode ser explicada por duas hipóteses: a primeira, relacionada às dificuldades no planejamento motor necessário ao controle da fala e, a segunda, relacionada ao déficit de memória de curto prazo, que dificultaria a retenção de informações imediatas. O atraso no desenvolvimento da linguagem da criança com SD pode ocorrer por múltiplos fatores, como em decorrência das alterações cognitivas e neurológicas inerentes à síndrome; da falta de estímulos adequados durante a interação mãe-bebê; do atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; dos problemas respiratórios, cardíacos e auditivos; e das alterações no sistema estomatognático. Desse modo, a intervenção fonoaudiológica se constitui como um aspecto eficaz na promoção do desenvolvimento da linguagem da criança com Síndrome de Down e, quanto mais precoce essa intervenção for iniciada, maiores as potencialidades do processo terapêutico.

Lima (2017) destaca ainda que a Fonoaudiologia foi a área que mais realizou estudos acerca da tônica aquisição da linguagem em SD. Visto que a compreensão desses aspectos auxilia na promoção de mais evidências à atuação clínica do profissional da comunicação humana.

Segundo estudos realizados pelos autores citados acima, foi constatado que a terapia beneficia o desenvolvimento da linguagem da criança com SD e que todos os momentos da sessão são importantes para garantir um bom resultado, o que ressalta a importância de um bom planejamento terapêutico.

A metodologia empregada no estudo acerca da importância da intervenção precoce pode ser descrita em: levantamento bibliográfico, pesquisa em artigos, sites e portais, entrevista e questionário desenvolvido para o caso em questão realizado com a mãe de duas crianças com SD e a análise do relatório feito pela mesma.

Diante do que foi exposto, o objetivo central deste estudo é analisar a importância da intervenção precoce no desenvolvimento da fala e linguagem da criança com SD.

Além de ser um estudo de grande relevância para a comunidade científica é para a autora uma grande motivação a produção dessa pesquisa, pois a mesma tem experiência com crianças portadoras da SD em sua família, o que possibilita, além do olhar clínico, uma relação direta e um olhar familiar, vivenciando no seu dia a dia as dificuldades enfrentadas por essas crianças devido às alterações causadas pela Síndrome e os potenciais adquiridos por elas por meio da estimulação precoce fonoaudiológica.

2 - DESENVOLVIMENTO DA FALA E LINGUAGEM DAS CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN (SD).

Smith e Strick (2001) atentam que as crianças com dificuldades na aquisição da linguagem podem ser lentas na aprendizagem da fala e usar sentenças mais curtas, vocabulários menores e uma gramática mais pobre do que as das crianças típicas.

Bissoto (2012) explica que:

As perturbações no ato de falar ocorrem devido a algumas anomalias no sistema fisiológico (pulmões, as pregas vocais dentro da laringe e os articuladores – lábios, língua, dentes, palato duro, véu palatar e mandíbula), como: as frequentes infecções respiratórias e a hipotonia (flacidez nos músculos que torna os movimentos da boca mal coordenados prejudicando o controle da respiração e da articulação dos fonemas), que influenciarão o volume inicial do ar expelido pelos pulmões, a frequência da vibração das cordas vocais e os movimentos da boca, língua e lábios, o que tornará difícil a articulação destas estruturas, prejudicando a fala final, ou seja, o som das palavras.

Moreira (2009) focaliza que:

A hipotonia muscular provoca um desequilíbrio de forças entre os músculos orais e faciais, alterando a arcada dentária, dando um aspecto de projeção mandibular e contribuindo para que a língua assuma uma posição inadequada. A respiração oral, além de deixar a criança mais suscetível a

infecções respiratórias, altera seu palato e dificulta a articulação dos sons, sendo a fala um dos maiores problemas existentes nestes indivíduos.

Andrade apud Martinho (2011) ressalta que a criança com Síndrome de Down tem um atraso na aquisição e desenvolvimento da linguagem, isto é, a linguagem se desenvolve mais lentamente se comparada a uma criança com desenvolvimento típico.

