



FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
TERAPIA OCUPACIONAL

**INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA
SÍNDROME DE DOWN COM ESTIMULAÇÃO
PRECOCE**

Jordana Vieira Ramos
Thiago Henrique F. de Carvalho

Orientadora: Prof^a. Esp. Wânia Ferreira

Trindade - GO
2015



FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES

TERAPIA OCUPACIONAL

**INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA
SÍNDROME DE DOWN COM ESTIMULAÇÃO PRECOCE**

Jordana Vieira Ramos

Thiago Henrique F. de Carvalho

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Terapia
Ocupacional.

Orientadora: Prof^a. Esp. Wânia Ferreira

Trindade - GO

2015

**Jordana Vieira Ramos
Thiago Henrique F. de Carvalho**

INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA SÍNDROME DE DOWN COM ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Terapia Ocupacional, aprovada pela
seguinte banca examinadora:

_ Prof. Esp. Wânia Ferreira
Faculdade União de Goyazes

_ Prof.Esp. Cleusa Pinto de Almeida

_ Prof. Esp. Glaucia Veiga

Trindade-GO
09/12/2015

**“Muitas coisas podem
esperar, uma criança não.
Neste momento os seus**

**ossos estão crescendo, seus
sentidos se desenvolvendo,
para ela não existe o
amanhã. Seu tempo se
chama hoje”.**

Gabriela Mistral

**INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA
SÍNDROME DE DOWN COM ESTIMULAÇÃO PRECOCE**

Jordana Vieira Ramos¹
Thiago Henrique F. de Carvalho²
Wânia Ferreira³

RESUMO

O objetivo da presente pesquisa bibliográfica foi descrever a relevância da estimulação precoce para a criança com Síndrome de Down durante seu desenvolvimento e na aquisição de suas habilidades e mostrar como a terapia ocupacional poderá contribuir para que estas crianças possam se desenvolver, recuperando e/ou mantendo habilidades que elas precisam para desempenhar as AVD's (atividades da vida diárias) se relacionando de forma independente e ativa com o meio em que vive. Apresentar, também alguns aspectos históricos sobre a síndrome de Down. Mostrar os tipos de estímulos que podem contribuir para um melhor desenvolvimento neuropsicomotor da criança com SD e demonstrar a forma de atuação do profissional de Terapia ocupacional e suas estratégias para a estimulação precoce em crianças com Síndrome de Down.

Palavras-chave: Síndrome de Down. Terapia ocupacional. Desenvolvimento.
Crianças. Estímulos.

ABSTRACT

The aim of this study was through literature searches, describe the importance of early intervention for children with Down syndrome during its development and the acquisition of skills and show how occupational therapy can help these children can develop, recovering or keeping skills they need to perform AVD's (activities of daily living) relating to independently and actively with the environment they live in . Also submit some historical aspects about Down syndrome. Show the types of stimuli that can contribute to a better psychomotor development of children with Down syndrome and demonstrate how to professional practice of occupational therapy and its strategies for early stimulation in children with DS.

Keywords: Down Syndrome. Occupational Therapy. Early stimulation. Development.

Children.

¹Acadêmica do Curso de Terapia Ocupacional, Jordana Vieira Ramos, Faculdade União de Goyazes.

²Acadêmico do Curso de Terapia Ocupacional, Thiago Henrique F. de Carvalho, Faculdade União de Goyazes. ³Orientador: Prof. Esp. Wânia Ferreira da Faculdade União de Goyazes.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down se caracteriza pelo desenvolvimento um pouco mais lento das funções motoras e intelectuais. No entanto, apesar de alguns aspectos em comum, cada indivíduo é diferente e vai apresentar um padrão distinto de desenvolvimento (HOLLE, 1979).

Segundo Lima (1984), a Síndrome de Down - SD é decorrente de uma alteração genética na trissomia do cromossomo 21, ocorrendo com frequência de um caso para seis centos nascimentos normais.

O desenvolvimento motor da criança com Síndrome De Down apresenta um atraso nas aquisições de marcos motores básicos, e isto seria atribuído às alterações do sistema nervoso decorrentes da síndrome, dificultando a produção e o controle de ativações musculares apropriadas. Segundo Araújo (2007); Scartezini (2007), além do atraso nas questões motoras, a criança com Síndrome Down, apresenta dificuldades de adaptação social, de integração perceptiva, cognitiva e proprioceptiva.

De acordo com Holle (1979), a maior parte das crianças com Síndrome de Down tem retardo mental de leve a moderado, existindo uma grande variação na capacidade mental e no processo de desenvolvimento. Enquanto uma criança sem síndrome costuma caminhar com 12 a 14 meses de idade, as crianças afetadas pela síndrome geralmente aprendem a andar com 15 a 36 meses, e o desenvolvimento da linguagem também é bastante atrasado.

Ainda Holle (1979), a criança com a síndrome, deve ser estimulada precocemente, tendo como meta o seu desenvolvimento motor e intelectual. O ideal é que a intervenção tenha início com 15 dias após o nascimento, desde cedo iniciando a estimulação, a criança responderá ao tratamento de maneira

espontânea, criativa e afetiva.

O Terapeuta Ocupacional procura atuar tanto na estimulação e aquisição de habilidades motoras finas, intelectuais e afetivas quanto nas atividades diárias que elas desenvolvem com sua família. Sua interferência é de suma importância para ajudar a criança com Síndrome de Down a se relacionar com o meio, intermediando e facilitando esse encontro – ou seja, ele é um especialista em ajudar as famílias a

6

adaptar o ambiente para que a criança possa viver o dia a dia com confiança e se integrar à vida familiar (PUESCHEL, 1995).

