

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO  
DE CRIANÇAS COM TRISSOMIA 21

*THE IMPORTANCE OF FAMILY IN THE DEVELOPMENT  
OF CHILDREN WITH TRISOMY 21*

FURTADO, A. F.<sup>1</sup>; PEREIRA, F. C.<sup>1</sup>; LANA, M. R. A.<sup>1</sup>; ALMEIDA, R. R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Universitário Estácio de Belo Horizonte – ESTÁCIO BH - MG  
almeida.rosiane@estacio.br

**Resumo**

O presente trabalho visou demonstrar a importância da família no desenvolvimento das crianças com Trissomia 21. O seio familiar é o primeiro ambiente de interação entre a criança com Síndrome de Down e o mundo. É através dela que a criança inicia seu processo de desenvolvimento. Devido a anomalia cromossômica, tais crianças apresentam um atraso das funções motoras, visuais, auditivas e de comunicação. Nesse aspecto, os familiares devem atuar para promover o desenvolvimento máximo dessas funções. A estimulação precoce deve começar ainda no primeiro ano de vida, através de brincadeiras que possibilitem a melhoria dessas funções. Em síntese, a família pode aumentar ou impedir o desenvolvimento desse indivíduo com sua atuação. O pleno desenvolvimento dará a esse indivíduo maior autonomia e confiança para enfrentar os desafios futuros.

**Palavras-Chave:** Trissomia 21; Síndrome de Down; Família.

**Abstract**

*The present work aimed to demonstrate the importance of the family in the development of children with Trisomy 21. The family provides the first interaction environment between the child with Down Syndrome and the world. It is through it that the child begins his developmental process. Due to chromosomal anomaly, such children have a delay in motor, visual, auditory and communication functions. In this regard, family members should act to promote the maximum development of these functions. Early stimulation should begin in the first year of life, through games that enable the improvement of these functions. In short, the family can increase or hinder the development of this individual with their performance. Full development will give this individual greater autonomy and confidence to meet future challenges.*

**Keywords:** Trisomy 21; Down Syndrome; Family.

**Introdução**

A Trissomia 21, também conhecida como Síndrome de Down, é uma anomalia genética identificada por John Langdon Down em 1866 (BRASIL, 2013). De causas

desconhecidas (ALVES *et al.*, 2009; BETTENCOURT, 2000), a referida Síndrome ocorre devido a modificação da organização genética e cromossômica do par 21, devido

à presença total ou parcial de um cromossomo 21 adicional, ou seja, um indivíduo com Trissomia 21 possui 47 cromossomos, ao invés de 46 (RAMOS *et al.*, 2006). Há também casos de translocação cromossômica, quando o braço longo excedente do cromossomo 21 conecta-se a outro cromossomo qualquer (BRASIL, 2013).

A presença deste cromossomo extra na constituição genética resulta em características físicas específicas e deficiência intelectual (PAZIN & MARTINS, 2007). De modo geral, indivíduos com Trissomia 21 apresentam, normalmente, uma altura inferior à média, olhos oblíquos, rosto arredondado, nariz e orelhas pequenas, boca pequena, mãos menores, dentição tardia, pés pequenos e hipotonia (STRAY-GUNDERSEN, 2007). Também apresentam maior predisposição a problemas cardíacos, auditivos, visuais, infecções respiratórias e leucemia (COLE, 2001).

Ao longo dos anos, a sociedade vem mudando a sua concepção dos portadores de Síndrome de Down, valorizando a diversidade humana. Porém, diversos estudos apontam que uma pessoa com Síndrome de Down era apontada como um indivíduo que não seria capaz de ter um desenvolvimento “normal”, não possuindo habilidades para realizar atividades simples

do dia a dia (SILVA & DESSEN, 2001). A ciência trouxe um novo panorama e promoveu novos paradigmas para os indivíduos com Trissomia 21. A expectativa de vida desses indivíduos aumentou devido aos avanços na área da saúde e a compreensão de suas potencialidades levou a elaboração de vários programas educacionais para auxiliar em seu desenvolvimento (SILVA, 2001; BRASIL, 2013).

