

A importância da Terapia Ocupacional na estimulação precoce em crianças com Síndrome de Down

THE IMPORTANCE OF OCCUPACIONAL THERAPY IN EARLY STIMULATION IN CHILDREN WITH DOWN SYNDROME

RESUMO: O objetivo do presente trabalho é explicar o que é a Síndrome de Down, como e quais exames são realizados para obter o diagnóstico, quais os tipos existentes de Síndrome de Down, tendo como foco principal a importância da estimulação precoce em bebês com a síndrome, ressaltando o valor da intervenção da Terapia Ocupacional no seu desenvolvimento neuropsicomotor e biopsicossocial. Tendo em vista a qualidade de vida dessas crianças, orientando os pais sobre os cuidados, salientando, a relevância dos estímulos em casa com o acompanhamento e presença dos mesmos.

Palavras-Chave: Terapia Ocupacional, estimulação precoce, intervenção, Síndrome de Down.

ABSTRACT: The objective of this work is to explain what is down syndrome, how and what examinations are carried out for the diagnosis, what are the existing types of Down syndrome, having as its main focus the importance of early stimulation in children with the syndrome, emphasizing the value of occupational therapy intervention in your neuropsychomotor development and biopsychosocial. In view of the quality of life of these children, guiding parents about the care, stressing the relevance of the stimuli at home with monitoring and presence of the same.

Keywords: Occupational therapy, early stimulation, intervention, Down Syndrome.

INTRODUÇÃO

A trissomia do cromossomo 21, popularmente conhecida como Síndrome de Down (SD), se configura pela carga genética



Imagem Laura21de por Pixabay

Danielly Alves de Souza¹
Elivânia Ribeiro Santo¹
Thais Ribeiro Borges¹
Marielle Ribeiro Vieira²

¹ Graduanda em Terapia Ocupacional pela Faculdade União de Goyazes, Trindade – GO.

² Especialista em Terapia Ocupacional. Coordenadora do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade União de Goyazes, Trindade – GO.



Recebido: 09.05.2019 | Aprovado: 09.05.2019

extra do cromossomo 21 desde os primeiros meses de desenvolvimento do feto, caracterizando a criança por toda sua vida¹.

As crianças com SD, desde o nascimento, apesar de alguns aspectos comuns, irá apresentar um padrão distinto de desenvolvimento. Os déficits mais comuns em crianças portadoras de SD são no desenvolvimento neuropsicomotor.

A Síndrome de Down (SD) tem como característica principal o atraso no desenvolvimento, tanto das funções motoras do corpo, como das funções mentais. No aspecto motor o bebê com SD é totalmente hipotônico (tonicidade flácida); mas isto diminui com o tempo, e a criança vai evoluindo, embora mais tarde que as outras, as diversas fases do desenvolvimento.

Para que a criança consiga alcançar uma fase de vida mais ativa e independente ela precisa, desde bebê, ser estimulada. A estimulação precoce procura estimular a criança desde o nascimento, sendo possível, à criança, ter condições de desenvolver suas capacidades. Isto poderá ser desenvolvido com todas as crianças, tendo elas, atraso ou não.

A estimulação precoce é o ato de estimular o bebê logo após o nascimento ou nos primeiros anos de vida, preferencialmente antes dos 3 anos de idade, pois quanto antes começar a estimulação, melhor e mais rápido será o desenvolvimento dessa criança.

Quando as crianças que apresentam algum atraso no desenvolvimento neuropsicomotor não são estimuladas precocemente, poderão apresentar limitações nas habilidades funcionais como no banho independente, alimentação e autocuidado, na mobilidade como levantar da cama e ir ao banheiro com independência, e da integração psicossocial como interagir com outras crianças². Por esse motivo o Terapeuta Ocupacional está sendo muito reivindicado por pais e cuidadores que procuram uma melhor qualidade de vida.

A Terapia Ocupacional (T.O) intervém de maneira positiva e funcional quando se diz respeito à estimulação precoce, pois o profissional da T.O desenvolve métodos e técnicas que influenciam no desenvolvimento do indivíduo como um todo, sempre tendo como objetivo principal a melhor qualidade de vida do mesmo e maior independência.

A atuação do Terapeuta Ocupacional (T.O) na estimulação precoce de crianças com SD, visa o desenvolvimento físico, psíquico, motor, sensorial, social e familiar do mesmo, tendo como principal objetivo melhorar a qualidade de vida e promovendo o desenvolvimento global.

O T.O desenvolve estratégias através do brincar que estimula a criança. O brincar é essencial para a criança em seu processo de desenvolvimento e formação como sujeito³.

Desta forma, a problemática em pauta está vinculada a importância do T.O. na estimulação precoce; as fases do desenvolvimento da criança SD e o enfoque na qualidade de vida de crianças com SD. Sendo o T.O um dos multiprofissionais responsáveis por esta estimulação junto a família.

Identificar qual a maior necessidade da criança portadora de SD e desenvolver métodos que serão adequados às demandas e déficits apresentados por ela, são técnicas utilizadas pelo de T.O, sendo esse o profissional que utiliza como ferramenta principal a atividade.

