

## ESTUDO DE CASO SÍNDROME DE DOWN

### *DADOS DA CRIANÇA:*

Registro: \_\_\_\_\_

Nome: Soraya Torres

Data de nascimento: 03/ 06/ 2008

Diagnóstico Clínico/ Hipótese diagnóstica: Síndrome de Down

Queixa principal: Dependência nas AVD's e AIVD's atraso no desenvolvimento neuropsicomotor incluindo a fala e na marcha principalmente.

Procedência: Ribeirão Preto

Escolaridade: Ensino Regular Integral (3º ano – Colégio Sol é Amor)

### *DADOS DOS CUIDADORES:*

Telefones: \_\_\_\_\_

Mãe: Silmara Lima Torres

Idade: 38 anos

Escolaridade: Pós- graduação

Pai: Divorciado (ausente na criação)

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Renda familiar: Três salários mínimos

### *DINÂMICA FAMILIAR:*

Com quem mora: Reside com a mãe e a avó materna.

Tipo de moradia: Casa térrea de alvenaria.

Quem/ Onde é cuidado: Os cuidadores são a mãe e a avó materna. Mãe relata que profissionais da saúde (CIR) e os professores e funcionário da escola também tratam muito bem de Soraya.

### *HISTÓRICO PRÉ, PERI E PÓS NATAL* (gestação, parto, intercorrências, encaminhamentos)

Silmara fez acompanhamento período pré-natal, realizou as 3 ultrassonografias necessárias, mas somente após o nascimento de Soraya é que foi feito o diagnóstico de Síndrome de Down.

Soraya apresentava cardiopatia e problemas intestinais e, devido isto, com 7 dias de vida foi submetida a cirurgias para correção dessas alterações. Com 1 ano de idade fez nova cirurgia cardíaca para colocação de marca passo.

### *ROTINA DIÁRIA:*

Apresenta uma rotina organizada: Acorda todos os dias as 7h00, faz sua higiene (ainda é dependente), toma café da manhã e vai para a escola, onde fica até as 17h00 (nos dias que não vai ao CIR ou na Equoterapia).

Na escola não acompanha o conteúdo acadêmico, mas participa de todas as atividades propostas para a classe. Toma lanche, participa do recreio, Almoça na escola e a tarde toma novamente o lanche e sai as 17h00.

Quanto ao acompanhamento terapêutico faz:

Equoterapia 1 vez por semana – 30 minutos.

Acompanhamento pedagógico regular e integral no colégio Sol é Amor.

Terapia Ocupacional 1 vez por semana e Fonoaudiologia 1 vez por semana.

## *OCUPAÇÕES SIGNIFICATIVAS:*

### 1. AVDS

Alimentação (talheres, copo, leva à boca, despeja líquido em um copo, serve-se de alimento)

Alimenta-se sozinha, e realiza todas estas ações.

Vestuário (coloca e retira roupas, abotoa/desabotoa, calça meias e sapatos, zíper, pressão, amarra cadarço)

No vestuário consegue retirar as roupas, mas recebe auxílio nas demais atividades.

Higiene (banho, controle de esfíncteres, uso do vaso sanitário, escovação de dentes)

Com relação a higiene paciente consegue realizar todas as ações, porém é supervisionada pela mãe.

### 2. BRINCAR (explora objetos, dá função aos objetos, utiliza o faz de conta; Preferências Lúdicas)

Brinca explorando objetos, dando funções, utiliza o faz de conta, com interesse em atividades lúdicas, e gosta de brincar de boneca.

### 3. EDUCAÇÃO (frequenta escola / qual; gosta de ir à escola; acompanha os conteúdos acadêmicos; tem dificuldades na escrita; outros).

Frequenta ensino regular, está no 3º ano do Colégio Sol é Amor, gosta do local, mas apresenta dificuldades em acompanhar o conteúdo acadêmico, principalmente em relação a escrita, leitura, diferenciar números e cores.

### 4. PARTICIPAÇÃO (interação social; acessibilidade)

Tem boa interação social, é carinhosa, receptiva, e espontânea. Apresenta boa acessibilidade nas relações com outras pessoas, locais e situações.

## *OBSERVAÇÕES:*

### 1. Aspectos Motores (Tônus, rolar, sentar, andar, etc.)

A criança apresenta hipotonia, consegue rolar, sentar e em relação ao andar possui dificuldades, pois apresenta joelhos valgo.

