

LAÍS DA SILVA SANTOS

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

PRISCILA LANZILLOTTA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em outubro de 2020.
Aprovado em dezembro de 2020.*

ORIENTAÇÕES DOMICILIARES AO LACTENTE COM SÍNDROME DE DOWN

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Down é uma das síndromes que mais afeta a população, sendo caracterizada como trissomia do 21. Porém, mesmo sendo uma das síndromes mais comuns de acontecer, muitas pessoas são leigas nesse assunto, até o momento em que nasce um síndrome de down na família. **Objetivo:** Descrever orientações domiciliares a um portador da Síndrome de Down. **Metodologia:** Estudo descritivo, relato de caso de um lactente acompanhado no Ambulatório de Fisioterapia Pediátrica Fundação Lusíada. A produção da carteira de orientações, baseou-se nos aspectos do desenvolvimento motor coletada através da avaliação fisioterapêutica. **Resultados:** orientar a assumir a posição do gato e fazer transferências de forma independente com marcha anterior, pois ele faz apenas com marcha lateral. **Conclusão:** Por ser um relato de caso, não podemos concluir nada em específico.

Palavras-Chave: orientações domiciliares; síndrome de down; fisioterapia.

HOUSEHOLD GUIDELINES FOR DOWN SYNDROME CHILDREN

ABSTRACT

Introduction: Down syndrome is one of the syndromes that most affects the population, being characterized as trisomy 21. However, even though it is one of the most common syndromes to happen, many people are lay people in this matter, until the moment when a syndrome is born down in the family. **Objective:** To describe home guidelines for a Down Syndrome patient. **Methodology:** Descriptive study, case report of an infant followed at the Pediatric Physiotherapy Outpatient Clinic Fundação Lusíada. The production of the portfolio of guidelines, based on aspects of motor development collected through physical therapy evaluation. **Results:** guide to assume the position of the cat and make transfers independently with an anterior gait, as he does only with lateral gait. **Conclusion:** It's a case report, we cannot conclude anything in specific.

Keywords: home guidelines; down syndrome; physical therapy.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Down é caracterizada como uma cromossomopatia, ou seja, uma alteração por um desequilíbrio na constituição cromossômica (presença a mais de um cromossomo 21), pois o indivíduo tem 47 cromossomos em suas células em vez de 46, como a maior parte da população. Essa condição genética resulta em características físicas e mentais específicas e é a causa genética mais comum de deficiência mental. Portadores dessa síndrome apresentam atraso no desenvolvimento de habilidades com uma predominância de déficits motores na primeira infância e de déficits cognitivos na idade escolar. (PESSALACIA, JULIANA DIAS REIS ET AL., 2015)

A SD pode ocorrer de três modos diferentes: uma não disjunção cromossômica total, ou seja, todas as células acabariam por adquirir um cromossomo 21 “extra”. Quando a trissomia não afeta todas as células e, por isso, denomina-se de forma “mosaica” da síndrome, ou por translocação gênica. Porém o cariótipo mais comum, ocorrendo em 95% dos casos é 47, XX, + 21 ou 47, XY, + 21. O que se explica é que o óvulo ou o espermatozoide apresentam 24 cromossomos no lugar de 23, ou seja, um cromossomo a mais. Ao se unirem aos 23 da outra célula embrionária, somam 47. Esse cromossomo extra aparece no par número 21. Por isso a síndrome de Down também é conhecida como trissomia do 21 (MATTOS; BELLANI, 2010).

A fisioterapia é muito importante com relação à aprendizagem motora desse lactante, pois visa estabelecer/restabelecer a funcionalidade do movimento, trabalhando no sentido de ensinar à criança posturas e movimentos funcionais. Com a Fisioterapia sendo aplicada precocemente, é possível trabalhar esse processo de ensino-aprendizagem, fazendo com que a criança com atraso motor se torne apta a responder às suas necessidades de acordo com o seu parâmetro de vida (CAMPOS; COELHO; ROCHA, 2010).

Sobretudo os profissionais da área da saúde oferecem poucas informações aos pacientes e aos familiares. Portanto, existe necessidade de informar e melhor orientar a família sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico, além das potencialidades da criança, custos e modelos de serviços disponíveis para tratamento e educação de indivíduos com síndrome de Down. Com isso, o esclarecimento da população a respeito das deficiências certamente contribuirá para atitudes mais positivas em relação a essas pessoas, além de representar uma estratégia importante para a inclusão social (RIBEIRO; BARBOSA; PORTO, 2011).

