

Síndrome de Kabuki: estudo de caso a respeito das características comportamentais, cognitivas, sociais e fonoaudiológicas

**Teresa H. Schoen-Ferreira
Juliana M. P. Ramos
Maria E. B. Ávila
Renata R. Dabbur
Thais A. Lima
Márcia R. F. Marteleto**

Resumo: A Síndrome de Kabuki é um distúrbio bastante raro, com múltiplas anomalias congênitas.

O objetivo do estudo foi descrever características comportamentais, cognitivas e sociais de uma criança com seis anos de idade com Síndrome de Kabuki, e suas implicações no processo escolar. Como resultados, verifica-se que a criança apresenta retardo mental moderado, com implicações comportamentais e sociais e problemas fonoarticulatórios. Tais características dificultavam sua inserção na escola regular e o convívio com os pares. O estudo das dificuldades apresentadas pela criança colaborou para que pais e professores pudessem atuar com mais eficácia no seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Síndrome de Kabuki, Retardo Mental, Educação Infantil.

Kabuki Syndrome: A case study about the behavioral, cognitive, social and speech/hearing characteristics

Abstract: Kabuki syndrome is a rare disorder with multiple congenital anomalies. The objective of the study was to describe the behavioral, cognitive and social characteristics of a six-year-old boy with Kabuki Syndrome, and its implications in the school process. The result has proven that the child has moderate mental impairment, with behavioral and social implications and speech/hearing dysfunction. These characteristics difficult his normal inclusion in regular school and the interrelations with peers. A better understanding of the child's difficulties contributed so that the parents and the teachers could act more effectively in his development.

Keywords: Kabuki Syndrome, Mental Retardation, Child Education.

Introdução

As escolas vêm recebendo cada vez mais crianças com necessidades especiais e não estão recebendo capacitação para atender pedagógica e psicologicamente essa população (Mesquita, Landim, Collares & Luna, 2008).

A Síndrome de Kabuki (SK) é um distúrbio bastante raro, sem causa conhecida, descrita pela primeira vez em 1981 (Kuroki, Suzuki, Chyo, Hata & Matsui, 1981; Niikawa, Matsuura, Fukushima, Ohsawa & Kajii, 1981). Há menos de 400 casos descritos na literatura.

Em 1981, as equipes do Dr. Niikawa e Dr. Kuroki, trabalhando de forma independente, descreveram pela primeira vez a Síndrome da Maquiagem de Kabuki, também conhecida como Síndrome de Niikawa-Kuroki (González-Amengod, García-Alix, Del Campo, Garrido & Quero, 1997; Souza, Riveiro & Ribeiro, 1996). Esse nome faz referência à maquiagem utilizada pelos atores do teatro *kabuki*, uma forma tradicional de expressão teatral japonesa.

Considerada uma síndrome rara, sua incidência no Japão é 1:32000. Quanto mais geneticistas tomam conhecimento de suas características, mais casos são diagnosticados em todo o mundo, sugerindo uma incidência semelhante à do Japão (Silva, Freitas, Costa & Duarte, 1999), sem preferência por sexo ou etnia (Gabrieli, Rovaris, Bisol, Borges, Michelin & Lovatto, 2002).

O diagnóstico da Síndrome de Kabuki é clínico, visto a alteração genética ser incerta, e não é fácil de ser feito, pois apresenta grande variabilidade de sinais e sintomas. As características fundamentais (Silva & cols., 1999; Souza & cols., 1996; Gabrieli & cols., 2002; Guzmán-Acurio, Tumbaco & Jaramillo, 2006; Kabuki Syndrome Network, 2006; Niikawa Kuroki, Kajii, Matsuura, Ishikiriyama & Tonoki, 1988), conhecidas como “Pêntade de Niikawa”, são: 1.Face dismórfica, presente em 100% dos casos: reversão da pálpebra inferior, fenda palpebral alongada, sobrancelhas arqueadas, cílios longos, esclera azul, ponta nasal voltada para baixo, palato alto e fendido, fenda labial, orelhas dismórficas, fístulas peri-auriculares, anomalias dentárias; 2.O retardo de crescimento pós-natal em 83% dos casos; 3.As anomalias esqueléticas (92%): braquidactilia, clinodactilia, escoliose, luxação congênita de quadril e luxação de patela; 4. As alterações dermatoglíficas (93%): coxins adiposos na face palmar da falange distal, aumento das presilhas ulnares, ausência de trirrádio digital e aumento de padrões hipotênares; 5.O retardo mental, de leve a moderado (92%).