É relevante a estimulação precoce para a criança com síndrome de Down durante seu desenvolvimento e na aquisição de suas habilidades e estas estimulações irão contribuir muito para que a criança com a Síndrome de Down venha a atingir novas fases no desenvolvimento, reparando seu atraso motor. Uma série de exercícios e atividades possibilitará que a mesma desenvolva suas capacidades motoras e de linguagem. Herren e Herren (1986), ressaltam ser de suma importância para qualquer criança a estimulação precoce, (com ou sem atraso no desenvolvimento), e no caso, é importante não fixar idades para a aquisição de habilidades, pois há grande variação no desenvolvimento das crianças com síndrome de Down.

A Terapia Ocupacional utiliza atividades lúdicas como um instrumento terapêutico para avaliar e tratar pessoas que tenham algum tipo de dificuldade seja no aspecto físico, mental ou social, que esteja interferindo no seu cotidiano. Ela tem por objetivo primordial, proporcionar funcionalidade e o máximo de independência possível nos espaços de vivência do portador de Síndrome de Down.

Os indivíduos portadores de Síndrome de Down, cujo desenvolvimento motor é mais lento, podem executar diversas tarefas, mesmo de forma tardia, e atingir fases significativas de raciocínio e desenvolvimento, a partir de estimulações específicas a sua situação. E a realização de técnicas, jogos, atividades terapêuticas lúdicas e outros instrumentos de estímulo cerebral que favorecerá o desenvolvimento da criança com tal síndrome, parte do princípio, que nada se aprende sem o pegar, manipular, sentir construir, diferenciar, potencializando seu lado intelectual, físico e emocional (SILVA, 2003).

De acordo com Brandão (1991), o trabalho de estimulação precoce tem como princípio básico, o acompanhamento clínico-terapêutico de crianças e bebês

de alto risco e com patologia orgânica, na direção de propiciar, na intervenção junto a estes e sua família, que os fatores estruturais (maturação, estruturação psíquica e cognitiva) e instrumentais (linguagem e comunicação, brincar, aprendizagem, psicomotricidade, início da autonomia e socialização), possam se articular de forma que a criança consiga o melhor desenvolvimento possível. O ponto central de

7

referência é a estruturação ou reestruturação da função materna, abrindo espaço para a constituição da criança como sujeito psíquico de auto-significar-se. A estimulação precoce é uma série de exercícios para desenvolver as capacidades da criança, de acordo com a fase do desenvolvimento em que ela se encontra. Não se trata de atividades confusas, mas de uma série de ações que toda pessoa faz rotineiramente com os bebês, além de outras atividades mais específicas que se pode aprender facilmente. A maior parte dos programas de estimulação precoce são direcionados a crianças de 0 a 3 anos. Normalmente 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 (HERREN e HERREN, 1986).

De acordo com Herren (1986) as alterações apresentadas por crianças portadoras de Síndrome de Down podem se manifestar funcionalmente, interferindo na capacidade das mesmas de desempenhar, de forma independente, diversas atividades e tarefas da rotina diária.

Apresentar a importância do trabalho que o terapeuta ocupacional pode desenvolver junto à criança com Síndrome de Down, foi uma das razões para que essa pesquisa bibliográfica fosse realizada, considerando suas limitações, principalmente no aspecto intelectual; cientes que, quando bem estimuladas, podem vir a ter uma vida de maior independência, de acordo com Silva e Bolsanello (2000), com estudos de crianças com a síndrome, entre quatro meses e quatro anos de idade, que participavam de programas de estimulação, buscando analisar as construções cognitivas no período sensório motor. Em suas conclusões enfatizam que, uma estimulação bem estruturada pode gerar o desenvolvimento da criança com Síndrome de Down, minimizando suas dificuldades e comprovando a possibilidade de plasticidade.

Desta forma o presente trabalho, feito a partir de uma revisão bibliográfica vem descrever a relevância da estimulação precoce para a criança com Síndrome de Down durante seu desenvolvimento e na aquisição de suas habilidades, bem como, apresentar alguns aspectos clínicos sobre a síndrome, ressaltando a importância da estimulação e da Terapia Ocupacional como contribuição para um melhor desenvolvimento neuropsicomotor da criança com essa patologia.

8

1.1 - MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é uma revisão bibliográfica que foi realizada por meio de buscas em base de dados dos sites disponíveis na internet, referente ao tema (publicados no período de 2000 a 2014), levantamento bibliográficos de materiais científicos, livros e trabalhos científicos da biblioteca da FUG – Faculdade União de Goyazes. Também se utilizou materiais de acervo pessoal e análises de conteúdo da revista Terapia Ocupacional da UFSP, destinada a divulgação de trabalhos oriundos de pesquisas científicas originais no campo da Terapia Ocupacional atividade na formação do terapeuta ocupacional.

Foram utilizados livros para complementar os estudos, selecionados a partir dos que retratavam o assunto sobre Estimulação Precoce e Síndrome de Down.