Entretanto, a falta de informação da família pode afetar o desenvolvimento das potencialidades e capacidades do indivíduo com Síndrome de Down, haja vista que cada criança tem uma forma particular de desenvolvimento que precisa ser estimulada de modo específico (SILVA, 2001). Nesse prisma, o ambiente familiar é onde os indivíduos realizam as primeiras adaptações à vida social, cabendo a família o importante papel de proteger, mas também promover o contato deste indivíduo com o mundo que o rodeia, proporcionando-lhe novas aprendizagens (ALVES *et al.*, 2009).

A família tem suma importância para o desenvolvimento de qualquer criança. Afinal, seu primeiro contato com o mundo, se dá através dela. Assim, o presente trabalho se justifica devido ao grande destaque do papel dos pais no estímulo às capacidades e potencialidades

do indivíduo com Síndrome de Down, uma vez que um bom desenvolvimento pode proporcionar a este uma vida mais feliz e plena (RAMOS *et al.*, 2006).

## Objetivos

Com base no exposto, o presente trabalho buscou demonstrar a importância da família para o desenvolvimento do indivíduo com Síndrome de Down. Teve-se como objetivos específicos levantar informações sobre: (1) a classificação da Trissomia 21, seu diagnóstico e impacto inicial, (2) seu efeito sobre a relação entre pais e filhos com Síndrome de Down e (3) a importância da família no desenvolvimento das crianças com Trissomia 21, tanto na infância como na adolescência.

## Metodologia

O presente texto é um estudo de abordagem qualitativa, de revisão bibliográfica e documental. Para tal levantamento foram utilizadas as bases de dados portal Scielo e Google Acadêmico. Inicialmente foram elencados artigos científicos e documentos relacionados aos objetivos citados. Metodologicamente, para delimitação dos resultados, foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: Síndrome de Down, Desenvolvimento de

indivíduos com Síndrome de Down e Família e Síndrome de Down. Tais palavras auxiliaram na construção de um quadro sinóptico, para análise dos resultados.

## Desenvolvimento

### Classificação da Trissomia 21, Diagnóstico e Impacto Inicial

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) a Síndrome de Down (Q-90) está listada entre as malformações, deformidades e anomalias cromossômicas (BRASIL, 2013). No entanto a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) complementa a CID, representando exclusivamente a patologia principal e associações que compõem o diagnóstico clínico de uma pessoa, numa abordagem voltada aos estados relacionados com a saúde (BRASIL, 2013).

O diagnóstico clínico associado à Síndrome de Down baseia-se no reconhecimento de características físicas típicas desta trissomia. Já o diagnóstico laboratorial é realizado através de uma análise genética denominada cariótipo, que corresponde a uma representação do conjunto de cromossomos presentes no núcleo celular do indivíduo avaliado (ALVES *et al.*, 2009). Neste exame os cromossomos

são ordenados por ordem decrescente de tamanho. Também podem ser requeridos exames de ecocardiograma e hemograma para identificar cardiopatias e alterações hematológicas (BRASIL, 2013).

Em relação a saúde da criança com Síndrome de Down deve-se dar enfoque a informação sobre a condição e diagnosticar patologias associadas. O lactente com Trissomia 21 deve receber estimulação global, imunização e aleitamento materno, além do acompanhamento periódico indicado aos demais neonatos (BRASIL, 2013).

Em relação ao impacto causado pela identificação da condição da criança com Trissomia 21, compreende-se que o nascimento de um indivíduo com Síndrome de Down tem grande impacto para os pais, especialmente para a mãe, causando um aumento dos sentimentos negativos sobre si (SILVA & DESSEN, 2001). Bettencourt (2000) afirma que o nascimento de uma criança portadora de uma anomalia fere a autoestima dos pais, que tem dificuldade em aceitar aquela realidade e desenvolvem um processo de luto pelo bebê que desejavam.