SÍNDROME DE DOWN

DEFINIÇÃO

A síndrome de Down é uma anomalia cromossômica autossômica que está entre as mais frequentes, ocorrida devido a uma carga genética extra desde o desenvolvimento intrauterino, caracterizando a criança portadora da síndrome por toda a sua vida. Em 1932, Wandenburg, oftalmologista holandês, sugeriu que a ocorrência da SD seria causada por uma aberração cromossômica, e apenas em 1939 nos Estados Unidos, Adriàn Bleyer fez a suposição de que esta aberração poderia ser uma trissomia. Já em 1959 foi comprovada a origem genética da SD por cientistas franceses que confirmaram a existência de um cariótipo com um cromossomo a mais, identificando-se a chamada trissomia do 21 (MATTOS; BELLANI, 2010).

A síndrome de Down é caracterizada como uma cromossomopatia com consequente deficiência mental, ou seja, uma alteração por um desequilíbrio na constituição cromossômica (presença a mais de um cromossomo 21), pois o indivíduo tem 47 cromossomos em suas células em vez de 46, como a maior parte da população (PESSALACIA et al., 2015).

ETIOLOGIA

Os cientistas investigaram as causas da síndrome de Down durante décadas. Até o momento, sua causa exata ainda não foi descoberta. Embora muitos fatores tenham sido considerados como possíveis causas (fumo, consumo de álcool ou drogas, exposição a fatores ambientais como radiação etc.), a idade da mãe é o único fator relacionado à probabilidade de ter um bebê com síndrome de Down que foi comprovado, pois essa probabilidade aumenta extraordinariamente à medida que as mulheres envelhecem. Todavia, muitas mulheres jovens, sem história de síndrome de Down em suas famílias, têm bebês com essa síndrome. 75% dos bebês com síndrome de Down nascem de mães com menos de 35 anos, uma vez que as mulheres com idades inferiores a 35 anos têm muito mais filhos do que as mulheres com mais de 35 anos, e provavelmente não fazem todo o acompanhamento do pré-natal (STRAY-GUNDERSE, 2007).

QUADRO CLÍNICO

A síndrome de Down, uma condição genética que resulta em distúrbios físicos e mentais específicos, caracteriza-se por alterações nos sistemas neuromotor, cognitivo e sensorial, que resultam em prejuízos ao desempenho em atividades funcionais (APOLONI et al., 2017).

Indivíduos com esta síndrome apresentam atraso no desenvolvimento de habilidades com uma predominância de déficits motores na primeira infância e de déficits cognitivos na idade escolar. Crianças com limitações funcionais crônicas têm mais dificuldade nos aspectos sociais e comportamentais do que as crianças com desenvolvimento normal. Assim, é preciso oferecer a elas possibilidade de intervenção que considere essas diferenças e possibilite o aprimoramento de suas potencialidades. (RIBEIRO; BARBOSA; PORTO, 2011)

As habilidades de rolar, alcançar e se sentar independentemente emergem por volta dos 6, 10 e 12 meses, respectivamente. A marcha surge com um atraso de aproximadamente um ano quando comparada a crianças típicas e tem características imaturas, como base alargada, rotação externa do quadril e ausência de balanço recíproco dos braços. Os problemas de equilíbrio e atraso na marcha podem ser atribuídos a limitações no processamento vestibular, ou a um pobre reconhecimento de estímulos proprioceptivos. Possuem, menor resposta postural mediante estimulação visual e dificuldades na percepção tátil de diferentes formas (CAMPOS; COELHO; ROCHA, 2010).

DIAGNÓSTICO

A síndrome de Down (SD) é uma desordem genética cujo diagnóstico clínico pode ser realizado nas primeiras horas de vida da criança, pelas suas características físicas (fenótipo) e, posteriormente, confirmado por análises citogenéticas do cariótipo de células em metáfase (PFEIFER et al., 2012).

Quando os pais recebem o diagnóstico de que o seu filho apresenta alguma deficiência, ficam diversas implicações do diagnóstico recebido. A família, diante de uma situação nova e inesperada, precisa de auxílio para se adaptar a essa realidade. Diante disso, fica evidente a necessidade de se estabelecer uma relação de parceria entre a família da criança com deficiência e os profissionais que estarão envolvidos (PICHINI et al., 2016).

