

# SÍNDROME DE DOWN

Fga. Márcia Leody Corrêa Nascimento

E-mail: [mlcn@superig.com.br](mailto:mlcn@superig.com.br)

[www.marzialeody.hpg.ig.com.br](http://www.marzialeody.hpg.ig.com.br)

É um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam um atraso no desenvolvimento das funções motoras e mentais.

Os estudos sobre essa alteração genética começaram no século passado, pelo médico inglês John Langdon Down. Ele descreveu alguns sinais físicos semelhantes em um grupo distinto de pessoas e denominou o distúrbio de mongolismo, pelo fato dos portadores apresentarem os olhos amendoados, tais quais os da raça mongólica. Down descreveu essas pessoas como amistosas, amáveis, mas improdutivas e incapazes para o convívio social. Ele, no entanto, não soube identificar a causa da síndrome.

O diagnóstico somente foi estabelecido em 1959, quando o cientista francês Jerome Lejeun, ao estudar os cromossomos de nove pessoas com a síndrome verificou que, ao invés de terem 46 cromossomos por célula agrupados em 23 pares, tinham 47 cromossomos, um a mais no par de número 21.

Por esse motivo, o que no início foi chamado de mongolismo, passou a receber a denominação de **Síndrome de Down** ou Trissomia do 21.

A medicina ainda não sabe porque nascem pessoas com Trissomia do 21. Especula-se que distúrbios hormonais da mãe, exposição ao raio X, substâncias químicas e agentes infecciosos (vírus ou bactérias) possam colaborar na alteração dos cromossomos. Mas nada disso ainda foi comprovado. Sabe-se, entretanto, que com a idade materna acima de 35 anos, é maior a probabilidade de nascer uma criança com síndrome de Down.

Esse distúrbio decorre de um erro na formação de uma das células reprodutoras (óvulo ou espermatozóide) ou ainda quando a célula inicial do bebê já se formou. Em ambos os casos existe o aparecimento de um cromossomo a mais no par de número 21.

A trissomia do 21 é apresentada de três formas, que podem ser observadas através da análise das células das pessoas com síndrome de Down.

- **TRISSOMIA LIVRE (simples):** ocorre quando a pessoa apresenta 47 cromossomos em todas as suas células, devido a um erro na separação dos cromossomos, nos gametas maternos ou paternos. Neste caso todas as células são trissômicas, têm três cromossomos bem definidos e separados entre si no par de número 21. Noventa e cinco por cento (95%) das pessoas com Síndrome de Down possuem trissomia livre.
- **TRANSLOCAÇÃO:** representa quatro por cento (4%) das pessoas com síndrome de Down. Ocorre quando um cromossomo 21 extra está ligado a um cromossomo de um outro par. A translocação pode ter sido herdada do pai ou da mãe, o que ocorre em metade dos casos de translocação. Sendo herdada é aconselhável aos pais também se submeterem ao exame de suas células (cariograma), e ao estudo cariótipo, para saberem se o arranjo foi herdado esse há possibilidade de nascimento de outro filho com a síndrome.
- **MOSAICISMO:** representa um por cento (1%) das pessoas com a síndrome de Down. No mosaicismo o erro genético ocorre a partir da 2ª divisão celular. Isso faz com que os

indivíduos possuam células normais (com 46 cromossomos) e trissômicas (com 47 cromossomos).

Embora a maior incidência de nascimento de bebês com a síndrome de Down ocorra a partir da idade materna de 35 anos, qualquer casal pode gerar um filho com essa síndrome, independente de raça ou condição social. No Brasil, calcula-se que há um caso de síndrome de Down em cada 600 nascimentos. Isso quer dizer que nascem oito (8) mil bebês por ano. Não há culpados pela gestação de um bebê com síndrome de Down. O acidente genético que ocorre na divisão celular é um processo ainda inexplicável pela ciência e que foge ao controle dos pais e médicos.