Passado o impacto inicial até a fase de adaptação, os pais questionam o diagnóstico e sentem culpa pela malformação, assim como raiva, ansiedade e tristeza (SILVA & DESSEN, 2003). Não

existe cura para a Síndrome de Down, mas é importante salientar que existe tratamento e que ele é fundamental para que a pessoa diagnosticada possa conquistar maior autonomia e qualidade de vida no futuro. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o “apoio de profissionais capacitados neste caso é fundamental para o ajuste familiar à nova situação, favorecendo as possibilidades de tratamento com vistas à saúde física, mental e afetiva da criança” (BRASIL, 2013). Discutir com os pais a etiologia da Síndrome é importante no sentido de diminuir dúvidas e o sentimento de culpa. Isso contribui com a adaptação dos pais e, uma vez adaptados, estes começam a entender o indivíduo com Trissomia 21, identificando suas necessidades e respondendo a elas de forma satisfatória (BETTENCOURT, 2000).

A aceitação do indivíduo com Síndrome de Down quanto as suas diferenças por todos os membros da família, contribui com a adaptação destes quanto às suas necessidades especiais (BETTENCOURT, 2000; RAMOS *et al.*, 2006). Com os avanços no campo da saúde e da pedagogia, já se sabe que com o devido suporte da família e acompanhamento multidisciplinar, um indivíduo com Síndrome de Down consegue desenvolver suas capacidades e atividades sociais comuns, conquistando assim, autonomia e

inclusão social (BRASIL, 2013).

### Relação entre pais e filhos com Síndrome de Down

Silva e Dessen (2003) elucidam que a Trissomia 21 influencia na relação dos pais com seus filhos e põe em risco a parentalidade. Os autores supracitados destacam três inquietações dos pais em relação aos filhos com a síndrome, sendo estas a preocupação com o desenvolvimento, com o futuro e com a discriminação em relação aos seus filhos. Em relação ao desenvolvimento, os autores destacam que essa se baseia na falta de conhecimento sobre o grau de desenvolvimento que a criança pode alcançar frente às demais, haja vista que uma criança com Trissomia 21 apresenta déficit cognitivo e motor, fator que aumenta o grau de incerteza sobre as limitações desta. Salienta-se que esse desenvolvimento vai depender, em parte, do ritmo da criança, segundo suas características individuais (PAZIN & MARTINS, 2007). Já a preocupação em face ao futuro, se deve a uma série de fatores, como a evolução da sociedade e a severidade da deficiência (SILVA & DESSEN, 2003). Os autores também ressaltam que o apoio da família é um fator determinante, pois com esse a preocupação com o porvir é

menor.

A preocupação com a discriminação ainda é o fator que se destaca para os pais de crianças com Síndrome de Down. Apesar da maior divulgação das condições deste indivíduo, que pode e deve ser incluído na sociedade para seu pleno desenvolvimento, ainda persiste a discriminação (BETTENCOURT, 2000). A autora supracitada destaca que outro fator de preocupação dos pais é a aceitação da família, o trato diferenciado e que a sociedade o estigmatize, resultando em diversas dificuldades, como nas possibilidades de obtenção de matrícula em escolas.

Um estudo comparativo que confirma essas dificuldades na dinâmica familiar foi realizado por Sprovieri e Assumpção (2001) que avaliou esse cenário para crianças com Trissomia 21, assim como crianças autistas e crianças assintomática. O presente estudo teve como intuito avaliar se as famílias de crianças autistas demonstravam maiores dificuldades em comparação aos demais grupos. Os autores constataram que as famílias de crianças com Síndrome de Down, assim como as autistas, apresentaram mais dificuldades na esfera da saúde emocional.

### Contribuições da Família no Desenvolvimento do Indivíduo com

### Síndrome de Down

Pessoas com Síndrome de Down têm atraso na competência motora, na fala, no contato visual e nas reações afetivas, fatores que as tornam mais vulneráveis (LEITÃO, 2006).

Porém, a conduta parental pode proporcionar um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo-social do indivíduo e resposta iminente às requisições, interações sociais e comportamentos disruptivos (PIRES, 1990). Portanto, um indivíduo com Trissomia 21 precisa de maior estímulo dos pais, pois o comprometimento cognitivo, perceptivo e no comportamento exploratório reduz a capacidade do indivíduo considerar várias fontes de informação e discriminar objetos e relações, cenário complicado pela dificuldade verbal (STRAY-GUNDERSEN, 2007). Esse autor reforça que embora os indivíduos com Síndrome de Down possuam características comuns, as capacidades intelectuais e sociais dos mesmos chegam ao ápice quando crescem num ambiente favorável ao seu desenvolvimento.

