

**A IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO PRECOCE
PARA BEBÊS DE 0 A 18 MESES PORTADORES
DA SÍNDROME DE DOWN**

Monografia apresentada pela aluna do
Curso de Pós-Graduação em Atividade
Motora Adaptada para Portadores de Defi-
ciência - UFPR sob a orientação Prof.^a
Ruth Eugênia de Cidade e Souza

CURITIBA

1997

INGRID CARLA CZAP

**A IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO PRECOCE PARA BEBÊS
DE 0 A 18 MESES PORTADORES DA SÍNDROME DE DOWN**

CURITIBA
1997

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
1.1 PROBLEMA.....	01
1.2 OBJETIVO.....	02
1.3 JUSTIFICATIVA.....	02
2 REVISÃO DE LITERATURA	03
2.1 DEFICIÊNCIA MENTAL.....	03
2.1.1 Causas da Deficiência Mental.....	05
2.2 SÍNDROME DE DOWN.....	06
2.2.1 Histórico.....	06
2.2.2 Diagnóstico Pré-Natal.....	07
2.2.3 Anormalidade Cromossômica.....	09
2.2.4 Características do Portador da Síndrome de Down.....	11
2.3 ESTIMULAÇÃO PRECOCE.....	13
2.3.1 Padrões de Comportamento do Bebê de 0 A 18 meses.....	17
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	22
A N E X O S	23
ANEXO 1 -PADRÕES DE COMPORTAMENTO	24
ANEXO 2 -EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE	32
ANEXO 3 -FICHAS DE AVALIAÇÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

1 INTRODUÇÃO

Há tempos atrás, quando se tomou conhecimento da existência da Síndrome de Down, ela vinha sendo tratada simplesmente como uma Deficiência Mental. Desde 1958, Jerome Lejeune descobriu a verdadeira causa da Síndrome de Down. A partir de então é que esta vem recebendo uma atenção diferenciada das demais Deficiências Mentais.

Segundo WERNECK (1993): através dos dados do IBGE, os portadores de deficiência representam de 15 a 20% da população brasileira, sendo que desses, 30 a 50% possuem Deficiência Mental. Ainda segundo esta autora, só em nosso país nascem anualmente 8 mil portadores da Síndrome de Down, a maioria das mães com menos de 35 anos. De acordo com registros do IBGE, em países desenvolvidos para cada 1000 nascimentos nasce um bebê Portador da Síndrome de Down, enquanto no Brasil para cada 500 nascimentos, um é portador da Síndrome de Down, havendo casos como no sudeste onde para cada 350 bebês não deficientes, nasce um Portador da Síndrome de Down.

Devido à este quadro, também percebemos a necessidade de melhor conhecer os diferentes aspectos do Portador de Síndrome de Down, aspectos estes como seu desenvolvimento motor, físico, aspectos clínicos, psicossociais, etc., para então podermos através deste conhecimento, atuar na estimulação de suas potencialidades naturais procurando desenvolvê-las da melhor maneira possível.

1.1 PROBLEMA

Estabelecer através de pesquisa bibliográfica, qual é a importância da Estimulação Precoce para o desenvolvimento e reabilitação do bebê de 0 a 18 meses, portador da Síndrome de Down?

1.2 OBJETIVO

Rever através de pesquisa bibliográfica, a importância de um Programa de Estimulação Precoce adequado, para o desenvolvimento do bebê de 0 a 18 meses, portador da Síndrome de Down.

1.3 JUSTIFICATIVA

A partir destes conhecimentos poderão então, os profissionais adequar programas e atividades de estimulação que para que haja mais oportunidades para a aprendizagem e o desenvolvimento, principalmente no que diz respeito ao Desenvolvimento Motor do Portador da Síndrome de Down, atenuando assim suas limitações, as quais acabavam por limitar indiretamente o desenvolvimento da capacidade mental do indivíduo.

Partindo desta conscientização, da importância de se estimular a criança com deficiência, desde muito cedo (ainda bebê) é que percebemos, que tamanha é a necessidade de formação de profissionais, verdadeiramente especializados para atuarem nesta área e também para promoverem a conscientização da população em geral e dos profissionais existentes, não só da Educação Física, mas das áreas afins, que em conjunto prestam a assistência e contribuem para o desenvolvimento global do Portador da Síndrome de Down.

2 REVISÃO DE LITERATURA

As deficiências possuem uma história de discriminações e preconceitos, hoje apesar dos preconceitos ainda existentes, se busca através do conhecimento superar tabus, aprender e compreender sobre as deficiências e suas especificidades.

Antigamente não havia diferenciação entre as deficiências mentais, todas recebiam praticamente o mesmo tratamento.

Hoje existem diversos pesquisadores, instituições e variadas classificações para auxiliar no acompanhamento da pessoa portadora de deficiência com maior eficiência.

2.1 DEFICIÊNCIA MENTAL

Atualmente existem muitos pesquisadores na área da deficiência, principalmente na deficiência mental, portanto, muitas são as definições encontradas, entre elas podemos citar a definição de TELFORD & SAWREY (1978):

“ Funcionamento intelectual abaixo da média que se manifesta durante o período

de desenvolvimento e se caracteriza pela inadequação no comportamento adaptativo

.”

Nesta definição TELFORD & SAWREY, referem-se a um desvio padrão na relação entre idade mental e idade cronológica. O termo “comportamento adaptativo” , pode ser definido como a capacidade do indivíduo de responder de acordo com sua faixa etária em aspectos como: independência pessoal , responsabilidade social, etc.

FONSECA (1995), afirma:

“ Na criança deficiente mental, o potencial da aprendizagem é caracterizado por graus

de incapacidade adaptativa, em que subsiste uma inferioridade mental global.”

Essas incapacidades sugeridas acima, manifestam-se desde o nascimento até

aproximadamente os dezoito anos.

Muitas são as diferenças apresentadas entre os portadores de deficiência mental. Estas diferenças podem ser observadas em áreas diversas ou devido à diferença na intensidade com que se apresentam.

Diferentes autores classificam a Deficiência Mental em variados tipos. Em geral suas classificações utilizam-se do quociente de inteligência (QI) para a classificação.

Segundo a classificação da AADM (American Association of Mental Deficiency),

citado por FONSECA (1995) a Deficiência Mental compreende os seguintes tipos:

-TIPOS DE DEFICIÊNCIA MENTAL	STANFORD BINET-QI	WECHSLER QI
LIGEIRA (mild)	68-52	(5569,00)
MODERADA (moderate)	51-36	54-40
SEVERA (severe)	32-20	39-25
PROFUNDA (profunde)	<19	<24

Além das classificações já bastante conhecidas existem aquelas que têm surgido, encontrando também aceitação à nível internacional como por exemplo, a classificação à nível educacional de KIRK, citado na obra de FONSECA (1995):

	QI
Dificuldade de aprendizagem (slow learner)	80 a 80
Deficiência Mental Educável (Educable Mentally Retarded - EMR)	50-55-75-79
Deficiência Mental Treinável (Trainable Mentally Retarded - TMR)	30-35-50-54
Deficiência Mental Dependente (Dependent Mentally Retarded - DMR)	<25-30

2.1.1 Causas da Deficiência Mental

A Deficiência Mental pode originar-se em diferentes momentos. Na fase pré-natal por anóxia, hipóxia ou prematuridade.

Na fase pós-natal, causada por infecções do Sistema Nervoso Central, infecções desmielinizantes, traumas cranianos, subnutrição, intoxicações exógenas, convulsões, radiações, e outras causas ainda não estabelecidas.

Portanto, podemos concluir que a variedade de deficiências mentais existentes é muito grande, podendo ser causada por fatores hereditários e ambientais.

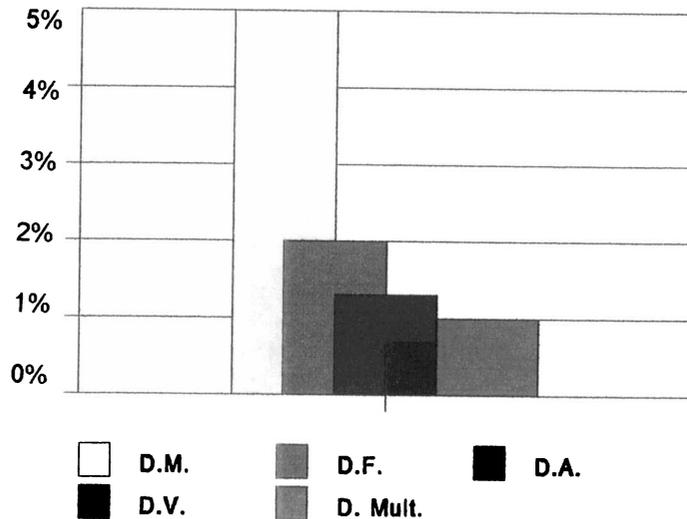
Se observarmos o panorama da Deficiência no Brasil, de acordo com MUSTACCHI e ROZONE (1990), obteremos as seguintes informações:

“ Conforme dados da Organização Mundial de Saúde, quando a nossa população era de 130 milhões de habitantes, havia 13 milhões (10%) de deficientes na população, dos quais 50% (6,5 milhões) eram portadores de deficiência mental, perfazendo 5% do total dos habitantes.”

Deste total de 5% , ou seja, 6,5 milhões de portadores de deficiência mental, cremos que aproximadamente 50% sejam portadores da Síndrome de Down.

Gráfico nº 1

População Deficiente



* Gráfico elaborado pela autora a partir de dados da Organização Mundial de Saúde.

Ainda segundo MUSTACCHI & ROZONE (1990):

“ ... a Síndrome de Down ocorre na prevalência de 1/600 nascidos vivos na última década, em nosso país, seria responsável pela freqüência de 2% de toda a população com algum tipo de deficiência.”

