
**Estudo de caso de uma paciente com distrofia muscular
congênita, deficiência mental e atraso no
desenvolvimento da linguagem**

PRISCILA MARIA TREZZA(UNINGÁ)¹
HELOISA ANDREIA DA SILVA(UNINGÁ)²

RESUMO

O presente trabalho descreveu o caso de uma criança de 12 anos do sexo feminino com diagnóstico de distrofia muscular congênita, deficiência mental e atraso de desenvolvimento de linguagem. Foi realizado levantamento na literatura das patologias em questão, e feita descrição de anamnese, avaliação, diagnósticos e terapia fonoaudiológica. Foram descritos também os resultados encontrados com a terapia. Concluiu-se que a terapia fonoaudiológica foi eficiente na adequação dos órgãos fonoarticulatórios e funções do sistema estomatognático, porém não tão eficiente para os aspectos de fala e linguagem. Ressaltou-se também a importância da boa relação terapeuta-paciente e do apoio da família para o sucesso do processo terapêutico.

Palavras-chave: Distrofia muscular. Deficiência mental. Atraso de desenvolvimento de linguagem. Terapia fonoaudiológica.

INTRODUÇÃO

A linguagem é um instrumento fundamental para a comunicação do ser humano, e consiste em um conjunto de símbolos utilizados para compartilhar informações. A aprendizagem é um processo que depende tanto do indivíduo quanto do meio em que está inserido, pois a criança,

¹ Professora Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ

² Fonoaudióloga graduada pela Faculdade Ingá – UNINGÁ

além de apresentar características natas para adquirir linguagem, necessita da presença do outro para que possa desenvolvê-la. Através da interação é que as funções mais complexas vão se estabelecendo. Lopes (2001) afirmou que, quando falamos de aprendizagem, estamos nos referindo a um processo global de crescimento, pois toda aprendizagem desencadeia, em algum sentido, crescimento individual ou grupal.

Além disso, para que haja um desenvolvimento normal de linguagem, é necessário que todas as funções envolvidas estejam íntegras. Conforme afirmação de Zorzi (1995), a aprendizagem da linguagem pressupõe que a criança deva possuir algumas habilidades lingüísticas essenciais que possam garantir seu desenvolvimento, como: capacidade receptiva que implica em conhecimento de vocabulário e compreensão de estruturas frasais; capacidade de memória que permita guardar ou reter as informações passadas: há necessidade de fixar o aprendizado; uma capacidade expressiva que permita reproduzir aquilo que foi ensinado, quer seja falando, quer seja escrevendo. Para que essa expressão possa ser adequada, é necessário o domínio da sintaxe e da semântica.

A fala é a forma mais comum de se comunicar, porém não é a única. A comunicação pode ocorrer de diversas formas: gestos, expressões faciais, escrita. Há várias alterações que podem ocorrer durante o processo de aprendizagem, acabando por impedir o desenvolvimento adequado tanto da linguagem quanto da fala, tais como: déficits cognitivos, síndromes neurológicas, deficiência mental, déficits perceptivos e problemas emocionais.

A terapia de linguagem torna-se bastante complexa a partir do momento em que os problemas de linguagem vêm associados a outras patologias. O caso em estudo refere-se a uma paciente com deficiência mental, distrofia muscular e atraso no desenvolvimento de linguagem.

Por se tratar de um caso de distrofia muscular, as estruturas do sistema estomatognático estão diretamente afetadas. Este sistema envolve as funções de deglutição, respiração, sucção, mastigação, fonoarticulação, melhor dizendo, é diretamente responsável pelas funções orais. Qualquer alteração em um destes mecanismos ou em alguma das estruturas que o compõe, poderá acarretar mal funcionamento do mesmo, podendo ainda interferir no processo de desenvolvimento de suas funções. Além disso, os órgãos fonoarticulatórios podem estar alterados quanto ao tônus muscular e à mobilidade.

Considerando a associação de diversas patologias, o tratamento torna-se complexo, acarretando dificuldades para o planejamento da terapia, pela falta de literatura acerca do assunto.

O presente trabalho tem como finalidade associar teoria e prática, discutindo o planejamento, andamento e resultados da terapia fonoaudiológica em um caso complexo.

Considerando ainda que na área fonoaudiológica existem poucos estudos que envolvem a união destas três patologias, este trabalho pretende contribuir com informações para casos semelhantes.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho estudou o caso de L. A. S., de 12 anos de idade, do sexo feminino, atendida na Clínica-Escola de Fonoaudiologia da faculdade Ingá - UNINGÁ, no período de novembro de 2004 a outubro de 2005.