1.2 - REFERENCIAL TEÓRICO

Os principais teóricos abordados neste trabalho são Silva (2003); Herren (1986); Puesche (1995), Lefèvre (1981), Goldberg (2002) autores que evidenciam as limitações da criança com Síndrome de Down e a importância da estimulação como atividade, que vai fortalecer e enriquecer o desenvolvimento físico, mental e social da criança, devendo ser realizado de forma correta e coerente, respeitando suas particularidades precoces, para o desenvolvimento de habilidades, colocando a Terapia Ocupacional como fator principal.

De acordo com Lefèvre (1981), a criança com Síndrome de Down, apresenta como anormalidade básica a presença de uma quantidade extra de material do

cromossomo 21, onde toda a condição do paciente é causada por este excesso de material genético, pois a maioria dos afetados possui um cromossomo extra, em todas as células do organismo. Ao invés de ter um par de cromossomos 21 (um proveniente da mãe e outro do pai), o paciente tem três cromossomos 21, por isso denominada trissomia 21. Assim entende-se que as pessoas com Síndrome de Down, apresentam várias consequências do excesso de material genético,

9

proporcionando dificuldades na aprendizagem de certas tarefas, na sua consolidação e precisando de muita repetição e prática, pois esquecem com facilidade o que aprendem, e necessitam oportunidades para consolidar o que aprenderam.

Nos estudos de Goldberg (2002), o desenvolvimento motor das crianças com Síndrome de Down, é parecido com as de crianças consideradas normais. A única diferença são as etapas, que se apresentam lentas. Sabe-se que o desenvolvimento sensório motor começa com movimentos das mãos e do corpo da criança, quando ela descobre seu rosto, seu corpo. Ela conhece sua mão e os dedos, colocando-os na boca, juntando as mãos e brincando com elas. Aprende através de texturas, formas e temperatura dos objetos, tocando-os e levando a boca; conhece seu próprio tamanho quando alcança objetos e pessoas, quando engatinha por baixo dos móveis ou quando sobe neles. Enfim, elas descobrem seu ambiente, indo de um lugar para outro, rolando e se arrastando, engatinhando e mais tarde andando.

De acordo com Silva (2003), afirma que as crianças com Síndrome de Down apresentam atrasos nas aquisições de marcos motores básicos tais como sorrir, balbuciar, falar, sustentar a cabeça, segurar objetos, rolar, sentar e andar. Esse atraso pode estar associado a um pobre desenvolvimento da combinação de habilidades básicas, além de dificuldades para formar e selecionar programas motores.

2 - DISCUSSÃO E RESULTADOS

2.1 – Características Gerais das Crianças com Síndrome de Down

De acordo com Chiviacowsky et al. (2012), a Síndrome de Down está associada a mudanças na anatomia corporal e no desenvolvimento cognitivo, resultando em padrões de movimentos atípicos. Esses indivíduos apresentam atraso nas aquisições de marcos motores básicos, respostas verbais e gráficas são mais lentas devido as suas limitações pelos aspectos internos (déficits na memória de

10

curto prazo, hipoplasia cerebelar, motivação, processos interativos) (MARTINS et al., 2013; ARAÚJO et al., 2007; MANCINI et al., 2003).

Berthold et al. (2004), descreveram as características gerais dos indivíduos com Síndrome de Down presentes na literatura. Nos olhos foi observada fissura palpebral oblíqua e prega epicântica larga, além de alterações visuais como estrabismo e catarata em 15 a 20% dos portadores. O pescoço foi descrito como largo, curto e com pele abundante. As orelhas proeminentes, mal formadas, com lóbulos pequenos ou ausentes e com baixa implantação. Em relação à audição foi dito que o conduto auditivo interno é estreito e, por isso, a perda de audição durante a infância pode ocorrer em 78% dos casos. O nariz apresentou-se pequeno, com ampla ponte nasal e parte óssea superior achatada. As mãos mostraram-se largas e curtas, com prega palmar única e os dedos curtos e grossos (braquidactilia), o quinto dedo pode apresentar-se curvado (clinodactilia) e com prega simiesca em 45% dos casos.

No tórax, por sua vez, há a cifose dorso lombar, forma de peito de pombo e ocorrência de anomalias cardíacas em 40% dos casos. As genitálias são pouco desenvolvidas, mas geralmente não são estéreis. Os pés apresentam um espaçamento excessivo entre o primeiro e o segundo dedo, sindactilia (fusão) entre o segundo e o terceiro dedo. Em relação às articulações e músculos notou-se hipotonia muscular, reflexo patelar diminuído, displasia da pélvis, ausência do reflexo de Moro em recém nascidos, o sistema nervoso possui plasticidade ou velocidade de maturação neuronal reduzida e limitada, cerca de 8% apresentam distúrbios convulsivos, sendo os lobos frontais pequenos, os occipitais encurtados, redução secundária dos sulcos e cerebelo pequeno.

De acordo com Schwartzman (1999), as principais alterações que podemos observar são: cardiopatias, baixa estatura, comprimento reduzido do fêmur e úmero,

atresia duodenal, bexiga pequena e hipercongénica, ventriculomegalia cerebral, hidronefrose e diformismo na face e nos ombros.

Uma característica marcante das crianças com Síndrome de Down é a desaceleração do Sistema Nervoso Central que tende a melhorar espontaneamente, pois o mesmo que lento, está em processo contínuo de amadurecimento (PUESCHEL, 1995). O cérebro é reduzido em peso e volume principalmente no lobo frontal (responsável pelo pensamento, linguagem e conduta), no tronco cerebral

11

(responsável pela atenção e vigília) e no cerebelo (responsável pelo equilíbrio e tônus).