2.2 SÍNDROME DE DOWN

2.2.1 Histórico

Estudiosos das deficiências mentais questionam sobre seu surgimento na civilização.

Muitos são os indícios da existência do Portador da Síndrome de Down na história, desde crânios encontrados em escavações, esculturas e pinturas, embora não tenha sido encontrado nenhum documento publicado sobre a Síndrome de Down antes do século XIX.

Até 1866 as crianças com Deficiência Mental eram tratadas de forma igual, somente havendo diferenciação da para a Síndrome de Down a partir da descrição feita pelo inglês John Langdon Down, embora fosse denominada “idiotia

mongolóide”.

Em 1958, Jerome Lejeune descobriu a verdadeira causa da Síndrome de Down, passando só então a chamar-se *SÍNDROME DE DOWN*.

Segundo PUESCHEL (1995), em sua descrição, Down mencionou:

“ O cabelo não é preto, como o cabelo de um verdadeiro mongol, mas é de cor castanho, liso e escasso. O rosto é achatado e largo. Os olhos posicionados em linha oblíqua. O nariz é pequeno. Estas crianças tem um poder considerável para a imitação.”

Down denominou esta condição de “idiotia mongolóide”, denominação esta hoje considerada incorreta, pois derivou-se do termo mongol, sendo esta uma referência considerada conotativamente negativa, devendo ser evitada, pois além de ser encarada por muitos como insulto, pode vir a comprometer a aceitação social da criança.

2.2.2 Diagnóstico pré-natal

No Brasil, o diagnóstico pré-natal é utilizado em casos de gravidez de risco, especialmente quando a idade materna é avançada, geralmente acima dos 40 anos de idade.

Após o diagnóstico, a decisão será tomada pelo casal, pela continuidade ou não da gestação, embora as leis brasileiras não permitam sua interrupção.

Cabe neste caso ao médico, auxiliar o casal na análise da situação, pois muitas vezes o que ocorre é a falta de recursos para se obter informações e outras vezes existem informações erradas a respeito e, carregadas de preconceito.

A idade avançada dos pais, sendo a idade materna acima de 40 anos e a idade paterna acima de 45 anos aproximadamente, trazem o aumento do risco, aumentando proporcionalmente com a idade. Segundo CASARIM (1989):

“Com a idade avançada da mãe, há maior probabilidade de ocorrerem erros na separação dos cromossomos (não disjunção), durante a formação dos gametas, há um risco maior do óvulo formado não apresentar o número certo de cromossomos. Se este óvulo for fecundado, formará um zigoto com um número anormal de cromossomos.”

Embora muitos autores ainda relacionem diretamente a idade avançada dos pais à Síndrome de Down, a comprovação efetiva do real motivo desta Síndrome , ainda não existe de forma concreta.

O que se observa mais atualmente, é a mudança neste quadro, pois devido à esta informação quanto ao risco de pessoas de idade avançada gerarem portadores da Síndrome de Down e outras deficiências, observou-se a diminuição do número de gravidez na faixa etária acima dos 40 anos.

Essa modificação que vem ocorrendo juntamente com o aumento de casos de gravidez na adolescência, vem mudando os dados que serviam de referência.

Aumentando o número de nascimentos de portadores da Síndrome de Down de mães abaixo de 35 anos, se comparadas ao número de portadores da Síndrome de Down, nascidos de mães mais idosas (acima dos 40 anos).

O histórico familiar, ou seja, nascimento anterior de uma criança com Síndrome de Down ou outra anormalidade cromossômica na família.

Pais portadores de translocação equilibrada podem gerar bebês com anomalias cromossômicas. Um exemplo deste caso é, quando o pai ou a mãe possui o cromossomo 21 ligado ao 14, havendo neste caso a probabilidade de 50% da criança nascer Portadora da Síndrome de Down.

Quando o Portador da Síndrome de Down for capaz de reproduzir, haverá 50% de chance em cada gravidez, da criança nascer com Síndrome de Down.

Além de outros fatores mais específicos que podem provocar a Síndrome de Down.

Em diversos estudos já foram pesquisados fatores como a radiação ionizante, predisposição genética, Região de Organização Nucleolar (RON) , além dos fatores acima citados.

Embora nenhum dado comprovadamente correto tenha sido ainda publicado.

2.2.3 Anormalidade cromossômica

Normalmente em uma célula há 46 cromossomos, que são distribuídos aos pares. Destes 46, 22 pares chamamos de pares “regulares” ou “autossômicos”, são semelhantes em homens e mulheres. Além desses 22 pares existe ainda mais 2 cromossomos, que denominamos cromossomos “sexuais”.

Enquanto os 22 pares são denominados por números de 1 a 22, os cromossomos sexuais são denominados por letras.

Os cromossomos sexuais da mulher são representados por XX e os do homem por XY.

Nos gametas humanos (óvulo e espermatozóide) existe apenas um cromossomo de cada tipo, somando 23 ao todo.

Os óvulos tem o cromossomo X, o espermatozóide pode apresentar o cromossomo X ou Y, o que determinará o sexo do bebê.

O Portador da Síndrome de Down pode apresentar anomalias cromossômicas, as quais ocorrem nos cromossomos autossômicos, estas anomalias podem ser denominadas:

- Trissomia 21
- Translocação
- Mosaicismo.

Trissomia 21

Ocorre quando uma célula germinativa (óvulo ou espermatozóide) possui 24 cromossomos, ou seja, um cromossomo a mais.

Isto acarretará um célula com 47 cromossomos. Ao invés de dois cromossomos 21, em cada célula, o indivíduo possuirá três cromossomos 21, dando origem assim ao termo trissomia 21.

“ Em 95% dos casos, a trissomia é simples, ou seja, detectam três cromossomos 21 independentes.” (MUSTACCHI e ROZONE ,1990).

Translocação

Ocorre quando o cromossomo 21 excedente (47 cromossomos) une-se a outro cromossomo, geralmente o 14, 21 ou 22.

Podendo ainda o indivíduo possuir o número total de 46 cromossomos, estando neste caso, o cromossomo 21 extra ligado a outro cromossomo, ocorrendo novamente a existência de 3 cromossomos 21 na célula.

Mosaicismo

É considerada a anomalia menos comum. Se dá devido a um erro nas primeiras divisões celulares.

Neste caso podem ser encontradas após o nascimento do bebê, células com 47 cromossomos apresentando trissomia 21 e outras normais com 46 cromossomos

Existem explicações através de diferentes teorias, sobre a causa da não-disjunção cromossômica .

Essas teorias baseiam-se no desequilíbrio hormonal, na seleção ineficaz que possa ocorrer no adulto, erros que procedam a formação do feto, fertilização atrasada, entre outras teorias.

Essas afirmações baseiam-se em pesquisas, embora ainda não tenha se comprovado efetivamente, têm servido de dados para novos estudos em busca de uma explicação concreta à respeito da não-disjunção, que pode gerar a Síndrome de Down.

2.2.4 Características do portador da Síndrome de Down

Para compreendermos as descrições físicas a seguir descritas é importante que conheçamos o significado de Síndrome: “ Conjunto de sinais e de sintomas que caracterizam um determinado quadro clínico.” (WERNECK, 1993).

Dentre estes sinais, existem aqueles considerados característicos, os quais serão descritos na seqüência.

Os bebês portadores da Síndrome de Down geralmente nascem menores e mais leves que os outros bebês.

A cabeça geralmente é menor e mais arredondada. São bochechudos, os olhos são amendoados, posicionados de forma oblíqua e relativamente distantes um do outro. Alguns bebês apresentam pregas epicânticas (excesso de pele no canto dos olhos). O nariz e a boca são pequenos, permanecendo muitas vezes com a boca entreaberta e a língua, em geral um pouco maior que o normal, pode ficar projetada para fora.

As orelhas, às vezes são pequenas, implantadas um pouco abaixo do normal. O pescoço pode apresentar-se mais grande e largo.

As pernas e braços geralmente são mais curtos. As mãos e pés são pequenos e gordos. Nos pés é comum encontrarmos uma distância grande (maior que o normal) entre o primeiro e segundo dedo.

Assim como a criança normal, o bebê portador da Síndrome de Down também necessita de estimulação, proveniente principalmente dos pais, para obter um desenvolvimento satisfatório.

Sabemos que o desenvolvimento do bebê portador da Síndrome de Down geralmente é mais lento, sendo este mais um motivo para intensificarmos os estímulos tanto motores como sensoriais e psicossociais.

Nesta fase (0 a 18 meses) do bebê, é muito importante estimular sua linguagem e compreensão conversando muito com o bebê e possibilitando a vivência

em diferentes ambientes, os quais futuramente propiciarão oportunidades de integração a comunidade.

Neste sentido é muito importante a exposição pública, pois assim o bebê será introduzido socialmente, além de que a aceitação e integração a sociedade depende em grande parte da naturalidade com que a deficiência é aceita pelos pais e pela família.

A família será o grande agente integrador da criança portadora de deficiência na sociedade.

Contando com o estímulo necessário ao seu desenvolvimento e o apoio da família a criança portadora da Síndrome de Down se desenvolverá satisfatoriamente.

Assim como todas as crianças, o portador da Síndrome de Down também necessitará de assistência quanto a sua saúde.

Alguns dos problemas de saúde poderão acompanhar o bebe desde o momento do nascimento, muitas vezes necessitando uma intervenção imediata, outros problemas de saúde poderão manifestar-se com o passar dos dias, meses e até mesmo com o passar dos anos.

O portador da Síndrome de Down pode apresentar cardiopatias, defeitos do tubo digestivo, sendo este mais susceptível a infecções gastrointestinais e pulmonares.