O relato engloba dados de anamnese, avaliação fonoaudiológica, hipóteses diagnósticas, desenvolvimento e resultados de 23 sessões de terapia. Os dados são analisados sob a luz da literatura.

Foi utilizado consentimento livre e esclarecido (Anexo I) pelos responsáveis da paciente, anexado junto à carta de informação (Apêndice A), esclarecendo sobre o estudo a ser realizado.

Na anamnese, (apêndice B) a queixa principal foi: “Minha filha não fala direito, nasceu bastante molinha e estuda na APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais)”.

Mãe referiu que L. A. S, apresentava problemas na fala, trocas e omissões. Conta que enfrentou problemas na gravidez precisou tomar medicação e ficar em repouso para não correr o risco de perder a criança. Diz ainda que, desde pequena, a menina possui algumas dificuldades e entre elas, a de fala, caminhar e correr. Com 6 anos, entrou na escola regular, mas, após 3 meses, foi verificado que ela não conseguiria acompanhar o ensino, e os pais foram orientados a procurar uma escola especial. Procurou a APAE, onde foi aceita e está até hoje. Quanto à audição, realizou exame audiométrico com resultados normais. Utiliza aparelho ortodôntico extra-bucal que se estende por toda a face, apenas para dormir. Segundo o relato da mãe, a criança foi consultada por neurologista e apresenta uma falha no desenvolvimento, a qual seria superada com o tempo. Possui respiração oral, mas diz que, quando está com aparelho, a boca mantém-se fechada.

Mãe teve um aborto natural antes de engravidar da paciente. Na gravidez de L. A. S., também houve começo de aborto (sic). A menina nasceu de parto normal, demorado, mas sem complicações. Mãe referiu que a criança era bastante “molinha” quando nasceu. Mãe e criança saíram juntas do hospital. Mamou no peito até os 3 anos, sendo aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. A introdução dos alimentos ocorreu nas idades esperadas. Refere que, atualmente, tem dificuldades para mastigar, engole pedaços inteiros de alimentos.

L. A. S. tem bastante dificuldade para andar (anda arrastando o pé), e incoordenação para correr (sic). Mãe relatou que a paciente começou a andar com 1 ano e 7 meses. Já menstruou, mas necessita de ajuda da mãe para colocar o absorvente. Quanto ao desenvolvimento de linguagem, começou a falar com 1 ano e com 3 anos já falava frases. Relatou ainda que L. A. S. demora a entender o que lhe é dito e atender quando chamada.

Mãe possui distrofia muscular do tipo Miotônica de Steinert. Possui 13 irmãos, sendo que 3 têm a doença comprovada. Nos outros 10, há apenas a suspeita, e alguns não puderam ter filhos. Os que tiveram filhos, estes apresentam o mesmo problema de L. A. S.

Durante a avaliação (apêndice C), L. A. S. mostrou-se bastante introvertida permanecendo calada a maior parte do tempo. Na maioria das vezes, para responder as perguntas, apenas indicava sim ou não fazendo gestos com a cabeça para poucas perguntas. Apresentou boa compreensão das atividades propostas (quando lhe foi dado ordens simples a paciente realizava sem dificuldades e o mesmo acontecia para ordens complexas, foi pedido para realizar movimentos com os órgãos fonoarticulatórios e L. A. S. realizou corretamente cada ordem). Com a ajuda do álbum articulatório, pôde identificar as figuras apresentadas, com um pouco de dificuldade na fala. L. A. S. possui muita dificuldade quanto ao esquema corporal. Possui dificuldade de compreender a ordem das atividades de vida diária.

L. A. S. não iniciou nem manteve diálogos, respondia poucas vezes ao que lhe era dito (dificuldades pragmáticas). Apresentou ceceio anterior nos fonemas /s/ e /z/ e dificuldades na fala, caracterizadas por trocas, omissões, além de articulação lentificada. Não foi capaz de narrar histórias através de estímulos verbais, e nem situações de vida. Apresentou muita dificuldade nos aspectos semânticos e figurativos.

Quanto à linguagem gráfica, L. A. S. conseguiu com bastante dificuldade identificar a maioria das letras que compõe o alfabeto, mas

não conseguiu uni-las e lê-las em palavras ou frases. O mesmo aconteceu na escrita, em que conseguiu escrever letras isoladas, mas não sílabas ou palavras. Não conseguiu escrever seu nome corretamente.

