

Jadilson Marinho da Silva
(Organizador)

DIVERSIDADE E INCLUSÃO:

Abordagens e experiências 3

 **Atena**
Editora
Ano 2023

Jadilson Marinho da Silva
(Organizador)

DIVERSIDADE E INCLUSÃO:

Abordagens e experiências 3

 **Atena**
Editora
Ano 2023

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade de Coimbra

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
 Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
 Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
 Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
 Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
 Prof^ª Dr^ª Caroline Mari de Oliveira Galina – Universidade do Estado de Mato Grosso
 Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
 Prof^ª Dr^ª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
 Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
 Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
 Prof^ª Dr^ª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
 Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
 Prof^ª Dr^ª Geuciane Felipe Guerim Fernandes – Universidade Estadual de Londrina
 Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
 Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
 Prof^ª Dr^ª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
 Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco
 Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
 Prof. Dr. Jodeyson Islony de Lima Sobrinho – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
 Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
 Prof^ª Dr^ª Juliana Abonizio – Universidade Federal de Mato Grosso
 Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
 Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
 Prof^ª Dr^ª Kátia Farias Antero – Faculdade Maurício de Nassau
 Prof^ª Dr^ª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná
 Prof^ª Dr^ª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
 Prof^ª Dr^ª Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre
 Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
 Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais
 Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof^ª Dr^ª Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof^ª Dr^ª Marcela Mary José da Silva – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campina
 sProf^ª Dr^ª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
 Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
 Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
 Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
 Prof^ª Dr^ª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 aProf^ª Dr^ª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
 Prof^ª Dr^ª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
 Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
 Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof^ª Dr^ª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Federal da Bahia / Universidade de Coimbra
 Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Jadilson Marinho da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
D618	Diversidade e inclusão: abordagens e experiências 3 / Organizador Jadilson Marinho da Silva. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0904-5 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.045232701 1. Diversidade cultural. 2. Inclusão social. I. Silva, Jadilson Marinho da (Organizador). II. Título. CDD 306.4
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

No capítulo 1, Angélica Oliveira Veríssimo da Silva, Rui Marques Vieira, Palmira da Conceição Martins de Oliveira e Cristina Maria Correia Barroso Pinto abordam o tema *“Educação, Tecnologias de Informação e Comunicação e a Promoção de Sociedades Inclusivas”*. Esse estudo objetiva identificar as potencialidades das tecnologias de informação e comunicação na promoção da educação inclusiva para os alunos com necessidades educativas especiais no ensino superior.

No capítulo 2, Alcides Bentes da Gama Júnior e Rubens da Silva Ferreira discutem sobre discute a acessibilidade em biblioteca universitária tomando por referência a seção de Braille da Biblioteca Central da Universidade Federal do Pará (UFPA).

No capítulo 3, Cinthia Barreto Santos Souza aborda o tema *“Os filhos de meus filhos: avosidade e transgeracionalidade em narrativas autobiográficas”*. Nesse contexto, a autora revela elementos de avosidades psíquicos e sociais elaborados pela avó no duplo encontro com os netos, na infância e no tempo em que ela se constitui como avó em relação intersubjetiva.

No capítulo 4, Joana D’Arc Silva Santos e Elaine Pedreira Rabinovich analisam a dinâmica e o significado das relações entre irmãos em fase adulta mediana com idades variando entre 40 e 57 anos. Os sujeitos colaboradores dessa investigação foram 18 irmãos divididos em gênero e posição na fratria, residentes em cidades da região metropolitana de Salvador -Bahia.

No capítulo 5, Meriele Aline de Paula, Valtenira Araújo Birino , Wilma Mendonça Batista e Cristiane Álvares Costa (In memoriam) avaliam e analisam como melhorar o desenvolvimento cognitivo de crianças com Síndrome de Down e o acompanhamento psicopedagógico frente às práticas e estratégias aplicadas às crianças especiais possibilitando-lhes uma melhor integração na sociedade e inclusão no meio escolar.