Podem ainda apresentar problemas ósteo-articulares e anomalias no aparelho genital.

São comuns ainda problemas visuais, doenças da gengiva, desordens convulsivas, déficits auditivos e disfunções da glândula tireóide.

De acordo com PUESCHEL (1995), pode-se observar durante a primeira infância em algumas crianças:

“... problemas de alimentação e aumento de peso abaixo do esperado, principalmente nos casos que tem doença cardíaca congênita severa. As

crianças podem comer mal e não se desenvolver conforme o esperado. Entretanto, assim que o defeito cardíaco congênito for reparado, as crianças com Síndrome de Down começam a ganhar peso adequadamente.”

Apesar das deficiências de saúde apresentadas pelo portador da Síndrome de Down, aqueles que possuem uma boa assistência médica e dentária em sua maioria tem boa saúde geral.

2.3 ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Devido ao tabu que envolve o portador de deficiência, muitos pais se questionam a respeito do Desenvolvimento Motor de seu filho. Algumas vezes a imagem que é passada aos pais, sugere que a criança será incapaz de sentar, andar ou correr; ou ainda, sugere que só será capaz de fazê-los quando for grande.

Na verdade não podemos fazer esta afirmação de forma tão taxativa, sabemos que assim como a criança normal, o portador da Síndrome de Down, apresenta suas características individuais, que colaboram ou não para o seu desenvolvimento motor.

Além de características como: saúde, desenvolvimento físico, etc., ainda existem os fatores ambientais e o nível de estimulação ao qual a criança é exposta.

Baseado em estudos longitudinais e alguns relatos sobre o desenvolvimento motor das crianças pequenas portadoras da Síndrome de Down, PUESCHEL (1995) apresenta a seguinte tabela:

Padrões de desenvolvimento motor - psíquico

	Crianças com Síndrome de Down		Crianças “normais”	
	média (meses)	extensão (meses)	média (meses)	extensão (meses)
Sorrir	2	1,5-3	1	0,5-3
Rolar (de prono a supino)	6	2-12	5	2-10
Sentar	9	6-18	7	5-9
Arrastar-se	11	7-21	8	6-11
Engatinhar	13	8-25	10	7-13
Ficar de pé	10	10-32	11	8-16
Andar	20	12-45	13	8-18
Falar (palavras)	14	9-30	10	6-18
Falar (sentenças)	24	18-46	21	14-32

Embora existam estudos neste sentido, os dados acima expostos vão variar, como já foi dito anteriormente, de indivíduo para indivíduo.

Para compreendermos melhor o desenvolvimento motor do bebê com Síndrome de Down devemos antes conhecer um pouco sobre o desenvolvimento da criança normal, seus reflexos ao nascer, a evolução do desenvolvimento motor do bebê, além de outros fatores que serão posteriormente abordados, só então, a partir destas informações é que poderemos melhor visualizar o desenvolvimento da criança portadora da Síndrome de Down.

Podemos iniciar esta explanação definindo de forma simples o que é um reflexo. Podemos considerá-lo como uma resposta automática, proveniente de uma estimulação, o reflexo serve como auxílio para o indivíduo se adequar ao ambiente.

Embora com a maturação do Sistema Nervoso, muitos reflexos vão desaparecendo e alguns, dando lugar a movimentos voluntários, enquanto que existem aqueles que acompanham o indivíduo por toda a sua vida. Através dos reflexos muitas

vezes é possível prever o ritmo do desenvolvimento psicomotor do bebê.

Alguns reflexos podemos denominar de arcaicos ou primários, são estes:

Reflexo de Moro

Segundo a autora CORIAT (1977), o reflexo é:

“Uma reação corporal maciça subsequente ao sobressalto determinado por vários estímulos que tem em comum a particularidade de induzir uma busca, extensão da cabeça, alternando sua relação com o tronco. Consiste na extensão, abdução e elevação de ambos os membros superiores, seguida de retorna à habitual atitude flexora em adução.”

Este reflexo pode ser encontrado desde os seis meses (no bebê prematuro), é presente no recém-nascido e normalmente desaparece entre o final do terceiro mês e o começo do sexto mês.

Reflexo Tônico-cervical Assimétrico

Este reflexo está relacionado à mudança da posição da cabeça em relação ao tronco, podemos denominá-lo de reflexo postural.

A resposta que se obtém provocando este reflexo é que o bebê terá estendido os membros cujo lado estiver o seu rosto voltado, enquanto do lado oposto terá a flexão dos membros

O reflexo tônico cervical apresenta-se em decúbito ventral e dorsal.

Segundo CORIAT (1977), “ a ausência do reflexo tônico-cervical é comum em lactentes afetados pela Síndrome de Down.”

Este reflexo está presente durante os primeiros meses de vida como a maioria dos reflexos arcaicos.

Reflexo de Landau

Na observação deste reflexo suspendemos a criança horizontalmente, em decúbito dorsal, havendo a extensão do tronco e dos quatro membros, ficando o seu corpo como se fosse um arco.

Quando a criança tem sua cabeça flexionada, flexiona os membros simultaneamente.

Sua presença no bebê varia dos primeiros meses até o início do segundo ano.

Reflexos de olhos de boneca japonesa

Podemos observá-lo realizando a rotação da cabeça do bebê, observamos que os olhos (pupilas) não acompanham este movimento, parecendo movimentar-se para o lado oposto, a seguir voltando à localização centralizada habitual.

Além dos reflexos já descritos podemos citar ainda o reflexo de conexão entre as mãos e a boca de Babkin.

Existem ainda reflexos que podemos chamar de superficiais, pois geralmente são reações a estímulos externos aplicados sobre a pele ou mucosa.

Um exemplo é o estímulo de busca, no qual o bebê gira a cabeça em busca do estímulo, com a boca entreaberta para posterior sucção. O estímulo pode ser dado ao lado da boca, acima ou abaixo.

Existem ainda reflexos superficiais como o de encurvamento do tronco, reflexos plantares (nos pés), reflexos de extensão cruzada.

Além dos reflexos arcaicos e superficiais existem os reflexos musculares profundos.

Estes reflexos existem já no bebê prematuro e alguns perduram por toda a vida, apenas sofrendo modificações até a vida adulta.

São exemplos deste tipo de reflexo: reflexo flexor dos dedos, reflexos patelar,

adutor contralateral, etc..

Podemos considerar ainda os reflexos condicionados, que são frutos da experiência, por isso são vinculados aos hábitos cotidianos, como por exemplo o reflexo das pálpebras ao se aproximar de um objeto bruscamente.

AJURIAGUERRA (1972):

“Enfatiza a importância da aquisição de condicionamentos para a adaptação do indivíduo ao meio”.

Abordamos aqui diferentes tipos de reflexos, embora de forma sucinta pois são de grande importância para a avaliação do bebê, através da observação atenta e detalhada dos reflexos, pode-se detectar distúrbios psicomotores futuros e, também auxiliar na elaboração de programas de estimulação, considerando as características do bebê individualmente, independente das características que são supostamente pré-determinadas por uma deficiência ou quadro clínico.

2.3.1 Padrões de comportamento do bebê de 0 a 18 meses

Este estudo dos padrões tem uma função muito importante, que é o diagnóstico. Através dele, podemos comparar o desenvolvimento do bebê, não devendo no entanto ser rígido em demasia, considerando as possíveis variáveis do desenvolvimento infantil.

Para a realização adequada esta avaliação devemos observar alguns fatores, os quais vão colaborar para a maior eficiência na sua execução.

O bebê, no momento da avaliação deverá estar disposto, não poderá estar sonolento nem com fome.

O local deve ser adequado e a temperatura agradável.

Padrões de Comportamento

Conforme BÉZIERS e YVA (1994) os padrões de comportamento subdividem-se em:

- a) 0 - 4 - 8 semanas
- b) 12 - 16 - 20 semanas
- c) 24 - 28 - 32 semanas
- d) 36 - 40 - 44 semanas
- e) 48 - 52 - 56 semanas
- f) 15 - 18 - 21 meses

Observamos através de padrões de comportamentos que o bebê “dito normal” passa por etapas no seu desenvolvimento, estas etapas vão desde o elevar a cabeça na posição e bruços, rastejar até o andar e correr; desde o apontar até o puxar, empurrar, elevar, etc.

O bebê portador da Síndrome de Down também passará por estas etapas, embora existam fatores que atrasem a aquisição desses padrões, fatores como: diminuição do tônus muscular (hipotonia) e fraqueza muscular.

Estes fatores influenciarão no seu desenvolvimento, principalmente porque são necessárias para que o bebê explore o ambiente de maneira eficiente. Isto acabará por acarretar limitações ao bebê.

Neste caso cabe às pessoas próximas (pais, irmãos), lançar mão de técnicas apropriadas para auxiliar no desenvolvimento do bebê.

Essas técnicas, além de apropriadas, devem ser de fácil aplicação, agradáveis ao bebê e de bom potencial de estimulação.

No dia-a-dia da criança alguns cuidados servirão para que a criança receba a estimulação natural do ambiente em que vive, de forma eficaz.