O trabalho que o Terapeuta Ocupacional exerce na estimulação precoce em crianças com SD é fundamental para seu desenvolvimento. O objetivo principal do T.O nesse contexto, é promover as fases do desenvolvimento global da criança SD, protegendo e conservando as funções existentes.

Por meio, da estimulação precoce o T.O busca sempre prevenir o paciente contra os déficits que podem ser desenvolvidos futuramente, sendo capaz de trazer grandes contribuições como esclarecimento para os pais, cuidadores e profissionais da saúde o que o terapeuta ocupacional pode contribuir e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

A estimulação precoce pode ser definida como um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas, buscando o melhor desenvolvimento possível, por meio da mitigação de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê e na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças. (Brasil⁴)

De acordo com Herren e Herren⁵, pode-se afirmar que o desenvolvimento global da criança depende muito do ambiente em que ela vive. O ambiente mais tranquilo fica mais propício, mas deve fornecer-lhe estímulos variados. Qualquer objeto pode ser um estímulo conveniente para a criança, desde um chocalho, uma bola colorida até os mais sofisticados equipamentos tecnológicos.

A maior parte dos programas de estimulação precoce são dirigidos a crianças de 0 a 3 anos. Geralmente esses programas envolvem atividades de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. É importante não fixar idades para a aquisição de habilidades, pois há grande variação no desenvolvimento das crianças com Síndrome de Down (Araki; Bagagi⁶).

O principal foco da terapia ocupacional junto à família e o bebê com Down é elaborar atividades em um ambiente lúdico e de interação para garantir o melhor desenvolvimento sensorio motor necessário para construir uma estruturação da personalidade para a criança⁷.

Neste prisma Prado menciona:

Antes de tudo a criança com Down é uma criança que precisa brincar e aprender entrando em relação com o mundo, como qualquer outra criança. A nossa função vai ser de dar o apoio para que isto aconteça. Lembremos sempre de não colocar o tratamento antes da pessoa. Estes caminham juntos numa seleção natural de evidência⁷.

Para o autor supracitado o profissional de Terapia Ocupacional pode, também, auxiliar nas escolhas e ênfases de vivências corporais, brincadeiras, posições facilitadoras a jogos interacionais, brinquedos, materiais sensoriais e dicas para adequar as atividades da vida diária às necessidades e déficits apresentados pela criança.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo realizado tem como objetivo elucidar, distinguir e determinar conceitos que descrevem a importância da Terapia Ocupacional na estimulação precoce com crianças com Sí-

drome de Down, visando promover o entendimento, sendo que a explicação de determinado fato colabora para o conhecimento da evolução cognitiva, psíquica, psicomotora, sensitiva, social e familiar da criança.

O presente estudo desenvolvido tem caráter exploratório, que visa métodos e técnicas, discernimento e abster-se da construção de hipóteses.⁸

Segundo Gil⁹ tem como propósito o detalhamento das características, analisar e comparar a relação entre as mesmas.

Foi utilizada como procedimentos metodológicos, abordagens descritivas associada à pesquisa bibliográfica como: artigos online e em PDF disponíveis no Google acadêmico, teses, dissertações, livros disponíveis na biblioteca da faculdade. Os critérios de seleção dos artigos foram, por conseguinte, referentes ao tema relacionado à Terapia Ocupacional, a importância da estimulação precoce e a Síndrome de Down.

Foi executada uma leitura seletiva entre as fontes bibliográficas em artigos Online no Google acadêmico, livros e realizado visitas na biblioteca da Faculdade União de Goyazes (FUG).

Os descritores utilizados foram Síndrome de Down, desenvolvimento, estimulação precoce, terapeuta ocupacional. Os critérios de inclusão foram artigos direcionados ao papel do terapeuta ocupacional e os critérios de exclusão foram artigos relacionados a estimulação precoce em outras profissões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Síndrome de Down (SD), de acordo com Castro e Pimentel¹⁰, é considerada um acidente genético por acometer o cromossomo 21 com a presença de um cromossomo extra, e devido a presença desse cromossomo extra a criança apresentará um atraso no desenvolvimento cognitivo, motor, menor tonicidade nos músculos e atraso no desenvolvimento mental.

As crianças com SD desde a fase embrionária já apresentam uma anomalia genética, podendo essa ser diagnosticada através de exames laboratoriais específicos para diagnóstico da síndrome.

Para descobrir se a criança possui a SD, é necessário realizar alguns exames, onde destaca-se o principal: o estudo genético denominado cariótipo (estudo cromossômico). Esse exame é realizado a partir de amostras de sangue do bebê, colhidas logo após o nascimento, por meio da coleta do líquido amniótico ou do sangue presente no cordão umbilical, onde o mesmo determinará o tipo de SD que a criança apresentará¹¹.

Existem outros dois tipos de exames para diagnosticar a SD no pré-natal sendo estes o amniocentese e a translucência nugal (TN). Para Déa e Duarte¹¹:

A amniocentese é um método de diagnóstico pré-natal que consiste na punção transabdominal de uma pequena quantidade de líquido amniótico da bolsa amniótica para checar a saúde do bebê durante a gravidez. Esse procedimento pode ser realizado logo que exista quantidade suficiente do líquido amniótico em volta do feto. Para que possa ser recolhida uma amostra com segurança, o período ideal é entre 15 e 20 semanas de gestação.