A fraqueza muscular é uma manifestação clínica típica que pode ocasionar dificuldades para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD's), como se trocar, comer, manipular objetos; além da alteração da marcha, resultando em compensações, devido à perda de velocidade, da amplitude de movimento, queda passiva do pé, atraso no balanço inicial e inclinação do tronco durante a deambulação (BORSATTI et al., 2013; PRIOSTI et al., 2013; GODOY; BARROS, 2005).

2.2 – Desenvolvimento Sensório Motor das Crianças com Síndrome de Down

A Síndrome de Down é decorrente em função de herança genética, não havendo graus diferenciados de fatores importantes tais como, a estimulação, e o ambiente em qual está inserido contribuem positivamente para atingir melhores níveis de desenvolvimento (SILVA, 2006).

Para Batista et al.(2006), a Síndrome de Down é, essencialmente, uma alteração genética capaz de causar atraso do desenvolvimento tanto das funções motoras do corpo, como das funções mentais.

Ainda Batista (2006), não existe classificação em graus para Síndrome de Down. Todavia, tanto os sinais clínicos como os relacionados ao desenvolvimento motor e cognitivo apresentaram variações, assim, como cada criança é diferente uma da outra. Contudo, apesar da existência entre as variações todas as crianças, com Síndrome de Down apresentam deficiência mental.

Decorrente da hipotonia muscular as crianças com Síndrome de Down

apresentam certa precariedade em seu desenvolvimento inicial, com dificuldades e com atrasos em falar, sustentar a cabeça, segurar objetos, rolar, sentar, arrastar, engatinhar, andar e correr. A partir daí, a busca para novos conhecimentos do ambiente e exploração do mesmo, vai depender dos devidos estímulos que a criança recebe (MOREIRA, 2000).

Segundo Holle (1979), as pessoas com a Síndrome costumam ser menores e tem um desenvolvimento físico e mental mais lento que as pessoas sem a

12
síndrome. A maior parte dessas pessoas tem retardo mental de leve a moderado, existindo uma grande variação na capacidade mental. O desenvolvimento motor destas crianças é mais lento, enquanto uma criança sem síndrome costuma caminhar com 12 a 14 meses de idade, as crianças afetadas por essa patologia geralmente aprende a andar com 15 a 36 meses, e o desenvolvimento da linguagem também é bastante atrasado.

Ainda de acordo com Holle, para uma criança com Síndrome de Down, é importante que seja estimulada precocemente o seu desenvolvimento motor e intelectual, iniciando-se com 15 dias após o nascimento.

A criança com a síndrome de Down se não houver quais quer comprometimento além da síndrome, irá desenvolver com certa lentidão todas as etapas iniciais do desenvolvimento humano controle de cabeça, rolar, sentar, arrastar, engatinhar e andar (MOREIRA, 2000)

Portanto, as pessoas com Síndrome de Down podem executar tarefas rotineiras, sem dificuldade, mas a limitação cognitiva dificulta o raciocínio abstrato, o que torna mais difícil, tarefas que envolvam associação e discriminação (PETERSON, 1994).

Também ocorre uma diminuição no número de células diferenciadas logo que a criança vai crescendo e em consequência disso a maturação do seu sistema nervoso, como suas camadas são pouco definidas, podendo gerar alterações espaciais e de função. Os dendritos sofrem uma interrupção no seu desenvolvimento e conseqüentemente atrofiam. Há alterações sinápticas devido à diminuição da densidade no córtex sensorio-motor, o que influenciará na deficiência mental e na motricidade (BISSOTO, 2005).

De acordo com Silva (2006), muitos dos neurônios formados apresentam-se comprometidos, desde a forma de como se organizam em várias áreas do sistema

nervoso, como também, nos processos funcionais da comunicação de um com o outro.

Os autores Tristão e Feitosa (1998), colocam que a área de desenvolvimento mais comprometida nas crianças com Síndrome de Down é a da linguagem, sendo mais evidentes as dificuldades gramaticais e sintáticas, decorrente da hipotonia que atinge as habilidades linguísticas, dificultando o controle dos músculos da língua e na formação de palavras.

13

2.3 - A Importância da Estimulação Precoce

A expressão estimulação precoce apesar de grandes controvérsias, traduz exatamente o significado de *earlystimulation* ou *estimulacióntemprana*, em que o sentido básico é a estimulação adequada da criança desde os primeiros dias de vida, a fim de garantir o seu desenvolvimento.

Segundo Ramos & Ramos (1996), a estimulação precoce proporciona a crianças portadoras de Síndrome de Down, a criação de novas capacidades, respeitando os seus limites, a sua individualidade e o tempo que cada uma delas tem para se desenvolver, positivando suas potencialidades e promovendo uma melhor qualidade de vida.

Entende-se que Estimulação Precoce como sendo 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 evolutivo.” (SEESP/MEC/UNESCO, 1995).

A ideia de Estimulação Precoce aponta o conjunto de ações, suficientemente antecipadas, é o trabalho de preparar a criança a desenvolver os sentidos do seu próprio corpo, por meio de diferentes atividades, as crianças em suas primeiras fases de sua vida, com o objetivo de oferecer condições para interagir ao meio ambiente, estimulando em variadas áreas de desenvolvimento, aumentando assim seu potencial, de caráter preventivo, contribuindo de maneira eficaz para o desenvolvimento de todo seu potencial. Sendo assim “conjunto de ações que tendem a proporcionar às crianças, experiências que elas necessitam desde seu nascimento, para desenvolverem ao máximo seu potencial psico-físico-social” (WERNICKE e NOBRE, 2000, 105). Segundo estes autores, estas ações seriam

definidas como condutas motoras e sensitivas, adequadas para cada criança de acordo com sua idade e suas capacidades de desenvolvê-las.

