

CUIDADOS ESPECIAIS À SAÚDE DA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN E SÍNDROME DE WEST NA CRECHE: VISÃO E ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Vanessa Ramos Martins

Resumo: A educação em saúde como processo pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, propondo ações transformadoras para o cuidar de si, de sua família e da coletividade. Este projeto aplicativo teve por objetivo principal orientar os educadores de uma creche, situado no estado de São Paulo, fornecendo suporte teórico e prático do cuidado com crianças com necessidades especiais de saúde, visando o melhor crescimento e desenvolvimento dessas crianças. A partir do disparador: “falta de conhecimento dos colaboradores da creche perante Síndrome de West e Síndrome de Down”, foi construída uma matriz consensual, sendo os itens avaliados em consideração às relevâncias, o prazo/urgência, factibilidade e a viabilidade de cada um dos itens selecionados, levando a uma matriz decisória. Os itens determinados foram condensados em quatro nós críticos: Atraso de desenvolvimento biopsicomotor exigindo uma atenção diferenciada; Risco maior de convulsão, faz uso de medicação contínua; Maior dificuldade na alimentação, possuem alimentação diferenciada; Maior susceptibilidade a doenças infectocontagiosas. Como resultado deste projeto, houve a criação de um folder explicativo, em linguagem clara e objetiva, para fornecer aos educadores da creche como forma rápida de acesso ao conteúdo. Todos os profissionais que estão sempre em contato com a criança podem e devem fortalecer a estimulação, motricidade, atividades da vida diária, comunicação, relações interpessoais, cognição destas crianças uma vez capacitados. Essas crianças requerem maior atenção a sua condição física, crônica, de desenvolvimento, comportamento ou emocional.

Palavras-chave: Educação infantil, Promoção da Saúde, Educação em Enfermagem

Abstract: Health education as a pedagogical process requires the development of critical and reflexive thinking, proposing transformative actions to take care of oneself, their family and the community. This project aimed to educate educators in a day care center

in the state of São Paulo, providing theoretical and practical support for children with special health needs, aiming at the best growth and development of these children. From the trigger: "lack of knowledge of the nursery staff in West Syndrome and Down Syndrome", a consensual matrix was constructed, and the items were evaluated considering the relevance, timing / urgency, feasibility and feasibility of each of the selected items, leading to a decision matrix. The determined items were condensed into four critical nodes: Delay of biopsychomotor development requiring differentiated attention; Greater risk of seizure, makes use of continuous medication; Greater difficulty in feeding, have differentiated feeding; Greater susceptibility to infectious diseases. As a result of this project, there was the creation of an explanatory folder, in clear and objective language, to provide day care educators as a quick way to access content. All professionals who are always in contact with the child can and should strengthen the stimulation, motor, activities of daily living, communication, interpersonal relations, cognition of these children once trained. These children require more attention to their physical, chronic, developmental, behavioral or emotional condition.

Key-words: Child Rearing, Health Promotion, Nursing Education

Introdução

Por uma atualização do Estatuto da Criança e do Adolescente em 2016, a educação infantil é a primeira etapa da educação básica e abrange a creche e a pré-escola para as crianças de 0 a 6 anos. As outras fases do ensino básico são o ensino fundamental, dos 6 aos 14 anos, e o ensino médio, dos 15 aos 17 anos. A infância é composta de uma série de etapas de desenvolvimento, cada uma com suas características. A criança, quanto mais nova e imatura, física e mentalmente, possui menor percepção de risco e maior vulnerabilidade, sendo dependente de terceiros em termos de segurança contra acidentes. À medida em que a criança se desenvolve, aumenta o seu interesse em explorar novas situações, surgem novas habilidades e diferentes interações com o meio ambiente, favorecendo a ocorrência de acidentes devido à inexperiência e incapacidade de prever e evitar situações de perigo (COSTA, 2017).

De acordo com as definições da American Heart Association, as fases de vida de uma criança com idade entre 0 a 18 anos são classificadas em bebê (menos de 1 ano); 1ª

infância (1 a 3 anos); Idade pré-escolar (4 a 5 anos); Idade Escolar (6 a 12 anos); Adolescente (13 a 18anos). Essa classificação permite entender além da idade, a fase escolar em que a criança se encontra (AHA, 2011). É descrito em literatura, o que podemos identificar no dia a dia, que é esperado para cada fase do crescimento e desenvolvimento da criança.