Translucência nugal (TN) é um espaço com líquido (linfa) que pode ser observado na região

da nuca em fetos com três a quatro meses de gestação. Todos os fetos podem apresentar certa quantidade de linfa acumulada na região do pescoço, entre a pele e o plano profundo, até que ocorra o total amadurecimento dos vasos linfáticos, que acontece por volta de 14 a 16 semanas.¹¹

Após o diagnóstico obtido por exames, há outra incógnita em relação à SD que a criança apresentará, pois, estudos relatam 3 tipos existentes: a trissomia 21, a mosaico ou a translocação.

Conforme estudos realizados pelas autoras supracitadas a trissomia do cromossomo 21, “[...] é encontrada em 95% das pessoas com SD; também é chamada de trissomia livre ou por disfunção. No cariótipo, pode-se observar nitidamente o terceiro cromossomo causador da síndrome junto ao par de cromossomo 21”.¹¹

Na SD do tipo translocação “[...] existem três cromossomos no par 21. Porém, no cariótipo desse indivíduo, é possível notar que o cromossomo extra está conectado a outro cromossomo, normalmente ao cromossomo 14 ou a outro 21”¹¹.

Nessa perspectiva Déa e Duarte¹¹ mencionam que “[...] o mosaicismo está presente em cerca de 2% dos indivíduos com SD. Este é o único tipo de SD que não ocorre antes nem no momento da fertilização, mas nas primeiras divisões celulares após a fertilização”.

Os bebês que possuem algum tipo de SD ou que forem diagnosticados no exame pré-natal, vão apresentar atraso nos aspectos mentais, emocionais, sensitivos, motores, sensoriais, sociais e cognitivos. Sendo assim, esses bebês irão necessitar da estimulação precoce, podendo, ao longo das fases de desenvolvimento, e apresentar um maior nível de desenvolvimento nos aspectos acima citados.

A estimulação essencial é definida como uma técnica terapêutica que pretende abordar, diversos estímulos que podem intervir na maturação da criança com a finalidade de estimular e facilitar posturas que favorecem o desenvolvimento motor e cognitivo de crianças com alguma deficiência¹².

Para Werneck (1993) *apud* Paineras¹³, a estimulação precoce possui um valor muito significativo para a criança, podendo explorar os diversos tipos de possibilidades para experimentar e brincar com os diversos objetos existentes ao redor dela, incluindo a coordenação motora corporal, o uso dos sentidos, principalmente a visão a audição e o tato.

A estimulação é essencial para toda e qualquer criança, tendo ela atraso no desenvolvimento ou não. O atraso em si pode ter relações entre a carência de estimulação e de oportunidades que seriam adequadas de acordo com a idade, privação social e sensorial, ficando, a criança, com déficits no desenvolvimento¹³.

Segundo MAIS (2013), desenvolvido pelo Movimento Down toda criança precisa ser estimulada. Sendo essencial oferecer condições e um ambiente favorável desde o nascimento. Observando que cada criança possui um ritmo particular de desenvolvimento e este necessita ser respeitado para que seu desempenho seja satisfatório. É importante observar e respeitar o momento do bebê, escolhendo um ambiente acolhedor e propício para que o mesmo seja produtivo na sessão do atendimento da T.O

Lembrando que o principal intuito da estimulação precoce, não é de desenvolver o comportamento da criança e compará-la com aquelas sem deficiência, mas, descobrir, reduzir, resgatar ou compensar os déficits e seus resultados.¹⁴

A estimulação precoce foi conceituada pelo MEC como:

[...] o conjunto dinâmico de atividades e de recursos humanos e ambientais incentivadores que são destinados a proporcionar à criança, nos seus primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento no seu processo evolutivo¹⁴.

Comparando-se à citação acima, uma década após a publicação, Brêtas¹⁵ afirmou que:

[...] a estimulação nos primeiros anos de vida desempenha papel relevante no desenvolvimento da criança e pode condicionar o ritmo do crescimento de suas capacidades mentais. Há evidências de que o enriquecimento do ambiente, com a estimulação adequada e variada, acelera o desenvolvimento infantil¹⁵.

Nesse caso, pode-se afirmar que, quanto mais cedo for iniciada a estimulação precoce melhor e mais rápidos serão notados os resultados obtidos, podendo a criança progredir e concluir com mais facilidade as etapas do seu desenvolvimento.

A criança com SD desenvolvem, lentamente, no seu próprio tempo, todas fases que uma criança que não possui a síndrome desenvolveria, por isso, o profissional de Terapia Ocupacional (T.O) é solicitado, juntamente com a equipe multiprofissional (fonoaudiólogos, psicólogos, músico terapeutas, educador físico fisioterapeutas e psicopedagogos), para iniciar os primeiros passos do acompanhamento clínico. Primeiramente o T.O realiza uma entrevista (anamnese) com os pais/cuidadores onde os mesmos irão relatar os déficits da criança e a queixa principal, após a entrevista o T.O faz uma avaliação holística com o objetivo de delinear um plano de tratamento que seja adequado à demanda do nível de cada criança com SD.