Pensando nisto, alguns autores trazem conselhos simples para que os pais utilizem no cotidiano. Relacionamos abaixo alguns destes conselhos:

- Quando o bebê estiver sendo carregado, ou estiver deitado, procurar manter suas pernas unidas, pois a tendência é de que as mantenha afastadas (relaxadas),

prejudicando mais tarde padrões como por exemplo, sentar;

- Ao carregar o bebê devemos sempre procurar proporcionar um maior campo de visão, evitando que o bebê fique voltado (olhando) para as costas ou peito dos pais, quanto maior o campo visual, maior será a estimulação visual que receberá;

- No dia-a-dia, as tarefas rotineiras devem ser utilizadas como momentos de estimulação, auditiva e tátil; no banho, ao amamentar, ao sentar-se com o bebê no colo, deve-se estimulá-lo através do toque, da variação das posições do bebê, através do carinho e da conversa ;

- Proporcionar ao bebê diferentes experiências, com objetos e superfícies de diferentes texturas, temperaturas, formatos, etc.;

- Proporcionar uma variedade de estímulos auditivos, como modificação da tonalidade da voz ao conversar com o bebê, rir de diferentes maneiras, cantar, utilizar movimentos faciais ao se comunicar, etc.

Além da estimulação à nível dos sentidos, existem estimulações de grande importância relacionadas à motricidade grossa e fina (manipulação).

Este tipo de estimulação é de grande importância, pelo fato de auxiliar na aquisição de padrões motores e conseqüentemente proporcionam ao bebê um número maior de experiências de qualidade.

A estimulação da motricidade pode ser feita no dia-a-dia pelos pais do bebê, mas, além desta estimulação, recomendamos que os pais procurem uma instituição ou profissional preparado para estimular o bebê, que tenha conhecimentos amplos, assim sendo capaz de intervir com bastante eficiência no desenvolvimento motor do bebê.

Tendo como principal objetivo atenuar as limitações, melhorando a força muscular e o tônus muscular do bebê, através de exercícios programados especificamente para cada caso.

Este seria um programa individualizado de estimulação, elaborado por um

profissional, o qual utiliza-se de uma avaliação diagnóstica, através da observação presentes no bebê, atuando assim de forma mais objetiva e específica, levando em consideração as limitações e potencialidades apresentadas pelo bebê.

Vários são os autores que abordam a estimulação precoce, utilizam diferentes métodos de avaliação e intervenção precoce que são aplicados no bebê portador de deficiências.

Os autores HERREN & HERREN (1980), apresentam a estimulação precoce dividida em estimulação assistida, de 4 a 7 meses e estimulação ativa, de 8 a 15 meses, a qual é elaborada baseando-se em um exame psicomotor, proveniente do teste de Brunet e Lézine, o qual sistematiza o exame , dividindo-o em nas seguintes áreas: postura, coordenação, sociabilidade e linguagem.

Já o autor FONSECA (1995), apresenta as seguintes estratégias como sistemática para avaliação e intervenção precoce:

- primeira estratégia: identificação e diagnóstico;
- segunda estratégia: perfil intra-individual de aquisições básicas;
- terceira estratégia: formulação de objetivos;
- quarta estratégia: plano educacional individualizado;
- quinta estratégia: implementação de programas;
- sexta estratégia: avaliação educacional.

FONSECA (1995), em sua pesquisa sugere a elaboração de fichas que auxiliarão no programa de facilitação do desenvolvimento para crianças deficientes.

A ficha apresentada no ANEXO 3 como exemplo, utiliza-se das seguintes abreviaturas para leitura:

- FRA: fracas (raramente);
- HES: hesitantes (ocasionalmente);
- FOR: fortes (freqüentemente).

A partir de observações específicas como o exemplo da ficha apresentada, é

elaborado o programa de estimulação para o caso especificamente apresentado pelo bebê.

Além desse programa orientado individualmente, existem exercícios básicos divulgados, específicos para determinada deficiência.

Este é o caso dos exercícios que serão apresentados no ANEXO 2, publicados pelo Projeto Down, sob a coordenação de CASARIM (1990), direcionados para portadores da Síndrome de Down.

São exercícios de fácil aplicação, podendo ser executados por pais ou profissionais de Educação Física Adaptada.

Embora simples, são de grande valia para a melhoria do desenvolvimento, não só motor mas global do portador da Síndrome de Down, e também requerem bastante cuidado no momento de sua execução.

O bebê deverá estar alimentado e seco, sem sono e calmo para que a experiência seja agradável.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Ao final da monografia “Estimulação Precoce e Síndrome de Down: uma revisão bibliográfica”, estamos em condições de concluir sua importância.

1. A síndrome de Down é uma realidade em nossa sociedade, embora seja ainda muito desconhecida pela população em geral. Podemos dizer que nossa sociedade ainda é muito desinformada e preconceituosa quanto às deficiências, e principalmente, despreparada para conviver com as Pessoas Portadoras de Deficiências.

2. A aceitação e conscientização da família são essenciais para o desenvolvimento e integração do Portador de Síndrome de Down na sociedade.

3. A estimulação de inter-relacionamento psicossocial praticada pelos pais no dia-a-dia do bebê, somada à estimulação precoce sistemática, realizado por profissionais preparados, será de grande auxílio no desenvolvimento do bebê PSD, trazendo benefícios não só a nível motor, mas também a nível físico, social e intelectual.

São recomendações para o futuro:

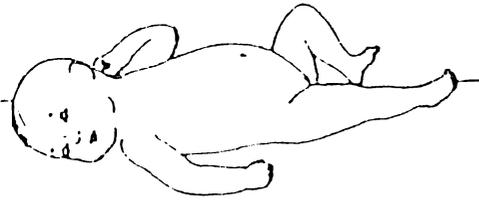
A elaboração de uma pesquisa de campo, constatando:

1. Qual a proporção ou número de bebês PSD que têm acesso ao serviço de Estimulação Precoce.
2. O perfil dos profissionais que atuam na estimulação precoce de bebês com Síndrome de Down.
3. Quantas e quais são as instituições em Curitiba que dispõem deste serviço.
4. Aplicação de uma pesquisa experimental.

ANEXOS

ANEXO 1 - PADRÕES DE COMPORTAMENTO

0 - 4 - 8 semanas



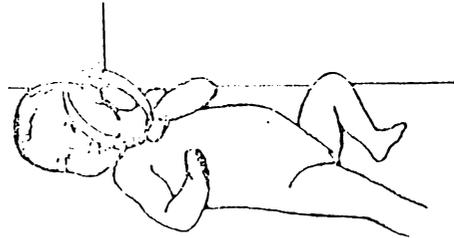
1. Atitude de reflexo cervical tônico (r-c-t)



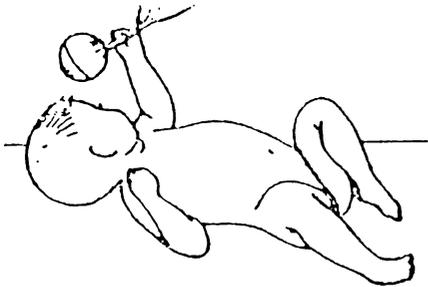
2. Rola parcialmente para o lado



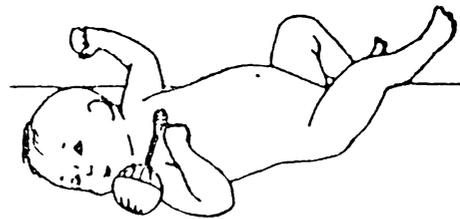
3. Não observa argola no plano médio



4. O olhar acompanha a argola



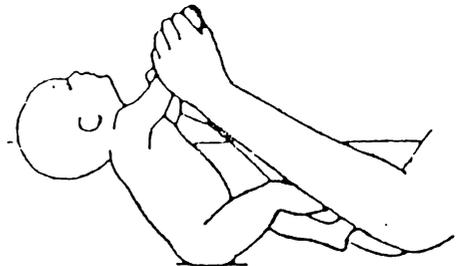
5. A mão se fecha ao contato



6. Deixa cair o chocalho imediatamente



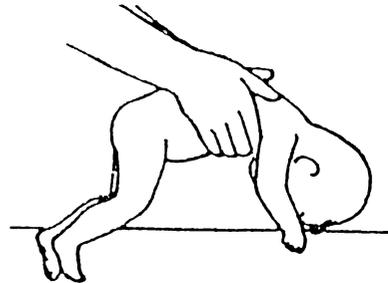
7. Presta atenção à sineta; a atividade diminui



8. A cabeça pende



9. A cabeça pende para a frente; costas uniformemente recurvadas;



10. Suspensão ventral: a cabeça pende

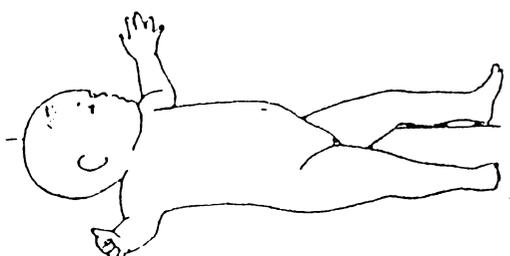


11. Rotação da cabeça; apoio nos joelhos; movimentos de rastejar



12. Levanta momentaneamente a cabeça até a Zona I.

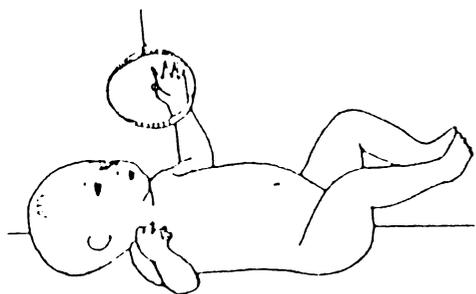
12 - 16 - 20 semanas



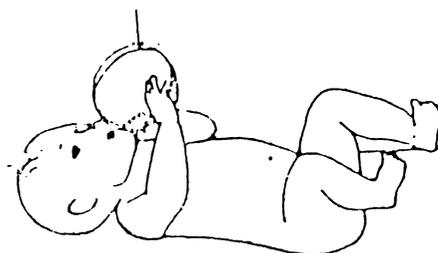
1. Postura simétrica, cabeça na linha média.