Jadilson Marinho da Silva

CAPÍTULO 1	1
EDUCAÇÃO, TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E A PROMOÇÃO DE SOCIEDADES INCLUSIVAS	
Angélica Oliveira Veríssimo da Silva	
Rui Marques Vieira	
Palmira da Conceição Martins de Oliveira	
Cristina Maria Correia Barroso Pinto	
doi https://doi.org/10.22533/at.ed.0452327011	
CAPÍTULO 2	11
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL E ACESSO À INFORMAÇÃO - UM ESTUDO NA BIBLIOTECA CENTRAL DA UFPA	
Alcides Bentes da Gama Júnior	
Rubens da Silva Ferreira	
doi https://doi.org/10.22533/at.ed.0452327012	
CAPÍTULO 3	25
OS FILHOS DE MEUS FILHOS: AVOSIDADE E TRANSGERACIONALIDADE EM NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS	
Cinthia Barreto Santos Souza	
doi https://doi.org/10.22533/at.ed.0452327013	
CAPÍTULO 4	38
RELACIONAMENTO FRATERNAL EM FASE ADULTA: DINÂMICA E SIGNIFICADO	
Joana D'Arc Silva Santos	
Elaine Pedreira Rabinovich	
doi https://doi.org/10.22533/at.ed.0452327014	
CAPÍTULO 5	47
DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN E O ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGÓGICO	
Meriele Aline de Paula	
Valtenira Araújo Birino	
Wilma Mendonça Batista	
Cristiane Álvares Costa	
doi https://doi.org/10.22533/at.ed.0452327015	
SOBRE O ORGANIZADOR	75
ÍNDICE REMISSIVO	76

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN E O ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGÓGICO

Data de aceite: 26/01/2023

Meriele Aline de Paula

Pedagoga. Psicopedagoga. Especialista em Orientação Educacional, Supervisão e Gestão

Valtenira Araújo Birino

Pedagoga. Psicopedagoga. Especialista em Orientação Educacional, Supervisão e Gestão Escolar

Wilma Mendonça Batista

Pedagoga. Especialista em Magistério Superior. Especialista em Gestão Escolar

Cristiane Álvares Costa

Pedagoga. Psicopedagoga. Mestra em Gestão de Ensino. (In memoriam)

RESUMO: Este artigo tem por objetivo avaliar e analisar como melhorar o desenvolvimento cognitivo de crianças com Síndrome de Down e o acompanhamento psicopedagógico frente às práticas e estratégias aplicadas às crianças especiais possibilitando-lhes uma melhor integração na sociedade e inclusão no meio escolar. Nesse sentido, esse trabalho visa contribuir com a discussão acerca da possibilidade de trabalhar o cognitivo de crianças com Síndrome de Down com vistas face ao

acompanhamento psicopedagógico o qual pode ser realizado no ambiente escolar, ou no ambiente clínico colaborando assim para aquisição constante de melhor qualidade de vida para estas pessoas. Baseia-se em uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo, abrangendo investigações sobre o desenvolvimento cognitivo de crianças com Síndrome de Down. Trata a Síndrome de Down e seu histórico. Apresenta o desenvolvimento e conduta cognitiva da criança com Síndrome de Down. Aborda ainda, a psicopedagogia e seu campo de atuação. Trata também da investigação e intervenção psicopedagógica da criança com Síndrome de Down relatando possíveis intervenções nas áreas de maiores défices nestas crianças quanto á percepção, atenção, memória, psicomotricidade e linguagem. Esse trabalho visa ter como resultados, contribuir com a discussão acerca da atuação do psicopedagogo frente ao desenvolvimento cognitivo das crianças com Síndrome de Down.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Down. Desenvolvimento Cognitivo. Inclusão Escolar. Acompanhamento Psicopedagógico.

COGNITIVE DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH DOWN SYNDROME AND PSYCHO-PEDAGOGICAL MONITORING.