A avaliação inicial é iniciada pela triagem, porém, envolvem outras quatro etapas, as quais devem ser utilizadas para a identificação de déficits em áreas e componentes de desempenho, para auxiliar desta forma, a identificação do diagnóstico em terapia ocupacional; sendo estas: a) triagem e avaliação inicial - revisão de registros de históricos médicos, entrevistas, testes e tarefas de triagem; b) identificação de modelos de tratamento - seleção de exames adequados a condição clínica observada; c) avaliação propriamente dita - entrevista estruturada, observação clínica, administração de tarefas e testes e estudo dos resultados e exames; d) identificação de problemas - sintetizar e interpretar os dados contidos nos exames e identificar déficits em áreas, componentes e contextos de desempenho para então realizar o diagnóstico da terapia ocupacional; e) desenvolvimento de plano de tratamento - seleção dos objetivos, metas e estratégias de intervenção baseadas no diagnóstico terapêutico ocupacional.¹⁶

O T.O utiliza diversas técnicas e métodos como instrumento de trabalho, sendo assim, o brincar passa a ser uma ferramenta fundamental, pois além de despertar o interesse a atenção

e a concentração da criança com SD, o profissional trabalhará a interação psicossocial, os aspectos cognitivos, as funções motoras e principalmente a ludicidade.

O contexto lúdico é muito importante no processo de aprendizagem e desenvolvimento, podendo, a criança com SD, desenvolver a imaginação e despertar o interesse de aprender através do brincar. A interação interpessoal, a socialização e o contato viso motor e sensitivo também são fundamentais na aprendizagem das crianças com SD, e são estratégias desenvolvidas a partir do lúdico aplicadas pelo profissional de T.O.

O ambiente em que a criança esta inserida é crucial para seu desenvolvimento. E de fundamental importância condições apropriadas para desenvolver e reaprender abastando do maior numero de estímulos possíveis. A terapia pode ser feita em todos os locais de convívio, sendo necessário a orientação familiar para que o mesmo ocorra. Devem ser traçadas estratégias que se adaptem a realidade cultural e socioeconômica dos mesmos.¹

É necessário que o Terapeuta Ocupacional repasse a família as orientações adequadas para auxiliar no desenvolvimento do paciente, pois haverá menores frutos dispendo da estimulação apenas pelos atendimentos prestados pelo profissional. O trabalho em conjunto é essencial entre a equipe multidisciplinar e família.

Ainda segundo Mattos e Bellani¹, um ambiente lúdico é fundamental para estimulação global. A brincadeira contribui para os processos de capacidades cognitivas, verbais e motora. Uma criança que não brinca pode deixar de desenvolver suas capacidades ingêntas e se tornar um adulto insultuoso, acanhado e temeroso.

A esse respeito, é preciso considerar que:

Dessa forma, a brincadeira, é uma forma de assimilação funcional e repetitiva que desenvolve hábitos e esquemas sensório-motores. Quando algo se estrutura como forma, é assimilado, tende a ser repetido, provoca prazer, satisfação e cria hábitos. Através da brincadeira, a aprendizagem torna-se função motivadora, motivo pelo qual, tanto o lúdico, como o ambiente no qual a criança está inserida, são relevantes para seu desenvolvimento. Ainda que a brincadeira do portador de SD seja semelhante à da criança típica, ela tende a ser menos explorativa, sendo importante estimulá-lo com brincadeiras, por exemplo, jogos com regras, para que se tenha uma participação efetiva através do brincar, no trabalho de estimulação de sua sensibilidade, postura e equilíbrio.¹

De acordo com os autores acima citados, cada criança tem sua singularidade, seu próprio ritmo de desenvolvimento. Apresentando seus pontos fortes e fracos. A criança com Síndrome de Down apresenta um atraso global, sendo necessária a estimulação para desenvolver-se.

Estimulação da T.O nas fases do desenvolvimento da criança com SD – De 0 a 6 meses

Nesse período o bebê aprende a ficar em decúbito lateral, dorsal e ventral. A posição em decúbito lateral facilita o brincar, pois estará olhando para a frente tendo a visão das suas próprias mãos que estarão juntas, e suas pernas (MAIS, 2015).

A hipotonia contribui para demora em sustentar a cabeça (controle do tronco) e há possível dificuldade em mamar (sucção). Por esse motivo é de fundamental importância exercícios para fortalecer os músculos¹⁷.

Nesta mesma fase, MAIS¹⁷ afirma que, o bebê ganha mais percepção do que acontece a sua volta e se direciona para participar. Permanece acordado por mais tempo. Está mais interessado em pessoas e brinquedos e consegue relacionar-se melhor. Ganha força e já é capaz de usar o corpo de forma mais dinâmica. Aprende a se movimentar e repetir movimentos. As habilidades motoras devem ser focadas nesse momento.

O T.O desenvolve estratégias para conseguir trabalhar a postura do bebê proporcionando a ele um ganho maior em habilidades futuras como o sentar, o engatinhar, o agarrar entre outras.