Andrade (2002) ainda firma que:

Este atraso tem sido atribuído a características físicas ou ambientais que influenciam negativamente o processo de desenvolvimento, tais como: Problemas de acuidade e discriminação auditiva; Frequentes doenças respiratórias; Hipotonia da musculatura orofacial; Alteração no alinhamento dos dentes; Palato ogival com tendência à fenda; Língua grande (macroglossia) ou cavidade oral pequena; Problemas de maturação dos padrões de mastigação, sucção e deglutição; Baixa expectativa em relação à possibilidade de desenvolvimento da criança; Dificuldade do adulto em determinar o nível de compreensão da criança para adaptar a sua fala de maneira a promover o desenvolvimento; Pouca disponibilidade do adulto em ouvir a criança e em se esforçar para compreendê-la; Dificuldade de sintetização e problemas na estruturação sintática; Atraso geral no desenvolvimento motor, cognitivo e emocional; Falta de atividades sociais que façam a criança utilizar a linguagem de forma significativa.

Partindo do conhecimento em que o desenvolvimento da linguagem ocorre através da interação da criança com o meio, é visto que as crianças com Síndrome de Down têm déficit intelectual e não deficiência mental. Por isso, elas entendem muito bem os conceitos de comunicação e linguagem e possuem uma enorme intenção comunicativa. Observa-se que a compreensão é melhor que a expressão e o jogo simbólico é mais desenvolvido do que a expressão verbal. Assim essas crianças costumam utilizar gestos e simbolismos para se comunicar, e muitas vezes esses estão associados à fala.

O exposto acima corrobora com o de Carmargo (2010) no qual relata que:

As crianças com SD apresentam atrasos significativos de linguagem. As habilidades são adquiridas na mesma sequência observada em crianças normais, porém com defasagem cronológica. O desenvolvimento da linguagem oral é correlacionado com uma série complexa de habilidades cognitivas, perceptuais e linguísticas cuja gênese está no período pré-verbal. A construção simbólica faz parte das habilidades cognitivas essenciais para a formação do signo linguístico e conseqüentemente da utilização de vocábulos como forma de expressão. Assim, o desenvolvimento do simbolismo está diretamente relacionado ao da linguagem oral.

O Doutor Zan Mustacchi em Guia do Bebê com Síndrome de Down (2018) afirma que a maioria das crianças com SD irá utilizar a linguagem verbal como

principal meio de comunicação. Muitas irão, espontaneamente, utilizar as palavras para se comunicar entre dois e três anos, mas, em geral, este processo é um pouco mais lento, podendo começar até os cinco anos de idade. É imprescindível a estimulação antes dos dois anos, pois o sistema nervoso central está em formação nesse período, o que potencializa um maior número de vocábulos no dia a dia da criança, preparando-a para a fala.

Voivodic (2008) realça que mesmo com as dificuldades encontradas na aquisição da linguagem dos indivíduos com SD, a maioria faz uso funcional da linguagem e compreende as regras utilizadas na conversação, porém essas habilidades comunicativas podem variar entre elas.

3 - A INTERVENÇÃO PRECOCE NA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN (SD)

Geralmente, a família estimula a criança com SD desde o nascimento e esta é uma condição favorável para a aquisição de habilidades nos mesmos intervalos de tempo observados em crianças normais.

PIERRO (1987) salienta que:

A cabeça de uma criança, mesmo a cabeça de um bebê Down, é uma lousa branca na qual pode-se escrever muitas e muitas coisas. E se escrevermos muitas e muitas coisas bem colocadas, quanto mais cedo melhor, porque mais cedo o bebê mostrará sua assimilação dessas coisas, com um desenvolvimento mais eficaz, tanto na área motora quanto na área da inteligência.

Já no período em que a criança frequenta o pré-escolar é fundamental criar situações que permitam o desenvolvimento de competências comunicativas, como ressalta Inês Sim-Sim (2008). Sendo assim, é preciso lançar mão de atividades e estratégias para a promoção de ambientes ricos em oportunidades comunicativas, na menção de ensinar a criança a ouvir a fala e a expressar-se verbalmente de forma adequada diante do contexto em que está inserida, buscando o avanço na linguagem expressiva e verbal do âmbito da práxis comunicativa (ação/reflexão/ação).

WERNECK (1993) declara que:

A linguagem representa um dos aspectos mais importantes a ser desenvolvido por qualquer criança, para que possa se relacionar com as demais pessoas e se integrar no meio social. Indivíduos mais hábeis na linguagem podem comunicar melhor seus sentimentos, desejos e pensamentos. Desenvolver somente habilidades motoras orais pode não ser suficiente para que as crianças adquiram fala e linguagem; elas precisam

compreender que os sons são instrumentos utilizados na comunicação e estes serão os grandes elementos de motivação para que elas empreguem seus esforços com o intuito de aprender a articular os sons da fala, a fim de permitir, ou garantir, a interação criança-adulto, caracterizando sua função comunicativa e social. Estas trocas comunicativas propiciam a compreensão da linguagem pela criança, a atribuição de significado às suas emissões, a aprendizagem e o desenvolvimento cognitivo.