Quanto à motricidade oral, os lábios apresentavam-se entreabertos, sendo o inferior evertido, bastante hipotônico, com tensão de mentális no vedamento labial (apêndice C), boa mobilidade, freio normal. A língua encontrava-se apoiada nos incisivos inferiores, pouco hipotônica, freio normal. As bochechas possuíam tônus reduzido, pois a paciente não conseguia realizar o exercício com a espátula na bochecha, onde tinha que fazer força contraria a da terapeuta, além de apresentar as “bochechas caídas”, mas eram simétricas. Os músculos masseteres e temporais estavam hipotônicos, porém simétricos. A articulação temporomandibular não apresentou nenhuma alteração. A respiração era oral e tipo superior (paciente mantinha a boca aberta todo o tempo). Palato duro bastante profundo e palato mole normal. Apresentava, ainda, rosto abatido, bastante hipotonia geral, além de baba em abundância.

Foi avaliada deglutição de saliva, líquido e sólido, e caracterizada por apresentar movimentos de cabeça associados, bastante tensão da musculatura, boca aberta, interposição de língua entre os dentes, escape de alimento. A mastigação era unilateral para alimentos sólidos, do lado direito, não formava bolo coeso, e após a deglutição, havia sobras de alimentos no vestibulo oral. Amassava o alimento contra o palato com a ajuda da língua.

Após o término da avaliação, as hipóteses diagnósticas fonoaudiológicas foram distúrbio de aquisição e desenvolvimento da linguagem, distúrbio de aprendizagem (deficiência mental), alterações de motricidade oral. Foi encaminhada para avaliação de fisioterapia, sendo diagnosticada distrofia muscular congênita, e encaminhada para terapia fonoaudiológica.

Foram então traçadas metas para trabalhar com a paciente que iniciou a terapia em fevereiro de 2005. Os objetivos estabelecidos foram: estabelecer tônus e postura adequados de órgãos fonoarticulatórios, adequar padrão de deglutição, estabelecer respiração nasal, adequar fala e desenvolver funções da linguagem. Os resultados encontrados serão descritos a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico da paciente em questão é distrofia muscular congênita associada à deficiência mental. Dores (1995), Thompson

(2000), Mendell (2002) e Freitas (2005) descreveram a distrofia muscular congênita, conforme citado na revisão de literatura. As características encontradas na paciente deste estudo e que concordam com a literatura foram: hipotonia e fraqueza muscular desde o nascimento, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, rebaixamento do nível intelectual, fraqueza dos músculos faciais. Foram encontradas ainda alterações no sistema estomatognático em decorrência da hipotonia facial, falta de controle da baba e alterações na fala.

Marchesan (1993) e Carvalho (2003) referiram que a respiração oral interfere na posição da língua em repouso ou em ação. Observa-se a respiração oral ou mista associada à hipofunção dos músculos elevadores da mandíbula, ao lábio superior curto e incompetente, à hipotonia da língua ou ainda como hábito residual de resfriados e alergias. Foram encontradas na paciente alterações específicas de respirador bucal como hipotonia de língua, lábio superior curto (apêndice D), alteração da posição da língua em repouso que se encontrava no assoalho da boca. Para adequar a respiração além de exercícios voltados diretamente aos órgãos fonoarticulatórios, foram realizados exercícios com língua de sogra (assoprada com o nariz) e bexiga (puxando ar pelo nariz e assoprando com a boca).

Gomes, Proença e Limongi (2002) sugeriram que o terapeuta, antes de trabalhar os exercícios com a criança, execute todos os movimentos que serão solicitados a ela. Isto é importante para ajudá-lo a perceber em si o que é necessário fazer para conseguir um determinado objetivo. O que pode ser visto durante a terapia é que se não existisse o modelo a paciente não era capaz de realizar o exercício proposto. Quando a terapeuta realizava o exercício junto com L. A. S. esta conseguia realizá-lo.