Para isso o profissional poderá aplicar atividades para controle cervical utilizando o método Bobath, deitar o bebê para poder explorar mãos e pés, virar o bebê de decúbito ventral para que ele possa começar a ter o apoio dos braços e das mãos, fixação do olhar com movimentos ativos da cabeça, cantar músicas ou imitar animais também são estratégias usadas pelo T.O para conseguir prender a atenção do bebê, brinquedos ou objetos que possuem algum som ou luz, também poderão ser utilizados para chamar a atenção e assim conseguir o estímulo visual e auditivo, percepção tátil, com objetos de várias texturas, cores e formas.

Segundo Jerusalinsky¹⁸ o terapeuta é:

“[...] alguém que está em condições de sustentar, naqueles que rodeiam efetivamente a criança em sua vida habitual, as operações necessárias para o desdobramento deste processo. Ou bem, segundo os casos, providenciar as substituições necessárias”¹⁸

De 6 a 9 meses

Durante esse período o bebê pode surpreender com o ganho de habilidades conquistadas desde os primeiros estímulos.¹⁷

Para o bebê tudo é novidade, e com o passar do tempo ele vai descobrindo suas capacidades de sempre conquistar algo a mais. Nessa fase é necessário deixar a criança se sentir mais livre, deixando-a mais tempo no chão, mas sempre sobre supervisão de seus pais ou algum adulto responsável. Tudo que for achado vai ser lavado a boca.¹⁷

No chão a criança tentará movimentar-se, e perceberá que se não fizer isso não conseguirá o que almeja, e nesse momento é muito importante que tenha um adulto para poder incentivar e auxiliar na realização de alguns movimentos. O ideal é que seja um ambiente propício para o brincar.¹⁷

O T.O utiliza brinquedos e a ludicidade como ferramentas de trabalho para que a criança desperte interesse e a imaginação, sem esforços, apenas com estímulos, e o aprender passa a ser divertido.

“Os brinquedos são muito mais que simples objetos para entreter. São ferramentas que, quando adequados à etapa de desenvolvimento da criança, permitem estimular de forma correta as competências dela”.¹⁷

A Terapia Ocupacional busca favorecer o desempenho ocupacional da criança, focando o desenvolvimento necessário das habilidades adequadas a sua faixa etária, proporcionando ações através da brincadeira, cuja importância se verifica não somente por ser vista como meio para atingir a melhora dos componentes de desempenho, mas porque a brincadeira é entendida, também, como atividade lúdica, integrando a área de desenvolvimento do brincar.⁸

Nessa fase, de acordo com os autores citados acima, as habilidades a serem focadas do desenvolvimento são:

- Estimular a habilidade e a coordenação de movimentos de deslocamento do bebê, como girar para alcançar ou procurar algum brinquedo;
- Potencializar a coordenação motora do bebê;
- Ajudá-lo a conseguir ficar sentado com suporte e também a sair da posição sentado com suporte;
- Estimulá-lo a arrastar, engatinhar e também a ficar de pé com apoio;
- Colocá-lo sentado no banquinho, e ajudá-lo no controle de tronco¹⁷

De 9 a 12 meses

Durante essa fase, o bebê conseguirá realizar atividades sem precisar do auxílio de um adulto. “Essas habilidades farão dele uma criança independente e capaz de explorar a si próprio e o ambiente que o cerca. A ordem de habilidades que ele vai aprender vai ser influenciada pelos seus interesses e pela sua força”¹⁷

Se o bebê for observador, ele vai ficar o maior tempo possível focado em brincar sentado em um só lugar. Se seus braços e pernas estiverem fortes e o bebê conseguir se apoiar, ele poderá ficar em quatro apoios e de pé.¹⁷

Nessa fase o T.O explora as habilidades motoras como:

- Estimular a motricidade de suas extremidades superiores
- Desenvolver suas habilidades motoras e de coordenação para sentar sem apoio.
- Estimular a coordenação de movimento de deslocamento do bebê – Engatinhar.
- Iniciar a estimulação: ficar de pé com apoio e puxar-se para ficar de pé, e de pé sentar-se no chão.
- Estimular a criatividade¹⁷

O T.O trabalha as atividades de vida diárias (AVD's) como alimentar-se, usando recursos e tecnologias assistivas (TA) que podem ser comestíveis incentivando o bebê a levar o alimento a boca. Nesse caso é necessário que a criança esteja sentada em uma mesa que corresponda à sua altura, e que os pés estejam bem apoiados e alinhados.

O T.O irá oferecer o alimento a criança, podendo este ser uma gelatina, um iogurte, macarrão ou suco, desde que seja um alimento que a criança possa comer. O T.O poderá colocar uma colher à mesa e observar como a criança irá conduzir o alimento, como está segurando

o talher, como está sendo o movimento de levar até a boca, caso este não esteja sendo executado corretamente o T.O poderá verbalizar orientando a criança e auxiliando para que o faça de maneira adequada, e sempre que concluído parabenizar a criança incentivando a mesma.

[...] o terapeuta em estimulação precoce terá que relevar provisoriamente as funções parentais com a finalidade primordial de provocar a inscrição da paixão de objeto, geradora da força psíquica, do entusiasmo de viver.¹⁹

Lembrando que cada criança tem seu próprio ritmo, ordem de maestria e será influenciada por seus interesses.¹⁷

De 12 a 18 meses

Nessa etapa, a criança ganha mais autonomia interagindo com todos os membros da família. É importante conversar muito com o bebê, dançar e incentivar a balbuciar os primeiros sons e as primeiras palavra, começa a engatinhar e dar os primeiros passos. Começa a ficar mais interessado no meio onde vive respondendo melhor à estímulos e comandos.¹⁷

“Para que isso ocorra, a criança precisa se sentir confiante através da segurança e do equilíbrio que pais, profissionais e cuidadores estarão dispostos a passar a ela¹⁷.