Por isso se faz necessário fazer o acompanhamento pré-natal comum, pois nesse caso, o pré-natal irá promover uma conscientização maior a família, pois não será uma surpresa quando o lactente nascer, e sim, já estarão esperando um filho com síndrome de down por antecipar a notícia através dos exames feitos no pré-natal. Nesse caso, a família estará mais preparada para recebê-lo e mais apta a situação, diferente dos casos que não fazem acompanhamento pré-natal na gravidez (SILVA; AIELLO, 2012).

TRATAMENTO CLÍNICO

Após a divulgação do diagnóstico aos pais, a equipe de saúde deve mostrar à família a importância de iniciar a estimulação global, referindo-se à criança a programas especializados, de terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Intervenções oferecidas para crianças com SD excedem somente a área médica. Atualmente, as intervenções terapêuticas visam à interdisciplinaridade pelos profissionais que já foram citados, por médicos, psicólogos e professores. O trabalho em equipe só será efetivo quando todos os funcionários forem considerados com o mesmo nível de importância (MORAIS et al., 2016).

Na fase de 0 a 3 anos, é importante o cuidado com as doenças respiratórias de repetição e com a hipotonia muscular presente, pois ela afeta o desenvolvimento da criança, atrasando a aquisição de sustentar a cabeça, rolar, sentar-se, arrastar, engatinhar, andar e correr. Para isto, o médico deve orientar a família e o paciente para o correto posicionamento do pescoço, evitando lesão medular devido à instabilidade da articulação atlantoaxial. O portador da SD também deve receber cuidados para uma alimentação saudável, mantendo aleitamento materno exclusivo até os 06 meses de idade e em alimentação complementar até pelo menos 1 ano. É necessário o acompanhamento odontológico no primeiro ano de vida, antes do começo da dentição, por volta dos 06 meses. Sendo assim, a família recebe, neste primeiro contato, orientações preventivas quanto ao aleitamento materno, uso de mamadeira e chupeta, hábitos dietéticos, higienização bucal etc. (TEMPSKI et al., 2011).

FISIOTERAPIA NA SÍNDROME DE DOWN

INTRODUÇÃO SOBRE A FISIOTERAPIA

A Fisioterapia é uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e/ou por doenças adquiridas. O processo de trabalho do fisioterapeuta foi organizado em acolhimento, atendimento individual nas unidades, atendimentos domiciliares, grupos operativos e atividades educativas em equipe, sendo prioridade a atenção à saúde mental, à pessoa com deficiência, à criança e à mulher, podendo ser criados outros grupos prioritários, de acordo com a demanda/necessidade de cada um (BARBOSA et al., 2010).

O fisioterapeuta avalia a criança com SD e sua família nos serviços de intervenção e planeja o tratamento a partir de seu conhecimento e especialização em diferentes técnicas, conceitos e métodos fisioterapêuticos, visando proporcionar à criança com SD mais oportunidades de adquirir habilidades motoras, longevidade e melhor qualidade de vida, incorporando princípios de tratamento baseados em cursos e áreas de concentração, como hidroterapia, cinesiologia, equoterapia e terapia de integração sensorial, utilizando instrumentos específicos (materiais utilizados no tratamento fisioterapêutico) (MORAIS et al., 2016).

HIDROTERAPIA

A atuação fisioterapêutica na água garante os efeitos necessários para a reabilitação, como: ajuste dos tônus; melhora da sensibilidade, da noção de esquema corporal e espacial e da propriocepção; facilitação das reações de endireitamento e da aquisição das habilidades motoras; promoção de suporte e auxílio no desenvolvimento da coordenação dos movimentos e facilitação das reações de equilíbrio e de proteção. No entanto, a literatura é um pouco escassa em relação à terapia aquática para lactentes com Síndrome de Down. Com base nos benefícios que a hidroterapia pode proporcionar nesses pacientes, pode-se levantar a hipótese de ela que ajudará a melhorar a percepção

espacial e corporal deles. A terapia pode, assim, contribuir para uma melhor integração sensorial, o que proporcionará maior mobilidade no solo e, com isso, ganho mais significativo das habilidades motoras antigravitacionais destas crianças (TOBLE et al., 2013).