Geralmente a identificação do indivíduo com esta síndrome é feita na ocasião do nascimento ou logo após, pela presença de algumas características que os diferem das demais crianças e que lhes são peculiares como:

- A musculatura de maneira geral é mais flácida (hipotonia muscular);
  - Os olhos apresentam-se com pálpebras estreitas e levemente oblíquas, com presença de pele no canto interno (prega epicântica);
  - Íris freqüentemente apresenta pequenas manchas brancas (manchas de Brushfield);
  - A cabeça geralmente é menor e a parte posterior levemente achatada. A moleira pode ser maior e geralmente demora um pouco mais para se fechar;
  - A boca é pequena e muitas vezes se mantém aberta com a língua projetando-se para fora;
  - Pode existir pele em excesso no pescoço que tende a desaparecer com a idade;
  - As orelhas são geralmente pequenas e de implantação baixa. O conduto auditivo é estreito;
- ⇒ **Os dedos dos pés comumente são curtos e na maioria das crianças há um espaço grande entre o dedão e o segundo dedo. Muitas têm o pé chato.**

Embora o bebê com síndrome de Down possa apresentar algumas ou todas estas características, é importante ressaltar que, como todas as crianças, eles também se parecerão com seus pais uma vez que herdaram os genes destes e assim, apresentarão características diferentes entre si, como: cor dos cabelos e olhos, estrutura corporal, padrões de desenvolvimento etc., estas características determinam uma diversidade de funcionamento comum aos indivíduos considerados normais.

## **CARACTERÍSTICAS DA LINGUAGEM**

Problemas na aquisição e desenvolvimento da linguagem são freqüentes e podem ser associados a uma variedade de fatores físicos, orgânicos, ambientais e/ ou comportamentais. Uma das características da população com síndrome de Down é o denominado “atraso da fala”. Este atraso pode ocorrer no início da aquisição da linguagem, implicando aí numa demora maior para a criança começar a emitir as primeiras palavras e pode manifestar-se no decurso do processo de desenvolvimento, determinando um ritmo mais lento do que o seguido pela população normal. Dentre o grupo de deficientes mentais, as crianças portadoras de síndrome

de Down se caracterizam por progredirem numa velocidade mais lenta do que a população normal, desde o início da aquisição da linguagem.

Como no grupo de crianças normais, um número bastante relevante de variáveis entre os indivíduos com síndrome de Down levam a uma grande diversidade de características biológicas e comportamentais. Ryders, Spikes e Horrobin (1978) e Crawley e Spiker (1983) salientam a importância de estudos que levem em consideração esta variabilidade, já que muitas pesquisas têm negligenciado variáveis relevantes, como por exemplo, a determinação do ambiente onde a criança vive.

Historicamente, a descrição do indivíduo com síndrome de Down como um indivíduo repelente, severamente retardado, e que produz somente grunhidos inarticulados (Bodine, 1974), tem causado um certo pessimismo em relação às possíveis vantagens que os pais ou profissionais podem oferecer para promover o desenvolvimento das habilidades de linguagem destas crianças.

Resultados de pesquisas recentes sobre o desenvolvimento fonológico e lingüístico de crianças com síndrome de Down têm mostrado que, embora estas crianças apresentem um atraso na aquisição de fonemas, suas dificuldades são muito semelhantes às encontradas na seqüência de desenvolvimento das crianças normais. Strzulla (1953), por exemplo, num estudo de 40 crianças portadoras de síndrome de Down, observadas num período de três anos, com idade e QI variáveis, analisando a fala em termos de palavras, frases ou sentenças, relatou algumas dificuldades apresentadas pelas crianças na produção das consoantes fricativas ( f, v, th ), africadas ( ch e j ) e velares ( k, g ), além das dificuldades iniciais para emitir os sons “r” e “l” e grupos consonantais. Estas dificuldades, todavia, costumam ocorrer freqüentemente nas crianças de desenvolvimento normal.