ABSTRACT: This article aims to evaluate and analyze how to improve the cognitive development of children with Down Syndrome and the psychopedagogical follow-up regarding the practices and strategies applied to special children, allowing them a better integration in society and inclusion in the school environment. In this sense, this work aims to contribute to the discussion about the possibility of working on the cognitive of children with Down Syndrome with a view to psychopedagogical monitoring, which can be carried out in the school environment, or in the clinical environment, thus collaborating for the constant acquisition of better quality. of life for these people. It is based on a qualitative bibliographical research, covering investigations on the cognitive development of children with Down Syndrome. Treats Down Syndrome and its history. It presents the development and cognitive behavior of the child with Down Syndrome. It also addresses psychopedagogy and its field of action. It also deals with the investigation and psychopedagogical intervention of the child with Down Syndrome, reporting possible interventions in the areas of greatest deficits in these children in terms of perception, attention, memory, psychomotricity and language. This work aims to have as results, to contribute to the discussion about the performance of the psychopedagogue in front of the cognitive development of children with Down Syndrome.

KEYWORDS: Down Syndrome. Cognitive Development. School inclusion. Psychopedagogical follow-up.

1 | INTRODUÇÃO

O desenvolvimento cognitivo de crianças com Síndrome de Down é historicamente marcado por concepções tradicionalmente estabelecidas e que ainda influenciam as posturas adotadas nas relações sociais que implicam uma interação com essas pessoas, incluindo a educação escolar e familiar. Contudo, a constante evolução de estudos sobre a Síndrome de Down, tem contribuído para mudar conceitos errados acerca das crianças com Síndrome de Down.

A Educação Especial visa, dar assistência àqueles que têm necessidades educacionais especiais, que por alguns motivos não puderam ou não podem ser inseridos dentro do ensino regular. Dentro de suas peculiaridades, a Educação Especial toma caráter da tão almejada “Educação para Todos”, salientando que, independente, das diferenças todos tem o direito de estudar e ter as melhores condições para isso.

As Diretrizes Curriculares para Educação Especial para a Construção de Currículos Inclusivos (2006, p. 17) traz que a Educação Especial sempre esteve ao alcance dos indivíduos segregados de uma sociedade com padrões pré-estabelecidos a respeito da normalidade humana, ou seja, para aqueles que estavam abaixo do esperado para a considerada normalidade, restava apenas a Educação Especial como busca da educação escolar.

Neste contexto a área de atuação da psicopedagogia vem contribuir e mediar às

relações ensino aprendizagem de portadores de necessidades especiais e Síndrome de Down.

Como pode ser visto diante das práticas diárias dos docentes, a educação em qualquer modalidade de ensino, sempre está em busca de novos instrumentos que facilitem o seu processo de utilização e, por consequência, atinjam de forma mais satisfatória os seus objetivos principais, dentre eles: desenvolver cidadãos críticos, conscientes de seus atos, bem como proporcionar o desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo desses.

Sendo assim, o acompanhamento psicopedagógico é de extrema importância para o desenvolvimento da aprendizagem da criança com Síndrome de Down.

Este artigo objetiva avaliar e analisar como melhorar o desenvolvimento cognitivo de crianças com Síndrome de Down e o acompanhamento psicopedagógico frente as práticas e estratégias aplicadas às crianças especiais de forma a possibilitar-lhes uma integração na sociedade e no meio escolar, e ainda, ajudando-as assim no seu desenvolvimento cognitivo.

Este estudo baseia-se em uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo, abrangendo questões de desenvolvimento cognitivo de crianças com Síndrome de Down e o acompanhamento psicopedagógico onde podem ser realizadas estratégias de interação e inserção de alunos com inclusão socioeducativa através da educação especial, diante da atuação do psicopedagogo. Nesse sentido, esse trabalho visa contribuir com a discussão acerca da atuação do psicopedagogo frente ao desenvolvimento cognitivo destes portadores de trabalhar na educação especial no ambiente escolar face ao trabalho pedagógico e psicopedagógico que se efetua no cotidiano no interior das escolas, colaborando assim com a massa crítica de pesquisadores sobre o tema em pauta.