Existem muitos outros benefícios terapêuticos obtidos com a imersão do corpo em água aquecida, como o relaxamento, analgesia, redução de impacto, que são alcançados através de propriedades físicas da água, como o empuxo ou flutuação utilizada como resistência ao movimento e fortalecimento da musculatura respiratória, e a atuação da pressão hidrostática que possui efeitos terapêuticos, promovendo assim o aumento do débito cardíaco e da pressão pleural. Desta forma, a água pode ser utilizada com fins terapêuticos, sabendo-se que a eficácia da hidroterapia é satisfatória quando a água é aquecida a uma temperatura agradável ao paciente variando de 32 a 33/34° C. (ROMÃO; CAETANO, 2009).

EQUOTERAPIA

A Terapia com o cavalo foi reconhecida como método terapêutico de reabilitação motora pelo Conselho Federal de Medicina em 09/04/1997. Porém, a utilização da fisioterapia se iniciou com Hipócrates 458 - 377 a.C, em seu "Livro das Dietas", onde ele falava que atividades equestres auxiliariam na regeneração da saúde e prevenção do corpo a possíveis doenças. Sendo assim, a Equoterapia foi definida como um método terapêutico de abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência ou com necessidades especiais (ARARUNA; LIME; PRUMES, 2015).

A equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, onde trabalha junto com a fisioterapia propriamente dita, ou seja, da parte motora, aspectos sociais e efetivos, cumprindo o objetivo de reabilitação global e reintegração social, favorecendo o contato do indivíduo com outros pacientes, com a equipe e com o animal, aproximando-o cada vez mais da sociedade onde convive (SCHELBAUER; PEREIRA, 2012).

INTEGRAÇÃO SENSORIAL

A integração sensorial (IS) é caracterizada como a habilidade do sistema nervoso central de absorver, processar e organizar respostas adequadas às informações trazidas pelos sentidos, onde o funcionamento cerebral é dependente das informações sensoriais recebidas do próprio corpo ou do ambiente onde o indivíduo está inserido (SOARES; BRAGA, 2014).

As crianças com Síndrome de Down apresentam várias disfunções percepto-motoras e de integração sensorial que convergem para um desenvolvimento atípico sob aspectos psicomotores e de aprendizagem. Portanto, é importante que os profissionais da saúde e da educação estejam habilitados para reconhecer as crianças de risco de déficits sensoriais e insucesso escolar, a fim de propor intervenções apropriadas para que as dificuldades apresentadas possam ser compensadas e superadas (LORENZO; BRACCIALLI; ARAUJO, 2015).

A Estimulação Sensorial pode ser dividida em visual: seleção visual e atenção, estimulando a exploração e manipulação dos objetos que as rodeia, e a auditiva: localização sonora, exercitar a memória, atenção e a repetição de sons. Imitando os sons, possibilita-se a repetição por parte da criança e início de um jogo que será importante para a futura articulação da fala. A audição começa com o distinguir dos sons, onde os sons que a criança é capaz de emitir são muito ricos e variados e, por essa razão, deve-se dar oportunidade de exercitar os movimentos de boca e dos lábios constantemente (BARATA; BRANCO, 2010).

BOBATH

Uma das alternativas utilizada como tratamento para lactentes com Síndrome de Down é o Método Bobath ou Conceito Neuroevolutivo Bobath. Seu conceito trata de uma avaliação e tratamento de indivíduos com distúrbios de movimento, função e controle postural. O objetivo do tratamento envolve aprimorar a função, melhorar o controle postural, o equilíbrio e o movimento através da facilitação. O Método Bobath foi desenvolvido a partir de experiências clínicas, por Berta e Karel Bobath em 1943 e adquiriu como base o controle motor. É um processo interativo que inclui o paciente, sua família e uma equipe interdisciplinar que deve estar presente desde a avaliação até o tratamento do indivíduo (ARNDT et al., 2008).

O conceito Bobath tem por objetivo incentivar e aumentar a habilidade da criança de mover-se funcionalmente da maneira mais coordenada possível. Os movimentos normais não podem ser obtidos se a criança permanecer nas mesmas posições e se mover de uma maneira limitada ou incoordenada, por inadequação do tônus postural anormal e incoordenação de postura e movimento presente. O Bobath parte do princípio de manuseios nos quais utilizamos padrões que irão influenciar o tônus muscular, pois, através dos pontos chaves de controle, produziremos mudanças no tônus muscular. Sendo assim, consequentemente, irá influenciar o controle postural e o desempenho das atividades funcionais de cada indivíduo (PERES; RUEDELL; DIAMANTE, 2009).