Os mesmos autores citados acima referiram que o trabalho com a sensibilidade visa a melhora na região facial, peri e intraoral, que por sua vez tem como objetivo atingir uma adequação da motricidade oral. A adequação da sensibilidade já é uma etapa na adequação de outros aspectos, como postura e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios. O trabalho com a mobilidade visa, além de melhorar os movimentos dos órgãos fonoarticulatórios, a interiorização de novas posturas adequação da tonicidade (apêndice E). Observou-se na terapia de L. A. S que a normalização da sensibilidade mostrou efeitos satisfatórios já nas primeiras sessões sendo concluída na 4^a sessão, para trabalhar a sensibilidade foram usadas estratégias de recepção de estímulos como

por exemplo: com água em temperatura quente e fria. Em relação ao tônus e postura dos órgãos fonarticulatórios, as alterações observadas na avaliação obtiveram bons resultados com o decorrer da terapia. A paciente obteve melhora do vedamento dos lábios, diminuição da tensão na musculatura de mentális (apêndice D), melhora do tônus e posicionamento correto de língua na papila, menor hipotonia de bochechas, o que se evidenciou por volta da 7^a sessão. Para os lábios foram realizadas estratégias como: botão sendo segurado pelos lábios, garrote no lábio inferior e superior para alongamento da musculatura perioral; para tônus de língua foi utilizado haltere lingual, e para adequar seu posicionamento foi utilizado hóstia na papila; quanto as bochechas foram realizados exercícios com espátula entre bochecha e dentes, o vedamento labial foi trabalhado ao se segurar uma espátula.

Quanto às características da mastigação, Marchesan (1993) e Carvalho (2003) comentaram que mastigação fisiológica deve ser alternada bilateralmente, com ciclos mastigatórios de um lado e de outro. A mastigação bilateral é o melhor padrão mastigatório, pois é estímulo para os músculos mastigadores e articulações temporomandibulares. A paciente deste estudo apresentou mastigação exclusivamente unilateral direita na avaliação, e foram utilizadas estratégias na terapia para que fosse estabelecida a mastigação bilateral, com resultados visíveis a partir da 15^a sessão. Para adequar a mastigação foram realizados exercícios com garrote, e com alimento sólido.

Altmann (1990), Petrelli (1994) e Brandão (2001) afirmaram que, na deglutição atípica, a ponta da língua é pressionada entre os incisivos, e seus bordos laterais podem penetrar entre os pré-molares e molares. As características descritas acima foram encontradas no caso em estudo, que apresentou interposição de língua à deglutição, tensão muscular de mentális e musculatura peri-oral, movimentos de cabeça associados e ausência de vedamento labial. Com a terapia, a paciente não apresenta mais interposição de língua durante a deglutição, a tensão muscular foi bastante reduzida e há vedamento labial, resultados evidenciados na 15^a sessão. Porém, os movimentos de cabeça associados à deglutição ainda persistem. Marchesan (2005) referiu que estes movimentos de cabeça acontecem em consequência de um problema ocorrido durante a mastigação, e não seriam um problema específico da deglutição. Esta afirmação não condiz com o caso da paciente em estudo, uma vez que o padrão de mastigação de L. A. S. encontra-se normalizado. Silva Netto (2003) comentou que durante as fases oral e faríngea da deglutição, a

laringe é erguida substancialmente para cima e para frente pela combinação combinada dos músculos supra-hióideos, tiro-hióideos e elevadores faríngeos. A distrofia muscular pode estar influenciando o padrão de deglutição em decorrência da hipotonia geral que L. A. S apresenta. Possivelmente, os músculos acima citados não sejam tão eficazes na elevação da laringe, havendo necessidade de movimentar a cabeça para melhor proteção das vias aéreas e propulsão do bolo alimentar. Para adequar a deglutição foram utilizados exercícios com deglutição em sorriso, e deglutição em padrão normal de líquido, pastoso e sólido.

Marchesan (1993) e Carvalho (2003) afirmaram que as alterações neurológicas, traumatismos e respiração bucal podem influenciar para que o sistema fonoarticulatório não funcione normalmente. Dizem ainda que os sons produzidos nos órgãos fonatórios são convenientemente controlados, amoldados e articulados pela interferência da laringe, faringe, cavidade bucal e cavidade nasal. Os fatores que contribuíram para que a paciente deste estudo apresentasse alterações de fala foram respiração oral, alterações neurológicas e deficiência mental. Com o decorrer da terapia, ao se trabalharem as funções estomatognáticas e os órgãos fonoarticulatórios, a produção de alguns fonemas foi adequada, sem que houvesse um trabalho direto destes fonemas. Um exemplo disto foi à adequação dos fonemas /d/ e /l/.

