

AMAMENTAÇÃO, HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS E ALTERAÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS: UM ESTUDO SOBRE SUAS RELAÇÕES

Francis Farias de Oliveira¹; Caroline Maressa Alves Andreadan¹; Carla Salati Almeida Ghirello-Pires²

RESUMO: A Síndrome de Down é uma condição genética caracterizada pela trissomia do cromossomo 21, na qual resulta em um atraso no desenvolvimento físico e mental. O objetivo desta pesquisa é caracterizar as medidas antropométricas e avaliação dos órgãos fonoarticulatórios de crianças com síndrome de Down, visando relacionar esses achados com amamentação e alimentação suplementar. Para a realização da pesquisa, para as análises antropométricas o material utilizado será um paquímetro de aço 0.05x150mm da marca Vernier Caliper e serão utilizados questionários com perguntas abertas e fechadas, computador, aplicativos do Word, câmera fotográfica. Para a avaliação dos órgãos fonoarticulatórios, serão utilizados copo com água, pão de queijo, luvas e espátula e roteiro de avaliação do sistema estomatognático. Portanto, os dados indicam que para que a criança com Síndrome de Down tenha um correto crescimento e desenvolvimento das estruturas intra e extra oral é necessário amamentação exclusiva por 6 meses ou mais como preconiza o Ministério da Saúde, uma correta transição alimentar oferecendo alimentos de variadas consistências e uma alimentação predominantemente sólida, evitando-se o uso de bicos artificiais (chupeta e/ou mamadeira).

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; Hipotonia muscular; Síndrome de Down.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down foi descrita pela primeira vez por John Langdom Down em 1866. É uma condição genética que trás consigo um atraso no desenvolvimento físico e mental, causado durante a formação. Esta alteração cromossômica pode ocorrer de três formas, não-disjunção (trissomia padrão, na qual um cromossomo junta-se ao par de cromossomo 21), translocação e mosaicismo, sendo a mais comum a não-disjunção. Portanto, a Síndrome de Down não é uma doença e sim uma condição genética (STRATFORD, 1997).

Dentro das características mais marcantes da síndrome de Down, Dr. John Langdom Down, citado por Moreira; El-Hani; Gusmão (2000), as descreve como: face achatada, os olhos em posição oblíqua, fendas e pálpebras curtas, lábios grossos, língua grande e larga, nariz pequeno, pele ligeiramente amarelada e elasticidade diferenciada. Mustacchi (1990), descreve as características específicas da síndrome de Down como sendo a hipotonia facial e muscular generalizada, deficiência mental, respiração oral e retardo no desenvolvimento motor. As características envolvendo os aspectos motores da linguagem, na área de interesse da fonoaudiologia são: palato estreito, respiração oral, dificuldade na deglutição, hipotonia dos órgãos fonoarticulatórios resultando em uma imprecisão articulatória.

¹ Discentes do Curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário de Maringá – Cesumar, Maringá – Paraná. Programa de Iniciação Científica do Cesumar (PICC). frann_15@hotmail.com ; carol.andreadan@hotmail.com

² Orientadora e Docente do curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário de Maringá – Cesumar. carla@cesumar.br

Segundo Shwartzman (2003) a hipotonia de face extra e intra-oral generalizada contribui também para uma oclusão labial pobre, sucção fraca, não conseguindo controlar os movimentos da língua, tendo dificuldades em estabilizar a mandíbula. Todos esses fatores podem resultar em uma menor habilidade motora oral e em uma imprecisão articulatória.

Algumas crianças com síndrome de Down mantêm a boca aberta e a língua pode projetar-se um pouco. À medida que a criança vai ficando mais velha a língua pode ficar com estrias. O palato é mais estreito do que na criança normal. Alguns dentes podem estar ausentes ou apresentarem formato um pouco diferente. As mandíbulas são pequenas, o que leva muitas vezes ao apinhamento dos dentes permanentes (PUESCHEL, 1993); (SCHWARTZMAN, 2003). Para Mustacchi (1990), as crianças com síndrome de Down apresentam o palato duro menor e ogival, mas sua altura é normal.