Quanto às características associadas, podem apresentar manifestações variáveis, tais como: hipotonia, problemas alimentares, convulsões, microcefalia e anomalias visuais como estrabismo ou nistagmo. A maioria das crianças possui frouxidão ligamentar e retardo do crescimento; os bebês demoram a ganhar peso e algumas crianças serão obesas na adolescência, sem qualquer alteração endócrina que possa explicar o fato. É descrito dificuldade de atenção, pronúncia, linguagem e problemas auditivos. Há casos de autismo (Ho & Eaves, 1997). Em um estudo com 62 pacientes, mais da metade deles apresentou história de otite média (Niikawa & cols., 1988). Também costuma ser relatado malformações nos ossos do ouvido. Apresentam um vocabulário pobre (Say, McCutcheon, Todd & Hough, 1993).

Embora a SK tenha sido descrita em 1981, os conhecimentos são restritos a poucos artigos científicos e mínimas descrições em alguns livros; o que torna inviável tanto para pesquisadores quanto para os pais de crianças com tal síndrome o acesso a informações mais detalhadas sobre a patologia. Geralmente são artigos médicos. Com a inclusão destes pacientes no sistema regular de ensino, mais informações são necessárias, a fim de colaborar com pais e professores no desenvolvimento integral de seus filhos e alunos. Desta forma, este trabalho objetiva apresentar as características cognitivas, psicossociais e fonoaudiológicas da SK e suas consequências no processo educacional através de estudo

de caso, utilizando este caso específico para exemplificar muitas outras crianças que estão matriculadas na Educação Infantil e que necessitam de um apoio mais específico no que se refere ao seu desenvolvimento.

Descrição do caso clínico

Carlinhos, sexo masculino, com 6 anos e 8 meses no período da avaliação, é o filho mais velho de pais jovens e de baixa escolaridade (pai nunca estudou e a mãe até a 4ª série). Não foi planejado e nasceu em meio a uma situação econômica desfavorável. Durante a gestação, a ultrassonografia acusou líquido amniótico acentuadamente diminuído, o que era compatível com o retardo de crescimento intrauterino. A criança nasceu com 39 semanas, de parto cesárea. Ao nascimento seu peso era de 2,810kg, o comprimento de 48 cm, o perímetro cefálico de 34,5cm, o perímetro torácico de 32 cm, Apgar 6 e 8. Demorou a chorar. Apresentou quadro de asfixia e icterícia, permanecendo na UTI por 9 dias. Ao nascimento foi diagnosticada fissura palatina.

Seu desenvolvimento foi atípico: sentou com um ano, andou com dois anos e meio, controlou os esfíncteres aos quatro. Não foi amamentado devido ao quadro de fissura, mas se adaptou bem à mamadeira.

Exames realizados ao longo de quatro anos referiram: cariótipo normal, foram examinadas 15 células, sendo todas 46, XY; Crânio ecocardiograficamente normal; Linfocitose absoluta (série branca), hipocromia moderada, normocética e Plaquetas normais (série vermelha); Condensação tênue na base do pulmão direito, com área cardíaca normal; Escoliose dorsal dextro-convexa e hemivértebra torácica.