O ambiente familiar abarca uma complexidade de relações, em que os membros geram experiências diferentes entre si (KREPPNER, 2000). Assim, cada membro da família é impactado de forma diferente com a chegada de uma criança

com Síndrome de Down.

Como a Trissomia 21 é uma anomalia genética que afeta o desenvolvimento do indivíduo, os pais têm a tendência a superproteger os filhos. Mannoni (1995) assevera que ao agir desta maneira os pais impedem seu crescimento, pois projetam na criança suas próprias imperfeições. Porém, as relações entre os membros familiares também podem proporcionar às crianças com Síndrome de Down, que requerem maior atenção e cuidados especiais, um ambiente de crescimento e desenvolvimento (SILVA & DESSEN, 2001). Por ser a família o primeiro ambiente de interação da criança, esta possui grande influência na personalidade dessa criança (REY & MARTINEZ, 1989).

A família pode ser descrita como detentora de duas funções básicas, o ensino e a aprendizagem, de modo que os pais assumem a responsabilidade por essas funções a partir do nascimento, depois obtendo ajuda do ambiente escolar (SOIFER, 1983). Os pais transmitem suas experiências e conhecimentos aos filhos, mas faz-se necessário ampliar esses conhecimentos para que o indivíduo com Trissomia 21 possa se desenvolver física, emocional e socialmente, desde seu nascimento até a idade adulta (TIERNO, 1997). Os familiares devem estar em constante aprendizado para educar e

participar ativamente deste processo. A estimulação constante desde o nascimento é o modo mais eficaz de promover o desenvolvimento das potencialidades da criança com Síndrome de Down (VARELA, 2019).

A Trissomia 21 pode resultar em um atraso relevante no desenvolvimento da criança, com os familiares, especialmente os pais, sendo os primeiros educadores (MITTLER, 2003). A estimulação nos primeiros anos de vida promove a melhoria das capacidades em vários aspectos, dentre eles motor, visual e de comunicação (BRASIL, 1995). Os indivíduos com Síndrome de Down precisam de um meio favorável e estimulante para desenvolver suas potencialidades (BRAZELTON & CRAMER, 1993) e, com a ajuda da família e de uma equipe multidisciplinar, podem alcançar esse melhor desenvolvimento (MITTLER, 2003), especialmente quando se dá o destaque de suas experiências e o encorajamento com reforços familiares positivos (BRAZELTON & CRAMER, 1993). O papel da família do indivíduo portador da Síndrome de Down é proporcionar, através de afeto, estímulo e respeito, as estruturas adequadas para sua inserção no ambiente social e, posteriormente, no ambiente escolar (RODRIGUEZ, 2006).

*A Família e o Desenvolvimento das*

### *Crianças com Trissomia 21*

Os indivíduos com Síndrome de Down passam por diversas etapas de desenvolvimento diferenciado e individualizado e, para estes, devem ser apresentadas atividades nesse sentido, visando um desenvolvimento mais eficiente. Good (1994) ressalta que é importante conhecer as necessidades individuais e priorizar o desenvolvimento motor logo após o nascimento, pois a aprendizagem é um processo contínuo que começa com a experiência de tocar, olhar, escutar. Neste sentido, os pais precisam dedicar-se e trabalhar em prol deste desenvolvimento. Esse processo de estimulação deve ser agradável para todos, sendo um momento prazeroso, cheio de amor e carinho (RAMOS *et al.*, 2006).

A estimulação global deve ter início tão logo a situação de saúde da criança permita. A estimulação nesta fase tem como objetivo auxiliar a aquisição dos marcos motores, psicológicos e socioafetivos (BRASIL, 1995; SILVA & DESSEN, 2001). Existem vários modelos de estimulação compostos por programas individuais ou grupais, com diferentes composições de profissionais da saúde (BRASIL, 2013).