Dentre as limitações cognitivas usualmente citadas e as deficiências dos pacientes com SD, acham-se a duração curta da atenção, o tempo lento de reação, a deficiência no processamento auditivo-vocal, a limitação da memória de fatos recentes, a diminuição da discriminação perceptiva e da capacidade de generalização e a deficiência da facilidade de simbolização, sendo importante e necessário que essas limitações sejam trabalhadas de maneira a serem minimizadas e/ou até mesmo sanadas precocemente.

WERNECK (1993) aduz também que:

Ser estimulada precocemente é fundamental para o desempenho futuro da criança, tenha ela ou não SD. Toda a sistematização do conhecimento humano ocorre através do fenômeno da mielinização. A mielina funciona como um condutor elétrico da informação neural e só se forma a partir da soma de dois fatores: um interno e um externo. O fator interno depende de uma constituição orgânica saudável e eficiente. O externo, de estímulos percebidos através dos cinco sentidos e experiências motoras. Dele fazem parte os fatores ambientais, nos quais se inclui uma alimentação correta, estímulos táteis e visuais variados, afeto, entre outros. Portanto, se a criança que nasce com a síndrome tem uma estrutura interna deficitária, a estimulação adquire uma importância ainda maior.

No que tange em relação às diferentes áreas que devem ser estimuladas na criança com SD, ressalta-se: as funções motoras, as funções sensoriais, a fala e os aspectos cognitivos; que com a estimulação precoce terá como benefício o desenvolvimento de estruturas cerebrais que responderão pelas atividades psicomotoras cada vez mais complexas, de forma gradativa.

Quadro 1 – Estimulação e benefícios

ÁREAS À SEREM ESTIMULADAS	ESTRUTURAS CEREBRAIS
Funções Motoras	Propriocepção: sensação de onde se localizam partes do seu próprio corpo, no espaço, com maior diversidade de experiências sensitivas e sensoriais

	através do rolar, movimentar braços e pernas, praxia do sistema sensório motor oral e do próprio toque. Motricidade: movimentos diversos estimulados e reforçados, que propiciam tonicidade e força muscular adequada. Este é um trabalho que resulta na consciência do próprio corpo e inibição de movimentos estereotipados.
Funções Sensoriais	Visual: seleção visual e atenção, estimulando a exploração e manipulação dos objetos que as rodeia. Auditiva: localização sonora a fim de exercitar a memória, atenção e a repetição de sons. Imitando os sons, possibilita-se a repetição por parte da criança e início de um jogo que será importante para a futura articulação da fala. A audição começa com a discriminação dos sons. Os sons que a criança é capaz de emitir são muito ricos e variados e, por essa razão, deve-se dar oportunidade de exercitar os movimentos de boca e lábios constantemente.
Estimulação da fala	A melhora da sensibilidade e o treinamento dos movimentos dos órgãos fonoarticulatórios fazem-se extremamente necessários para a consequente adequação de tônus, postura e mobilidade, que desempenhará função preparatória para a coordenação envolvida na futura articulação da fala. Assim sendo, as manobras que visam à aceitação de estímulos, a conscientização da região trabalhada e o reconhecimento oral, favorecem o equilíbrio do tônus e da postura e, conseqüentemente, a realização dos movimentos específicos dos OFAS. Como algumas crianças têm tendência a permanecer com a língua anteriorizada, pode-se trabalhar tônus e postura dos lábios, propiciando o vedamento labial e adequação de suas funções; correções da hipotonia de bochechas, responsável para a manutenção de uma pressão intra-oral diminuída e uma menor energia na produção dos fonemas oclusivos e fricativos; mobilidade do palato mole que se encontra incompetente na SD; exercícios que facilitem a postura e tensão da língua, evitando a protrusão, devido à hipotensão.

Fonte: Adaptado de Rev. CEFAC. 2010 Jan-Fev; 12(1):134-139.

A intervenção fonoaudiológica precoce objetiva melhorar as funções de sucção, deglutição, respiração e fonação, que atuam como pré-requisitos para a

aquisição da fala. Esse estímulo torna-se importante devido à hipotonia muscular, além de atuar na construção da linguagem expressiva, verbal e não verbal.