Dodd (1976), comparando o desempenho articulatório de dez crianças normais e dez com síndrome de Down, num estudo transversal, descreveu uma série de vinte e três regras fonológicas que explicariam as falhas articulatórias ocorrentes na maioria das crianças normais e observou que estas mesmas regras, embora não explicassem todas as produções falhas dos mongolóides, podiam explicar muitas destas produções.

Smith e Oller (1981) observaram longitudinalmente as vocalizações pré-lingüísticas de crianças normais e com síndrome de Down e encontraram substancial similaridade entre os dois grupos de crianças. Ambos os grupos iniciaram a produção de balbúcio e a reduplicação silábica mais ou menos aos oito meses e meio de idade, e a tendência de desenvolvimento consonantal e vocálico foi bastante similar durante aproximadamente quinze meses de vidas.

Mais recentemente, Smith e Stoel-Gamon (1983), em outro estudo longitudinal, realizado com crianças mais velhas (quatro crianças normais de dezoito a trinta e seis meses e cinco crianças com síndrome de Down de três a seis anos) relataram que, embora a linguagem da criança com síndrome de Down apresente-se bastante similar durante o início das vocalizações, ela se desenvolve mais lentamente e mostra-se cada vez mais diferente, quantitativamente, da linguagem da criança normal.

Dodine (1974), analisando as vocalizações de dois meninos com Síndrome de Down com aproximadamente cinco anos de idade, sugeriu que a incompreensibilidade inicial da fala das crianças com síndrome de Down se deve, em grande parte, às dificuldades apresentadas por observadores inexperientes em encontrar as correspondências entre o sistema comunicativo daquela criança e do adulto ou falante normal. Tais dificuldades, segundo a autora, podem ocorrer devido a algumas características das crianças com síndrome de Down:

- uso abundante de uma estranha parada glotal observada na fala de muitas pessoas com síndrome de Down e em um de seus sujeitos;
  - desenvolvimento assincrônico do nível de conversação de articulação e lexical, isto é, a criança pode apresentar um nível de conversação de um falante normal de cinco anos e um nível articulatorio de um falante normal de dois anos. Tal discrepância leva ao uso de expressões generalizadas e conseqüentes impressão de produção de apenas grunhidos;
  - poucos cuidados fonoaudiológicos que pessoa com síndrome de Down recebem no passado;
- ⇒ **reação ao estigma físico da síndrome de Down.**

Todas essas características predisõem o observador a avaliar negativamente, em conseqüência, não compreender a linguagem de crianças com síndrome de Down.

Associada a tais características está a idéia de que crianças com síndrome de Down também manifestam um “déficit cumulativo”, isto é, tendem a parecer mais aos seus coletâneos comuns no início da vida e, com o passar do tempo, tornam-se cada vez mais diferente (Smith e Stoel-Gamon, 1983). Todavia, é importante ressaltar que esta noção não indica um declínio no desenvolvimento da criança com síndrome de Down em relação à criança normal. Talvez o que esteja acontecendo é que a criança com síndrome de Down siga um caminho diferente ao percorrido pela criança normal, e isto torna a avaliação do desenvolvimento difícil para observadores inexperientes (Bodine, 1974). De fato, em um estudo preliminar com um par mãe-criança normal e um par mãe-criança com síndrome de Down, Stella-Prorok e colaboradores (1979) observaram que, isoladamente, a criança com síndrome de Down mostra progresso no seu desenvolvimento de fala e seu atraso se faz sentir somente quando comparada com criança normal de mesma idade cronológica.

A identificação adequada desse atraso é de grande importância, tanto para a pesquisa como para a promoção do desenvolvimento lingüístico destas crianças, uma vez que algumas características orgânicas e ambientais parecem exercer uma grande influência no desenvolvimento da linguagem de qualquer criança.