Segundo as Diretrizes Educacionais para a Estimulação Precoce (BRASIL, 1995), esse incentivo inicial é de suma importância

para o desenvolvimento do indivíduo com Trissomia 21, tendo como objetivo o desenvolvimento e a potencialização mediante técnicas, exercícios, entre outros recursos, das funções cerebrais da criança em prol de seu lado intelectual, físico e afetivo. Ainda de acordo com o referido documento, a estimulação compreende um conjunto de ações que proporcionam à criança experiências necessárias desde seu nascimento, para assegurar o desenvolvimento máximo de seu potencial.

O papel da família e, em especial dos pais, é de particular importância nos primeiros anos de vida da criança com Síndrome de Down. Neste sentido, existem três aspectos que podem influenciar negativamente a saúde e o desenvolvimento da criança, quais sejam um ambiente abusivo, relações interpessoais familiares caracterizadas pela falta de afeto e apoio material, além de um regime educacional autoritário (RAMOS, 2004). Tais elementos não proporcionam bases estruturais adequadas para o desenvolvimento destes indivíduos.

Nesta fase inicial de desenvolvimento, grande parte dos estudos dá maior enfoque à relação entre a mãe e a criança, em comparação a relação com o pai (SILVA & DESSEN, 2003). Para esses autores, compreender como se desenvolvem as interações entre crianças em idade pré-

escolar com Síndrome de Down e os membros da família, mostra-se relevante para o entendimento do desenvolvimento das mesmas. É no seio familiar que os indivíduos passam pelas primeiras adaptações à vida social (OLIVEIRA, 1994). As interações e relações desenvolvidas pelos membros da família devem incluir o desenvolvimento da criança, mediante um sentimento de inclusão e individualização (RELVAS, 1996). Cabe-nos ressaltar que de acordo com os autores supracitados, para o desenvolvimento saudável e autônomo de crianças com esta trissomia, é necessário que esta satisfaça suas necessidades de contato e afeto, fortalecendo o sentimento de segurança nos pais.

A estimulação precoce é muito importante para a autoestima da criança, para que essa conheça suas possibilidades e dificuldades (GOOD, 1994). A autoestima determinará até que ponto a criança utilizará os seus recursos pessoais e possibilidades independente da etapa de desenvolvimento em que se encontre, elemento que deve ser fortalecido pelos familiares (FERREIRA *et al.*, 2001).

O desenvolvimento funcional de crianças com Trissomia 21 pode se apresentar de modo inferior às outras, mas a interação com outras crianças permite melhorias nesse aspecto. Pazin e Martins (2007) asseveram que o atraso no



desenvolvimento não é um padrão, haja vista que o desenvolvimento motor e o intelectual não dependem apenas da alteração cromossômica, mas também do potencial genético e do ambiente onde se está inserido. Faz-se relevante elucidar aos pais que a criança com Síndrome de Down se desenvolve seguindo a mesma sequência das demais crianças, havendo apenas diferenças quanto ao ritmo desses processos, que para esses indivíduos geralmente é mais lento (SOUZA, 2003). Este autor ainda pontua que os bebês com Trissomia 21 nascem com um número menor de neurônios no cérebro e, por isso, apresentam uma menor capacidade de desenvolvimento intelectual, com este dependendo do processo de estimulação.

A estimulação precoce favorece o desenvolvimento motor através de atividades que utilizem práticas diversificadas, incluindo estímulo auditivo, visual e tátil (ALVES *et al.*, 2009). Tal estimulação deve continuar no ambiente familiar, com técnicas de manipulação, posicionamento e interação com a criança, buscando a aquisição de habilidades, autonomia e melhora nas atividades cotidianas. Outros aspectos também podem ser desenvolvidos por meio da estimulação precoce destas crianças. Esses devem estar em conformidade com seu grau e fase de desenvolvimento, mas contribuem no

sentido de coibir reflexos primitivos, normalizar o tônus muscular, melhorar a postura, estimular o desenvolvimento motor e orientar às atividades cotidianas (LEVY, 2001).

Segundo as diretrizes de atenção a pessoa com Síndrome de Down, entre 2 e 10 anos deve ser dado enfoque à manutenção da alimentação, higiene, sono e prática de exercícios, desenvolvimento da autonomia para atividades cotidianas, autocuidado, socialização, habilidades sociais, escolaridade e acompanhamento pondero-estatural, bem como se atentar para os distúrbios emocionais e psiquiátricos (BRASIL, 2013).