No início da terapia, a paciente babava constantemente (apêndice C, mostra vestígios de saliva entre os lábios). Várias podem ser as causas disto ocorrer: inadequações do vedamento labial, alterações de tonicidade dos órgãos fonoarticulatórios, distúrbios neurológicos, falta de biopercepção quanto ao acúmulo de saliva no vestíbulo e mesmo a não percepção da saliva escorrendo pelo lábio inferior e mento (CARVALHO, 2003). Todos estes fatores estavam presentes no caso em questão e, com a decorrer da terapia e o trabalho das funções, foi-se proporcionado um controle eficiente da baba por volta da 7ª sessão (apêndice D).

Quanto ao desenvolvimento das funções da linguagem, Zorzi (1995), Jakubovicz (1997) e Lopes (2001) comentaram que os aspectos cognitivos e perceptivos podem acompanhar o Atraso Global de Desenvolvimento. O desenvolvimento cognitivo é o processo de formação da inteligência; a cognição ou a representação mental começa quando há diferenciação e coordenação entre significantes e significados. Os primeiros significantes serão fornecidos pelo meio, na forma da

imitação interiorizada. Esta, por sua vez, irá formar a produto final que é a imagem mental. A cognição e a representação mental encontram-se alteradas na L. em questão, devido à deficiência mental. L. A. S tem dificuldade em representar o que não é concreto. Por exemplo: quando foi trabalhada a função simbólica da linguagem com a ajuda de uma casinha de bonecas, a criança teve dificuldade de representar o que vive em seu dia-a-dia. A evolução deste aspecto na terapia não foi tão satisfatória, o que comprova os dados da literatura de que nos indivíduos com atraso no desenvolvimento da linguagem associado a outros comprometimentos, a evolução é mais lenta devido às limitações apresentadas, e que os padrões esperados para cada faixa etária dependem, além da estimulação ambiental, da maturação neurológica (Lopes, 2001). Conforme afirmou Zorzi (1997), a criança normal desenvolve a capacidade de lidar com realidades ausentes, simbolizando-as de alguma forma. Tal capacidade manifesta-se nas condutas comunicativas, na forma como a criança brinca ou manipula os objetos e no modo como passa a realizar as imitações. Como L. A. S possui várias limitações, estas habilidades descritas por Zorzi mostraram-se alteradas.

Le Bowch (1987) e Jakubovicz (1997) comentaram que o esquema corporal é uma função que permite ao indivíduo identificar partes do corpo. Na fase do corpo representado, o esquema corporal permite a uma criança de 12 anos dispor de uma imagem do corpo a partir da qual poderá exercer sua disponibilidade, tanto sobre o mundo exterior como sobre sua própria motricidade. A L. A. S em questão apresenta falhas de esquema corporal. Este aspecto foi trabalhado em várias sessões, porém sem sucesso, pois ainda não consegue identificar partes do corpo, foram utilizadas estratégias com quebra-cabeça do corpo humano, músicas, e atividades diversas.

A deficiência mental é um dos fatores que contribuiu grandemente para que as funções da linguagem de L. A. S não tivessem bons resultados terapêuticos. Ferreira (2000) afirmou que o portador de deficiência mental não é um doente, mas sim alguém com uma condição diferente, com limitações. É preciso estimular esses sujeitos para minimizarem-se as diferenças e aproveitarem-se seus potenciais a fim de construir indivíduos produtivos para a sociedade. Como já foi dito, um indivíduo com limitações intelectuais possui um desenvolvimento muito mais lento, por isso esta informação que o autor pontua é tão importante, pois quanto mais for estimulado, melhores serão os resultados. Claro que não

podemos esquecer de levar em conta as características individuais, que serão importantíssimas no seu desenvolvimento.

Strumiello (2004) relatou que a criança que possui varias limitações é muito instável, tanto do ponto de vista orgânico quanto emocional. No decorrer da terapia, o terapeuta acaba não conseguindo seguir um ritmo, um planejamento, porque a criança desestabiliza muito; muitas vezes há picos de melhora, mas também há picos de piora. O que pôde ser observado foi que, em um determinado momento após a L. A. S. ter atingido bons resultados, começou a haver piora das funções que já haviam sido estabelecidas. Percebeu-se, entretanto, que a família não dava o devido apoio, mostrando-se desinteressada dos problemas apresentados pela criança. Houve então a necessidade de convocar os pais para uma conversa voltada a importância do apoio da família, pois as limitações desta criança impedem que ela caminhe sozinha sendo de extrema importância ajudá-la.