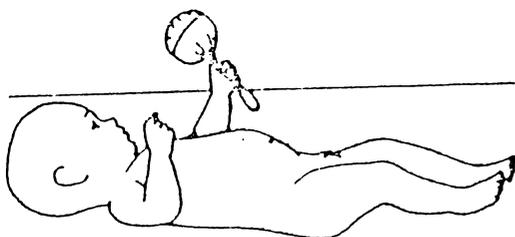
2. As mãos se tocam na linha média



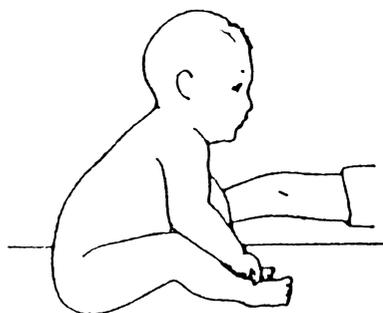
3. Olha imediatamente para a argola; os braços se agitam



4. Segura argora e a leva à boca



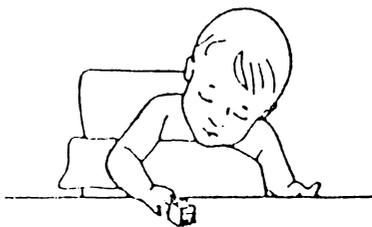
5. Olha para o chocalho na mão



6. Cabeça inclinada para a frente, firme; curvatura lombar



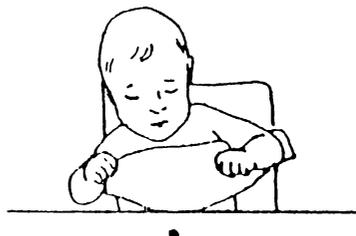
7. Olha para o topo da mesa e para as mãos



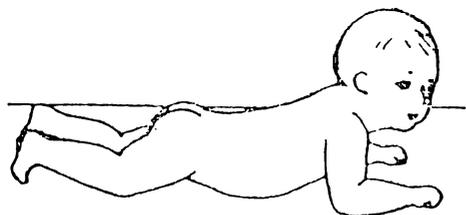
8. Os braços se agitam;



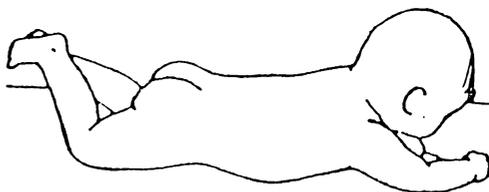
9. Olha da mão para xícara;
os braços se agitam



10. Olha para a bola



11. Mantém a cabeça na Zona III,
com as pernas estendidas



12. Prestes a virar-se

24 - 28 - 32 semanas



1. Transfere o cubo



2. Segura dois cubos mais do que
momentaneamente



3. Mexe na pelota com as mãos em forma de ancinho



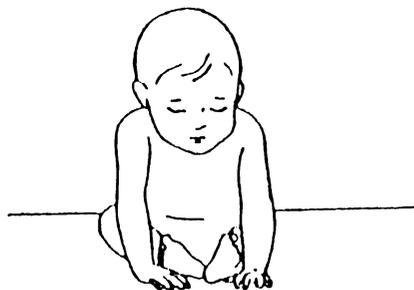
4. Bate com a sineta na mesa



5. Transfere a sineta e leva-a à boca

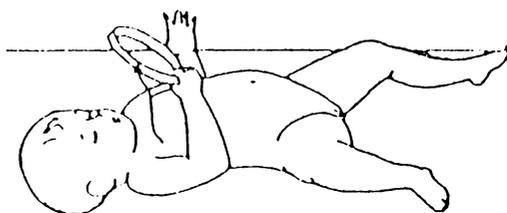


6. Olha para a imagem; bate o espelho



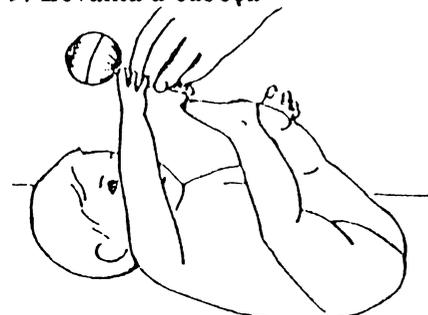
7. Senta-se momentaneamente apoiado nas mãos

8. Sustenta grande parte do peso; saltita



9. Levanta a cabeça

10. Transfere a argola



11. Alcança com uma das mãos

12. Levanta os pés à boca

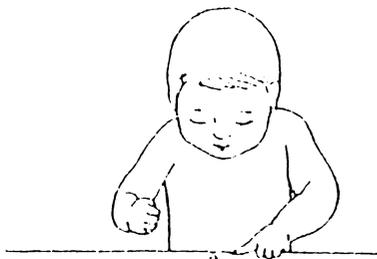
36 - 40 - 44 semanas



1. Compara dois cubos



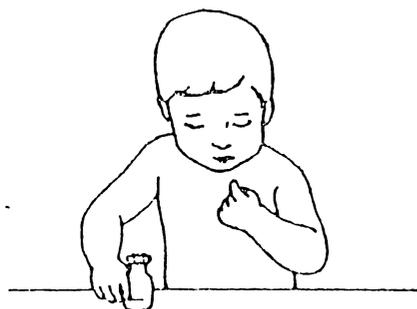
2. Tateia o cubo dentro da xícara



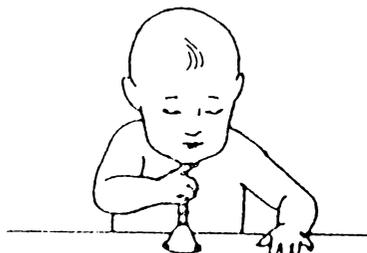
3. Aproxima o indicador do objeto



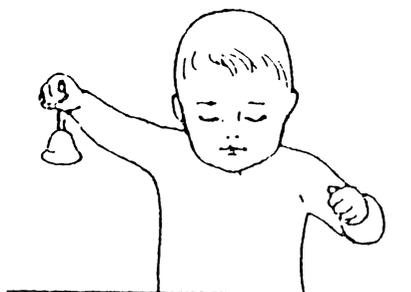
4. Toca primeiramente na pelota



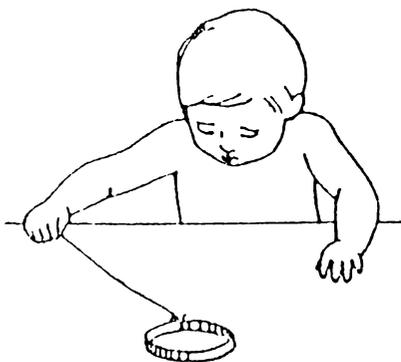
5. Segura a garrafa e pega a pelota



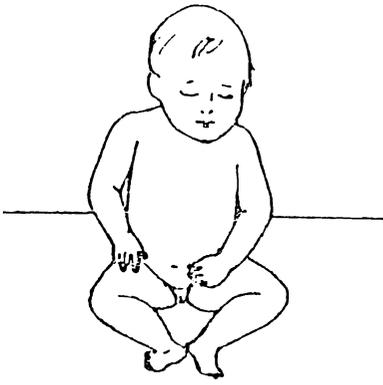
6. Pega a sineta pela haste



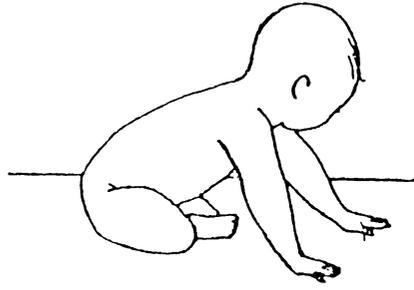
7. Balança a sineta



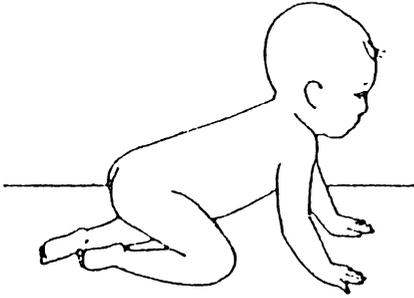
8. Puxa a corrente com facilidade



9. Senta-se com bom controle

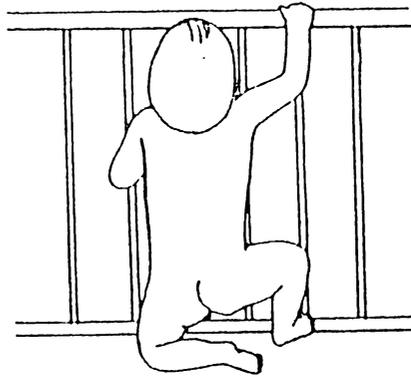


10. Passa de sentado a prono



11. Engatinha

11. Engatinha



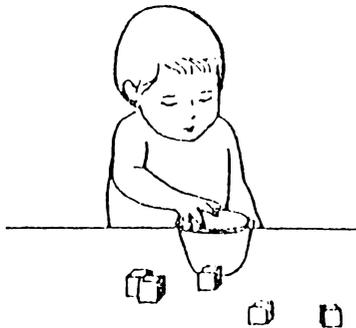
12. Põe-se de pé segurando na borda do berço