O desenvolvimento neuropsicomotor se dá no sentido craniocaudal, portanto, em primeiro lugar a criança firma a cabeça, a seguir o tronco e após os membros inferiores. A maturação cerebral também ocorre no sentido postero-anterior, portanto, primeiro a criança fixa o olhar (região occipital), a seguir leva a mão aos objetos, etc. Alguns marcos a serem atingidos que mostram um desenvolvimento de acordo como que preza o Ministério da Saúde mostra no âmbito do Desenvolvimento social: Olhar o examinador e segui-lo em 180° aos 2 meses, sorriso social aos 3 meses, leva mão a objetos aos 4 meses, apreensão a estranhos aos 10 meses, dá tchau, bate palma aos 15 meses, imita atividades diárias aos 18 meses (FCM, 2018).

Com ênfase no Desenvolvimento Motor , a criança é capaz de realizar sustento cefálico aos 4 meses, aos 5 meses, quando sentado é capaz de manter a cabeça ereta, quando o lactente está em decúbito ventral, assume posição simétrica com os braços estendidos⁴ , consegue sentar com apoio aos 6 meses e rola de decúbito dorsal para o ventral, quando mantido em posição ereta, sustenta quase todo o seu peso corporal, sentar sem apoio aos 9 meses e engatinha sobre as mãos e joelhos, ficar em pé com apoio ao redor dos 10 meses e andar sem apoio aos 18 meses³ , Com 24 meses sobe e desce escadas sozinhas com os dois pés em cada degrau, corre muito bem, com passos largos, chegando aos 30 meses, a criança é capaz de 8 saltar com ambos pés, na idade de 3 anos, anda de triciclo, fica em pé sobre uma perna só por alguns segundos, atingindo a idade pré-escolar aos 4 anos, pula e saltita de um pé só, por alguns segundos (WILSON, 2013) . Já no Desenvolvimento da Linguagem, a Lalação tem início por volta dos 6 meses, as primeiras palavras aos 12 meses, palavra frase com 18 meses, consegue juntar duas palavras aos 2 anos, formula frases gramaticais aos 3 anos (FCM, 2018).

Entretanto, estas habilidades podem não ser adquiridas no tempo esperado, como acontece com as crianças que possuem alguma necessidade especial de saúde. Não são todas as creches/escolas que se encontram, atualmente, preparadas para a inserção das crianças com necessidades especiais, tão pouco seus profissionais são treinados para tal realidade, o que pode acarretar insegurança, medo, podendo inclusive gerar agravos para

a condição de saúde destas crianças ou ainda, limitando suas descobertas e desenvolvimento.

É imprescindível que o familiar e os possíveis cuidadores desta criança, estejam capacitados para dar continuidade aos cuidados no domicílio, na escola, a fim de proporcionar qualidade de vida. Essas crianças formam um grupo emergente no contexto social, cuja atenção e cuidados demandam formas de saberes até então desconhecidas pelo senso comum (SILVA, 2006). Assim, tem-se o aumento da expectativa de vida na área neonatológica e pediátrica, comportando então uma nova era de cuidados e assistência às demandas especiais de saúde.

Metodologia

Este trabalho teve por objetivo principal orientar os educadores de uma creche, situado no estado de São Paulo, fornecendo suporte teórico e prático do cuidado com crianças com necessidades especiais de saúde, visando o melhor crescimento e desenvolvimento dessas crianças e foi realizado como projeto aplicativo. O projeto aplicativo é o trabalho técnico-científico aplicado, orientado à intervenção numa dada realidade, a partir do reconhecimento de necessidades relacionadas às áreas de atenção à saúde, gestão e educação. A formulação deste projeto, visa intervir na realidade dos profissionais de uma creche no estado de São Paulo, que no segundo semestre de 2018 recebeu a matrícula de duas crianças com necessidades especiais em saúde, dando suporte para auxiliar no crescimento e desenvolvimento destas crianças.