É de conhecimento geral que as crianças consideradas normais variam significativamente entre si na velocidade de desenvolvimento da linguagem. Problemas orgânicos tais como deficiência auditiva, problemas com os órgãos fonoarticulatórios, imaturidade neurológica e até problemas leves de má formação dentária constituem fatores importantes na determinação de atraso no desenvolvimento lingüístico dentro da população normal.

Se para as crianças normais tais fatores determinam variações importantes em seu desenvolvimento, para o grupo da crianças com síndrome de Down estes mesmos fatores parecem ter uma influência ampliada. Zisk e Bialler (1967) destacaram algumas características orgânicas importantes de crianças com síndrome de Down que, provavelmente, as predisõem a atrasos no desenvolvimento da linguagem:

- problemas auditivos, tanto de acuidade como de discriminação;
- suscetibilidade a várias doenças devido à vulnerabilidade da mucosa respiratória;
- hipoplasia da maxila e conseqüente protrusão da mandíbula, devido à ausência de contração do maxilar superior e problemas de alinhamento dos dentes, o que altera a produção dos sons sibilantes, lábio-dentais e linguodentais;

- palato alto com tendência à fenda, o que também pode contribuir para algumas dificuldades com os sons sibilantes;
  - freqüente ausência da úvula, o que pode levantar suspeita sobre a musculatura do palato mole;
  - língua grande ou cavidade oral pequena por hipoplasia da maxila;
  - hipotonia da musculatura orofacial;
- ⇒ **problemas iniciais com os padrões de mastigação e sucção, essenciais para a posterior coordenação muscular durante a produção dos sons.**

Somadas às características acima, outras, de natureza interacional com o ambiente, também parecem influenciar o processo de desenvolvimento de linguagem de indivíduos com síndrome de Down. Recentemente, vários pesquisadores têm se interessado em estudar interações verbais entre a mãe e a criança (M-C), enfatizando a importância do comportamento materno para o desenvolvimento da fala infantil. Comum a muitos autores (Moerk, 1975; Mahoney, 1975; Bonvillian, Raeburn e Horan, 1978), é a consideração de que as mães apresentam comportamentos bastante sugestivos de adaptação de sua fala a um nível de compreensão acessível à criança, sem que, no entanto, deixem de promover o seu desenvolvimento.

Gutman e Rondal (1979), observando a interação verbal entre 21 mães e suas crianças normais de 20 a 32 meses, e 21 mães e suas crianças portadoras de síndrome de Down, de 38 a 144 meses, encontraram diferenças fundamentais quantitativas e qualitativas na fala das crianças com síndrome de Down e suas mães em relação aos pares mãe-criança normal. As crianças normais e suas mães apresentaram mais comportamentos ecóticos, enquanto que as crianças com síndrome de Down e suas mães produziram mais intraverbais. Jones (1977) também encontrou diferenças interessantes nos padrões interativos entre mãe e criança normal e com síndrome de Down no estágio de desenvolvimento pré-lingüístico. As mães das crianças com síndrome de Down apresentaram um controle maior sobre o diálogo do que as mães de crianças normais; os pares mãe-criança com síndrome de Down apresentaram menos contato de olho e mais vocalizações concomitantes, e as vocalizações das crianças com síndrome de Down foram, na sua maioria, desvinculadas do contexto do diálogo. Tais diferenças podem influenciar negativamente o processo comunicativo dos pares mãe-criança com síndrome de Down. Berger e Cunningham (1981), estudando o desenvolvimento do contato de olho entre pares mãe-criança normal e com síndrome de Down, sugeriram que as crianças com síndrome de Down apresentam um atraso na maturação do sistema neurovisual que determina uma permanência prolongada em estágios iniciais de contato de olho. Tal comportamento, provavelmente, determina uma falha importante no desenvolvimento do sistema comunicativo.