Aos dois anos e meio foi realizada uma avaliação com a descrição das seguintes características: fenda palatina completa, micrognatia, pescoço curto, frontal estreito, implantação baixa de cabelos na nuca, fissuras palpebrais longas, cílios longos, esboço de sínófis, boca com cantos voltados para baixo, filtro nasal longo, mão e pés pequenos, genitália pouco desenvolvida. Déficit pondero-estatural significativo e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

O exame de T4 livre apresentou resultado normal. Não foi diagnosticada presença de erros inatos do metabolismo. A tomografia do tórax mostrou lesões fibrocicatriciais no lobo superior direito.

Fez uma cirurgia para correção da fissura palatina com 2 anos e 7 meses. A audiometria referiu perda de grau leve a moderado e ausência de reflexo acústico. Devido a otites de repetição, foi submetido à cirurgia para colocação de tubo de ventilação na orelha. Carlinhos apresentava ainda como características associadas: quadros de broncopneumonia e broncoespasmo e infecção das vias aéreas superiores; hipotonia facial e estrabismo.

Aos cinco anos de idade foi dado o diagnóstico definitivo de Síndrome de Kabuki pela instituição Associação de Assistência à Criança Defeituosa – AACD, onde atualmente, a criança está na lista de espera para acompanhamento com ortopedista, oftalmologista, dentista, fonoaudiólogo e psicólogo.

Método

Estudo de caso

As crianças desta escola, quando autorizadas por seus pais, passavam por triagem para verificar riscos para o desenvolvimento, seguindo o protocolo de vigilância do desenvolvimento proposto pelo Departamento de Fonoaudiologia da Unifesp. As crianças detectadas com atraso no desenvolvimento eram avaliadas por uma bateria de testes de triagem, na própria escola, seus pais e professores recebiam orientação e, caso necessário, eram encaminhadas para atendimentos específicos.

Na época da avaliação que consta neste estudo, Carlinhos estava no segundo estágio de uma escola municipal de educação infantil.

Instrumentos

A criança foi avaliada por meio de observação comportamental realizada por fonoaudióloga e psicóloga e pela aplicação dos instrumentos: a) Teste de Vocabulário por Imagens Peabody – TVPI (Capovilla & Capovilla, 1997), que avalia vocabulário receptivo; b) Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II (Frankenburg, Doods, Archer, Brennick, Mashka & Edelman, 1990/1999), que avalia o risco no desenvolvimento da criança em quatro grandes áreas: Pessoal-Social, Linguagem, Motor Fino-Adaptativo e Motor Grosso; c) Raven – Teste de Matrizes Progressivas (Angelini, Alves, Custódio, Duarte & Duarte, 1999), um teste não verbal para avaliação da inteligência, especificamente do fator “g”, proposto por Spearman; d) WISC III (Figueiredo, 2002) tem por finalidade avaliar a capacidade intelectual de crianças e adolescentes, e) Teste Gestáltico Visomotor de Bender (Clawson, 1992; Koppitz, 1989), o qual avalia a integração visomotora, com a criança; f) Lista de Avaliação do Vocabulário Expressivo – LAVE (Capovilla & Capovilla, 1997; Rescorla, 1989), que investiga a linguagem expressiva e detecta atrasos na emissão oral; g) Child Behavior Checklist – CBCL (Achenbach, 1991; Bordin, Mari & Caeiro, 1995), é um inventário de competências sociais e problemas de comportamento para as idades de 04 a 18 anos; h) Teacher Report Form – TRF, versão para o professor de Educação Infantil do CBCL (Achenbach, 1991); e i) Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais – SSRS, abrange a avaliação indireta do repertório de habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001). Os cinco primeiros instrumentos foram respondidos pela criança; o CBCL e a LAVE foram respondidos pela mãe; o TRF pela professora; e o SSRS foram preenchidos tanto a versão do responsável quanto a versão para o professor.