INTERVENÇÃO PRECOCE

A estimulação precoce é caracterizada como uma técnica terapêutica que aborda diversos estímulos que podem intervir na maturação da criança, com a finalidade de estimular e facilitar posturas que favoreçam o desenvolvimento motor e cognitivo de crianças com diagnóstico de alguma deficiência. Tais intervenções são benéficas quando iniciadas precocemente antes que os padrões de postura e movimentos atípicos tenham se instalado, ou seja, nos primeiros quatro meses de vida do lactente (SERRÃO, 2017).

A estimulação precoce atua então, na prevenção de futuros problemas no desenvolvimento da criança e acelerando processo de desenvolvimento social e de aprendizagem. Este atendimento é de grande importância, pois possibilita dar um suporte ao bebê em seu processo inicial do desenvolvimento com o meio em que vive, considerando os aspectos motores, cognitivos, psíquicos e sociais de seu desenvolvimento geral (NASCIMENTO, 2012).

METODOLOGIA PROPOSTA

Estudo descritivo, através do relato de caso, de um lactente acompanhado no Ambulatório de Fisioterapia Pediátrica da Fundação Lusíada, para orientação do desenvolvimento motor e fisioterapêutico.

Foi realizada uma avaliação motora para observar as necessidades deste paciente, e assim iniciarmos as orientações e atendimentos. Esses atendimentos foram feitos uma vez por semana com duração de 50 minutos por sessão e a mãe recebeu uma carteira de orientações a domicílio baseados nas necessidades da criança de acordo com a avaliação realizada. Esse estudo teve duração de 03 meses, porém o paciente continuou sendo acompanhado neste ambulatório após a finalização da pesquisa.

Também aplicamos uma Escala no paciente, chamada AIMS (Alberta Infant Motor Scale), para avaliar a sequência do seu desenvolvimento motor e o controle da sua musculatura corporal, para identificar possíveis atrasos ou anormalidades.

A produção da carteira de orientações que foi entregue a mãe, baseou-se nos aspectos do desenvolvimento motor coletada através da avaliação fisioterapêutica deste lactente, e também disponibilizamos aos responsáveis todo suporte impresso e demonstrado claramente os exercícios a serem feitos em domicílio para que não haja nenhuma dúvida,

mas se caso surgir dúvidas, estaremos disponíveis para o esclarecimento e para responder quaisquer perguntas relacionadas a pesquisa. A proposta é obter uma melhora do desenvolvimento da criança em questão, e apoiar a família em casa.

Para obter os dados do paciente, os responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE.

RELATO DE CASO

Criança J.G.F.S, sexo masculino, nascido dia 01/11/2017, diagnosticado com Síndrome de Down (trissomia do 21).

A mãe J.F.S de 39 anos e o pai M.R.S de 42 anos, relatam ter sido uma gestação planejada, sendo realizada uma Inseminação Artificial, onde em 2015 já tinham tentado a primeira vez com a Inseminação, porém não houve sucesso na primeira tentativa, portanto na segunda tentativa no ano de 2017 houve sucesso para a tão esperada gestação.

Sobre a gestação em si, a mãe conta ter feito uso de hormônios para a fertilização, porém não houve outras alterações que pudessem influenciar no caso, a não ser pelo estresse gestacional que ela passou ao 7º mês de gestação, onde precisou afastar-se do emprego.

O parto foi cesáreo, com idade gestacional de 38 semanas e 3 dias. A criança nasceu pesando 3,485 kg e 47,5 de altura, e a avaliação do Apgar no 1º minuto foi 7 e no 5º minuto foi 8. E a mãe relata não ter tido problemas sobre a amamentação do filho.

O RN foi levado para UTIN onde ficou internado durante 1 mês e 7 dias e recebeu alta hospital com 1 mês e 9 dias. Porém o diagnóstico que deveria ter sido dado no período gestacional, pois a mãe relata ter feito todo acompanhamento pré-natal, só foi realizado pela clínica do paciente ao nasceu, pois, a Doutora analisou o padrão respiratório, a cianose e os testes específicos para SD, que comprovassem tal suspeita pela sua face sindrômica.

O paciente J.G.F.S, foi diagnosticado com doença cardíaca CIA, hipoplasia de arco transverso e istmo aórtico e faz uso de 2 medicamentos. O fenobarbital de 12 em 12 horas pois na UTI o paciente teve 2 crises de convulsões e o neutrofer.

O paciente realiza tratamento fisioterapêutico e atendimento com fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional e chegou ao serviço de Fisioterapia Unilus no ano de 2017 com 4 meses.