Em relação às características da terapia, segundo Lykoupoulos *et al* (1995), Gomes, Proença e Limongi (2002) e Strumiello (2004), esta é composta de estratégias que desenvolvem a comunicação do indivíduo, com base na interação terapeuta-paciente, sendo que o terapeuta tem a função de ajudar o paciente para que ele se torne capaz de brincar. É através das situações lúdicas que a criatividade se mostra, através de uma relação de confiança tanto do terapeuta quanto do paciente. O conhecimento se dá à medida que se modifica o comportamento com experiências, levando em conta os estímulos oferecidos e as respostas esperadas. O que pôde ser confirmado na terapia foi que as estratégias utilizadas visando a interação entre terapeuta e paciente, através de brincadeiras, possibilitaram que a paciente começasse a participar mais durante as sessões. A terapia não seguiu uma seqüência, pois L. A. S necessitava de novas experiências a cada sessão. Além disso, para que ela pudesse aprender, era realmente necessária muita demonstração e trabalhada apenas uma estratégia por vez para que os resultados fossem melhores, principalmente quanto aos aspectos da linguagem.

Vale salientar ainda que logo que L. A. S iniciou o tratamento fonoaudiológico apresentava-se muito tímida, dificilmente respondia e colaborava com a terapeuta, porém no decorrer da terapia mostrou-se mais interessada, participativa, dialogava e começou a responder melhor às estratégias, conseqüentemente melhorando o prognóstico. A relação terapeuta-paciente melhorou com o decorrer das sessões através da interação e confiança que foi estabelecida entre ambas, conseqüentemente

melhorou o ambiente terapêutico e motivou L. A. S a comparecer as sessões.

CONCLUSÃO

Reunir literatura satisfatória quando se trata de um trabalho envolvendo a junção de assuntos variados foi bastante difícil. A necessidade de realizar-se uma seqüência de idéias criadas para melhor entendimento do caso em questão, pois a soma das três variáveis encontradas em um mesmo indivíduo dificulta ainda mais a busca na literatura. Porém, chegou-se a um entendimento sobre etiologia, manifestações, diagnóstico e os passos da terapia, tornando possível traçar metas à luz da literatura e alcançar resultados satisfatórios na reabilitação da paciente.

A distrofia muscular congênita provoca várias alterações e dentre elas a hipotonia facial é a que mais se relaciona com o trabalho fonoaudiológico. No caso em questão, a distrofia muscular vem associada à deficiência mental e ao atraso de aquisição de linguagem.

As manifestações fonoaudiológicas observadas na paciente do estudo foram: hipotonia orofacial, deglutição atípica, respiração oral, mastigação unilateral, alterações de fala e atraso de linguagem.

A terapia fonoaudiológica visou o trabalho de motricidade oral e das funções do sistema estomatognático, adequação da fala e desenvolvimento da linguagem.

Foram obtidos bons resultados, indicando que a terapia fonoaudiológica é eficaz em casos como este. Pôde-se notar que o desenvolvimento da paciente foi bastante lento, porém satisfatório, particularmente no que se refere à motricidade oral e funções do sistema estomatognático. Porém, nos aspectos de linguagem e fala observou-se uma melhora bastante menor, em decorrência do quadro de deficiência mental.

A boa relação terapeuta-paciente foi decisiva para o sucesso terapêutico.

Conclui-se ainda a importância da participação dos pais e da família no processo de reabilitação. Os pais devem dar apoio emocional, resultando em aumento da auto-estima e auto-confiança da criança.

REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia infantil**. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

ALTMANN, C. B. **Fonoaudiologia clínica**. São Paulo: Sarvier, 1990.

BRANDÃO, P. A prevalência da mordida cruzada posterior nas deglutições atípicas. In: *Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia*. 7.ed. Curitiba: maio, 2001.

BALLONE G. J. **Esclerose tuberosa e síndrome de Rubinstein Taybi**. In. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/dm2.html>> revisto em 2003. acesso: maio, 2005.

CARVALHO, G. D. **Respirador bucal**: uma visão funcional e clinica da amamentação. São Paulo: Lovise, 2003.

DORES, D. A. B. et al. O trabalho fonoaudiológico em doenças neuromusculares. In: **Tópicos em fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1995.