Para melhor compreensão, o presente trabalho está estruturado em cinco capítulos, é uma pesquisa de cunho qualitativo através de pesquisas bibliográficas em diversas fontes como artigos, internet, livros que servirão para fundamentar todo o trabalho.

Para isto, iremos investigar o desenvolvimento cognitivo de crianças com Síndrome de Down e o acompanhamento psicopedagógico, o histórico da deficiência, sob a perspectiva do homem inserido em seu contexto cultural e social, influenciado pelas mudanças políticas, culturais e históricas.

Investigaremos como melhorar as práticas e estratégias com crianças especiais de forma a possibilitar-lhes uma integração na sociedade e meio escolar.

Para melhor compreensão, o presente trabalho está estruturado em quatro capítulos: o primeiro discorre sobre a Síndrome de Down desde a Antiguidade, assim como seu histórico, onde as pessoas portadoras de deficiência (mental) intelectual eram tratadas como seres amaldiçoados. No período da Idade Média (onde) os deficientes passaram a ser levados para abrigos pertencentes à Igreja, sendo vistos como serem merecedores de piedade e esmolas. A partir do século XX os portadores de deficiências passaram a ser vistos como cidadãos com direitos e deveres de participação na sociedade.

O segundo capítulo, aborda o desenvolvimento cognitivo da criança com a Síndrome, assim como sua conduta cognitiva, a educação na perspectiva da Síndrome e a dificuldade de aprendizagem destas crianças.

O terceiro capítulo aborda a Psicopedagogia o seu campo de atuação, assim como a intervenção psicopedagógica na dificuldade de aprendizagem da criança com Síndrome de Down e a função do psicopedagogo mediando a relação ensino aprendizagem.

O quarto capítulo trata da investigação e intervenção psicopedagógica da criança com Síndrome de Down, o processo de entrevista com a família através da ANAMNESE, os tipos de provas e suas respectivas áreas de atuação.

2 | A SÍNDROME DE DOWN

Síndrome “[...]” é um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam um quadro clínico” (NAHAS, 2014, 0.13), E Down é o sobrenome do médico inglês John Langdon Down, que em 1866, identificou alguns aspectos físicos semelhantes em um grupo de pessoas com deficiência mental; logo a síndrome de Down “[...] é um conjunto de estigmas físicos, causados por uma alteração genética” (NAHAS, 2004, P.13).

A Síndrome de Down é caracterizada por atraso do desenvolvimento mental, físico e funcional, como pescoço curto, peso e tamanho de nascimento inferiores ao normal, base nasal achatada, doenças cardíacas congênitas, mãos e pés pequenos, espaço aumentado entre o primeiro e o segundo dedos dos pés, orelhas pequenas, arredondadas e dismórficas de implantação baixa.

No caso de bebês eles são lentos, muito sonolentos tendo dificuldade para sugar e deglutir pela hipotonia salientada nesta fase. A intenção é que a hipotonia diminua com a idade e pela estimulação tátil e muscular.

A síndrome é semelhante a um acidente genético, que pode ter uma razão biológica, que ocorre na primeira divisão celular do zigoto. As células do indivíduo possuem 46 cromossomos, 23 pares, 22 dos quais são autossômicos, isto é, são determinantes das características do indivíduo um é determinante do sexo. A desordem genética causadora da síndrome de Down é em decorrência da presença de um cromossomo 21 extra, total ou parcial, esse fato ocorre em todas as raças e classes sociais. Não é uma doença, não é progressiva e muito menos contagiosa. O desenvolvimento intelectual das pessoas com essa síndrome é limitado, geralmente variando de retardo mental leve a moderado, por consequências das anormalidades cerebrais (GIOVANNONI apud SAAD,2003).