Conforme o autor acima citado, nesta fase podem ser desenvolvidas habilidades como:

- Sentar-se sem apoio;
- Engatinhar;
- Estimular a capacidade de observação;
- Estimular a identificação e a localização de diversos objetos;
- Aumentar sua habilidade para manipular objetos;
- Melhorar o sentido do equilíbrio;
- Trabalhar o andar;
- Ensinar a manter o equilíbrio;
- Melhorar a coordenação, o equilíbrio e a estabilidade¹⁷.

O T.O desenvolve estratégias com o bebê a partir das suas habilidades mais evidentes, de forma a promover as tentativas de engatinhar, sentar, andar, que ele começará a ter e desenvolver os primeiros experimentos corporais, dificultados pelo padrão motor sucedido da patologia. O bebê deve ser incentivado ao desejo de brincar com os pais/cuidador, a explorar os brinquedos, pois é nesta parte da curiosidade que o bebê encontrará entusiasmo para mover seu corpo fragilizado²⁰.

O Terapeuta Ocupacional começa a trabalhar noção de tempo e cronologia, interação social com a participação de outras crianças, emoção diante de uma situação, estimulação sensorial com objetos e brinquedos com texturas variadas, coordenação motora grossa e fina com brinquedos e objetos de espessuras variadas, coordenação olho mão, promover bom controle de tronco com auxílio do método Bobath, reação postural, coordenação uni e bi manual, orien-

tação espacial, encaixe, resolução de problemas, noções básicas como: quantidade, profundidade e tamanho, raciocínio lógico, estimular curiosidade escondendo objetos, incentivar o trabalho de adequação postural (linha média), orientação visual e espacial.¹⁷

De 18 a 24 meses

Nessa etapa a criança está mais confiante no que pode fazer, apresenta curiosidade e está muito mais ativo no ambiente em que vive. O seu corpo começará a adquirir habilidades e isso irá motivá-lo a alcançar alguns dos principais objetivos do desenvolvimento motor como “arrastar”, engatinhar e finalmente andar.¹⁷

Esta é a fase em que a criança desenvolve outros meios de se locomover, e o interesse pelo andar começa a aparecer. Para isso, ela precisa ter equilíbrio, coordenação, concentração, noção espacial, lateralidade e psicomotricidade para poder aventurar-se no caminhar.¹⁷

“Caminhar não deixa de ser um desequilibrar e reequilibrar a todo momento. Muitas vezes a criança passa por um período de ficar de pe(equilíbrio dinâmico), para depois então começar a caminhar, quando estiver segura e confiante”.¹⁷

Nesse período a criança já começa a tentar se levantar com algum objeto na mão, caso ela sentir maior segurança em si mesma vai ficar de pé apoiada em algum móvel, irá expressar-se melhor demonstrando suas vontades sendo elas positivas ou negativas, e os pais, também, passarão a compreender mais essas vontades.¹⁷

A organização espacial representa a orientação do indivíduo no espaço tendo como referência primeiro a si mesmo para posteriormente em relação aos objetos e/ou pessoas estáticos e em movimento. Todas as modalidades sensoriais participam na percepção espacial, e esta garante ao ser humano a evolução de comportamentos essenciais relativos à mobilidade, orientação e exploração^{21,22}

Nesse período o Terapeuta Ocupacional trabalha atividades com o objetivo de desenvolver o sentido proprioceptivo, habilidades motoras básicas, equilíbrio, exploração do ambiente, noção espacial, planejamento motor, destreza de membros superiores, força e arremesso, observação, atenção e raciocínio, lateralidade, coordenação mão- olho, coordenação motora fina, sensibilidade tátil¹⁷.

De 24 a 30 meses

Nessa fase a criança está mais atenta e mostra sua personalidade(autonomia). A vontade de explorar o mundo aumenta e isso é importante para estimulação. Nessa fase é importante trabalhar limites e regras e, também, a repetição para que tudo seja fixado. É fundamental orientar os pais para que não tenham proteção excessiva pois esse comportamento só restringe o desenvolvimento da criança, pois a mesma precisa ser incentivada e encorajada na tomada de decisões.¹⁷

Quando dado um comando é necessário repetir várias vezes a mesma coisa, preferencialmente abaixando-se à altura da criança olhando-a sempre de frente para que a mesma demonstre atenção e compreenda o que queremos dizer.¹⁷

As diferentes experiências com a atividade, em ambientes que frequenta e os tipos de relações que estabelece com outras pessoas (professor, família, amigos) contribuem para o aperfeiçoamento do seu desenvolvimento. E na medida em que a criança avança em seus estágios evolutivos, as atividades lúdicas vão se tornando mais consistentes, facilitando a interação com os adultos.²³