### 2. Função manual (alcance, preensão, dominância)

Boa função manual, consegue ter alcance, preensão e dominância lateral direita.

## CHORES (CRIANÇAS AJUDANDO: RESPONSABILIDADES, EXPECTATIVAS E APOIO) [DUNN, 2004]

**Instruções:** Famílias variam amplamente no que se refere à participação de suas crianças nas tarefas domésticas. Nós queremos conhecer como sua criança, que está cursando o ensino fundamental, da 1ª à 9ª série (idade entre 6 e 14 anos), *ajuda* ou *não ajuda* nas diferentes tarefas domésticas, diárias e semanais.

- ⇒ Este questionário levará aproximadamente 15 minutos para ser completado.
- ⇒ Marque "sim" se sua criança faz a tarefa ou "não" se sua criança não faz a tarefa.
- ⇒ Quando sua resposta for "sim", marque um "X" na coluna que mostra a quantidade de ajuda sua criança precisa para realizar a tarefa.
  - \* Ajuda pode significar dicas verbais ou auxílio físico de um membro da família
- ⇒ Quando você responder "não", marque um "X" na coluna que melhor explica porquê sua criança não faz esta tarefa.
  - \* Marque um "X" abaixo da opção *Criança não consegue* se sua criança não faz a tarefa porque ele ou ela não está seguro, ou não consegue manusear fisicamente os materiais, ou não consegue lembrar as etapas, ou ainda não consegue ler.
  - \* Marque um "X" abaixo da opção *Não espero isso da minha criança* se há outras razões que explicam porque sua criança não faz esta tarefa, tais como: existem outros membros na casa que fazem a tarefa, ou não há tempo suficiente, ou você prefere que sua criança gaste tempo em outras atividades.

Exemplos:

| Tarefas Domésticas  | Criança Faz A Tarefa                 |                   |                                 |                  |                 | Criança Não Faz A Tarefa |                      |                                  |
|---|--------------------------------------|-------------------|---------------------------------|------------------|-----------------|--------------------------|----------------------|----------------------------------|
|   | Por iniciativa própria >50% do tempo | Quando solicitada | Com supervisão ou monitoramento | Com alguma ajuda | Com muita ajuda |                          | Criança não consegue | Não espero isso da minha criança |
| A. Ajuda no trabalho do quintal<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |                                      | X                 |                                 |                  |                 |                          |                      |                                  |
| B. Lava o carro<br><input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim                 |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          |                      | X                                |

- ⇒ Você pode querer mudar algumas de suas respostas enquanto completa este questionário. Se você mudar sua resposta, por favor, certifique-se de que você marcou apenas **uma opção** e marcou um "X" em apenas **uma coluna** para cada item.
- ⇒ Confira se você respondeu todos os itens antes de devolver este questionário. Certifique-se de ter marcado **uma opção** e de ter marcado **um "X"** em **uma coluna** para cada item.

| Tarefas Domésticas   | Criança Faz A Tarefa                 |                   |                                 |                  |                 | Criança Não Faz A Tarefa |                                  |
|--|--------------------------------------|-------------------|---------------------------------|------------------|-----------------|--------------------------|----------------------------------|
|  | Por iniciativa própria >50% do tempo | Quando solicitada | Com supervisão ou monitoramento | Com alguma ajuda | Com muita ajuda | Criança não consegue     | Não espero isso da minha criança |
| 1. Guarda os próprios brinquedos depois de brincar<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                   |                                      |                   | ✓                               |                  |                 |                          |                                  |
| 2. Arruma o próprio quarto<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não   |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          |                                  |
| 3. Arruma a própria cama<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não   |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          |                                  |
| 4. Arruma área compartilhada com outros<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                              |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 5. Guarda as próprias roupas<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não   |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          |                                  |
| 6. Prepara seu próprio lanche <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                           |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          |                                  |
| 7. Prepara refeições frias <sup>2</sup> para si mesmo<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 8. Prepara parte de uma refeição fria <sup>2</sup> para a família<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 9. Prepara refeições quentes <sup>3</sup> para si mesmo<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não              |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 10. Prepara parte de uma refeição quente <sup>3</sup> para a família<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 11. Arruma ou tira a mesa<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não  |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          |                                  |
| 12. Traz ou guarda as compras de supermercado<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                        |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 13. Lava a louça (ou a coloca na lava-louças)<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                        |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |

<sup>1</sup>Lanche: já preparado<sup>2</sup>Refeições frias: não uso do fogão e do microondas<sup>3</sup>Refeições quentes: uso do fogão e do microondas

| Tarefas Domésticas  | Criança Faz A Tarefa                  |                   |                                 |                  |                 | Criança Não Faz A Tarefa |                                  |
|---|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------|------------------|-----------------|--------------------------|----------------------------------|
|   | Por iniciativa própria > 50% do tempo | Quando solicitada | Com supervisão ou monitoramento | Com alguma ajuda | Com muita ajuda | Criança não consegue     | Não espero isso da minha criança |
| 14. Seca a louça (ou a tira da lava-louças)<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                 |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 15. Leva o lixo para fora (orgânico, reciclável)<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não            |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 16. Limpa o banheiro<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não  |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 17. Coloca a própria roupa suja no local determinado<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não        |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 18. Guarda sua roupa limpa<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                  |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          |                                  |
| 19. Separa a roupa suja da família<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                          |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 20. Guarda a roupa limpa da família<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                         |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 21. Opera a máquina de lavar roupas e/ou secadora de roupas<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 22. Varre ou passa pano no próprio quarto<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                   |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 23. Tira a poeira do próprio quarto<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                         |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 24. Varre ou passa pano na casa<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                             |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 25. Tira a poeira da casa<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                   |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 26. Cuida das plantas<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                       |                                       |                   |                                 |                  |                 |                          |                                  |

| Tarefas Domésticas   | Criança Faz A Tarefa                 |                   |                                 |                  |                 | Criança Não Faz A Tarefa |                                  |
|--|--------------------------------------|-------------------|---------------------------------|------------------|-----------------|--------------------------|----------------------------------|
|  | Por iniciativa própria >50% do tempo | Quando solicitada | Com supervisão ou monitoramento | Com alguma ajuda | Com muita ajuda | Criança não consegue     | Não espero isso da minha criança |
| 27. Alimenta o(s) animal(is) de estimação<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                |                                      |                   |                                 | ✓                |                 |                          |                                  |
| 28. Cuida do(s) irmão(s) mais novo(s)<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                    |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 29. Cuida de outros membros da família<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                   |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 30. Organiza seu material escolar<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                        |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          |                                  |
| 31. Organiza seus pertences para eventos extra-escolares<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 32. Anota um recado de telefone<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                          |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 33. Sai de casa para executar alguma tarefa<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não              |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |
| 34. Pega a correspondência ou o jornal<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                   |                                      |                   |                                 |                  |                 |                          | ✓                                |

## COMENTÁRIOS:

## Parte 2 – Valores e Crenças sobre a Participação de Crianças em Tarefas Domésticas

1. Por favor, liste as quatro (4) tarefas que você acredita serem as mais importantes para sua criança realizar.

A. 1 B. 5  
C. 27 D. 30

2. Quais tarefas domésticas mais interessam sua criança?

nenhuma

3. Quem *rotineiramente* dá orientações à sua criança quando ela precisa de ajuda nas tarefas domésticas?

Você    Seu marido ou parceiro    Um irmão    Outro (Por favor, especifique quem)

X    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

4. Marque a categoria que melhor descreve quão a importância que a participação da sua criança em tarefas domésticas tem para você.

Muito    Importante    Às vezes    Às vezes sem    Pouco    Sem nenhuma  
Importante (6)    (5)    Importante (4)    Importância (3)    Importante (2)    Importância (1)

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    X    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Se você marcou *muito importante*, *importante* ou *às vezes importante*, por que você acha que a participação de sua criança nas tarefas domésticas é importante?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

⇒ Se você marcou *às vezes sem importância*, *pouco importante* ou *sem importância*, por que você acha que a participação de sua criança nas tarefas domésticas não é importante?

Acho que ela não precisa fazer isto pois tem deficiência

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Marque a categoria que melhor descreve sua satisfação em relação à participação de sua criança nas tarefas domésticas.