Procedimento

Após falhar em duas avaliações (assim que entrou na escola e um ano depois) com o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II (Frankenburg & cols., 1990/1999), os pais foram contactados para que permitissem uma avaliação mais pormenorizada de seu filho. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela mãe, e anuência da professora, a criança foi observada, tanto em sala

de aula, quanto no pátio. Foram aplicados os instrumentos em uma sala cedida pela escola. Os instrumentos aplicados foram corrigidos de acordo com o manual de cada um deles, segundo sua padronização. Os instrumentos de avaliação cognitiva (WISC III e Raven) e o Bender foram aplicados por psicólogo; os demais por fonoaudiólogo. A criança estava familiarizada com ambos os profissionais, por estarem presentes na escola.

Resultados

O teste de triagem para o desenvolvimento (Denver II) foi aplicado em três ocasiões diferentes: como rotina – no primeiro trimestre de seu primeiro ano na escola e um ano depois –; e com autorização específica dos pais, seis meses depois da segunda aplicação. Em todas às vezes o resultado foi risco para o desenvolvimento. Na área linguagem do teste, as palavras que falava não apresentavam relação com a palavra-estímulo. Falhou nas provas de motor fino e também nas de motor grosseiro. As provas evidenciaram seu atraso de desenvolvimento e a necessidade de um trabalho específico com a criança.

A professora referiu extremas dificuldades escolares. A criança fez duas vezes o primeiro estágio e os professores referiram que foi a partir do terceiro ano na escola que iniciou a formação de frases orais.

Por duas ocasiões aplicou-se um teste de vocabulário (TVIP): em seu primeiro semestre na escola e um ano e meio após. Em ambas as aplicações apresentou um vocabulário receptivo abaixo da idade, apesar de, na segunda vez, ter mostrado que ampliou o número de palavras conhecidas.

Foram observadas algumas alterações nos aspectos miofuncionais do sistema sensorio-motor oral: força e mobilidade de língua e lábios reduzidas; dificuldade de respirar pelo nariz associada à constante abertura da cavidade oral, sugerindo respiração oral; hipotonia dos músculos da bochecha; e mordida aberta anterior. Foi observado tomando o lanche. Sua alimentação estava adequada à idade. No padrão de voz produzido pela laringe, não foram encontradas alterações.

Nos testes que avaliam os processos intelectuais (WISC III e Raven), Carlinhos ficou abaixo do percentil esperado, denotando deficiência intelectual. Ao avaliar a maturidade percepto-motora, Carlinhos evidenciou problemas. Seu traçado era descontínuo, apesar da pressão do lápis sobre o papel estar adequada. Apresentou comprometimento de organização das percepções viso-motora e viso-auditiva.

Após anamnese e preenchimento de questionários (CBCL e SSRS), observou-se que os pais não o percebiam como tendo mais problemas do que os meninos de sua idade, embora comentassem que Carlinhos não conseguia se vestir sozinho nem escovar os dentes, por exemplo.

Por fim, quanto aos questionários de habilidades sociais (SSRS), planejado para medir a habilidade da criança no comportamento social ou inadequação de comportamento, houve uma contradição dos resultados apresentados pela mãe e pela professora. A professora referiu presença de comportamento inadaptado. Segundo ela,

Carlinhos apresentava mais problemas de competência social do que seus pares de idade (TRF); não referindo, contudo, problemas de comportamento externalizantes ou internalizantes.

Assim, de um modo geral, pode-se dizer que Carlinhos apresentava retardo mental, desordem viso-motora e perceptual, atraso de linguagem expressiva e receptiva e também de problemas com as habilidades sociais. Estas características, associadas à idade de início de suas manifestações, sugerem o diagnóstico de Retardo Mental (American Psychiatric Association, 2002).

Discussão

Atualmente, com a democratização do ensino e a ênfase que vem sendo dada à inclusão, cada vez mais estão matriculados nas escolas regulares crianças que apresentam síndromes genéticas. Entretanto, observamos que a escola não está preparada para receber em seu meio tais alunos e propiciar-lhes atividades adequadas que favoreçam seu desenvolvimento integral.