A Estimulação Precoce sendo um trabalho que não acelera o desenvolvimento humano, mas colabora para organizar esquemas existentes, aprofundando e enriquecendo a sua constituição durante esse período, necessário

14
para um desenvolvimento saudável do corpo e da mente de todas as crianças (SÁ, 2001; VAZ, 1999; WERNER, 1994).

Um trabalho de Estimulação Precoce de uma criança fundamenta-se em atividades desenvolvidas de acordo com cada fase da criança, em seus primeiros anos de vida, para alcançar o seu desenvolvimento global, diminuindo problemas neuropsicomotores, respeitando-a como um ser biopsicossocial (RODRIGUES, 1985).

Ainda Rodrigues (1985), coloca que o estímulo precoce vem desenvolver e potencializar, por meio de jogos, exercícios, técnicas, atividades, e outros instrumentos, potencializando o cérebro da criança, ampliando seu lado intelectual, favorecendo seu desenvolvimento físico e sua afetividade. Uma criança bem estimulada aproveitará com mais eficiência sua aprendizagem e adaptação ao seu meio, de maneira mais rápida e ativa. Esta se resulta em experiências, que faz com que a criança explore, experimente, movimente e se desloque, perceba e compare o que está ao seu redor, para que assim adquira maiores habilidades.

A construção de um ambiente lúdico é de extrema importância para o desenvolvimento global da criança. O valor da brincadeira auxilia no processo de desenvolvimento, socialização e aprendizagem. Brincando a criança desenvolve suas capacidades motora, verbal e/ou cognitivas (SANTOS 2009; MATOS 2009; ALMEIDA, 2009).

É importante ressaltar que, o ritmo individual de cada criança deve ser respeitado, levando em conta não só sua idade cronológica, mas cada fase de seu desenvolvimento, da atenção e vontade que a mesma tem em desenvolver às atividades propostas, para que, assim possa passar para uma fase seguinte, como aponta Silva (1996), os estímulos devem sempre estar de acordo com o desenvolvimento alcançado pela criança. Sempre que ela responder positivamente a cada estímulo e demonstrar perfeito domínio das habilidades estimuladas, deve-se passar a estímulos mais elaborados, facilitando deste modo, seu desenvolvimento.

Outro fator importante que, as atividades desenvolvidas não devem jamais, trazer qualquer desconforto ou dor à criança, sendo que tal estimulação nos primeiros meses de vida contribuirá com experiências fundamentais para seu desenvolvimento como afirma Silva (1996), e que todos os momentos são propícios à estimulação, sendo um processo que permite à criança atingir novas fases de

15

desenvolvimento, propiciando que ela experimente e conviva com pessoas que a cercam, gerando experiências enriquecedoras.

De acordo com Bronfenbrenner (1996), o desenvolvimento humano é decorrente da interação do ser humano ativo e das propriedades mutáveis do ambiente imediato em que a pessoa vive, e o resultado das relações entre estes micro ambientes com o contexto mais amplo em que estão inseridos.

Os autores Herren e Herren (1986), apontam a importância para qualquer criança a estimulação precoce, com ou sem atraso no desenvolvimento. E com essa estimulação precoce irá contribuir para que a criança venha atingir novas fases no seu desenvolvimento.

De acordo com Rodrigues (1985), é preciso que a criança sinta prazer ao ser estimulada. Só assim ela se motivará a repetir e aperfeiçoar suas ações. Deve ficar claro que o lúdico prevê objetivos bem definidos e estabelecidos por parte do profissional, porém, este deve estar ciente da flexibilidade que o programa prevê, aproveitando todas as situações que surgirem muitas vezes inesperadas, para estimular a criança.

Ainda Rodrigues (1985), aponta que, os brinquedos e os jogos são largamente utilizados no processo de estimulação. O brincar é tão importante para a criança quanto o trabalhar é para o adulto. É preciso que os pais reconheçam esta realidade e valorizem as atividades lúdicas como ponto de partida para o desenvolvimento. Torna-se fundamental que a criança seja produtora da ação, atuando de forma ativa na interação com o meio. Surgem, a partir daí, os primeiros esquemas lúdicos ou imitativos.

De acordo com Pereira (2009); Scheneider (2009); Bandeira (2009), a brincadeira, é uma forma de assimilação funcional e repetitiva, que desenvolvem 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.

A intervenção precoce, especificamente, pode focalizar a melhoria do desenvolvimento sensorio motor e social do bebê. Também influencia processos mais complexos de aprendizagem [...] o que forma o desenvolvimento físico e

16

mental da criança pequena é a qualidade mais do que a soma total da estimulação. Assim, a estrutura e o conteúdo de um programa de estimulação precoce devem ser enfatizados, ao invés do uso indiscriminado de estímulos não específicos (PUESCHEL, 1995).