Muito    Satisfeito    Um pouco    Um pouco    Insatisfeito    Muito  
Satisfeito (6)    (5)    Satisfeito (4)    Insatisfeito (3)    (2)    Insatisfeito (1)

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    X    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

⇒ Se você marcou *muito satisfeito*, *satisfeito* ou *um pouco satisfeito*, o que mais o satisfaz em relação à participação de sua criança nas tarefas domésticas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

⇒ Se você marcou *um pouco insatisfeito*, *insatisfeito* ou *muito insatisfeito*, o que o deixa mais insatisfeito em relação à participação de sua criança nas tarefas domésticas?

. Acho que ela nunca vai conseguir fazer isto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Favor relatar uma estratégia que você utiliza para engajar com sucesso a sua criança de idade escolar em tarefas domésticas. Com qual freqüência você tem sido bem-sucedido nesta tarefa?

Eu falo para ela fazer, mas como ela não faz eu faço por ela

## Informações Demográficas

| Sobre o(s) Cuidador(es)   |  |
|---|--|
| <p>Sobre você</p> <p>Sua relação com a criança:<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Mãe<br/> <input type="checkbox"/> Pai<br/> <input type="checkbox"/> Avó<br/> <input type="checkbox"/> Avô<br/> <input type="checkbox"/> Guardião<br/> <input type="checkbox"/> Outro</p> <p>Quantas crianças moram na sua casa?<br/> <u>1</u></p> <p>Qual(is) a(s) idade(s) da(s) outra(s) criança(s)?<br/> _____</p> <p>Você está empregado(a)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Ocupação: <u>Professora</u></p> <p>Horas de trabalho/ semana ____ Idade: ____</p> <p><u>Marque sua escolaridade</u></p> <input type="checkbox"/> Não estudou<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª à 9ª série) incompleto<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª à 9ª série) completo<br><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto<br><input type="checkbox"/> Ensino médio completo<br><input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto (pelo menos um ano) ou curso profissionalizante<br><input type="checkbox"/> Ensino superior completo<br><input checked="" type="checkbox"/> Pós graduação | <p>Há outros cuidadores em sua casa?</p> <input type="checkbox"/> Sim (complete os itens abaixo)<br><input type="checkbox"/> Não (vá para o item "Sobre sua Criança") <p>Relação com a criança:</p> <input type="checkbox"/> Mãe<br><input type="checkbox"/> Pai<br><input checked="" type="checkbox"/> Avó<br><input type="checkbox"/> Avô<br><input type="checkbox"/> Guardião<br><input type="checkbox"/> Outro<br><input type="checkbox"/> Nenhum <p>O outro cuidador está empregado(a)?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <p>Ocupação: _____</p> <p>Horas de trabalho/ semana ____ Idade: ____</p> <p><u>Marque a escolaridade</u></p> <input type="checkbox"/> Não estudou<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª à 9ª série) incompleto<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1ª à 9ª série) completo<br><input checked="" type="checkbox"/> Ensino médio incompleto<br><input type="checkbox"/> Ensino médio completo<br><input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto (pelo menos um ano) ou curso profissionalizante<br><input type="checkbox"/> Ensino superior completo<br><input type="checkbox"/> Pós graduação |



**Sobre sua Criança (Ciclo escolar de 1ª à 9ª série)**

Idade:  10 anos                      Série:  3º ano                      Sexo:  Feminino

Diagnóstico Médico:  Síndrome de Down

Estimativa das Habilidades Intelectuais:  Acima da Média  Na Média  Abaixo da Média

Sala de Aula:

Sala regular  Educação Especial em meio período  Educação Especial em tempo integral

Nível de Mobilidade da Criança:

Anda  Anda com dispositivo de auxílio (ex: andador, bengala)  Usa cadeira de rodas

Habilidades de Comunicação da Criança:

Fala fluentemente  Fala com sentenças curtas  Usa dispositivo de auxílio para comunicação  Usa gestos para comunicar-se

Sua criança freqüenta creche?  Sim  Não

Sua criança freqüenta acompanhamento pedagógico ou atividade extra-classe?  sim  não

Formato demográfico adaptado de SFA e utilizado com a permissão de W. Coster, Ph.D., OTR/L

A partir das informações apresentadas na anamnese e avaliação:

1) Defina os objetivos de Terapia Ocupacional (Geral e Específicos)

2) Apresente uma intervenção de 50 minutos contendo:

- a. Objetivos
- b. Recursos e estratégias
- c. Procedimentos