A Síndrome de Down, também vista como “mongolismo”, foi reconhecida e descrita pela primeira vez como uma entidade clínica distinta em 1866 por John Langdon Down, na Inglaterra. Já era conhecido esse quadro confundido com hipotireoidismo congênito ou cretinismo (Schwartzman,1999).

Segundo Pueschel, “As crianças com Síndrome de Down são menos desenvolvidas

físicas e mentalmente do que as crianças sem essa síndrome da mesma idade e em sua grande maioria apresentam a deficiência mental de nível moderado “. (Pueschel, 2000, p.103).

2.1 Histórico da Síndrome de Down

A história da Síndrome de Down se inicia no século XIX. Até então, a medicina não tinha evoluído a ponto de identificar que dentro de um grande grupo de indivíduos com deficiência mental, existiam inúmeras formas de alteração do sistema nervoso que resultam em variados níveis e situações de deficiência.

Antigamente, pessoas portadoras de alguma deficiência eram rotuladas e abandonadas, e rejeitadas para morrerem, muitas sendo sacrificadas de inanição, estado em que a pessoa encontra-se extremamente enfraquecida, por falta de alimentos ou serem devorados por animais selvagens.

Já na Idade Média deficiência era um termo cujo entendimento era fenômeno metafísico e espiritual, pois havia influência da Igreja, o que considerava uma questão “divina” ou “demoníaca”, onde Lutero no século XVI ordenava que as crianças fossem sacrificadas, pois acreditava que eram fruto de um demônio e uma mulher, não considerando desta forma que fossem humanos. Já Santo Augustinho, tinha uma outra visão, acreditava que o fato de as crianças nascerem com alguma deficiência não tinha nenhuma relação com uma vingança divina e, portanto, acreditava na inocência dessas crianças e devido esta concepção, conduzia o modo de tratamento das pessoas deficientes, entretanto com esta mesma visão, houve a influência da doutrina cristã, onde os deficientes passavam a serem vistos como possuidores de uma alma, portanto filhos de Deus, o que passa a mudar a forma de serem tratados.

Andrea Mantegna foi um dos mais importantes pintores do século XV no Norte da Itália, mestre da perspectiva, contribuiu de maneira destacada para o desenvolvimento das técnicas de composição da pintura renascentista, que teve um filho com Síndrome de Down, pintou vários quadros de Madonas com o Menino Jesus com as características de um portador dessa síndrome, outros pintores na época também utilizavam como modelos portadores da Síndrome de Down.

Com o passar do tempo, no final do século XVII e início do século XVIII, o interesse em explicar a deficiência e busca de outras formas de tratamento foram modificando a consideração em relação a eles. A deficiência passou a ser entendida como uma “condição” e não mais como uma “doença”, iniciando-se como uma preocupação educacional em relação a seus portadores (PESSOTTI,1984, p.28)

No século XIX, John Langdon Down acreditava que a condição que chamamos de Síndrome de Down era um retorno a um tipo racial primitivo, por isso, Down criou o termo “mongoloide” que eram da tribo mongol, os Mongóis - eram tidas como sem inteligência ou pouco inteligentes, abrutalhadas, obtusas. Nasceu assim, esse termo, já com uma

carga de preconceito infundado, já que os mongóis não são nem nunca foram “idiotas”, “retardados” ou o que quer que seja que signifique falta de inteligência.

As crianças com Síndrome de Down são menos desenvolvidas física e mentalmente do que as crianças sem essa síndrome (da mesma idade) e, na maioria das vezes, apresentam deficiência mental de nível moderado. Porém existem indivíduos Down que não apresentam retardo algum, outros, porém apresentam deficiência mental severa (Pueschel, 2000, p.1).