O Terapeuta Ocupacional nesta fase é fundamental para estimular o controle psicomotor, exploração do ambiente, equilíbrio, treinar observação, velocidade e movimento, resolução de problemas, expressão artística, equilíbrio, expressão emocional, quantidade, estimulação sensorial, estimular as habilidades cognitivas, desenvolver a expressão emocional, aprender a distinguir e caracterizar as emoções no outro, ajudar a desenvolver a linguagem e o vocabulário, trabalhar percepção visual, ajudar a discriminar cores, estimular o desenvolvimento motor fino e grosso, favorecer a percepção ocular da criança, aumentar suas habilidades em manipular objetos, estimular as expressões emocionais, desenvolver a construção da identidade pessoal e da identidade do outro, explorar o esquema corporal, estimular a exploração sensitiva, estabelecer relações e vínculos afetivos entre criança e adultos e exercitar capacidade motora simples.¹⁷

De 30 a 36 meses

Nessa etapa, para ela a criança, “[...]o mundo ao seu redor é um universo a ser descoberto, tudo o que você fizer e as pessoas que estarão à sua volta servirão de inspiração para o seu comportamento”¹⁷.

Nessa fase a criança com SD irá imitar tudo e todos que tiverem convívio, sejam irmão mais novos ou mais velhos ou alguma outra criança que da sua faixa etária e até mesmo adultos, o que a criança perceber que é interessante a ela e chamar sua atenção, mais cedo ou mais tarde ela irá imitar¹⁷.

[...] nessa fase pode-se identificar crianças com dificuldades em realizar movimentos que são típicos da sua idade cronológica. Essas dificuldades podemos estar relacionadas com o atraso no desenvolvimento psicomotor. A formação e estruturação do esquema corporal se relaciona quando existe uma harmonia no ser corpo, ser mente e ser ambiente.^{24,25}

A cada dia que passar a criança com SD apresentará e buscará autonomia e independência. Sendo assim os pais e profissionais responsáveis pela estimulação terão o dever de proporcionar ferramentas e oportunidades para que isso ocorra, possibilitando à criança uma vida futura mais sociável e bem-estar.¹⁷

“Deixe que ele explore os brinquedos, a comida, o ambiente ao seu redor, supervisione de perto e acredite que todo esse estímulo que ele está recebendo terá um resultado surpreendente no futuro”.¹⁷

Considerando-se o brincar como o fazer e o papel ocupacional da criança, observa-se no terapeuta ocupacional, como estudioso do fazer humano, um profissional capacitado para analisar e avaliar o brincar, podendo planejar intervenções e obter informações sobre as competências cognitivas, motoras e sociais da criança.²⁶

Nessa fase o T.O trabalha a consciência corporal, ensinar a realizar atividades em conjunto desenvolvendo a socialização, percepção ocular, concentração, estimular imaginação e criatividade a partir do lúdico, exploração de possibilidades e estratégias motoras, equilíbrio, aperfeiçoar motricidade, noção espacial, memória, distinguir formas, resolução de problemas, estimular a imaginação e coordenação óculo-manual¹⁷.

CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento desse presente trabalho, pode-se concluir que a Síndrome de Down pode ser diagnosticada desde a fase embrionária (pré-natal), com exames clínicos específicos para a síndrome (amniocentese e translucência nugal), ressaltando que existe também o cariótipo, sendo esse o exame mais preciso realizado logo nos primeiros dias de vida do bebê (pós-parto).

Com esses exames são classificados os tipos de síndrome, podendo ser Síndrome de Down sem fator associado, considerada grau leve, Síndrome de Down do tipo translocação considerada moderada e a Síndrome de Down do tipo mosaicismo considerada como intensa.

Logo após o diagnóstico do exame os pais são orientados a buscar profissionais qualificados para intervir e iniciar a estimulação precoce no bebê. Esses profissionais fazem parte de uma equipe multidisciplinar que desenvolvem planos de tratamento específicos para cada diagnóstico, destacando-se o profissional da Terapia Ocupacional que é o responsável na reinserção do contexto social e familiar afetivo, desenvolvendo os aspectos cognitivos da criança, intervindo na reabilitação sensorio motora, sensitiva e proprioceptiva.

O Terapeuta Ocupacional exerce um papel de extrema importância na estimulação precoce em crianças com Síndrome de Down, uma vez que, a mesma é de suma importância logo nos primeiros meses de vida.

Foi descrito a participação da família/cuidador em todo o processo como fator imprescindível no plano de estimulação precoce, que é desenvolvido pelo Terapeuta Ocupacional juntamente com os demais profissionais da equipe multidisciplinar envolvidos.

Como foi visto, deve-se voltar a atenção mais abrangente na estimulação precoce em crianças com Síndrome de Down, dando uma atenção mais abrangente à atuação do Terapeuta Ocupacional, sendo ele o principal profissional por reabilitar e promover a funcionalidade através do brincar, podendo orientar os pais/cuidador sobre os cuidados necessários, na fase dos 0 aos 3 anos, do bebê com Síndrome de Down.

Diante dos fatores apresentados, pode-se concluir que o trabalho do Terapeuta Ocupacional tem papel indispensável, podendo ele orientar a família/ cuidador acerca dos estímulos e de todo cuidado no processo de desenvolvimento da criança como sujeito, proporcionando a ela maior independência e melhor qualidade de vida.