De acordo com a literatura, o início da estimulação precoce e a terapia, que se inicia antes dos seis meses de vida leva a um melhor potencial do desenvolvimento motor. Para favorecer o aprendizado motor o trabalho de reabilitação deve ser intenso e ininterrupto. A repetição é aconselhável até que haja fixação de processos de aprendizagem, que se dão pela prática estruturada e repetição de atividade em um contexto funcional. O tratamento individual e com maior frequência semanal possível seriam alguns dos princípios de um bom programa de estimulação precoce. Os programas de estimulação devem ser individualizados a fim de suprir as necessidades individuais da criança. Porém, devem-se levar em consideração as diferenças individuais como os fatores genéticos e as experiências pessoais da criança, pois interferem nos efeitos da prática.

Hinojosa (1983); Rosenfeld (1983), apontam que o Terapeuta Ocupacional adapta as atividades para promover a performance do cliente, mudando ou trocando a sequência das atividades, a posição do cliente, do material, o tamanho, peso ou textura, a natureza e o grau de contato interpessoal, tudo feito em relação às necessidades do mesmo.

O Comitê da Organização Mundial a Saúde ressalta a importância da intervenção precoce no desenvolvimento da criança com Síndrome de Down e outras deficiências. Ludlow e Allen e Coriat et. al. (1968), pesquisaram a consequência da estimulação psicomotora sobre o QI de crianças com Síndrome de Down, comparadas a grupos controle com a mesma síndrome e desenvolvimento espontâneo. As duas pesquisas foram semelhantes em metodologia e os resultados indicam diferenças significativas entre dois grupos estudados, beneficiando o

desenvolvimento das crianças estimuladas.

A partir dos estudos realizados em que demonstram que os portadores da Síndrome de Down apresentam déficit de desenvolvimento motor. Então quanto mais precoce a estimulação, mais significativas são as melhorias em relação ao

17

desenvolvimento e ao desempenho motor e social dos mesmos (MOREIRA2000; ELHANI2000; GUSMÃO, 2000).

Pueschel (1995p.117) coloca que:

Embora necessária a qualquer criança, a exposição direta aos estímulos e às experiências de vida não bastam, freqüentemente, para modificar significativamente os padrões de aprendizagem de crianças com síndrome de Down. O que é exigido, portanto, é uma situação de aprendizagem mediada, na qual os pais ou responsável pelo cuidado da criança selecionam o estímulo apropriado e desconsideram os impróprios. Estratégias específicas são, então, utilizadas para aumentar os níveis de interesse, atenção e habilidades da criança.

Ainda Pueschel (1995), aponta que a intervenção precoce, especificamente, pode focalizar a melhoria do desenvolvimento sensório motor e social do bebê. Também influencia processos mais complexos de aprendizagem [...] o que forma o desenvolvimento físico e mental da criança pequena é a qualidade mais do que a soma total da estimulação. Assim, a estrutura e o conteúdo de um programa de estimulação precoce devem ser enfatizados, ao invés do uso indiscriminado de estímulos não-específicos.

2.4-Intervenção do Terapeuta Ocupacional na Estimulação Precoce de Crianças com Síndrome de Down

De acordo com Associação Americana de Terapia Ocupacional (1999), “a Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde e da reabilitação que ajuda o indivíduo a recuperar, desenvolver e construir habilidades para sua independência funcional, sua saúde, sua segurança e sua integração social. A ênfase da Terapia Ocupacional é na capacidade de desempenho funcional das pessoas, compreendida nos aspectos sensório motores (coordenação motora, percepção e habilidades), nos componentes de integração cognitiva (memória, atenção, concentração, dentre

outros) e nos aspectos psicossociais (valores, interesses, papéis e relações), os quais são considerados essenciais para a realização das atividades cotidianas de auto cuidado, de trabalho e de lazer.”.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO <http://www.coffito.org.br>) dá a seguinte definição da profissão:

18

É uma área do conhecimento, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos na atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

Considerando-se o papel ocupacional da criança com Down, observa-se no Terapeuta Ocupacional, como estudioso do fazer humano, um profissional capacitado para analisar e avaliar e planejar intervenções e obter informações sobre as competências cognitivas, motoras e sociais da criança (KNOX, 2002).

O Terapeuta Ocupacional possibilita aumentar o desempenho ocupacional da criança, focando o desenvolvimento necessário das habilidades adequadas a sua faixa etária, proporcionando ações, cuja importância se verifica não somente por ser vista como meio para atingir a melhora dos componentes de desempenho, considerando a estimulação e a brincadeira, como atividade lúdica, integrando a área de desenvolvimento humano (GRIGOLATTO et.al., 2008).

O Terapeuta Ocupacional é visto como aquele que possui recursos, conhecimentos e habilidades para capacitar e potencializar o cliente em busca de soluções para seus problemas (HAGEDORN, 2001).

Pueschel (1995), afirma que o Terapeuta Ocupacional pode ajudar consideravelmente na avaliação do brincar, que estes profissionais podem fornecer sugestões para a escolha e uso correto dos brinquedos e outros materiais que podem enriquecer as experiências de aprendizagem, bem como melhorar suas habilidades de motricidade manual fina da criança com Down.

A Terapia Ocupacional tem uma importante atuação junto às crianças com Síndrome de Down, pois pode lançar mão de estratégias de estimulação da criança, treino de habilidades para a vida diária, adaptação de materiais, avaliação do ambiente e indicação de modificações de acordo com as necessidades de cada criança, que podem minimizar as dificuldades da mesma. A realização de atividades terapêuticas permite a expressão de emoções bem como possibilita um

conhecimento do indivíduo em termos de sua história, como afirmam (CASTRO E SILVA, 1990).