48 - 52 - 56 semanas

1. Coloca um cubo sobre outro sem soltar



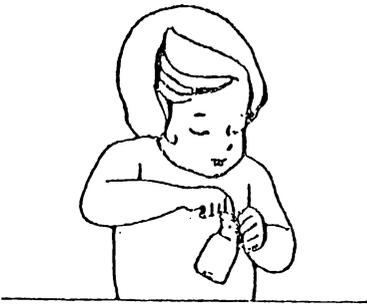
2. Tenta construir torres; ele cai



3. Solta um cubo no interior da xícara após demonstração.



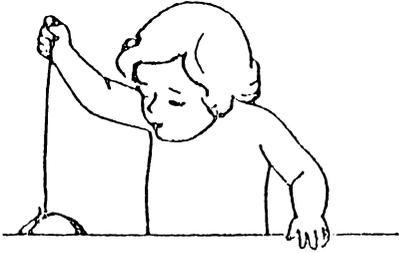
4. Dá o brinquedo ao ser



5. Tenta inserir a pelota



6. A pelota cai fora da garrafa



7. Balança a argola pela corrente



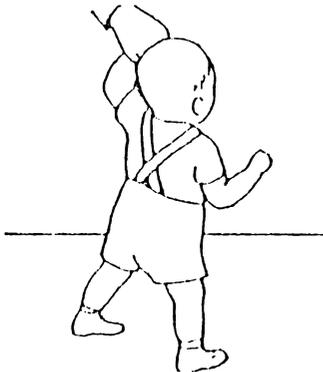
8. Olha seletivamente para a figura



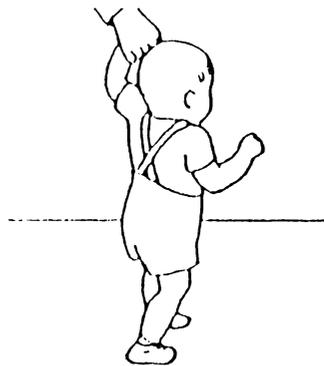
9. Joga a bola num gesto imitativo



10. Oferece a bola à imagem no espelho

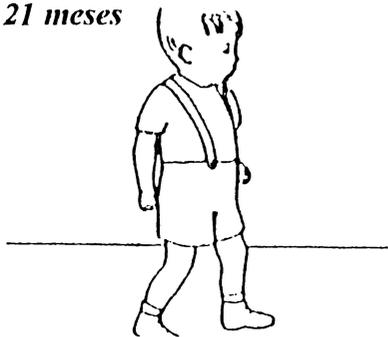


11. Anda segurado por apenas uma das mãos

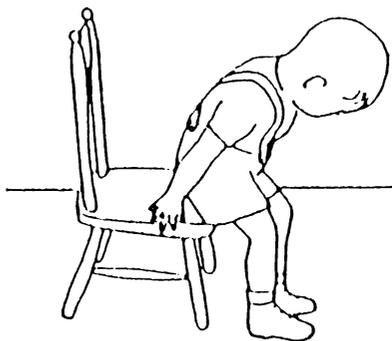


12. Anda segurado por apenas uma das mãos

15 - 18 - 21 meses



1. Anda sozinho; raramente cai



2. Senta-se numa cadeira pequena



3. Vira duas ou três páginas de cada vez



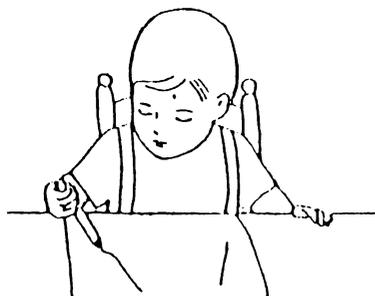
4. Erige torre com três cubos



5. Enche a xícara de cubos



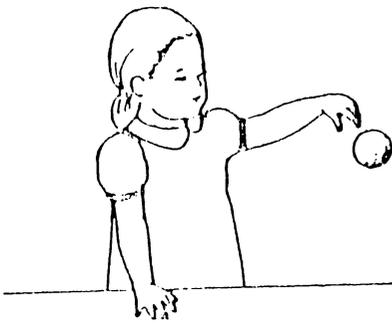
6. Tira a pelota da garrafa



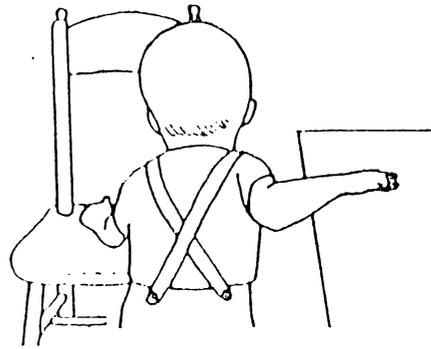
7. Imita o risco



8. Identifica uma fotografia



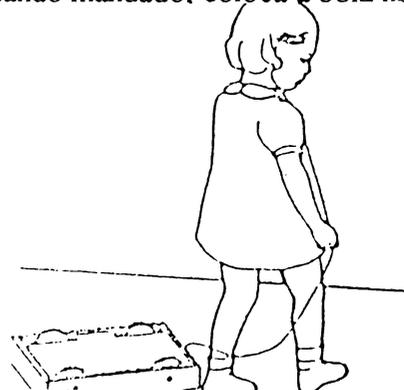
9. Arremessa a bola na postura de pé



10. Quando mandado, coloca a bola na cadeira



11. Anda até a bola

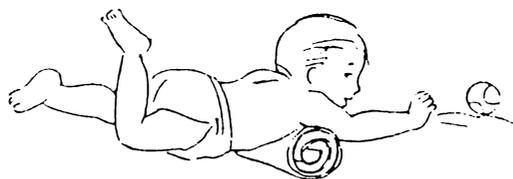


12. Puxa o brinquedo

ANEXO 2 - EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Exercícios de 0 a 6 meses

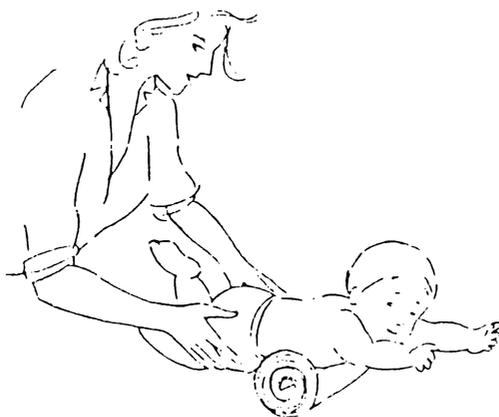
1. Coloque o bebê de bruços, de modo que ele possa olhar um objeto colocado não muito distante (mais ou menos 30 cm). Utilize um rolinho de espuma ou toalha embaixo de seu peito, mantendo os braços sempre apoiados na frente conforme figura. O rolo não deve ser muito grande para não forçar a região lombar da coluna do bebê.



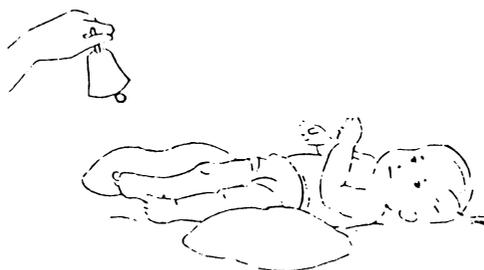
2. Com a criança de barriga para cima, faça-a rolar lentamente para um lado e para outro, olhando objetos coloridos que foram colocados dos dois lados.



3. Coloque a criança no chão, de bruços, com a toalha enrolada ou rolo de espuma debaixo do peito. Espalhe alguns brinquedos coloridos na frente do bebê para chamar sua atenção. Você também pode segurar a criança pelas coxas e pela bacia empurrando-a lentamente para frente e para trás. Esses exercícios ajudam o bebê a fortalecer os músculos do pescoço e das costas.



4. Faça barulho com objetos (sino, chocalho, apito, guizo, palmas), dos lados da cabeça do bebê para que ele olhe na direção dos sons).



5. Segure o bebê em pé, virado para frente, encostado no seu corpo, para que ele sinta peso sobre os pés.



6. Ajude o bebê a bater palmas, segurando nos cotovelos.



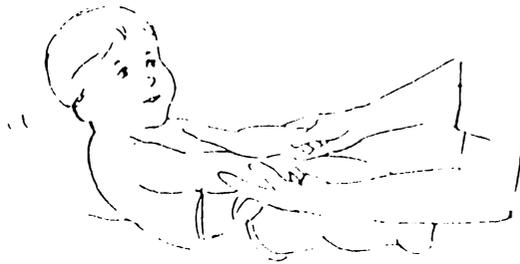
7. Dê ao bebê bichinhos de borracha mole que tenham pontas (rabinho, orelha, etc.) para que ele coloque na boca. Esse exercício faz o bebê movimentar a língua dentro da boca.

Exercícios de 6 a 12 meses

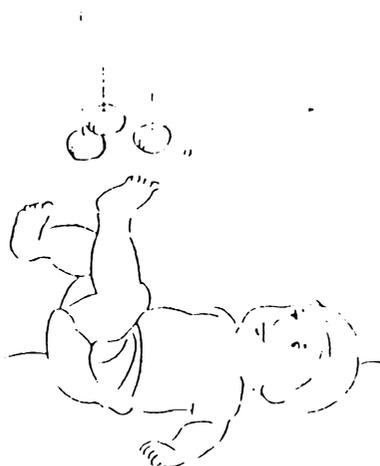
1. Deite-se no chão, de costas e coloque o bebê de bruços sobre seu peito. Segurando os seus dedos a criança faz um esforço para erguer a cabeça e as costas.



2. Deite a criança de costas, e segurando-a pelas mãos levante-a com se quisesse sentá-la. Você pode fazer este exercício toda vez que for cuidar de seu filho.