O disparador para este trabalho foi uma conversa com a coordenadora da creche, onde a mesma pontuou a matrícula de duas crianças com uma demanda maior de atenção e cuidados especiais por parte dos colaboradores. Identifiquei então, a necessidade por parte dos educadores a respeito do conhecimento das síndromes para favorecer um melhor desenvolvimento para as crianças. Levantei a situação problema: “falta de conhecimento dos colaboradores da creche perante Síndrome de West e Síndrome de Down”, foi realizada juntamente com a orientadora e co-orientadora deste projeto aplicativo a Matriz consensual com levantamento dos pontos principais que foram observados na creche no que tange o cuidado com essas crianças. Sendo eles: 1- A presença de duas crianças com Síndrome de Down e Síndrome de West; 2- Cuidados diários das crianças; 3- Exige atenção diferenciada; 4- Turma com outras crianças “normais”; 5- Atraso no

desenvolvimento biopsicomotor; 6- Risco maior de convulsão; 7-Maior suscetibilidade à doenças infectocontagiosas; 8- Maior dificuldade na alimentação; 9- Alimentação diferenciada.

Estes itens foram avaliados em consideração às relevâncias (importância do problema para o sistema de saúde), o prazo/urgência (tempo disponível ou necessário para resolver o problema), factibilidade (capacidade de intervenção no problema) e a viabilidade (capacidade política, técnica e gerencial para a execução das ações para o enfrentamento do problema) de cada um dos itens selecionados, elencados de acordo com a prioridade, levando a uma matriz decisória.

Posteriormente, os nove itens foram colocados em ordem de prioridade dando origem à Matriz Decisória com os seguintes itens: 1- A presença de duas crianças com Síndrome de Down e Síndrome de West; 2- Atraso de desenvolvimento biopsicomotor, exigindo uma atenção diferenciada, este item foi formado unindo os itens (3) e (5) da matriz consensual; 3- Risco maior de convulsão; 4- Medicamento de uso contínuo, sendo este item levantado após a discussão da matriz consensual, surgindo então como um novo item a ser trabalhado; 5- 18 Maior suscetibilidade à doenças infectocontagiosas; 6- Maior dificuldade na alimentação; 7- Alimentação diferenciada; 8- Turma com outras crianças “normais”; 9- cuidados diários dessas crianças.

O planejamento estratégico situacional, busca compreender as relações causais, deve ser feita a análise do problema priorizado por intermédio do instrumento gráfico denominado árvore explicativa de problemas. No caule desta é identificado o problema central levantado; nas raízes, as causas; e nas folhas, as consequências. Esse procedimento deve ser repetido até que seja esgotada a rede explicativa dos problemas. A vantagem em usar esse modelo esquemático, é a visualização mais ampla dos problemas, causas e consequências (OLIVEIRA, 2015).

Dentre os nove itens determinados e ordenados conforme prioridade, foram selecionados e condensado em quatro nós críticos, sendo eles: Atraso de desenvolvimento biopsicomotor exigindo uma atenção diferenciada; Risco maior de convulsão, faz uso de medicação contínua; Maior dificuldade na alimentação, possuem alimentação diferenciada; Maior susceptibilidade a doenças infectocontagiosas.

Síndrome de Down

Em genética, a palavra síndrome, significa um conjunto de sinais e sintomas que são determinados por um gene, um cromossomo ou pela interação desses com o ambiente. O excesso de material genético proveniente da trissomia do cromossomo 21 é o que causa a síndrome de Down. Os síndromicos apresentam três cromossomos 21, ao invés de dois e por isto essa síndrome é também denominada trissomia do 21. A baixa estatura é uma das principais características dos indivíduos com síndrome de Down. Os braços e as pernas são curtos; as orelhas são implantadas um pouco abaixo do normal; o nariz pequeno e o pescoço curto. As mãos são menores, atravessadas por uma única prega transversa e o dedo mínimo se mostra ligeiramente curvo. Em geral, costumam nascer menores que os outros bebês, possuindo grandes bochechas, olhos amendoados relativamente distantes um do outro, língua protrusa, que geralmente se projeta para fora da boca (FACULDADES INTEGRADAS DO BRASIL, 2018).

Os indivíduos afetados são mais propensos a defeitos cardíacos congênitos (defeitos septais atrioventriculares, defeitos septais ventriculares, defeitos septais atriais tipo ostium secundum isolados, PDA (Programa de Desenvolvimento Associativo), tetralogia de Fallot), anomalias gastrointestinais, leucemia, doença de Alzheimer, disfunção imune, hipotireoidismo, diabetes mellitus e problemas na audição e visão (KLIEGMAN, 2017). O portador da Síndrome de Down tem deficiência não só no sistema motor, como também nos sistemas cognitivo, sensorial. A maioria das crianças com Síndrome de Down apresentam constantes resfriados e pneumonias de repetição, isto se deve a uma predisposição imunológica e à própria hipotonia da musculatura do trato respiratório.