Fernandes (1988), retrata sobre a utilização da atividade em um processo terapêutico ocupacional e a dinâmica presente neste processo, “a utilização de

19

atividades (...) implica uma dinâmica particular entre três elementos básicos: terapeuta-atividade-paciente”. Em alguns momentos a atividade funciona como objeto intermediário entre o terapeuta e o paciente, em outro momento, o terapeuta é que serve de elo entre o indivíduo e atividade.

O objetivo final da Terapia Ocupacional é a inserção social, é tornar o sujeito potente para a vida em sociedade e premissa para a profissão, neste contexto o trabalho de estimulação com crianças portadoras de Síndrome de Down, contribuirá para tal situação, vivendo em condição de certa forma excluída da rede social, fazendo parte da população alvo do profissional de Terapia Ocupacional (BENETTON, 2006).

A Estimulação Precoce por meio da Terapia Ocupacional resultam em um desenvolvimento melhor do potencial do indivíduo em relação às suas deficiências. De acordo com Michelleto et. al. (2009) e Moreira et. al. (2000), a ausência, demora ou inadequação da estimulação podem limitar o desenvolvimento do paciente. Segundo Torquato et al. (2013), o tratamento voltado para a elaboração de propostas que estejam de acordo com as necessidades do paciente e com os problemas referentes aos ajustes posturais frequentes na Síndrome de Down, como os atrasos motores, tais como o sentar e o ficar em pé.

Mesmo que a brincadeira do portador de Síndrome de Down 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 (PEREIRA 2009; SCHENEIDER 2009; BANDEIRA 2009).

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na revisão realizada neste trabalho pôde-se verificar a importância da

estimulação precoce para o desenvolvimento, não só motor como o desenvolvimento global da criança com Síndrome de Down. Isto se deve ao fato de que a estimulação precoce baseia-se nas fases do desenvolvimento psicomotor

20

normal (DPMN), objetivando prevenir o provável atraso no desenvolvimento global, reduzir os atrasos já existentes, e aproximando o máximo possível do desenvolvimento normal, buscando tornar essas crianças independentes e proporcionando a elas melhor qualidade de vida. Os estudos demonstraram que a terapia, tratamentos em especial a estimulação precoce, contribuem efetivamente para o melhor desenvolvimento motor e comportamento social do portador de Síndrome de Down, potencializando o seu desenvolvimento sensório-motor. O profissional de terapia ocupacional é fator indispensável no trabalho de crianças com síndrome de Down a fim de apontar atividades motoras adequadas para cada criança, conforme a sua idade cronológica a partir de um trabalho de estimulação realizado de maneira adequada, nos primeiros anos de vida, poderá causar significativas modificações no desenvolvimento global das crianças com a síndrome, sendo, a estimulação precoce é relevante para o desenvolvimento global da mesma.

E por fim, partir do levantamento bibliográfico foi possível refletir sobre a atuação do terapeuta ocupacional de sua consciência que, ao se estimular o desenvolvimento motor, com o amparo das influências familiares, escolares e ambientais, influencia-se a maturação do Sistema Nervoso Central (SNC) da criança. Desta forma, o SNC através de seus mecanismos plásticos a faz evoluir não apenas em sua parte motora, mas também, em sua parte cognitiva, uma vez que para toda tarefa motora solicitada necessita-se de percepção, interpretação, interação e organização mental antes mesmo de que se inicie o ato motor. De maneira que o terapeuta tem condições para contribuir na superação da deficiência mental, por meio da estimulação precoce, possibilitando assim, uma melhora na qualidade de vida da criança com Down.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁF

ARAUJOAGS, SCARTEZINI CM, Krebs RJ. **Análise de marcha em crianças portadoras de Síndrome de Down e crianças normais com idade de 2 a 5 anos.** Fisioterapia em Movimento. Jul./Set, 2007;v.20, n.3, p. 79-85 Artes Medicas, Curitiba 1986.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. **The guide to occupational therapy practice.** American Journal Occupational Therapy. v 53, 1999.

ASSOCIAÇÃO REVIVER DOWN. **Associação de Pais, Profissionais e Amigos da Síndrome de Down.** Curitiba. S/d. Disponível em: www.reviverdown.org.br.

BATISTA das, VASCO MAM, OLIVEIRA MCS, ROCHA CAMPOSMTGR, PAGNANNAB. CASARIN S. **O que é projeto Down?** São Paulo: Centro de Informação e Pesquisada síndrome de Down; 2006. Disponível em: <http://www.projetodown.org.br/cartilha02.doc>.

BENETTON, M. J. **Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia ocupacional.** Campinas: Arte Brasil Editora, UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium.

BERTHOLD TB, ARAÚJO VP, ROBINSON WM, HELLWIG I. **Síndrome de Down: aspectos gerais.** R CiMédBio. 2004 Jul/ Dez;;3 (2: 252-60).

BIBAS; Josiane Mayr.; DUARTE, Ângela Marques. **Idéias de estimulação para a criança com síndrome de Down: brincando e se desenvolvendo em casa.** Artes & Textos. Curitiba, 2009.

BROFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.** Artes Médicas. Porto Alegre, 1996.

CASTRO, e.d.&SILVA. R.J.J. **Processos e Terapia Ocupacional.** Revista de Terapia

Ocupacional.1 (2),71-75. São Paulo,1990.