Alguns autores como Pueschel (1993), indicam chupeta e mamadeira para estimular a sucção, o vedamento labial e a respiração nasal. Alguns manuais, Bibas (1999); Martins (1998) e livros didático como Bressan (2002) indicam o uso de chupeta e mamadeira como processo terapêutico para a estimular a musculatura bucal e conseqüentemente a produção da fala. Porém, para Amábile citado em Marchi (2006) amamentar bebês com Síndrome de Down é muito importante para estimular corretamente a musculatura bucal e facial. De acordo com Bibas (1999), a amamentação ao seio materno é sempre a mais indicada, pois ela é fonte de alimento completo para a criança, e com isso ela desenvolverá a sucção e os músculos labiais, diminuindo a tendência a manter os lábios entreabertos.

Crianças com SD demonstram dificuldade em mastigar alimentos, apresentam uma mastigação prolongada, e preferindo sugar e amassar os alimentos no céu da boca antes de engoli-los. Devem-se introduzir alimentos pastosos com pequenas granulações, ou comidas semi-sólidas, sendo um pré-requisito importante para a habilidade de mastigação, pois, a criança precisa familiarizar-se com essas texturas, antes de realmente aprender a mastigar (SCHWARTZMAN, 2003).

Segundo Cunningham (2008), algumas características podem mudar conforme a criança cresce. A hipotonia, por exemplo, pode reduzir, a forma da boca muda conforme vão aparecendo os dentes, e muitas crianças conseguem manter a língua dentro da boca à medida que o tônus muscular da mandíbula, maxila e língua aumentam, sendo possível ensiná-las a controlar a língua.

Será que a hipotonia orofacial das crianças com síndrome de Down, assim como as medidas antropométricas podem ser amenizadas e/ou adequada com a amamentação, transição alimentar equilibrada evitando-se os hábitos deletérios? Dificuldades na alimentação, sucção são mesmo características da síndrome de Down ou são adquiridas pela condição ambiental? Para Pueschel (1993) a maioria das crianças com síndrome de Down apresentam problemas com a alimentação, pois desde a vida intra-uterina os reflexos de sucção e deglutição encontram-se bem desenvolvidos. Porém, para Alves (2007), algumas crianças com síndrome de Down relutam em mastigar alimentos, preferindo sugá-los e amassá-los no céu da boca antes de engoli-los. Entre quatro e cinco anos de idade, a duração da mastigação é prolongada. Por muitas vezes, tendem a manter a comida na boca por breves períodos sem mastigar e não conseguem movimentar o alimento de um lado para o outro da boca com a ajuda da língua.

O objetivo desta pesquisa é caracterizar as medidas antropométricas e avaliação dos órgãos fonoarticulatórios de crianças com síndrome de Down, visando relacionar esses achados com amamentação e alimentação suplementar.

2 MATERIAL E MÉTODO

Os sujeitos que participaram desta pesquisa foram quatro díades, mães e crianças com Síndrome de Down com até quatro anos de idade, de ambos os gêneros totalizando oito sujeitos.

Para a realização da pesquisa, para as análises antropométricas o material utilizado foi um paquímetro de aço 0.05x150mm da marca Vernier Caliper e utilizados questionários com perguntas abertas e fechadas, sobre a amamentação, alimentação e hábitos orais deletérios. Para a avaliação dos órgãos fonoarticulatórios, foram utilizados copo com água, pão de queijo, luvas e espátula e roteiro de avaliação do sistema estomatognático.

O local selecionado foi a Clínica de Fonoaudiologia do IES para a coleta de dados da avaliação de motricidade orofacial. A clínica de Fonoaudiologia foi selecionada pelo fato dos sujeitos já estarem em acompanhamento, o que facilitará a coleta de dados.