A presença de graus importantes de hipotonia muscular, é uma das causas que favorecem ao atraso motor nessas crianças, por tanto, a variabilidade do desenvolvimento difere no geral do que é esperado em crianças hígdas e sem a síndrome. Todos os marcos do desenvolvimento motor surgirão mais tarde, com a idade média para sentar-se sozinho ocorrendo por volta dos nove meses; ficar em pé com apoio por volta dos 15 meses e andar por volta dos 19 meses (SCHWARTZMAN, 2003). Quanto ao desenvolvimento social e emocional, esta área é aquela em que a criança com SD demonstra, habitualmente, o menor comprometimento. Sorriem em resposta à fala por volta dos dois meses; sorriem espontaneamente em torno dos três meses e reconhecem seus pais por volta dos três meses e meio, observando-se que estes marcos são atingidos com cerca de um mês de atraso com relação as crianças ditas normais.

Essa hipotonia, pode acarretar alterações nas articulações. Isso faz com que haja um perigo maior de luxação, quando uma articulação "desencaixa". Um dos lugares em que isso pode acontecer é na primeira vértebra do pescoço, o que pode ter repercussões neurológicas. Por esse motivo, devem ser evitadas brincadeiras muito bruscas como cambalhotas, que forcem muito o pescoço. Fique de olho em reclamações de dor no pescoço, perda de força nos braços e nas pernas, mudança no jeito de andar, quando a criança já andar. Que podem e devem ser observados e cuidados, pelos educadores em creches onde essas crianças passam maior parte do tempo.

As crianças com síndrome de Down começam a aceitar alimentação sólida, em média, por volta dos oito meses; a se alimentar com as mãos aos dez meses e a beber de um copo comum aos 20 meses. Em algumas crianças, o estabelecimento de padrões adequados de mastigação e deglutição pode ser particularmente difícil e trabalhoso. Padrões anormais de mastigação e deglutição podem exercer uma influência adversa sobre a mobilidade da língua, lábios e boca e, desta forma, ter efeitos negativos sobre os movimentos necessários para a produção da fala. As crianças são capazes de se alimentar de forma bastante independente por volta dos 30 meses. No que se refere ao controle dos esfínteres, em geral este se mostra atrasado em cerca de um ano, de tal forma que as crianças conseguem o controle vesical diurno por volta dos 36 meses e fecal também aos 36 meses (SCHWARTZMAN, 2003). Quanto ao desenvolvimento cognitivo, atividades que possibilitam a exploração do ambiente surgirão, nos bebês com SD, com um atraso considerável. Estas crianças começam a tentar apanhar um círculo colocado próximo a elas por volta dos seis meses de idade; portanto, dois meses mais tarde do que crianças normais, para as quais a média é de quatro meses. Passam um brinquedo de uma mão para outra por volta dos oito meses; puxam um barbante para pegar um brinquedo aos 11,5 meses; acham um objeto escondido por um pano aos 13 meses; põem três ou mais objetos dentro de uma xícara aos 19 meses; constroem uma torre com cubos aos 20 meses (KLIEGMAN, 2017). Claro está que estas atividades, que são tomadas como evidências do desenvolvimento cognitivo, dependem muito da competência motora da criança para que possam ser realizadas.

A exploração do ambiente faz parte da construção do mundo da criança, e o conhecimento que ela obtém por esse meio servirá para se relacionar com o ambiente. A criança com essa síndrome utiliza comportamentos repetitivos e estereotipados, como o comportamento exploratório, impulsivo e desorganizado, dificultando um conhecimento

consistente do ambiente. As crianças tendem a envolver-se menos na atividade, dar menos respostas e tomam menos iniciativas (SCHWARTZMAN, 2003). O que é algo em que os profissionais que cercam estas crianças precisam tomar nota. Os professores desempenham um papel fundamental na identificação e encaminhamento das crianças com necessidades educacionais especiais, e as escolas de ensino regular, entendendo que, quando a criança frequenta a escola regular, ela será desafiada constantemente, de modo a obter resultados mais satisfatórios e ampliar seu desenvolvimento.