Kolstoe (1958) realizou um estudo com 30 crianças portadoras de síndrome de Down, sendo que 15 destas crianças foram submetidas a um programa intensivo, individual, de treinamento de linguagem e as demais foram usadas como controle. O procedimento de ensino envolveu uma seqüência de atenção, introdução de um símbolo, repetição e uso do símbolo por parte da criança, recompensa e reforçamento. A maioria das crianças sob treinamento obteve progresso mínimo na rotulação de objetos e figuras e na associação funcional de palavras. Todavia, o próprio autor recomenda precaução na interpretação destes resultados, já que: os resultados não indicaram o grau de treinabilidade de portadores de síndrome de Down de

categorias mais alta, particularmente com QI acima de 25; e alguns dados indicaram que crianças com Down com maior desenvolvimento mental podem apresentar alguma melhora.

Crianças com síndrome de Down, embora realmente apresentem características que podem dificultar o desenvolvimento da linguagem, apresentam progressos significativos quando submetidas a programas específicos guiados por uma perspectiva interativa, onde tanto a mãe como a criança são vistas como parte ativas essenciais para o bom funcionamento do sistema comunicativo (Stella-Prorok, Crnkovic e Monteiro, não publicado). Além disso, o acompanhamento longitudinal de crianças com síndrome de Down, bem como sua observação no ambiente natural, têm fornecido dados importantes para a elaboração e implementação de programas mais eficazes.

## **INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM BEBÊS E CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN**

O trabalho para bebês é um trabalho integrado, em que os profissionais discutem os objetivos e planejam as atividades conjuntamente.

Em relação ao trabalho que auxilie principalmente o desenvolvimento da linguagem, o que se tem priorizado é a estimulação do bebê com base nas etapas do desenvolvimento da linguagem de qualquer criança a partir de atividades específicas como conversas, músicas cantadas etc. De modo geral, poderíamos discorrer sobre esses desenvolvimentos como: sons diferenciados, balbucio, primeiras sílabas reduplicadas, primeiras sílabas associada as primeiras “palavras”, início do uso da linguagem como comunicação: percepção dos sons, localização de sons, diferenciação de sons ambientais, de músicas, de canto. O objetivo é sempre o de estimular a criança a chegar na próxima etapa do desenvolvimento da linguagem através das brincadeiras e da interação.

Entre as atividades realizadas podemos citar as seguintes: brincadeiras de interação face a face; brincadeiras de esconder - achar; brincadeiras frente ao espelho; imitação de movimentos com os lábios, língua e bochechas; brincadeiras para percepção auditiva: presença/ ausência de sons e vocalizações; procura de estímulo sonoro (em várias posições); localização rápida de sons e canto, canto com gestos etc. Enfatizamos bastante as brincadeiras para formação da noção de objeto e sua percepção e exploração (esconder/ achar, tocar, jogar, observar o movimento etc.), pois, como sabemos, o desenvolvimento da criança é um todo, estando a linguagem ligada ao desenvolvimento global, favorecendo-o e sendo favorecida por ele.

Em relação ao trabalho realizado para auxiliar principalmente o desenvolvimento motor, priorizamos a estimulação do bebê com base nas etapas do desenvolvimento motor de qualquer criança, utilizando brincadeiras e técnicas específicas para tanto.

Poderíamos considerar sucintamente o desenvolvimento motor seguindo as etapas de: controle de cabeça, rolar, arrastar, sentar, engatinhar, realizar mudanças de posição e, finalmente, o andar (sem esquecer que depois deste primeiro momento seguem habilidades como correr, saltar, habilidades que existem coordenação viso-motora, consciência e domínio do corpo, orientação espacial, entre outras). Trabalhamos também no sentido de estimular a tonicidade e a força muscular e a sensibilidade que se encontram alternadas.