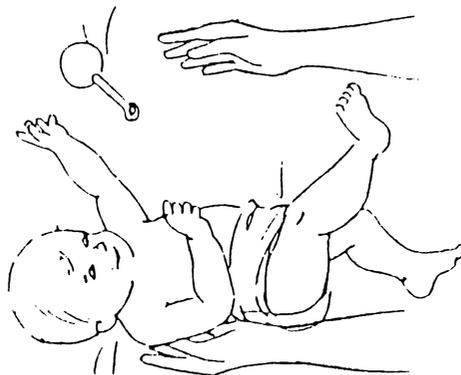
3. Deite a criança de costas, os braços esticados em cruz, pendure um brinquedo na direção da barriga. Mostre o brinquedo para a criança para que ela tente alcançá-lo com os pés. Mude o brinquedo de lugar para aumentar a dificuldade do exercício.



4. Deite a criança de costas com as pernas esticadas. Segure-a pela cabeça e pelo ombro direito, levante-a um pouco fazendo com que ela apóie o cotovelo e a mão esquerda no chão. Faça o mesmo exercício com o outro lado. Este exercício pode ser feito também com as pernas flexionadas.



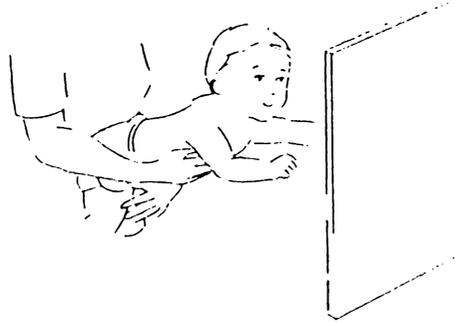
5. Com a criança de costas faça-a rolar lentamente atingindo a posição de bruços. Procure chamar sua atenção colocando brinquedos coloridos do seu lado.



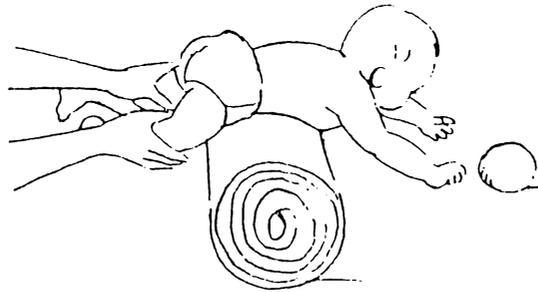
6. Segure a criança pelos joelhos com uma mão e pelo peito com a outra e faça com que ela apóie suas mãos em cima de uma mesa.



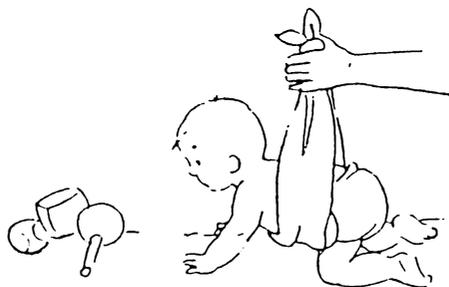
7. Segurando a criança pelo peito e pelos joelhos, coloque-a na frente de um espelho para que ela olhe a sua imagem.



8. Coloque a criança no chão de bruços, com um rolo de espuma (de mais ou menos 18cm de diâmetro por 60cm de comprimento) embaixo do seu peito. Coloque na sua frente brinquedos para chamar sua atenção. Segure a criança pelos joelhos fazendo-a rolar suavemente sobre o rolo.



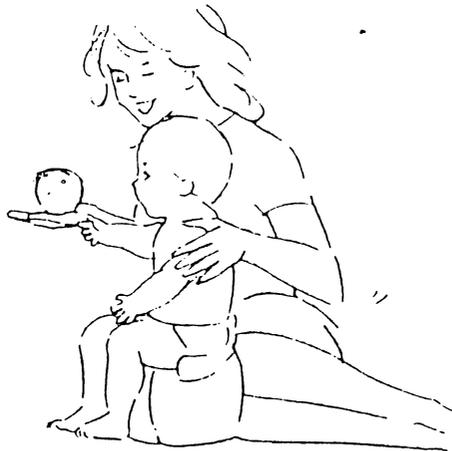
9. Ponha a criança na posição de gato usando suas mãos ou uma fralda para sustentá-la, apóie os seus joelhos e suas mãos no chão tentando fazê-la engatinhar. Coloque objetos coloridos na sua frente para chamar sua atenção.



10. Coloque a criança de cavalinho em cima de um rolo de espuma (de mais ou menos 25 cm de diâmetro por 1 metro de comprimento). Segure-a pelas coxas e role o rolo para a direita e para a esquerda fazendo com que a criança apóie um pé e depois o outro.



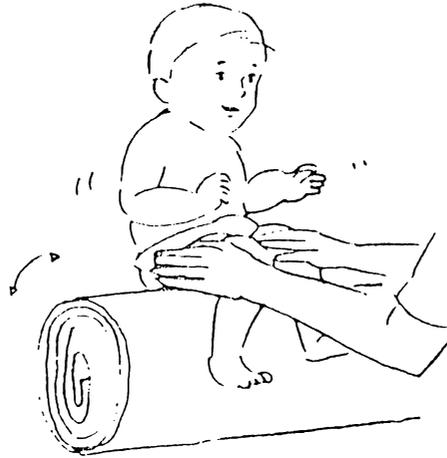
11. Sente a criança em um banquinho, com os pés apoiados no chão e mostre um brinquedo para que ela se vire de um lado e depois do outro.



12. Coloque-a sentada em um banquinho, com os pés inteiros apoiados no chão. Coloque um brinquedo para que ela possa pegá-lo. Projete-a levemente para frente para que ela se ponha de pé.



13. Coloque a criança sentada sobre o rolo. Fique na sua frente segurando-a pelas coxas e empurre para frente e para trás.



14. Com a criança sentada sobre o rolo faça passar, lentamente, da posição sentada para a posição de pé.

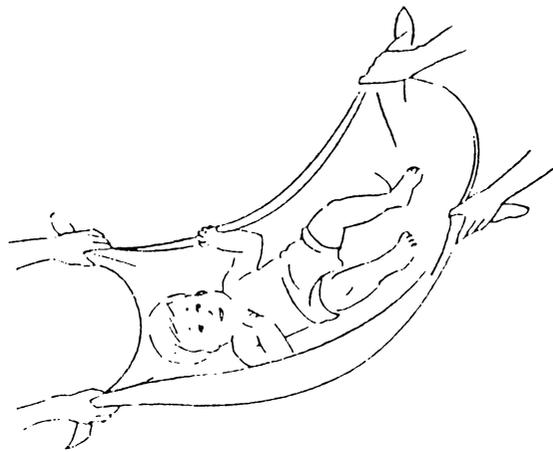


15. Faça com que a criança se levante apoiando-se numa mesinha. Chame sua atenção colocando um brinquedo sobre a mesa.



Exercícios de 12 a 24 meses

Os exercícios devem ser realizados sobre um colchonete ou no próprio chão, forrado por uma colcha ou lençol. Nos exercícios em que a criança fica de pé, observe se o lençol não está atrapalhando os movimentos. Como nesta fase os exercícios vão requerer maior participação da criança, é aconselhável estimulá-la antes para deixá-la mais alerta e atenta. Isto pode ser feito sacudindo a criança no colo, como num galope ou dançando com ela. Se duas pessoas estiverem disponíveis, coloca-se a criança dentro de um lençol e cada pessoa segura duas pontas desse, como se fosse uma rede, deste modo balança-se o lençol para todos os lados, inclusive pode-se dar alguns saltitos com o lençol. Comecem devagar e depois aumentem o ritmo do balanceio.



1. A criança deve ficar na posição de gato, coloque uma bola à sua frente e peça para ela empurrar com a mão. 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.



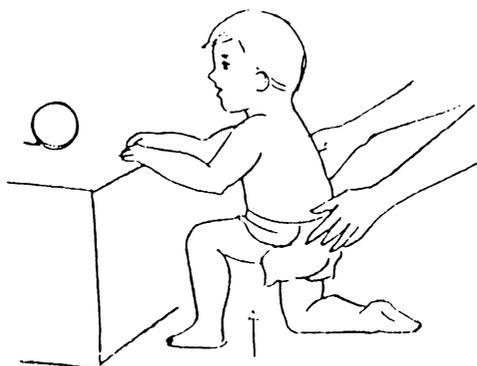
2. A criança deve ficar na posição de gato, coloque um brinquedo no alto de uma escada ou sofá e peça à criança para subir engatinhando e pegar o brinquedo.



3. Com a criança na posição de joelhos, estimule-a com um brinquedo, fazendo-a pegá-la na frente, dos lados e um pouco atrás de seu corpo. Se for muito difícil, apóie-a pelo quadril o encoste-a no seu corpo.



4. A partir da posição de joelhos, ajude a criança a levantar uma perna, apoiando o pé no chão (posição de índio); a partir daí, apoiada em um móvel e buscando um brinquedo será mais fácil fazê-la ficar de pé. Dê uma ajuda empurrando o quadril da criança para frente e para cima.



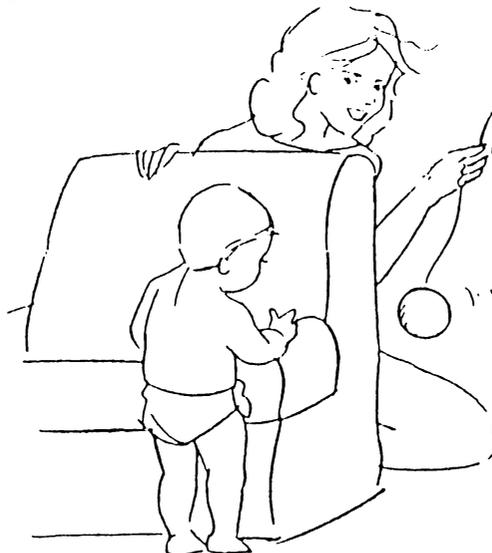
5. Com a criança de joelhos ou na posição de índio, coloque um brinquedo no chão e ajude-a a sentar e pegá-lo, depois coloque-o no alto e estimule-a a ajoelhar novamente.