Nesse período que compreende do nascimento ao sexto ano de vida, é essencial que o professor busque conhecer o desenvolvimento da criança com Síndrome de Down e, a partir daí será capaz de construir base para desenvolver de modo mais eficaz as atividades a serem adotadas, a metodologia a fim de atender as crianças com síndrome de Down nas creches e propiciar-lhes um ambiente acolhedor e facilitador de seu desenvolvimento (MILLS, 2003). É importante que a escola tenha no seu planejamento diário atividades que exijam do sujeito com a síndrome trabalhos de cooperação, organização, constituição, movimentos, compreensão, exploração de propostas lúdicas e materiais diversos para que a criança possa realizar atividades motoras como: pular, rolar, entre outras. Essas ações contribuirão para o desenvolvimento social, afetivo, motor e da linguagem. Quanto maior for a sua estimulação, mais internalizados serão os domínios (CASTRO, 2009).

Na creche, na idade que compreende de zero a 04 anos nesta instituição, podemos observar que o atendimento da criança com Síndrome de Down, deve reunir um conjunto de experiências integradas e vivenciadas globalmente, que permita à criança comunicar-se, jogar e brincar em um contexto escolar e familiar, em que ela assimile e acomode as aprendizagens de uma forma organizada e sistemática, lúdica e divertida (MILLS, 2003) (na faixa etária de zero a três anos). Por exemplo, brinquedos coloridos e sonoros estimulam a visão, a audição e a coordenação de movimentos no bebê.

No período pré-escolar (dos quatro aos seis anos), é de fundamental importância o relacionamento a ser consolidada entre o desenvolvimento e a aquisição da competência linguística e a relação socioemocional. Este fator, além de ampliar o aprendizado, é também o principal veículo de sociabilização. A criança, nesta fase, vive momentos felizes, no que se refere à harmonia do seu desenvolvimento e à sua adequação às exigências do mundo que a envolve do ponto de vista de atividades sociais (MILLS,2003).

Síndrome de West

Espasmos infantis, também conhecidos como Síndrome de West, é uma encefalopatia epiléptica rara da infância (FALCÃO, 2017). Essa síndrome é uma encefalopatia epiléptica idade-dependente caracterizada pela tríade de espasmos infantis, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e eletroencefalograma com padrão de hipsarritmia. A Síndrome de West é composta de uma tríade característica de: espasmos convulsões infantis ou epiléticas ou mioclônicas, um Padrão hiparrítmico do EEG e retardo mental provavelmente ligados a fatores de desenvolvimento neurológico, embora um desses elementos pode estar ausente. A idade de início do SW é entre 3 e 12 meses com incidência entre 4 e 6 meses (SANZ-ARRAZOLA, 2014). Os espasmos característicos da SW consistem em uma breve contração muscular envolvendo o tronco e as extremidades que podem estar presentes. A duração de cada espasmo varia de meio segundo a 2 segundos, no início eles são geralmente isolados, mas depois podem gerar até 100 espasmos. Caracterizam-se geralmente por contração súbita, geralmente bilateral e simétrica dos músculos do pescoço, tronco e membros, acompanhada de uma breve perda de consciência.

Os espasmos de flexão são caracterizados por flexão abrupta simultânea do pescoço e tronco com abdução de flexão simétrica bilateral ou adução das extremidades superiores e adução de flexão das extremidades inferiores. Quando apenas os músculos flexores do pescoço participam, o espasmo pode se manifestar como um movimento de inclinação. Quando os músculos da cintura escapular participam, o espasmo pode se manifestar como um movimento semelhante a um encolhimento dos ombros. Os espasmos em extensão causam uma extensão súbita do pescoço e tronco com extensão e abdução das quatro extremidades (SANZ-ARRAZOLA, 2014).

Em espasmos mistos, a postura primária pode ser a flexão ou extensão do pescoço e tronco, mas as contrações associadas das extremidades superior e inferior são opostas à postura primária. É importante ter em mente que uma criança pode apresentar mais de um tipo de espasmo ou até mesmo o tipo de espasmos pode variar no mesmo período de crise. Os espasmos assimétricos consistem no desvio lateral da cabeça ou olhos com a participação das extremidades superiores. Embora espasmos isolados também possam ocorrer, na maioria das vezes ocorrem em sequencia ou contínuas. A sequencia de espasmo ocorre ao despertar ou antes de dormir. Eles são menos frequentes durante o

sono e só ocorrem durante o sono lento, nunca durante o sono paradoxal. Espasmos podem ser limitados a um breve desvio ocular vertical ou nistagmo e associados a irregularidades respiratórias. Outros fenômenos 14 associados são uma careta de sorriso ou uma expressão facial confusa ou assustada que precede os espasmos. O choro geralmente ocorre no final de uma salva de espasmo. A sonolência pode ocorrer após um resgate prolongado e grave (SANZ-ARRAZOLA, 2014).