CHIVIAKOWSKY S; MACHADO C; MARQUES AC; SCHILD JFG; DREWS R. **Aprendizagem motora e síndrome de Down: efeitos da frequência relativa reduzida de Conhecimento de resultados.** Ver Bras Cine antropom Desempenho Hum. v.15, n.2,. 225-232, 2013

CUNNINGHAM, Cliff. **Síndrome de Down: uma introdução para pais e cuidadores.** 3. ed. Artmed. Porto Alegre, 2008.

22

DESSEN, Maria Auxiliadora. COSTA JUNIOR, Áderson Luiz. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras.** Artmed. Porto Alegre, 2005.

FERNANDES. S.R. **Reflexões sobre a Terapia Ocupacional. Boletim de Psiquiatria,** vol 21:31-32, São Paulo,1988.

GALLAHUE, D. L. & OZMUN, J. C.**Compreendendo o Desenvolvimento Motor: Bebês, crianças, adolescentes e adultos.** São Paulo: Phorte Editora. 2003.

GOLDBERG, C.; SANT, A.V. **Desenvolvimento motor normal.** In: Tecklin JS. Fisioterapia pediátrica. Artmed. São Paulo, 2002.

HAGEDORN, R. **Fundamentos para a prática em terapia ocupacional.** São Paulo: Roca, 2001.

HERREN, H.; HERREN, M. P. **Estimulação Psicomotora Precoce.** São Paulo:

HOLLE, Britta. **Desenvolvimento Motor na Criança Normal e Retardada.** Editora Manoelle Ltda. São Paulo-SP. 1979.

LEFÉVRE, Beatriz Helena. Mongolismo: **Estudo psicológico e terapêutica multiprofissional da síndrome de Down.** São Paulo: Sarvier, 1981.

LEFÉVRE, Beatriz Helena. **Mongolismo: orientação para famílias.** São Paulo: Almed, 1981.

MARIJD. **Além dos limites.** Veja, São Paulo, Abril 2000;13:172-3.

MARTINS MRI; FECURI MAB; ARROYO MA; PARISI MT. **Avaliação das Habilidades Funcionais e de Auto Cuidado de Indivíduos com Síndrome de Down Pertencentes a uma Oficina Terapêutica.** Rev. CEFAC.v.15, n.2, 2013. 361-365.

MICHELETTO MRD; AMARAL VLAR; VALERIO NI; FETT-CONTE AC. **Adesão ao Tratamento após Aconselhamento Genético na Síndrome de Down.** Psicologia em Estudo, Maringá. v.14, n.3, 2009. 491-500.

Pereira SP, Scheneider T, Bandeira M. **A criança com Síndrome de Down**. Disponível em: <http://unipe.br/blog/psicologia/?p=265>[2009 nov. 30]

PUESCHEL, S. M. **Síndrome de Down: Guia para pais e educadores**. Campinas, 2009.

23

RAMOS, Aidyl M; RAMOS, Juan Pérez. **Ministério da Justiça, Secretaria dos Direitos e Cidadania. Estimulação precoce: Serviços, programas e Currículos**, 3.ed. Brasília: Corde, 1996.

Rev.Bras.Terap. e Saúde, Curitiba, v.1, n.1,p.51-63,jul./dez.2010.

RODRIGUES, Maria Rita Campello. **Estimulação Precoce:A contribuição da psicomotricidade na intervenção fisioterápica como prevenção de atrasos motores na criança cega congênita nos dois primeiros anos de vida**. Revista IBC, Edição 21, abril de 2002. Disponível em <<http://www.ibc.gov.br/>>.

S.HINOJOSA.J, J; ROSENFELD, M.S.PurposulActivities. **The American Journal os Occupational Therapy**.December,V.37, n.12,p.805-806,1983.

SHWARTZMAN. J. S. **Síndrome de Down**. Editora Manoelle Ltda. São Paulo/SP.1999.

SILVA MFMC, Klheinhans ACS. **Processos cognitivos e plasticidade cerebral na Síndrome de Down**. Revista Brasileira Edição especial, Marília, Jan/Abrv.12, n.1, p. 123-138; 2006.

SILVA, M. F. M. C.; BOLSANELLO, M. A. **A criança com Síndrome de Down**. In: **CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE A SÍNDROME DE DOWN**, 3, Curitiba, 2000.

SILVA, Maria de Lourdes Pereira. **Estimulação essencial. Por quê?** Revista Integração, ano 7, n. 16, 1996.

SILVA, NLP; DESSEN, M. A. **Crianças com Síndrome de Down e suas Interações Familiares**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2003.

TORQUATO JA; LANÇA AF; PEREIRA D; CARVALHO FG; da SILVA RD. **A Aquisição da Motricidade em Crianças Portadoras de Síndrome de Down que realizam Fisioterapia ou Praticam Equoterapia**. Fisioter. Mov. v.26, n3, 2013. 515-24. Revista Linkania. Edição X, Volume 1,Artigo Nº10,2014.

Tristão, R. M. & Feitosa, M.A. G. **Linguagem na síndrome de Down**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 14,127-137 1998.

WERNECK, Cláudia. **Muito prazer, eu existo: um livro sobre pessoas com Síndrome de Down**. 2. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1993.Santos LR, Pinto VL.

Síndrome de Down – A mãe pode ser uma co-terapeuta, p. 33-54, 1993.

WERNICKE, Carlos G; NOBRE, Bertolino. **Bases teóricas de la estimulación temprana y tempranísima.** Cadernos Pestalozzi, Niterói, v.2, n.2, p.105- 114. jul. 2000.