O trabalho multidisciplinar é imprescindível nestes casos. Ao diagnóstico – realizado por geneticista –, soma-se a contribuição das diversas áreas – neste caso específico: fonoaudiologia, psicologia –, que colaboram para uma melhor qualidade de vida, tanto do aluno com síndrome genética, quanto de sua família.

O primeiro ano de vida de uma criança acometida pela SK é muito difícil por causa de todos os problemas físicos, cirurgias corretivas e demais dificuldades. Essas crianças podem apresentar dificuldade de sucção e incoordenação à deglutição; como é o caso de Carlinhos, que não foi amamentado devido à fenda palatina.

Carlinhos estava muito aquém do desenvolvimento esperado para os seis anos. Seja no motor (não pulava corda e não desenhava figuras como quadrado); no cognitivo (não realizava tarefas de memória, nem cálculos simples); ou na linguagem (as estruturas verbais eram bem simples). Sua atenção era reduzida. Apesar da grande incoordenação motora, o que Carlinhos mais gostava de fazer era jogar futebol.

Apresentou, como características associadas à Pêntade de Nikaava, perda auditiva de grau moderado decorrente de otite média e hipotonia fácil. Não foi capaz de definir objetos de uso frequente no seu dia a dia nem de formar frases longas e estruturadas. Resultados que vão ao encontro de outros estudos, referidos na introdução. Fazia trocas de fonemas líquidos e não realizava encontros consonantais (*pofessola* no lugar de professora). Demonstrou defasagem no sistema fonológico. Esses sinais e sintomas mostram a importância do professor receber orientações com relação aos procedimentos necessários para melhorar as questões fonológicas e que estariam ao seu alcance enquanto educador.

Durante a segunda infância, no desenvolvimento normal, o vocabulário aumenta muito, e a gramática e a sintaxe se tornam sofisticadas. Crianças com Síndrome de Kabuki, contudo, conseguem compreender mais do que podem realmente expressar, como outras crianças com retardo mental. A fonoterapia e o uso da linguagem de sinais junto com a

palavra falada podem ajudar até que as habilidades verbais estejam melhoradas. Note-se que a hipotonia e o quadro de deficiência intelectual apresentados por Carlinhos também interfere nessas habilidades.

O comprometimento intelectual resulta na demora da aprendizagem do comportamento social aceitável. Apesar do resultado do teste de habilidades sociais ter acusado problemas, Carlinhos é descrito como uma criança comportada, dócil, sorridente, vaidosa, falante e de fácil relacionamento – assim como esses comportamentos não apareceram no SSRS, também não foram observados pelos profissionais –, principalmente com adultos e crianças mais velhas; distraído, inquieto, inseguro, carente e bagunceiro com suas próprias coisas. É importante ressaltar que as principais queixas da professora não eram a respeito de suas dificuldades em aprender os conteúdos da pré-escola, mas em comportar-se adequadamente e com certa autonomia, como os demais alunos. Salientamos que as salas de aula desta escola comportavam mais de 30 alunos, razão pela qual a autonomia ser muito valorizada pelos professores.

É um comentário comum entre pessoas que convivem com indivíduos com Retardo Mental que não são os problemas intelectuais que incomodam, ou a demora em aprender, ou mesmo não conseguir realizar determinadas tarefas, mas as dificuldades sociais. O relacionamento social com outras crianças da mesma faixa etária, ou mesmo com adultos, costuma ser dificultoso, já que muitas vezes essas crianças não desenvolveram as habilidades sociais necessárias, por exemplo, para manter e sustentar uma conversação, respeitando o limite imposto pelo outro. Frequentemente tocam no interlocutor, aliciando comportamentos de aversão por parte do ouvinte.

O profissional que trabalha com esta criança precisa construir atividades diferenciadas para Carlinhos, que, entretanto, não o diferenciem do resto da turma, e o preparem para conviver com suas limitações, mas que promovam ao máximo suas habilidades. Apesar de todas as intercorrências, os pais de Carlinhos o auxiliam muito nos cuidados necessários, estimulando e acompanhando seu desenvolvimento. Como cita Mesquita e cols. (2008), a rede de apoio informal é muito importante.