O Terapeuta Ocupacional contribui quando um desafio físico, mental e/ou social interfere na capacidade da criança com SD desenvolver-se no dia-a-dia. Utiliza de métodos e técnicas específicos, sempre levando em consideração que cada criança tem seu próprio ritmo de desenvolvimento e singularidade. Desenvolve estratégias através do lúdico para estimular a criança, o brincar é essencial no processo de reabilitação e estimulação infantil. Este profissional reabilita na prevenção dos atrasos de desenvolvimento como interação psicossocial, os aspectos cognitivos e desempenhos motores na criança com Síndrome de Down.

REFERÊNCIAS

1. Mattos B, Bellani C. A importância da estimulação precoce em bebês portadores de Síndrome de Down: revisão de literatura. *Rev. Bras. Terap. e Saúde*, Curitiba 2010;1(1):51-63.
2. Mancini MC, Fiusa PM, Rebelo JM, Magalhães LC, Coelho ZAC, Paixão ML, Gontijo APB, Fonseca ST. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2002;60(2-8):446- 452.
3. Takatori M, Bomtempo E, Benetton M. O brincar e a criança com deficiência física: a construção inicial de uma história em terapia ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 2001;9(2).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Estimulação Precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília, 2016. 7p.
5. Herren H, Herren MP. Estimulação Psicomotora Precoce. São Paulo: Artes Médicas, 1986.
6. Araki IPM, Bagagi PS. Síndrome de Down e o seu desenvolvimento motor. Editora: FAEF. São Paulo, 2014. Disponível em: < http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/QeR5kv0R-qMm58xn_2014-11-7-17-54-6.pdf> Visitado em: 12 de setembro de 2017.
7. Prado AE. Estimulação para crianças com Síndrome de Down. São Paulo, 2013. Disponível em: < <http://terapiacupacional-bethprado.blogspot.com.br/2013/04/>> Visitado em: 20 de outubro de 2017.
8. Grigolatto T. et al. Intervenção Terapêutica Ocupacional em CTI Pediátrico: um estudo de caso. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos 2008;16(1):37-46.
9. Gil A. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas,2008. 51p.
10. Castro ASA, Pimentel SC. Atendimento educacional específico Síndrome de Down: desafios e perspectivas na inclusão escolar. In: Díaz F et al., orgs. *Educação inclusiva, deficiência e contexto social: questões contemporâneas* [online]. Salvador: EDUFBA, 2009, pp. 303-312. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/rp6gk/pdf/diaz-9788523209285-28.pdf>> Acesso em: 23 outubro 2017.
11. Déa VHSD, Duarte E. Síndrome de Down: Informações, caminhos e histórias de amor. Editora: Phorte; São Paulo, 2009.
12. Ribeiro BR. Disfunção visual. In: Cavalcanti A, Galvão C. *Terapia ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 399-413.
13. Paineiras LL. Narrativas sobre a estimulação precoce evidenciando as particularidades da criança portadora de síndrome alcoólica fetal (SAF). 2005. 142 f. Dissertação (Mestrado em saúde da Crian-

- ça) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
14. Brasil. Secretaria de Educação Especial. Diretrizes educacionais para a Estimulação Precoce: o portador de necessidades educativas especiais. Série Diretrizes. Realizada dentro do acordo MEC/UNESCO. 48 p. Brasília: MEC, 1995.
 15. Brêtas JRS. Cuidados com o desenvolvimento psicomotor e emocional da criança: do nascimento a três anos de idade. 1ª ed., São Paulo: Iátria; 2006.
 16. Pedretti LW, Early MB. Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas. Editora: Roca, Brasil, 2005.
 17. Rio de Janeiro, Movimento de Ação e Inovação Social – MAIS. Guia de Estimulação para bebês com Síndrome de Down. Rio de Janeiro, 2013/2014/2015.
 18. Jerusalinsky A et al. Escritos da Criança. Porto Alegre: Linus Editores, 1998. N. 5
 19. Molina, S. In JERUSALINSKY, Alfredo, et al. Escritos da Criança. Porto Alegre: Linus Editores, 1998. n. 5.
 20. Franceschi DZ, Peruzzolo DL. A Intervenção em Estimulação Precoce com Ênfase na Relação Mãe/Bebê – Estudo de Caso. PERSPECTIVA, Erechim. 2011;35(129):113-120.
 21. Rosa-Neto F. Manual de avaliação motora. Porto Alegre: ArtMed, 2002.
 22. Fonseca FR, Beltrame TS, Tkac CM. Relação entre o nível de desenvolvimento motor e variáveis do contexto de desenvolvimento de crianças. Revista da Educação Física, Maringá, 2008;19(2):183-194.
 23. Santos SMP. Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos. Petrópolis: Vozes, 2002.
 24. Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional, fundamentação & prática. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007.
 25. Coutinho JA, Zulian MAR. A Intervenção da Terapia Ocupacional no Atraso no Desenvolvimento Psicomotor. São Paulo, 2008.
 26. Knox S. Avaliação lúdica de pré-escolares: a escala Knox. In: Parham LD, Fazio LS. A recreação na terapia ocupacional pediátrica. São Paulo: Santos, 2002. p. 2-22.