FERREIRA M. F. Deficiência Mental e Preconceito. In: Feitosa, A. C. **Atitudes e crenças de graduandos de Psicologia e de Pedagogia em relação à Deficiência Mental em um estudo comparativo**. São Paulo. Monografia. Universidade Santo Amaro, 2000.

FLORENCE, J. M. Doenças neuromusculares na infância e intervenção fisioterapeuta. In: TECKLIN, J. S. **Fisioterapia pediátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FREITAS, R. T. L et al. **Análise da expressão do colágeno VI na distrofia muscular congênita**. In. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://www.scielo.com>> São Paulo: Neuro-Psiquiatr, Acesso em: setembro,2005

GESELL, A. **A criança dos 0 aos 5 anos**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GREENE, J. **Pensamento e linguagem**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

GOMES, I. C. D. PROENÇA, M. G. LIMONGI, S. C. O. Avaliação e Terapia da Motricidade Oral. In: **Temas de fonoaudiologia**. 9.ed. São Paulo: Loyola, 2002.

JAKUBOVICZ, R. **Afasia infantil**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

KAPLAN, I. H.; SADOCK, J. B.; GREBB A. J. **Compêndio de psiquiatria, ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

LE BOWCH. **Educação psicomotora a psicocinética na idade escolar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LOPES, T. C. S. Principais fatores relacionados à linguagem que podem dificultar a aprendizagem. In: BELLO, PAIVA, J. L. **Pedagogia em Foco**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/spfrrl.htm>>. Acesso em: Maio, 2005.

LYKOUROPOULOS, C.B.; MARRA, S. M.; FERREIRA, L. P. Os Pressupostos Teóricos em Fonoaudiologia e sua Relação com a Prática Clínica. In- *Pró-Fono – Revista de Atualização Científica*. São Paulo; Pró-Fono, 1995.

MARCHESAN, I. Q. **Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

MARCHESAN, I. Q. **Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MARCHESAN, I. Q. **Motricidade oral: visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades**. São Paulo: Pancast, 1993.

MENDELL, J. R. BROWN, R. H. Distrofias musculares e outras doenças musculares. In: **Medicina interna**. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.

MORAIS, M.E.F.; FELICIO, C. M. Avaliação do sistema estomatognático: síntese de algumas proposta. parte III. In *Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia*. Curitiba: 2004. 18^a ed.

NORONHA , C. F. C.; DURO, L. A. A. Avaliação da Motricidade Oral em Pacientes com Distrofia Miotônica. In: *Pró-Fono – Revista de Atualização Científica*. São Paulo; Pró-Fono, 1995.

PETRELLI, E. **Ortodontia para fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1994.

PIAGET, J. **Le langage et la pensée chez l'enfant**. Paris: Neuchatel, 1956.

RATLIFFE, K. T. **Fisioterapia clínica pediátrica: guia para a equipe de fisioterapeutas**. São Paulo: Santos, 2002.

ROWLAND, L. P. **Merrit: tratado de neurologia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SANTORO, P. P.; BOHADANA, S. C., TSUJI, D. H. Fisiologia da deglutição. In: **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2002.vol. I

SILVA NETTO, C. R. **Deglutição na criança no adulto e no idoso: fundamentos para odontologia e fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 2003.

SILVA, R. L. A criança com problemas na linguagem. In: **Atraso na Linguagem**.

<http://www.neuropediatria.online.pt/atraso_linguagem_4.htm>, 2002, Acesso em Junho de 2005.

STEVENS A. H. Princípios da terapêutica dos distúrbios emocionais no deficiente mental. In: STEVENS, A. H. **Psiquiatria infantil aspectos terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 1976.

STRUMIELLO, L. F. O. A Função Terapêutica fonoaudiológica nas patologias progressivas infantis. In: *Revista Uningá*. Maringá: 2004.

THOMPSON, N.; FAHAL, I. ;EDWARDS R.H.T. Distúrbios musculares na infância. In: STOKES, M. **Neurologia para fisioterapia**. São Paulo: Editorial Premier, 2000.

ZATZ, M. **Distrofia muscular**. In. PsiqWeb, Internet, Disponível em <<http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/distmuscular>>. Acesso: maio, 2005.

ZORZI, J. L. Distúrbios de linguagem em crianças pequenas: considerações sobre o desenvolvimento, avaliação e terapia de linguagem. In: FILHO O. L. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997.

ZORZI, J. L. Linguagem e aprendizagem. In: **Tópicos em fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1995.