Os benefícios potenciais obtidos na intervenção podem minimizar o impacto da alteração e melhorar a qualidade de vida dessas crianças.

4 - RELATOS DE CASOS

Foi realizada uma entrevista de base qualitativa com a mãe de dois irmãos com Síndrome de Down que visa analisar a importância da intervenção precoce na SD, onde a mesma fornece dados sobre o nascimento dos seus filhos, o diagnóstico detalhado de cada um deles, as respostas frente aos estímulos precoces que a mesma observou e observa no convívio diário com os mesmos e os benefícios que tais estimulações proporcionam a cada um.

Além da entrevista, a mãe respondeu a um questionário que revela quais os proventos que a intervenção fonoaudiológica precoce proveu no caso dos seus filhos.

M.S.R.S tem 40 anos, é natural de Campos dos Goytacazes, mãe de duas crianças com Síndrome de Down que foram estimuladas precocemente.

4.1 - DADOS E RELATÓRIO DA PRIMEIRA CRIANÇA:

A.R.S, do sexo masculino, nascido no dia 01/02/2006 na cidade de Campos dos Goytacazes, prematuro de 36 semanas de parto natural, com APGAR: 8 e pesando 2,590(g), com a hipótese principal da condição de TRISSOMIA 21 COMPLETA, tanto do tipo DIALÉLICO quanto do tipo TRIALÉLICO, Meiose 1. O perfil DIALELICO determinado e identificado para a criança é relativo a marcadores específicos para a região de SCR do cromossomo 21.

A.R.S. nasceu com CIA e CIV (que são dois buracos no coração) e foi submetido a uma cirurgia, com 4 anos de idade para uma junção das válvulas do coração e fechamento dos buracos abertos.

Teve permanência na UTI por 15 dias, pois o mesmo não tinha força para sugar o peito da mãe e nem mesmo a mamadeira. Durante os 15 dias em que esteve na UTI NEONATAL, ele foi estimulado pela Fonoaudióloga do setor quanto as funções

de sucção, tendo alta hospitalar quando o mesmo conseguiu se alimentar através da mamadeira, leite não materno.

Iniciou-se a estimulação fonoaudiológica com três meses de nascido, no período de duas vezes na semana com duração de 40 minutos cada sessão, até os três anos de idade. A terapia fonoaudiológica foi interrompida por duas vezes, a primeira, por um período de três semanas por motivo de troca de local e terapeuta, e a segunda, no período de dois meses quando o mesmo foi submetido à cirurgia cardíaca. Após esse período, **A.R.S.** retornou a terapia fonoaudiológica, porém com uma nova terapeuta, sendo a terceira terapeuta a trabalhar com o mesmo.

A mãe relata ter acompanhado as primeiras sessões fonoaudiológicas realizadas e que a estimulação feita pela terapeuta visava o vedamento labial e o fortalecimento da musculatura oral e que a mesma a ensinou e orientou a fazer em casa os exercícios propostos.

Segundo a mãe de **A.R.S.** a intenção comunicativa do seu filho iniciou-se por volta de oito a nove meses de idade, e que essa comunicação se dava por gestos e simbolismos até um ano e quatro meses de idade, quando o mesmo emitiu sua primeira palavra e desde então passou a utilizar os dois meios de comunicação, expressiva verbal e gestual.

Vale ressaltar que a mãe afirma que o uso dos gestos e simbolismos só são utilizados quando o mesmo não consegue se fazer entender por meio verbal.

4.2 - DADOS E RELATÓRIO DA SEGUNDA CRIANÇA:

M.G.R.S. do sexo feminino, nascida no dia 09/09/2015 na cidade de Campos dos Goytacazes, prematura de 36 semanas de parto cesariana, com APGAR: 7/8 e pesando 1,980(g) com a hipótese principal da condição de TRISSOMIA LIVRE DO CROMOSSO 21.

M.G.R.S. nasceu com CIA de F.O pequeno (que é um buraco no coração) e até o presente momento não tem indicação cirúrgica.

Teve permanência na UTI por 15 dias, por prematuridade, desconforto respiratório, amniorrux prematura e facies sindrômica. Durante os 15 dias em que esteve na UTI NEONATAL foi estimulada pela Fonoaudióloga do setor quanto as

funções de sucção, sugou o peito da mãe ainda na UTI uma única vez e foi para casa se alimentado através da mamadeira, leite não materno.