O projeto teve a aprovação do comitê de ética, e a cada uma dessas mães foi explicado o objetivo desta pesquisa, deixando claro que não seria nocivo e que elas teriam direito de não resposta. Solicitamos também a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para então aplicarmos e preenchermos o questionário

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados evidenciaram que todas as mães participantes amamentaram seus filhos. Nenhuma das mães sentiu dificuldade em amamentar seus filhos precisando apenas de uma orientação na primeira mamada, o que comprova que bebês com Síndrome de Down podem ser amamentados como qualquer outro bebê. No entanto, apenas uma mãe entrevistada amamentou seu filho por seis meses, o que é preconizado pelo ministério da saúde o aleitamento materno exclusivo.

Todas as mães introduziram o leite artificial. A mãe 1 relatou que foi devido ao leite que secou, a mãe 2 por achar que seu filho não queria mais o peito, a mãe 3 por voltar ao trabalho e a mãe 4 para ganho de peso do bebê e todas foram orientadas pelo profissional da Pediatria a introduzir o aleitamento artificial.

Duas das mães ofereceram papinha com quatro meses de idade, ambas para ganho de peso do bebê e duas ofereceram com seis meses de idade, sendo uma orientada pelo pediatra e a outra pela professora da escola. Apenas uma das mães amassava o alimento oferecido à criança, as outras três mães batiam no liquidificador, obtendo com isso uma consistência líquida.

Três mães relataram que seus filhos comem alimentos de consistências variadas (pastoso, líquido e sólido), apenas uma mãe relatou que seu filho prefere alimentos de consistência pastosa. Todas as mães relataram que seus filhos não apresentam dificuldades durante a alimentação. Apenas duas, relataram que seus filhos apresentam uma mastigação rápida.

Atualmente, nenhuma das crianças possui hábitos deletérios, no entanto, pode-se observar que todas já fizeram o uso da mamadeira, porém nunca fizeram o uso de chupeta.

CRIANÇA 1: M.

Anátomo morfológico

Palato duro: Ogival; Lábios: Simétricos; Língua: Não foi possível observar, pois a criança não colabora; Bochecha: Assimétrica e hipotônica, sendo a direita levemente maior que a esquerda sugerindo uma maior hipotonia;

Funções neurovegetativas

Mastigação: Foi realizada sem o selamento labial, apresentando uma mastigação rápida, no entanto conseguiu cortar o pão de queijo com os dentes incisivos centrais. Observou-se que durante a mastigação houve períodos de mastigação bilateral alternada; Deglutição: durante a deglutição não foi observado escape de água nas comissuras labiais, no entanto apresentou uma deglutição atípica, interpondo a língua; Respiração: Nasal, com selamento labial e silenciosa. As medidas antropométricas faciais sugerem um perfil mesofacial.

Pelo fato da criança 1 ter sido amamentada exclusivamente por apenas 3 meses, ter feito o uso da mamadeira, não ter passado por uma adequada transição alimentar e por não apresentar uma mastigação adequada pode-se sugerir as alterações de palato, hipotonia da bochecha, e nas funções neurovegetativas de mastigação e deglutição.

CRIANÇA 2: R.

Anátomo morfológico

Palato duro: Ogival; Lábios: Entreabertos, sendo o inferior evertido; Língua: Posição de repouso, assoalho da boca e anteriorizada; Bochecha: simétrica e hipotônica bilateramente;

Funções neurovegetativas

Mastigação: Foi realizada sem o selamento labial, ruidosa, com participação excessiva da língua, não conseguiu cortar o alimento, por falta de tônus muscular, realizando o movimento de ‘rasgar’ o alimento, porém tentou cortar com os dentes incisivos centrais e laterais. Amassou o alimento com a língua apresentando pouca pressão intraoral. Mastigação predominantemente do lado esquerdo. Deglutição: Rápida, atípica, com interposição de língua; não conseguiu segurar a água dentro da boca. Respiração: Oral, sem selamento labial e ruidosa. As medidas antropométricas faciais sugerem um perfil mesofacial.

Mesmo a criança 2 tendo sido amamentada exclusivamente por 6 meses como preconiza o Ministério da Saúde, fez o uso da mamadeira por 6 meses, não havendo uma adequada transição alimentar, pois os alimentos eram de consistência pastosa. Diante disso, apresenta um palato ogival, hipotonia de lábios, respiração oral, mastigação alterada e deglutição atípica.