Como assinalado no início do estudo de caso, Carlinhos encontrava-se esperando atendimento profissional específico há muito tempo. Mais um motivo para que a escola atue com uma função que Smith (2008) denomina de pré-encaminhamento: procurando diferentes técnicas de ensino e fazendo adaptações no programa educacional para, junto com a família, trabalhar as dificuldades educacionais e comportamentais que possam ser resolvidas na sala de aula. Neste momento, é fundamental um trabalho interdisciplinar, a fim de apoiar o professor nesta tarefa.

Não há como prever a vida adulta das crianças com a Síndrome de Kabuki, já que há grande variabilidade de habilidades e dificuldades. Dados atuais não apontam uma sobrevida encurtada. Muitas das manifestações clínicas podem ser resolvidas ou pelo menos minimizadas por meio de terapias (fonoaudiológicas, fisioterápicas, etc.) e cirurgias, além de acompanhamentos médico e pedagógico adequados, para que se possa propiciar uma boa qualidade de vida a indivíduos com esta síndrome e suas famílias. Um trabalho de prevenção para problemas de aprendizagem já está sendo construído, visto Carlinhos

vir a ingressar no Ensino Fundamental. A Educação Infantil não é mais considerada como um local que a criança tem para brincar, mas está inserida dentro do sistema educacional brasileiro e deve colaborar com o desenvolvimento de habilidades acadêmicas, como a atenção, coordenação motora fina, uso da linguagem padrão, consciência fonológica, morfológica e sintática, por exemplo.

Tanto a família quanto a escola necessitam de orientação para compreender as limitações e potencialidades de Carlinhos e, desta forma, promover e desenvolver habilidades acadêmicas e sociais que facilitarão sua inserção no Ensino Fundamental. Para tanto, o Sistema Único de Saúde necessita superar suas fragilidades e buscar novas maneiras de construir a saúde da população brasileira, não se restringindo a atendimentos médicos em suas instalações (Feuerwerker, 2005), mas colaborando com os professores de Educação Infantil, especialmente em casos como este, não se limitando apenas a atenção médica, mas também a outros aspectos que transformam o ser biológico em ser humano, como a linguagem, a socialização e a cognição.

Como escrevem Borges e Jacur (2005), é necessário a articulação de programas de saúde com outros níveis de atenção. Esta é uma maneira de proporcionar o desenvolvimento saudável do indivíduo e não deixar as escolas desamparadas ao aceitarem em seus quadros, alunos com problemas de saúde. Os professores precisam conhecer as características de seus alunos e se capacitarem, a fim de facilitar-lhes a integração no grupo social e a aprendizagem. Deve haver profissionais que façam a ligação entre o sistema de saúde e a escola, facilitando, assim que esta cumpra o seu papel social. Este profissional precisa investir em sua autoformação, incluindo a habilidade de se comunicar com as diferentes áreas que atendem o seu paciente e a trabalhar em equipe multidisciplinar.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Washington, DC: Author
- Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F., & Duarte, J. L. M. (1999). *Manual. Matrizes progressivas coloridas de Raven: Escala especial*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Bordin, I., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): Dados preliminares. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 17(2), 55-66.
- Borges, C. C., & Japur, M. (2005). Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 507-519.
- Capovilla, F. C., & Capovilla, A. G. S. (1997). Desenvolvimento linguístico na criança dos dois aos seis anos: tradução e standardização do Peabody Picture Vocabulary Test de Dunn & Dunn, e da Language Development Survey, de Rescorla. *Ciência Cognitiva: Teoria, Pesquisa e Aplicação*, 1(1), 353-380.