6. Com a criança na posição de pé, você pode ajudá-la a sentir melhor esta posição e, conseqüentemente, ficar mais segura. Segure-a firme, mas suavemente na altura do quadril e force-a para baixo, como se fosse para ela sentir o peso nos pés.



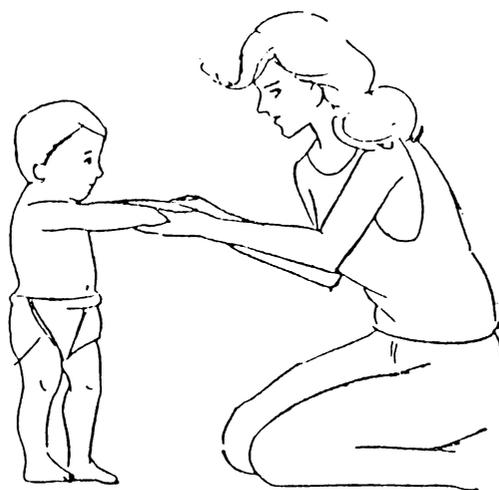
7. Com a criança de pé e apoiada num sofá ou na cama, estimule-a a andar para os lados, perseguindo um brinquedo.



8. Com a criança de pé, apóie-a pelo quadril, como num jogo ritmado, cante levando-a para frente, para trás e para os lados; quando levá-la para as laterais, tire aos poucos um pé do chão.



9. Ajoelhando à frente da criança, segure suas mãos na altura dos ombros, evitando levantar seus braços acima da cabeça ou apóie-a no quadril. Aos poucos, vá diminuindo seu apoio. Você pode usar também um bambolê onde a criança ficará fora com as mãos apoiadas no bambolê e você também segurando-o.

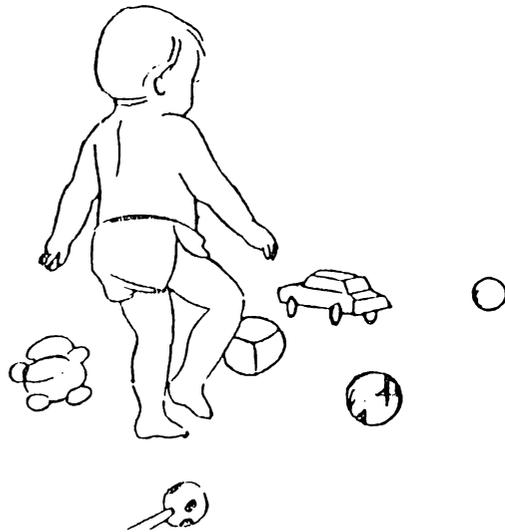


10. Dê um carrinho que possa ser puxado por um barbante, solicite a criança para levá-lo em várias direções, inclusive de marcha-ré.

11. Brinque de sapo ou pula-pula com sua criança: de frente para a criança segure suas mãos e faça o movimento de agachar e levantar. Quando a criança estiver segura, utilize uma bola de bom tamanho, que vocês possam segurar para realizar o exercício.

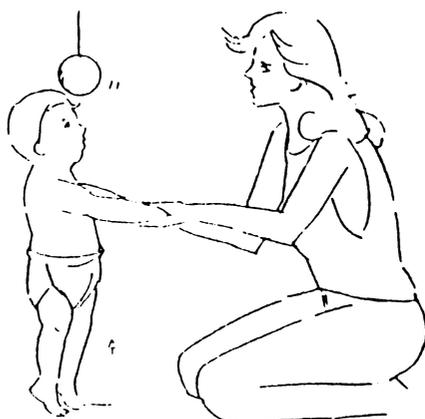


12. Quando a criança estiver andando mais firme, coloque brinquedos no chão, como se fossem obstáculos e peça para ela ultrapassá-lo.



13. Pedir para a criança chutar uma bola.

14. A princípio apóie as mãos da criança e peça para ela ficar na ponta do pé (Gigante, crescer) e depois no calcanhar (diminuir). Pode-se utilizar brinquedos para a criança tocar no alto da cabeça.



ANEXO 3 - FICHAS DE AVALIAÇÃO

Nível 1 - Do nascimento aos 18 meses (ano e meio) ÁREA: MOTRICIDADE GLOBAL		DATAS		
		FRA	IES	FOR
Aquisições hierarquizadas		1 -	2 ±	3 +
A. 0-6 MESES				
↓	1. Posturas de pronação (deitado facial - df) e de supinação (deitado dorsal - dd)			
1	1.1 Rotação da cabeça para o lado (df)			
2	1.2 Levanta a cabeça momentaneamente (d)			
3	1.3 Levanta a cabeça momentaneamente (df)			
4	1.4 Levanta a cabeça até 45° (df)			
5	1.5 Levanta a cabeça até 90° (df)			
6	1.6 Suporta o corpo nos antebraços, levanta o tórax e a cabeça			
7	1.7 Levanta a cabeça a 45°, quando suspenso (dd)			
8	1.8 Segura a cabeça, quando posto na posição e sentado em supinação (dd) com suporte por trás			
	2. Move-se para se sentar sem queda da cabeça (<i>head lag</i>)			
9	3. Postura de sentado:			
10	3.1 Senta-se com bastante apoio			
11	3.2 Senta-se independentemente (< 10 s)			
	4. Rotação:			
12	4.1 Volta-se de lado para trás (deitado lateral e deitado dorsal)			
13	4.2 Volta-se de deitado dorsal para deitado lateral			
	5. Postura bípede:			
14	5.1 Sustenta o peso nos dois pés			
15	5.2 Levanta um pé quando apoiado			
B. 6-12 MESES (1 ANO)				
	1. Postura de pronação (df):			
16	1.1 Segura-se com apoio dos braços em extensão			
17	1.2 Roda de um lado para o outro			
18	1.3 Evoca movimentos de reptação			
19	2. Extensão de proteção para a frente			
20	3. Rola de df (estômago) para dd (costas)			
21	4. Rola de dd (costas) para df (estômago)			
22	5. Repta cerca de 1 m			

	DATAS																																																														
	FRA	IHS	FOR																																																												
	1 -	2 ±	3 +																																																												
Aquisições hierarquizadas																																																															
↓ C. 12-18 MESES																																																															
1. Equilíbrio e locomoção:.....																																																															
43 1.1 Repta por cima de pequenos obstáculos																																																															
44 1.2 Arrasta-se puxando o corpo																																																															
45 1.3 Ajoelha-se sem apoio.....																																																															
46 1.4 Vira-se para a esquerda quando está em cima de objetos																																																															
47 1.5 Vira-se para a direita quando está em cima de objetos.																																																															
48 1.6 Sobe dois degraus com apoio das mãos e joelhos (quadrupedia).....																																																															
49 1.7 Senta-se independentemente em pequenas cadeiras																																																															
50 1.8 Põe-se de pé independentemente.....																																																															
51 1.9 Anda com apoio de uma mão																																																															
52 1.10 Levanta-se e anda independentemente																																																															
53 1.11 Anda independentemente (sem auxílio)																																																															
54 1.12 Anda locomovendo-se em várias velocidades																																																															
55 1.13 Anda lateralmente(± quatro passos).....																																																															
56 1.14 Anda para trás (± quatro passos)																																																															
2. Força:																																																															
57 2.1. Transporta objetos com pesos (± 1 kg).....																																																															
3. Aquisições com bola:																																																															
58 3.1 Rola a bola e vai apanhá-la																																																															
59 3.2 Atira a bola ao chão com a mão																																																															
Observações evolutivas: _____	<p style="text-align: center;">Quadro de controle da motricidade global (nível 1)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> <tr><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td>39</td><td>40</td></tr> <tr><td>41</td><td>42</td><td>43</td><td>44</td><td>45</td><td>46</td><td>47</td><td>48</td><td>49</td><td>50</td></tr> <tr><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td><td>55</td><td>56</td><td>57</td><td>58</td><td>59</td><td></td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	
1				2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																			
11				12	13	14	15	16	17	18	19	20																																																			
21				22	23	24	25	26	27	28	29	30																																																			
31				32	33	34	35	36	37	38	39	40																																																			
41				42	43	44	45	46	47	48	49	50																																																			
51	52	53	54	55	56	57	58	59																																																							

Recomendações: _____	<p style="text-align: center;">Perfil das áreas fortes e fracas</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>																																																														

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJURIAGUERRA, J. de. **Manual de psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro : Masson, 1976.
- BÉZIERES, Marie-Madeleine; YVA, Hunsinger. **O bebê e a coordenação motora**. São Paulo : Summus, 1994.
- CORIAT, Lydia F. **Maturação psicomotora no primeiro ano de vida da criança**. São Paulo : Cortez e Morales, 1977.
- CASARIN, Sônia, *et. all.* **Diagnóstico pré-natal: anomalias cromossômicas - Síndrome de Down**. Projeto Down, São Paulo : 1990.
- FONSECA, Vítor da. **Educação Especial: programa de estimulação precoce**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- HERREN, H.; HERREN, M.P. **Estimulação psicomotora precoce**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1986.
- MUSTACCHI, Zan; ROZONE, Gisele. **Síndrome de Down: aspectos clínicos e odontológicos**. São Paulo : CID Editora, 1990.
- PUESCHEL, Siegfried. **Síndrome de Down: guia para pais e educadores**. Campinha : Papyrus, 1995.
- TELFORD, C.W.; SAWREY, J.M. **O indivíduo excepcional**. Rio de Janeiro : 1978.
- WERNECK, Cláudia. **Muito prazer, Eu existo**. 3ª ed., Rio de Janeiro : WVA, 1993.