CRIANÇA 3: ME.

Anátomo morfológico

Palato duro: Ogival; Lábios: ressecados, com fissuras, sendo o inferior evertido, sugerindo hipotonicidade; sem selamento e volumosos, principalmente o inferior; Língua: Posição de repouso, assoalho da boca e hipotônica; Bochecha: simétrica e sem marcas internas;

Funções neurovegetativas

Mastigação: Foi realizada sem o selamento labial, silenciosa, devagar e amassamento do alimento com a língua. Deglutição: Atípica, com interposição de língua. Respiração: Oral e silenciosa. Nas medidas antropométricas faciais sugerem um perfil dolicofacial.

A criança 3 foi amamentada exclusivamente por 4 meses, fazendo o uso da mamadeira após este período, foi oferecido papinha com 6 meses porém de consistência líquida, pois a mesma era batida no liquidificador. Fez o uso da mamadeira por 8 meses. Diante disso, podemos associar que a mesma apresenta hipotonia de lábios, língua e bochechas, palato ogival, alteração de mastigação, deglutição atípica e respiração oral.

CRIANÇA 4: J.

Anátomo morfológico

Palato duro: Ogival; Lábios: Sem selamento labial, lábio inferior evertido, sugerindo hipotonicidade; Língua: Posição de repouso, assoalho da boca e hipotônica; Bochecha: simétricas, sendo hipotônicas bilateralmente;

Funções neurovegetativas

Mastigação: Não foi possível observar, pois a criança não quis comer o alimento oferecido. Deglutição: Realizada com os lábios ocluídos, com movimentos associados de cabeça e pescoço, ao final da deglutição abriu a boca e interpôs a língua. Não ruidosa. Respiração: Oronasal. Nas medidas antropométricas faciais sugerem perfil dolocofacial.

A criança 4 não foi amamentada, foi introduzido mamadeira logo após o nascimento. A transição alimentar ocorreu com 4 meses, no entanto, a papinha oferecida era de consistência líquida. Atualmente, sua alimentação é pastosa. Assim, apresenta: hipotonia de lábios, língua e bochechas, palato ogival, alteração de mastigação, deglutição atípica e respiração oronasal.

4 CONCLUSÃO

Os dados indicam que para que a criança com Síndrome de Down tenha um correto crescimento e desenvolvimento das estruturas intra e extra orais é necessária a amamentação exclusiva por 6 meses ou mais, como preconiza o Ministério da Saúde, além de uma correta transição alimentar oferecendo alimentos de variadas consistências e uma alimentação predominantemente sólida, evitando-se o uso de bicos artificiais (chupeta e/ou mamadeira).

REFERÊNCIAS

ALVES, F. **Para entender Síndrome de Down**. Rio de Janeiro: Wak, 2007.

BIBAS, J. M. e col. **Guia de estimulação para criança com Síndrome de Down**. Curitiba: Deage, 1999.

BRESSAN, F. G. **A vida por trás dos olhos amendoados**: um livro-reportagem sobre os portadores da síndrome de Down. Londrina: UEL, 2002.

CUNNINGHAM, C. **Síndrome de Down**: uma introdução para pais e cuidadores. 3. ed. Porto Alegre: Artemed, 2008.

MOREIRA, L. M. A.; EL-HANI, Charbel; GUSMÃO, Fábio A.F. *A síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético*. **Rev. Brasileira de psiquiatria**. v. 22, n. 2. São Paulo, jun. 2000.

MUSTACCHI, Z.; ROZONE, G. **Síndrome de Down**: aspectos clínicos e odontológicos. São Paulo: Cid, 1990.

PUESCHEL, S. et.al. **Síndrome de Down**: guia para pais e educadores. 11. ed. Papyrus, 1993.

SCHWARTZMAN, J. S. et.al. **Síndrome de Down**. 2. ed. São Paulo: Mackenzie, 2003.