Iniciou-se a estimulação fonoaudiológica com nove meses de nascida, no período de uma vez na semana com duração de 40 minutos, até um ano e sete meses de idade, quando a terapia fonoaudiológica foi interrompida por um mês onde houve a troca de terapeuta. Depois de aproximadamente cinco meses com a terapeuta nova, foi acrescentado mais um dia de terapia, passando a ser duas vezes na semana com duração de 40 minutos cada;

A mãe relata que acompanhou as primeiras sessões fonoaudiológicas da filha e que era orientada a repetir em casa os exercícios de vedamento labial ensinado pela terapeuta.

A mãe menciona também que com um ano e meio de idade, a filha usou bandagem por um curto período, pois a mesma retirava a bandagem toda vez que era colocada.

No que tange a intenção comunicativa de sua filha, a mãe informa que esta aconteceu por volta de oito a nove meses de idade, e que essa comunicação era unicamente gestual e simbólica até os dois anos de idade, quando a mesma conseguiu se expressar verbalmente pela primeira vez.

A mãe salienta que mesmo depois da primeira palavra ser emitida, **M.G.R.S.** utiliza a fala como meio secundário de comunicação, ou seja, só se expressa de forma verbal quando não consegue se fazer entender por meio de gestos e simbolismos, e ainda assim, essa fala é associada a gestos.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados obtidos no levantamento teórico, na entrevista e no relato da mãe frente às respostas das crianças às estimulações, podemos concluir que a intervenção fonoaudiológica nos primeiros meses de vida beneficia e subvenciona nos aspectos do desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva, nas funções dos músculos estomatognáticos, na praxia do sistema sensório motor oral, na articulação da fala, nos movimentos dos órgãos fonoarticulatórios, nos aspectos do desenvolvimento cognitivo, no aumento do vocabulário e nas habilidades dialógicas ou conversacionais.

É importante salientar que quanto mais cedo essa intervenção for iniciada, maiores serão os potenciais de habilidades adquiridas por essas crianças.

REFERÊNCIAS

BISSOTO, Maria L. Desenvolvimento cognitivo e o processo de aprendizagem do portador de Síndrome de Down: revendo concepções e perspectivas educacionais. In: *Ciência & Cognição*, v. 04, p.80-88, mar. 2005.

CAMARGO, Patrícia Pupin nardezi. Caracterização das habilidades simbólicas de crianças com Síndrome de Down. Characterization of the symbolic abilities of children with Down syndrome. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(3):408-14.

LIMA, Isabelle Delgado Cavalcante. Desenvolvimento da linguagem na Síndrome de Down: análise da literatura. Language development in Down syndrome: literature analysis. *Distúrb Comun*, São Paulo, 29(2): 354-364, junho, 2017.

MENDONÇA, Carla Lisandra Rodrigues. *O optimismo na docência e a inclusão de alunos com trissomia 21*. Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa, p. 1-108, 2011.

MENEGHETTI, C. H. Z. et al. Avaliação do equilíbrio estático de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 230-235, maio./jun. 2009.

MOREIRA, Raquel Macedo Caetano. *Equoterapia: um enfoque fisioterapêutico na criança portadora de Síndrome de Down*. Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, p. 11-59, 2009.

MUSTACCHI, Zan. *Fala e comunicação*. Disponível em: <http://www.movimentodown.org.br/desenvolvimento/fala-e-comunicacao/>. Acesso em: 18 jun. 2019.

PIERRO, Gilberto Di. *Recentes aquisições sobre a Síndrome de Down: o papel da família*. Revista Pediatria Moderna, São Paulo, Vol. XXII – n. 02, p. 1-5, mar. 1987.

SCHWARTZMAN, José S. *Síndrome de Down*. São Paulo: Memnon, 1999. 324 p.

SMITH, Corine; STRICK, Lisa. *Dificuldades de Aprendizagem de A a Z: um guia completo para pais e educadores*. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: ArtMed, 2001 332 p.

VOIVODIC, Maria Antonieta; STORER, Márcia Regina de Souza. *O desenvolvimento cognitivo das crianças com Síndrome de Down à luz das relações familiares*. São Paulo, 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872002000200004&script=sci_ar tttext. Acesso em: 19 set. 2014.

WERNECK C. Muito prazer, eu existo. Rio de Janeiro: WVA; 1993.