#### *A Família e o Desenvolvimento dos Adolescentes com Trissomia 21*

Já na adolescência além desses cuidados também se deve promover a orientação vocacional e cuidados com a saúde que se estendem a postura, cuidados odontológicos e hidratação epitelial. (BRASIL, 2013). Outro foco do atendimento para este grupo é a prevenção de abusos físicos e sexuais, por meio da orientação, desenvolvimento da autonomia e autocuidado. Nesta mesma linha, a orientação para o desenvolvimento da sexualidade também é destacada, bem como prevenção de gestação e doenças

sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2013; BONONI *et al.*, 2009). Sabe-se que as adolescentes com a Síndrome de Down são férteis, mesmo que os do sexo masculino apresentem, em geral, uma redução de fertilidade (BRASIL, 2013).

Cabe destacar que as crianças e adolescentes com Trissomia 21 podem vivenciar uma vida de qualidade quando em um ambiente familiar que proporcione crescimento e desenvolvimento adequado e saudável no contexto sociocultural (SILVA, 2003). De acordo com a autora, a família desempenha um papel fundamental em cada etapa do desenvolvimento do indivíduo com Síndrome de Down, especialmente na relação deste com o meio onde se insere.

A família pode facilitar ou impedir o desenvolvimento das capacidades e habilidades do indivíduo com Trissomia 21, sendo que quanto maior o auxílio da família, maior será a integração deste na sociedade, tornando-o mais capaz de enfrentar as questões com mais leveza e tranquilidade (PAZIN & MARTINS, 2007). Segundo as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down (BRASIL, 2013) o cuidado integral tem como resultado a manutenção da saúde física e mental, assim como o desenvolvimento de sua autonomia e inclusão social para concretizar uma vida plena. Em concordância com as diretrizes, a

família, ao procurar readaptar-se e reorganizar-se em prol da criança para enfrentar a experiência de conviver com a Síndrome, promove condições para um processo de construção de identidade equilibrado e harmonioso, que permite ao indivíduo alcançar autonomia e desenvolver sua individualidade (RAMOS *et al.*, 2006).

### Conclusões

A criança com Síndrome de Down apresenta atrasos no desenvolvimento motor, na fala, no contato visual e nas reações afetivas. Nesse contexto, a conduta familiar é de suma importância para promover o máximo desenvolvimento das potencialidades desse indivíduo. O estímulo precoce, executado pela família, logo no primeiro ano de vida tem grande impacto na estimulação da criança para realizar atividades cotidianas.

Certamente, o diagnóstico inicial da Trissomia 21 para a criança resulta em considerável impacto para a família, mas não há diferença entre uma criança com ou sem a Síndrome. Ambas precisam de amor e atenção dos familiares, mesmo que as crianças com Síndrome de Down apresentem um ritmo mais lento para ultrapassar as etapas do processo de desenvolvimento, necessitando de mais paciência e atenção.

Estudos destacam que atividades lúdicas podem auxiliar na questão verbal, visual, auditiva e, também, quanto às interações sociais. Quanto maior a interação da família quanto aos cuidados à saúde do indivíduo com Síndrome de Down, mais alinhadas estarão suas atividades com o desenvolvimento da criança. Ressalta-se que uma equipe multidisciplinar pode ajudar nesse processo, porém com a família sendo o ponto de conexão da criança com Trissomia 21 com o mundo. Um ambiente que favoreça seu desenvolvimento proporcionará mais autoconfiança e autonomia para esse indivíduo seguir um caminho seguro no futuro.