Analisaremos uma tabela que descreve os objetivos e condutas que foram realizados durante o atendimento que durava em torno de 35 a 40 minutos, dependendo da colaboração do paciente no dia, pois quando ele começava a se sentir mais cansado e fadigado, ele era liberado da terapia sem intercorrências. E, o atendimento possuía frequência de 2 vezes na semana.

OBJETIVOS	CONDUTAS
Controle de tronco e cervical	Busca de objetivos; estimulação visual para olhar para o alto; estimulação auditiva para chamar a sua atenção; exercícios de controle de tronco na bola suíça e no rolo.
Treino de Propriocepção	Co-contração de MMSS e MMII; descarga de peso de MMSS e MMII.
Integração sensorial e estimulação vestibular	Diferentes texturas nos pés e nas mãos e treino de equilíbrio na bola sensorial.
Fortalecimento da Musculatura Abdominal	Estímulo proprioceptivo abdominal; busca de objetos a longa distância; estimulação para alcançar o pé contralateral.
Rolar com independência	Pontos chaves de quadril, estimulando a passar da posição prono para supino no tablado; estímulos com diferentes brinquedos para chamar sua atenção a buscar os brinquedos e rolar com independência.
Engatinhar com independência	Ponto 10 do baby bobath; posição de gato para iniciar o engatinhar.
Estimulação da linha média	Buscar objetos e brinquedos na linha média.

RESULTADOS

Foi realizada uma avaliação motora no lactente J.G.F.S, antes de iniciarmos os atendimentos no Ambulatório de Fisioterapia Pediátrica do Unilus. Portanto, essa mesma avaliação foi feita após os atendimentos que duraram 03 meses, para que assim possamos pontuar em que fase do desenvolvimento motor se encontra a criança após as estimulações e para analisar algumas alterações ainda encontradas nele, para então darmos continuidade com o tratamento domiciliar, com o objetivo de dar orientações para que a mãe possa continuar estimulando seu desenvolvimento em casa, respeitando todas as etapas do desenvolvimento neuropsicomotor e respeitando os limites encontrados nele.

Através da avaliação nós podemos observar que o paciente atingiu alguns objetivos que foram impostos para ele no começo do tratamento, como: obter controle de tronco e cervical, rolar com independência, sentar-se com independência, engatinhar com independência (porém ele realiza com algumas adaptações errôneas) e fazer a busca de objetos na linha média. Porém para sua idade, (atualmente se encontra com um ano e quatro meses), ele precisaria estar adquirindo a posição do gato para engatinhar corretamente e para não pular as etapas do seu desenvolvimento, e manter a força dos membros superiores (MMSS) para então desenvolver as reações protetoras, por isso destacamos essa característica importante que ele precisaria estar realizando, e fazer transferências de forma independente com marcha anterior, pois ele faz apenas transferências com marcha lateral segurando nos objetos a sua volta, como mostra na tabela 1 mais abaixo.

Desta forma, nós destacamos a importância da orientação domiciliar, para que os pais possam continuar estimulando seu filho em casa, com o objetivo principal no momento, de obter a posição do gato (figura 1) e obter a marcha anterior com independência (figura 2). Com isso, estaríamos completando o objetivo final de promover conscientização familiar, permitindo a participação da família em relação ao desenvolvimento da criança com síndrome de down e permitindo também, novas experiências que são necessárias para a criança se desenvolver adequadamente.

Figura 1 - Posição do gato.



Fonte: MENDES, 2001.

Figura 2 - Marcha anterior com independência.



Fonte: PRETTO, 2009.

Na tabela abaixo descreve as fases do desenvolvimento motor que a criança precisar passar evolutivamente. Nesse caso, mostra que o lactente J.G.F.S obteve mais resultados positivos do que negativos sobre essas fases. Com um total de 9 objetivos, podemos observar que o paciente superou 6 etapas positivamente após as intervenções, deixando para trás apenas 2 etapas das 9 que foram solicitadas e apenas 1 (controle cervical) que ela já fazia antes das avaliações iniciais.