No que se refere ao desenvolvimento motor utilizamos brincadeiras e diferentes materiais estimulando o bebê para chegar na próxima etapa do desenvolvimento. Podemos citar entre elas: brincadeiras de interação em situação de rolar, sentar, girar, arrastar-se, engatinhar e andar;

utilização de bolas, rolos, prancha de equilíbrio e brinquedos do parquinho para estimular o controle do corpo, reações de endireitamento, equilíbrio e proteção; brincadeiras e atividades utilizando o próprio corpo do terapeuta como meio de estimulação e posicionamento adequado do bebê (ao carregá-lo, balançá-lo etc.). Enfatizamos em todas estas situações a importância do contato visual e da interação face a face que, muitas vezes, pode ser esquecida pelo profissional.

Para a estimulação da sensibilidade, da tonicidade e força muscular utilizamos massagens com as mãos, toques com pincel, buchas e escovas suaves. Trabalhamos principalmente a região abdominal, parte interna das coxas e pés, glúteos e região paravertebral de pescoço e costas, para prevenir possíveis alterações posturais. Orientamos os pais a realizarem estimulação em situações do dia a dia, como na hora do banho, ao enxugar e trocar o bebê e em situações de brincadeiras. Quando o bebê é mais velho, introduzimos atividades na areia e na água que muito contribuem para a estimulação sensitiva.

Para a tonificação dos músculos orofaciais fazemos massagem com vibrador a pilha, com toques, percepção de sabores e temperaturas. Quando o bebê é mais velho e já se encontra na fase da imitação, brincadeiras para movimentos como estes órgãos frente ao espelho são exploradas. Como sabemos, a movimentação desses órgãos durante suas funções é muito mais eficaz; por isso, enfatiza-se o uso deles durante a alimentação, seguindo-se o padrão de desenvolvimento de qualquer bebê: sucção no seio da mãe (ou de mamadeira com bico ortodôntico), mastigação de alimentos mais macios (semi-sólidos), mastigação de alimentos sólidos, deglutição de todos os tipos de alimento. Para isso, podemos utilizar, além de alimentos, chupetas ortodônticas, gaze com glicose para sucção, canudo, saquinhos de mel, garrotes etc.

O trabalho respiratório é feito em conjunto entre a fisioterapeuta e a fonoaudióloga. Cunningham (1988) explica que estas crianças são acometidas por maior número de infecções no sistema no sistema respiratório do que as crianças comuns. Isso leva a pneumonias de repetição. Davies (1988) afirma que as crianças portadoras de síndrome de Down são particularmente sensíveis a infecções do trato respiratório superior, rinorréia crônica e obstrução nasal e pós – nasal. Com frequência, sofrem de otite, o que Meyers (1989) também constatou. Davies (1988) explica que, a despeito de numerosas pesquisas, ainda não se descobriu porque as crianças com síndrome de Down apresentam tais problemas. Uma hipótese sugere a deficiência imunológica associada a defeitos estruturais da caixa craniana. Cunningham (1988) sugere também a maior facilidade para inalar muco ou comida, em parte pela hipotonia muscular e em parte pela baixa responsividade dos reflexos de tosse e expectoração à inalação de objetos estranhos. Já que esta atividade reflexa e o movimento ajudam na expectoração, este autor recomenda dar às crianças variados recursos terapêuticos e exercitá-las realizando um trabalho precoce para prevenir infecções. Realizamos diariamente, portanto, limpeza de nariz utilizando soro fisiológico. Quando necessário, utilizamos manobras passivas da fisioterapia como tapotagem, pressão expiratória, vibração e drenagem postural para desgarrar e eliminar o catarro.

Na medida em que o bebê cresce, são introduzidas atividades de sopro, estimulando o domínio da expiração bucal, da força e direção do sopro e aumento da capacidade expiratória. Utilizamos materiais como apitos, vela, língua de sogra, bolinha de isopor e canudo.

Cunningham (1988) fala dos sentimentos dos pais das crianças com síndrome de Down em relação a elas e do quanto essa relação é difícil, principalmente nos primeiros meses de vida.