As manifestações clínicas da Síndrome de West trazem diversas alterações para o estilo de vida da criança e de sua família. A incapacidade cognitiva existente em 90% dos casos ocorre em graus variados e se associa frequentemente à déficit motor, transtornos de conduta, cegueira, surdez, comportamento autista, entre outras comorbidades, que resultam em mudança no estilo de vida da criança e de sua família (ALVES, 2014). O principal significado dos espasmos infantis reside no potencial que prejudica gravemente o desenvolvimento neurológico. As crianças com controle favorável da epilepsia podem ter controle motor favorável, mas a cognição é afetada. É importante lembrar que o risco de declínio cognitivo permanece mesmo após a cessação dos espasmos e está relacionado à presença de etiologia subjacente (FALCÃO, 2017).

O desenvolvimento afetado leva a dificuldades de aprendizagem que acarretam prejuízos consideráveis, tais como distúrbios motores, psicomotores, na atenção, memorização, desinteresse e problemas de comportamento. Dentre os processos básicos das funções cognitivas, a atenção é responsável pela conexão entre a percepção e o processamento de informação. Ela também influencia e modula outras funções cognitivas, como as funções executivas (GOMES, 2013). A hipsarritmia pode desaparecer ou se transformar no decorrer do tempo. A criança apresenta sérias complicações respiratórias, devido aos frequentes espasmos, deformidades, principalmente de membros superiores e inferiores. Pode ocorrer subluxação do quadril.

Estas crianças, não possuem um padrão ao qual atingem os marcos do desenvolvimento, pois é dependente do tipo de convulsão, da identificação e tratamento precoce. Por tanto, todo paciente com Síndrome de West precisa-se trabalhar primeiramente extensão de cabeça e de tronco, para que depois, a criança seja estimulada a começar a rolar, arrastar, engatinhar, sentar. O tratamento deve ser feito seguindo as etapas de evolução, de maturação da criança. É importante saber que o tratamento da síndrome de West é igual ao tratamento proposto a criança portadora de paralisia cerebral. Tem como objetivo principal tratar as sequelas ou tentar diminuí-las o máximo possível.

Devido a hipotonia é preciso que se fortaleça os músculos responsáveis pela respiração. Outro objetivo é tentar-se evitar as deformidades que surgem ou amenizá-las, fazendo-se mobilização passiva e alongamentos (EPILEPSY FOUNDATION, 2018).

No final de uma convulsão, os seguintes aspectos são importantes: ficar com a criança até ela despertar totalmente, verificar se a criança está, não dar nenhuma comida, líquido ou medicamento pela boca até a criança despertar completamente, verificar a presença de febre e, se estiver presente, tratá-la (EPILEPSY FOUNDATION, 2018).

Quando uma criança passa maior parte do tempo em casa e na creche, tanto ela quanto sua família estabelecem um tipo de vínculo envolvendo esses ambientes. A criança é suscetível aos estímulos vindos do ambiente, o que tornam essenciais e oportunas as várias formas de movimentos que possam garantir o desenvolvimento e o crescimento adequados, pois proporcionam competências para ela corresponder às suas necessidades e às de seu meio. Faz-se importante além da inclusão destas crianças na educação infantil, a orientação e disseminação de informações condizentes com suas demandas para os profissionais que lidam a maior parte do tempo com elas.

Considerações Finais

Tomando como ponto de partida a educação na primeira infância e a importância que acarreta para o crescimento e desenvolvimento infantil, podemos colocar em discussão o entendimento dos profissionais que lidam direta e diariamente com essas crianças, a respeito de crescimento e desenvolvimento voltados para a saúde. Uma vez que o desenvolvimento é diário, e ocorrem através da interação com o meio ambiente e com os demais indivíduos, todo e qualquer estímulo pode favorecer esta primeira etapa. A exploração do ambiente faz parte da construção do mundo da criança, e o conhecimento que ela obtém por esse meio servirá para se relacionar com o ambiente.