DESENVOLVIMENTO MOTOR		
PACIENTE 01	Período Inicial	Período Final
CONTROLE DE CERVICAL	SIM	SIM
CONTROLE DE TRONCO	NÃO	SIM
SENTAR INDEPENDETE	NÃO	SIM
ROLAR INDEPENDENTE	NÃO	SIM
ADQUIRIR A POSIÇÃO DO GATO	NÃO	NÃO
ENGATINHAR INDEPENDENTE	NÃO	SIM
BUSCAR OBJETOS NA LINHA MÉDIA	NÃO	SIM
MARCHA LATERAL	NÃO	SIM
MARCHA ANTERIOR	NÃO	NÃO
MARCHA INDEPENDETE	NÃO	NÃO

ORIENTAÇÕES DOMICILIARES

- a) Coloque uma bola à sua frente e peça para ela empurrar com a mão, ou o mesmo pode ser feito com as pernas, encoste a bola em um dos pés da criança e peça a ela que empurre a bola para trás, até esticar a perna.



Fonte: PUESCHEL, 1978.

- b) Coloque um brinquedo no alto de uma escada ou sofá e peça à criança para subir engatinhando e pegar o brinquedo.



Fonte: PUESCHEL, 1978.

Desta maneira estaríamos estimulando a posição do gato que seria ideal para não pular as etapas do desenvolvimento motor de uma criança.

- c) Com a criança de pé, apoie-a pelo quadril, como num jogo ritmado, cante levando-a para frente, para trás.



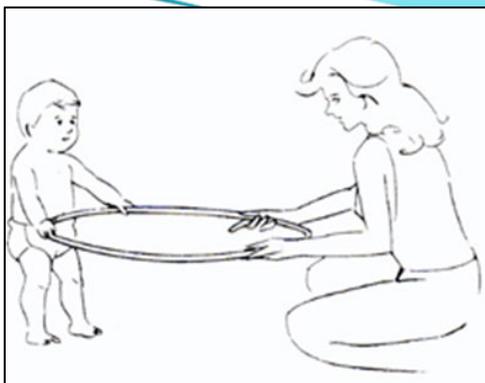
Fonte: PUESCHEL, 1978.

- d) Ajoelhando à frente da criança, segure suas mãos na altura dos ombros, evitando levantar seus braços acima da cabeça ou apoie-a no quadril. Aos poucos, vá diminuindo seu apoio.



Fonte: PUESCHEL, 1978.

- e) Use um bambo lê onde a criança ficará fora com as mãos apoiadas no bambo lê e você também o segurando.



Fonte: PUESCHEL, 1978.

DISCUSSÃO

Ao traçarmos o perfil motor das crianças com SD, oferece-se o reconhecimento de suas possibilidades, valorizando-as, definindo seu estado motor e permitindo a estas serem atendidas por um programa de intervenção adequado a elas. As possibilidades de receberem cuidados adequados a seus aspectos motores facilitará seu desenvolvimento global, pois o comprometimento dessas crianças vai muito além do intelectual, atingindo também sua motricidade. Porém essa dificuldade, de acordo com estudos de Sampaio (2013), pode ser desencadeada por características típicas da síndrome ou pela falta ou falha de um programa de intervenção adequado a elas. Cooperando, desta maneira, com o presente estudo, onde relata o perfil motor e a importância da intervenção precoce para diminuir as dificuldades relacionadas ao seu desenvolvimento neuropsicomotor.

No estudo de Nakadonari e Soares (2006) fala sobre os avanços nas pesquisas, onde os diagnósticos pré-natais como a análise do sangue materno e ultrassom, além de não serem exames invasivos, têm uma alta taxa de acerto na detecção da síndrome de Down, auxiliando na preparação da família para receber a criança portadora. Sabe-se que as idades paterna e materna têm influência no risco da geração de uma criança portadora da síndrome de Down, e que o aconselhamento genético proporciona um atendimento diferenciado para cada caso com especificidade para cada família. Assim como nosso estudo atual, onde destaca a importância do diagnóstico precoce para assim iniciar o quanto antes o tratamento precoce e a aceitação familiar.

Copetti (2007) utiliza sua pesquisa para falar sobre os benefícios das atividades com o cavalo (equoterapia), que são atribuídos a uma combinação de estímulos sensoriais gerados pelo movimento produzido pelo passo do animal sob os sistemas básicos humanos que, em conjunto, resultam em uma integração motora e sensorial ampliada, tendo um favorecimento de um maior controle motor, aumento do tônus muscular, reeducação do mecanismo de reflexos posturais, reações de equilíbrio e a percepção espaço-temporal dos vários segmentos corporais no espaço. Correlacionando com este artigo onde diz que a Equoterapia, tem proporcionado inúmeros benefícios para seus praticantes, utilizando o cavalo como um agente promotor de ganhos físicos, psicológicos e educacionais.