Considerando de extrema importância essa relação para o desenvolvimento do bebê e da linguagem em particular, fazemos um trabalho de orientação para família. Neste trabalho, procuramos orientar os pais sobre a melhor maneira de estimular seu bebê com síndrome de Down, tentando por outro lado, fazer com que eles não percam a naturalidade desta relação. São dadas orientações no modo como amamentar e se posicionar corretamente ao fazê-lo, no uso de chupeta ou bico ortodôntico, alimentação em geral, nas brincadeiras e conversas durante a troca e passeios, no modo como conversar e carregar o bebê, de atendê-lo no choro, de entendê-lo; de prestar atenção para sons, barulhos, movimentos, vocalizações etc.

São passadas orientações no sentido de permitir e estimular os movimentos de rolar, girar e arrastar da criança. Incentivamos os pais a colocar o bebê deitado sobre um cobertor ou colchão fino, pois, estando em espaço seguro e amplo, pode-se movimentar livremente experimentando as diversas posições. Incentivamos também brincadeiras dos pais e bebês com o próprio corpo (rolar, balançar, girar etc.), nas quais estarão estimulando o equilíbrio e controle do corpo da criança, além de permitir um contato corporal pais-criança muito enriquecedor para ambos.

A alimentação variada contribui para o aprimoramento das sensações como, temperatura, dor, pressão, paladar, tato e etc; através do alimento e dos objetivos que leva à boca, a criança vai descobrindo os diversos sabores, as consistências, as temperaturas, as texturas, os volumes, as formas e, ao mesmo tempo, vai sabendo controlar esta região sensório-motora. Toda esta dinâmica favorece uma harmonização dos órgãos fonoarticulatórios, pois permite a dissociação de movimentos de lábios, língua, bochecha e palato mole em movimentos isolados, dissociados, seqüenciados e na produção de sons da fala. Um bom padrão de alimentação é essencial no desenvolvimento da articulação e, de hábitos alimentares que contribuem no desenvolvimento de posturas adequadas para uma boa mastigação, deglutição e respiração. É importante alertar quando os pais podem intervir na capacidade de comunicação oral da criança de modo satisfatório.

### **Objetivo da estimulação**

Prevenir a instalação de posturas viciosas, inadequadas durante a alimentação, fornecendo orientação a professores e famílias, para que não resultem em alterações tônico posturais dos órgãos fonoarticulatórios e objetiva também, possibilitar a criança um envolvimento maior com as suas ações, no contato integral com diferentes objetivos, situações e alimentos para que possa vir a sentir prazer, num processo espontâneo, não alienado, de desafios e descobertas, que pode ser transferido para as demais atividades do cotidiano.

### **Alimentação**

Precisamos aceitar o fato de que, no início, crianças pequenas fazem muita bagunça com a comida, com a maturação natural, a criança vai gradualmente adquirindo controle sobre seus movimentos, até conseguir usar os dedos com perfeição – aprimoramento das coordenações finais.

O uso de talheres especiais, de tamanho menor, adaptados ou não favorecem o desenvolvimento das coordenações finas. Pratos relativamente fundos, com bordas retas, de modo que a criança possa usá-los como apoio para empurrar a comida mais facilmente para o talher. Os copos podem ser utilizados dos mais diversos materiais (vidros, plásticos, etc.) com alças e/ou canudos, para que a criança experimente formas diferentes de força empregada para



pressão, tanto manual, quanto labial, porém, esses copos não devem ser muito grandes ou muito altos.

É importante observar a adequação do mobiliário utilizado. A altura da mesa deve permitir movimentação de braços para domínio dos objetos (copos, pratos, talheres, etc.), tronco acima da mesa de modo que os antebraços possam repousar sem esforço para os ombros e a coluna se mantenha ereta.

A cadeira deve ter assento e encosto retos e sua altura permitir o apoio dos pés, mantendo angulação de 90° entre as articulações dos tornozelos, joelhos e coxas.

### **Trabalhos de sucção com canudo**

O canudo deve ficar preso nos lábios, para isso a criança deverá protuir os lábios oferecendo pressão.