#### Referências Bibliográficas

- ALVES, C. M.; ALVES, F. D. G.; ANTONELLO, R. T. **Síndrome de Down: A Percepção Materna na evolução do Desenvolvimento Neuropsicomotor da criança de 0 a 4 anos em tratamento com a Terapia Ocupacional no Centro de Reabilitação Física Dom Bosco.** Disponível em: <http://www.unisalessia.no.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO36833644837.pdf>
- BETTENCOURT, J. **Estudo do comportamento parental face à situação de Trissomia 21.** Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica. Lisboa: ISPA. 2000
- BONONI, B. M.; OLIVEIRA, A. C. V.; RENATTINI, T. S. M.; SANT'ANNA, M. J. C.; COATES, V. **Síndrome de Down na adolescência: limites e possibilidade.** *Adolescência e Saúde*, v, n.2.p. 51-56, 2009.
- BRASIL. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1ª ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_pessoa\\_sindrome\\_down.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf)
- BRASIL. **Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades educativas especiais.** Secretaria de Educação Especial: Brasília: MEC, 1995.
- BRAZELTON, T.; CRAMER, B. **A relação mais precoce: Os pais, os bebês e a interação precoce.** Lisboa: Terramar. 1993
- COLE, M.; COLE, R. S. **The development of children.** 4ª ed San Diego: Worth Publishers. 2001.
- FERREIRA, D.; MONTEIRO, C.; MACHADO, L. **Autoestima.** Lisboa: Instituto Piaget. 2001.
- GOOD, J. **Amamentando o bebê com Síndrome de Down.** São Paulo: Projeto Down, 1994.
- KREPPNER, K. The child and the family: Interdependence in developmental pathways. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 16, 11-22. 2000
- LEITÃO, F. **Aprendizagem Cooperativa e Inclusão.** Lisboa: Ed. Ramos Leitão. 2006.
- LEVY, J. **O despertar do bebê.** 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- MANNONI, M. **A Criança Retardada e a Mãe.** São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda. 1995.
- MITTLER, P. **Educação Inclusiva: Contextos Sociais.** Porto Alegre: Artmed, 2003.
- OLIVEIRA, J. **Psicologia da Educação Familiar.** Coimbra: Livraria Almedina. 1994.
- PAZIN, A. C.; MARTINS, M. R. I. Desempenho

- funcional de crianças com Síndrome de Down e a qualidade de vida de seus cuidadores. **Revista Neurociência**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 297-303, 2007.
- PIRES, A. Determinantes do comportamento parental. **Análise Psicológica**, 8 (4), 445-452. 1990.
- RAMOS, A. F.; CAETANO, J. A.; SOARES, E.; ROLIM, K. M. C. A convivência da família com portador de Síndrome de Down à luz da Teoria Humanística. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n.3, p. 262-268. 2006.
- RAMOS, N. **Psicologia Clínica e da Saúde**. Universidade Aberta. Lisboa. 2004.
- RELVAS, A. P. **O Ciclo Vital da Família**. Porto: Perspetiva Sistémica. 1996.
- REY, F. G.; MARTINEZ, A. M. **La personalidad: su educación y desarrollo**. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. 1989.
- RODRIGUEZ, F. T. **Síndrome de Down e inclusão familiar**. São Paulo: Summus, 2006.
- SILVA, M.; DESSEN, M. **Deficiência mental e família implicações para o desenvolvimento da criança**. **Psicologia: Teoria e Prática**. Brasília. 2001.
- SILVA, M.; DESSEN, M. Crianças com Síndrome de Down e suas Interações Familiares. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16(3), 503-514, 2003.
- SOIFER, R. **Psicodinamismo da Família com crianças**. Petrópolis: Editora Vozes, 1983.
- SOUZA, A. M. C. **A criança especial: Temas médicos, educativos e sociais**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2003.
- SPROVIERI, M. H. S.; ASSUMPÇÃO, F. B. JR. Dinâmica familiar de crianças autistas. **Arq. Neuropsiquiatria**, v. 59, n2-A, 230-337, 2011.
- STRAY-GUNDERSEN, K. **Crianças com síndrome de Down: guia para pais e educadores**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- TIERNO, B. **Para aprender a viver em Família**. São Paulo: Paulinas, 1997.
- STRAY-GUNDERSEN, K. **Bebês com Síndrome de Down**. Lisboa: Bertrand Editora. 2001.
- STRAY-GUNDERSEN, K. **Crianças com síndrome de Down: guia para pais e educadores**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- TIERNO, B. **Para aprender a viver em Família**. São Paulo: Paulinas, 1997.