- Clawson, A. (1992). *Bender infantil: Manual de Diagnóstico Clínico*. Porto Alegre: ArtMed.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Feuerwerker, L. (2005). Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: Nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 489-506.
- Figueiredo, V. L. M. (2002). *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual Adaptação e Padronização Brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Frankenburg, W. K., & cols. (1999). *Teste de triagem de desenvolvimento de Denver II*. (M. R. Pedromônico, E. L. Bragatto & R. Strobilius, Trans.). (Original publicado 1990).
- Gabrieli, A. P. T., & cols. (2002). Síndrome da maquiagem de kabuki. *Acta ortopédica Brasileira*, 10(3), 57-61.
- González-Amengod, C., García-Alix, A., Del Campo, M., Garrido, J. M., & Quero, J. (1997). Síndrome de Kabuki, un cuadro reconocible desde la infancia precoz. *Anales Españoles de Pediatría*, 47(4), 429-431.
- Guzmán-Acurio, A. M., Tumbaco, R., & Jaramillo, L. (2006). Síndrome de Kabuki. *Revista Equatoriana de Neurologia*, 13(1-2). Disponível em: <<http://www.medicosecuador.com/revecuatneurol/index.htm>> Acessado: 08/03/2006.
- Ho, H. H., & Eaves, L. C. (1997). Kabuki make-up (Niikawa-Kuroki) síndrome: cognitive abilities and autistic features. *Developmental Medicine & Chile Neurology*, 39, 487-490.
- Kabuki Syndrome Network. (2006). *Fatos sobre a síndrome de Kabuki*. Disponível em: <<http://www.kabukisynndrome.com>> Acessado: 08/03/2006.
- Koppitz, E. M. (1989). *O teste Gestáltico Bender para crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kuroki, Y., Suzuki, Y., Chyo, H., Hata, A., & Matsui, I. (1981). A new malformation syndrome of long palpebral fissures, large ears, depressed nasal tip, and skeletal anomalies associated with postnatal dwarfism and mental retardation. *Journal of Pediatrics*, 99(4), 570-573.
- Mesquita, R. B., Landim, F. L. P., Collares, P., & Luna, C. G. (2008). Análise de redes sociais informais: aplicação na realidade da escola inclusiva. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(26), 549-562.
- Niikawa, N., & cols (1988). Kabuki make-up (Niikawa-Kuroki) syndrome: A study of 62 patients. *American Journal of Medical Genetics*, 31(3), 565-89.
- Niikawa, N., Matsuura, N., Fukushima, Y., Ohsawa, T., & Kajii, T. (1981). Kabuki make-up syndrome: a syndrome of mental retardation, unusual facies, large and protruding ears, and postnatal growth deficiency. *Journal of Pediatrics*, 99(4), 565-569.
- Rescorla, L. (1989). The language development survey: a screening tool for delayed language in toddlers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54(4), 587-7.
- Say, B., McCutcheon, L., Todd, C., & Hough, J. V. (1993). Kabuki make-up syndrome and hearing impairment. *Clinical Dysmorphology*, 2, 68-70.

- Silva, E. O., Freitas, E. M., Costa, S. M., & Duarte, A. R. (1999). Síndrome de Down associada a manifestações clínicas da síndrome Cabúqui: Relato de um caso. *Jornal de Pediatria*, 75(5), 367-369.
- Smith, D. D. (2008). *Introdução à educação especial: Ensinar em tempos de inclusão*. Porto Alegre: Artmed.
- Souza, J. C., Ribeiro, T. C., & Ribeiro, R. C. (1996). A síndrome da máscara do Cabúqui. *Jornal de Pediatria*, 72(5), 341-344.

Recebido em junho de 2009

Aprovado em março de 2010

Teresa H. Schoen-Ferreira: Psicóloga; Doutora em Ciências (Unifesp).

Juliana M. P. Ramos: Fonoaudióloga (Unifesp).

Maria E. B. Ávila: Fonoaudióloga (Unifesp).

Renata R. Dabbur: Fonoaudióloga (Unifesp).

Thais A. Lima: Fonoaudióloga (Unifesp).

Márcia R. F. Marteleto: Psicóloga, Doutora em Ciências (Unifesp).

Endereço eletrônico para contato: teresaschoen.dped@epm.br