Este fator educacional em conjunto com a área da saúde, se faz ainda mais importante quando falamos de crianças com necessidades especiais em saúde, que apresentam a necessidade de maior atenção a sua condição física, crônica, de desenvolvimento, comportamento ou emocional. Onde os pais contam com o auxílio dos demais profissionais que estão sempre em contato com a criança para auxiliar na estimulação, motricidade, atividades da vida diária, comunicação, relações interpessoais, cognição destas crianças.

Por meio deste projeto, trago a realidade de muitos profissionais da área da pedagogia, que possuem pouca atenção em seu currículo de matérias que abordam o cuidado a saúde das crianças, e quando possível de serem orientados, faz uma mudança da prática profissional e pessoal dos indivíduos, além de favorecer o cuidado com a saúde das crianças. O enfermeiro é o profissional preparado para realizar educação em saúde, sendo ainda estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, como um dos profissionais cedidos pela secretaria de saúde para treinar os professores e demais funcionários.

Referências

ALVES Carvalho, GD, BATISTA Lima, O, COSTA Melo, V, LIMA Silva, K. Ações de enfermagem no cuidado à lactente com síndrome de WEST: um relato de caso. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online [Internet]**, v. 6, n. 4, p. 1525-1533, 2014. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750770018>.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Manual do Profissional. **Suporte Avançado de Vida em Pediatria**. Edição em Português. Outubro, 2011.

CASTRO, Antonilma Santos Almeida. PIMENTEL, Susana Couto. Atendimento educacional específico. Síndrome de Down: desafios e perspectivas na inclusão escolar. **Salvador: EDUFBA**, 2009. Acesso em 04/11/2018.

COSTA, S.N.G; SILVA, J.M.M; FREITAS, B.H.B.M de et al. Acidentes infantis: conhecimento e percepção de educadoras de creches. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3845-52, out., 2011.

EPILEPSY FOUNDATION. **Living with Epilepsy, for parentes and caregivers**. Disponível em < <https://www.epilepsy.com/living-epilepsy/parents-and-caregivers>>, acesso em 18/11/2018.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS. **Neurologia Infantil, conteúdo Didático**. Desenvolvimento neuropsicomotor. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/desenvolvimento-neuropsicomotor>, acesso em 17/11/2018 às 21:54.

FACULDADES INTEGRADAS DO BRASIL. General aspects of Down Syndrome: a biological perspective. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, 9: 15-31 volume 1, 2018.

FALCÃO, NMF. SÍNDROME DE WEST: EVOLUÇÃO CLÍNICA E

ELETROENCEFALOGRAFIA. Dissertação Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Federal do Paraná, CURITIBA, 2017. 25

GOMES, RF; FREITAS, AM; VASQUES, AM; PEREIRA, AG; FERREIRA, EES; WETTERSPORTUGUEZ, M. Childhood Absence Epilepsy and Its Impact on Learning. **Rev Neurocienc**, v. 21, n. 4, p. 628-632, 2013.

KLIEGMAN, R. M. Nelson, tratado de pediatria. 20.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017

MILLS, Nancy Derwood. A educação da criança com Síndrome de Down.

OLIVEIRA, A.E.F; FERREIRA, E.B; CASRO Junior, E.F; GARCIA, P.T; REIS, R.S .**Caderno de Saúde da Família**. Processo de Trabalho e Planejamento em Saúde. São Luís, MA, 2015.

SANZ-ARRAZOLA, H; ANDIA-BERAZAIN, C. SÍNDROME DE WEST: ETIOLOGÍA, FISIOPATOLOGÍA, ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO. **Revista Médico-Científica "Luz y Vida" [Internet]**, v. 5, n. 1, p. 30- 35, 2014. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=325038650007>

SCHWARTZMAN, J. S.; TORRE, C. A.; BRUNONI, D., et. al. Síndrome de Down. 2.ed. São Paulo: **Memnon: Mackensie**, 2003.

SCHWARTZMAN, José Salomão. Síndrome de Down. 2. Ed. São Paulo: **Memnon: Mackenzie**, 2003.

SILVA F.D, CABRAL I.E. O cuidado de enfermagem ao egresso da terapia intensiva: reflexos na produção científica nacional de enfermagem pediátrica na década de 90. **Rev Eletr Enf [online]**, Jul-Dez, v. 3, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/726/786>>. Acesso em: 29 de out de 2018.

WILSON, D; HOCKENBERY, M.R. Manual Clínico de Enfermagem Pediátrica. 8 edição. **Elsevier**, 2013.