Lima et al. (2015) também destaca a importância da família para o sucesso do trabalho terapêutico, pois o ambiente familiar constitui um fator fundamental para o desenvolvimento do SD. A família é o primeiro lugar onde a criança estabelecerá seus vínculos e receberá seus primeiros estímulos, sendo necessário que os pais e familiares estejam preparados e saibam como proporcionar os melhores estímulos aos filhos, pois a ausência de estímulos apropriados principalmente nas fases iniciais do desenvolvimento pode acarretar consequências significativas para o desenvolvimento da criança com SD.

A importância do brincar para o desenvolvimento infantil é do interesse dos pais em interagir com seus filhos por este meio, é possível envolver os pais nos programas de intervenção precoce com objetivos de ganho não só para os bebês com atrasos

no desenvolvimento, como também para a família como um todo, a qual pode adquirir novas habilidades e ter suas necessidades atendidas. Corroborando assim, com este estudo, onde frisa a participação integral dos pais, como uma forma de tratamento para seus filhos através do brincar, segundo as orientações que foram passadas (AIELLO; SILVA, 2012).

CONCLUSÃO

Por ser um relato de caso, não podemos concluir nada em específico, mas devemos evidenciar a importância da fisioterapia no desenvolvimento do lactente com Síndrome de Down, pois as estimulações precoces, as diferentes formas de tratamento, e as orientações que devem ser dadas para a família, irão promover uma adequação no desenvolvimento psicomotor desta criança com Síndrome de Down.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Edriele Guimarães et al. QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA EM CUIDADORES DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN Revista Movimenta Issn, Goias, v. 4, n. 2, p.99-108, 2011.
- CAMPOS, Ana Carolina de; COELHO, Maria Cristina; ROCHA, Nelci Adriana Cicuto Ferreira. DESEMPENHO MOTOR E SENSORIAL DE LACTENTES COM E SEM SÍNDROME DE DOWN: ESTUDO PILOTO. Fisioterapia Pesquisa, São Paulo, v. 17, n. 3, p.203-208, 2010.
- GOLLO, Cristina; GRAVE, Magali Teresinha Quevedo. INCIDÊNCIA DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DOS PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE CINCO ASSOCIAÇÕES DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DO VALE DO TAQUARI. Caderno Pedagógico, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 1, p.221-230, 2015.
- LAPLANE, Adriana Lia Friszman et al. DIRETRIZES DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE CRIANÇAS DE ZERO A 3 ANOS COM ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2016.
- MATTOS, Bruna Marturelli; BELLANI, Claudia Diehl Forti. A IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO PRECOCE EM BÊBES PORTADORES DE SÍNDROME DE DOWN: REVISÃO DE LITERATURA. Revista Brasileira. Terap. e Saúde, Curitiba, v. 1, n. 1, p.51-63, dez. 2010.
- PESSALACIA, Juliana Dias Reis et al. EXPERIÊNCIAS DE ACESSO A SERVIÇOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, Mato Grosso do Sul, v. 5, n. 3, p.1752-1767, dez. 2015.
- PICHINI, Fernanda dos Santos et al. PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA E DO TERAPEUTA SOBRE A EVOLUÇÃO DE CRIANÇAS EM UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR DE INTERVENÇÃO PRECOCE. Revista Cefac, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 1, fev. 2016.
- RIBEIRO, Maysa Ferreira Martins; BARBOSA, Maria Alves; PORTO, Celmo Celeno. PARALISIA CEREBRAL E SÍNDROME DE DOWN: NÍVEL DE CONHECIMENTO E INFORMAÇÃO DOS PAIS. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, abr. 2011.
- SILVA, Nancy Capretz Batista da. INTERVENÇÃO DOMICILIAR E ENVOLVIMENTO PATERNO: EFEITOS EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN. Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal, São Paulo, fev. 2011.
- SILVA, Nancy Capretz Batista da; AIELLO, Ana Lúcia Rossito. ENSINANDO O PAI A BRINCAR COM SEU BEBÊ COM SÍNDROME DE DOWN. Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal, Curitiba, n. 43, p.101-116, mar. 2012
- TOSTA, Alex Fernandes; MARQUEZ, Daniela de Stefani. DEFICIÊNCIA FÍSICA E MENTAL E SEUS REFLEXOS EM UMA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO. Faculdade Atenas, Minas Gerais.