A protrusão dos lábios pode ser facilitada através da manipulação das bochechas trazendo-as para frente e conseqüentemente protuindo os lábios.

### **Observação**

Atenção em relação a língua:

Não deve ficar interposta e sob o canudo, de forma que seja movimentada somente sua porção posterior.

### **Uso do copo**

Tomando-se os mesmos cuidados, a borda do copo é introduzida na boca da criança que deve mantê-la firmemente presa apenas com a oclusão dos lábios. Estes irão retirar o líquido do copo sem permitir contato com os dentes e interposição lingual.

### **Mastigação**

É aconselhável que a criança passe a morder os pedaços (arrancar) do alimento, o que irá favorecer muito a oclusão dental e a força dos músculos da face, envolvidos na mastigação.

Morder o alimento recolhê-lo com a língua, dirigindo-o para região dos dentes molares através de movimentos verticais e laterais da mandíbula o pedaço de alimento será triturado, novamente, a língua recolhe, agora já estando transformado em uma pasta e irá iniciar o movimento necessário à deglutição.

### **Manipulação da colher**

Adequar a retirada do alimento – a colher é introduzida na boca de forma a pressionar a ponta da língua para baixo e para trás evitando, assim, sua protrusão.

Ao ser retirada, os lábios devem ser mantidos de forma quando o conteúdo fique retido na cavidade oral através deles (os lábios) e não os dentes.

Observação: a colher deve ser pequena, ter os bordos arredondados. Você pode usar aquelas pequenas colheres de pau (usadas para temperos) ou de plástico. Caso escolha a de madeira,

utilize duas delas: uma para o que é salgado e outra para o doce, já que a madeira retém o gosto dos alimentos.

### **Importante**

A limpeza da boca deve ser efetuada sempre de baixo para cima (mento-boca) e, as estimulações em outras regiões da face, devem ser na direção da boca.

O momento da higiene bucal (escovação), deve ser aproveitado na estimulação dos órgãos fonoarticulatórios. Língua; com uma escova de cerdas macias efetuar massagens rápidas e vigorosas, realizadas de forma contínua ou interrompida. No dorso da língua, a direção seguida é de trás para frente, facilitando assim o movimento de afilamento e nas bordas laterais. Quanto ao palato (céu da boca), passar a escova de leve e pedir que repita o movimento da escova e/ou colocar um pouco do creme dental atrás dos dentinhos da frente, para superior, pedir que a criança retire com a ponta da língua; região vestibular (entre os dentes e bochechas), passar a escova de leve fazendo movimentos de rotação a fazer bochechos. Todos esses procedimentos facilitam na adequação do tono muscular, mobilidade dos órgãos responsáveis pela fala e na adequação das posturas de língua e lábios.

Nesta época, também os pais procuram muitas informações a respeito da síndrome de Down e questionam o futuro desenvolvimento de seus filhos. Ao mesmo tempo em que é importante informarmos os pais sobre suas dúvidas, explicações detalhadas sobre tudo podem gerar ansiedade demasiada e, de certa forma, interferir na relação deles como bebê. Cabe portanto ao profissional dar as informações necessárias a cada família, procurando não interferir de maneira negativa na relação familiar.

### **BIBLIOGRAFIA**

- **Ser Down! E POR QUE NÃO? – Orientação para os Pais**, Publicação da Associação Baiana de Síndrome de Down – SER DOWN, s/d.
- Newcomb, M.A – **Bebês e Objetos**. São Paulo, Pestalozzi, 1978.
- Monteiro, M.I.B.; Camargo, E.A; Blascovi, A.S.M. – **Síndrome de Down – Orientação a Pais**. Campinas, s/d.
- Piaget, J. – **A representação do mundo na criança**. Rio de Janeiro, Record Cultura, s/d.
- Le Boulch, J.- **O desenvolvimento psicomotor: do nascimento aos seis anos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1985.