No início do século XX é fundado o Instituto Pestalozzi (1926), instituição especializada no atendimento às pessoas com deficiência mental. Em 1954, no Rio de Janeiro, é fundada a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) sobre o apoio, orientação e estímulo do casal norte americano Beatrice e George Bemis, membros da National Association for Retarded Children (NARC), uma Organização fundada em 1950 nos Estados Unidos de amparo ao excepcional e, em 1945, é criado o primeiro atendimento educacional especializado às pessoas com superdotação na Sociedade Pestalozzi, por Helena Antipoff. Mas, foi a partir da APAE que foram inaugurados os centros de diagnósticos e terapêuticos dos distúrbios do desenvolvimento mental no Rio de Janeiro e posteriormente em São Paulo e inúmeros outros apoios a essa determinada deficiência.

Percebemos com o passar do tempo que a discussão sobre o assunto evoluiu e que necessitava de leis para que o portador de necessidades especiais tivesse algumas prioridades referentes às suas necessidades individuais. Desta forma, iniciou a redação de uma política nacional sobre a educação especial.

2.2 Características físicas da criança com Síndrome de Down

Mesmo que a Síndrome de Down não seja uma doença, as crianças com esta síndrome precisam de cuidados médicos especiais, por que devido as suas condições, estão mais sujeitas a adquirir e desenvolver problemas de saúde. A identificação precoce poderá auxiliar no processo de desenvolvimento da criança com Down, pois quanto mais cedo iniciar-se um tratamento, maiores são as chances de controle e ou correção dos mesmos. Dessa forma:

[...] pessoas com síndrome de Down diferem muito com relação à presença e grau de seus problemas médicos. Muitos órgãos do corpo podem estar prejudicados e pessoas com síndrome de Down apresentam mais problemas médicos do que outros sem esta desordem cromossômica. Entretanto, a maioria das pessoas com Síndrome de Down que recebe serviços médicos e dentários adequados terá boa saúde geral. (PUESCHEL, 1993, P. 86).

De acordo com Pueschel em 1993, no seu livro Síndrome de Down: Guia para pais e educadores, existem algumas anomalias congênitas do recém-nascido com Síndrome de Down. Das quais podemos citar:

- Cataratas congênitas – “[...] é importante identificar precocemente crianças com

cataratas. Se a catarata não for removida logo após o nascimento, a criança pode ficar cega” (PUESCHEL, 1993, p.86);

- Anomalias congênitas do trato gastrointestinal – “A maioria dessas anomalias congênitas requer intervenção cirúrgica imediata para permitir que os nutrientes e líquidos sejam absorvidos através dos intestinos” (PUESCHEL, 1993, p. 86);
- Doenças congênitas do coração – a não identificação de problemas cardíacos logo na primeira infância pode causar “[...] parada cardíaca, [...] estacionar no seu desenvolvimento e/ou podem adquirir aumento de pressão nos vasos dos pulmões”. (PUESCHEL, 1993, p.86).

Ainda de acordo com Pueschel, segue uma listagem dos problemas de saúde mais comuns durante a infância de uma criação com Síndrome de Down:

- Infecções – principalmente respiratórias, de ouvido e de pele. “Embora não haja defeitos sérios do sistema imunológico em crianças com síndrome de Down, várias mudanças sutis existem nos mecanismos de defesa de seus corpos”. (PUESCHEL, 1993, p.86);
- Aspectos nutricionais – geralmente nos primeiros anos de vida quando a criança possui problemas cardíacos severos, nota-se dificuldade de ganho de peso. Posteriormente, com a falta de atividades físicas e mesmo com a falta de uma dieta adequada, ocorre o excesso de peso;
- Doenças das gengivas - doença periodontal e gengivite;
- Desordens convulsivas - As crianças com Síndrome de Down podem apresentar vários tipos de convulsão que devem ser identificadas o quanto mais cedo para que possa ser mais fácil o seu controle;
- Apneia do sono – “[...] pode causar uma redução de oxigenação do sangue, sonolência e pouca concentração, durante o dia” (PUESCHEL, 1993, p.86);
- Distúrbios visuais – Os distúrbios mais frequentes nas crianças com síndrome de Down são dificuldade para ver de longe, para ver de perto, canais lacrimais obstruídos, estrabismo, blefarite (inflamação das margens das pálpebras), nistagmo (movimentos rápidos de olho), desenvolvimento de cataratas por toda a vida e ceratocone (desordem da córnea) (PUESCHEL, 1993);
- Déficits auditivos – Podem ser leves, moderados ou severos e ainda em um ou nos dois ouvidos;
- Disfunção da glândula Tireoide – Pode ser causada pelo hipertireoidismo (aumento do hormônio da tireoide), ou por hipotireoidismo (nível baixo de hormônio da tireoide), sendo este último mais comum. “Se a disfunção tireoídea não for reconhecida precocemente, poderá comprometer a função do sistema nervoso central da criança”. (PUESCHEL, 1993, p.94), afetando seu desenvolvimento intelectual;
- Anormalidades esqueléticas – Algumas anormalidades são comuns e encon-

tradas em várias partes do corpo da criança; deve-se fazer uma avaliação ortopédica, pois é essencial para o início de qualquer atividade física, inclusive na escola;

Com a chegada do período da Adolescência e posteriormente a fase adulta deve-se dar atenção especial às:

- Desordens psiquiátricas: “[...] como a depressão, distúrbios de comportamento e problemas de ajustamento” (PUESCHEL, 1993, p.96);
- Doença de Alzheimer – estima-se que “[...] 15% a 20% de pessoas mais velhas com síndrome de Down apresentam sinais precoces de doença de Alzheimer” (PUESCHEL, 1993, p.97).

Tanto a família, quanto as pessoas de outras áreas sociais que a criança frequenta como a escola, deve ter conhecimento dos possíveis problemas de saúde que uma criança Down pode desenvolver, assim contribuirão para a qualidade de vida desse indivíduo.

Na atualidade a expectativa de vida dos indivíduos que possuem a Síndrome de Down está aumentando, pois, os avanços alcançados e os mais diversos tratamentos, como no caso das cardiopatias congênitas, que eram a principal causa de morte, e hoje podem ser perfeitamente controladas.

Em relação à sociedade está ocorrendo mudanças de posturas e conceitos, bem como a divulgação de informações sobre a realidade desses indivíduos que estão deixando de ser considerados “anormais”. Sobre o ambiente escolar, é importante as informações sobre o quadro clínico de uma criança com Down para facilitar a identificação de metodologias adequadas para o ensino-aprendizado.

Mesmo que a Síndrome de Down não seja uma doença, as crianças com esta síndrome precisam de cuidados médicos especiais, por que devido as suas condições, estão mais sujeitas a adquirir e desenvolver problemas de saúde. A identificação precoce poderá auxiliar no processo de desenvolvimento da criança com Down, pois quanto mais cedo iniciar-se um tratamento, maiores são as chances de controle e ou correção dos mesmos. Dessa forma:

[...] pessoas com síndrome de Down diferem muito com relação à presença e grau de seus problemas médicos. Muitos órgãos do corpo podem estar prejudicados e pessoas com síndrome de Down apresentam mais problemas médicos do que outros sem esta desordem cromossômica. Entretanto, a maioria das pessoas com Síndrome de Down que recebe serviços médicos e dentários adequados terá boa saúde geral. (PUESCHEL, 1993, P. 86).

Todas essas informações contribuem para que as pessoas com síndrome de Down possam ter uma qualidade de vida, concretizando assim o seu direito a uma vida digna e tornando-os cidadãos participativos educacional e socialmente.

A criança para sobreviver, precisa manter uma relação com a família em seu ambiente. É nessa relação onde alguns padrões afetivos se desenvolvem fornecendo o

substrato para a ocorrência de transformações do comportamento das crianças.

A presença da família dá à criança a segurança física e emocional que a possibilita explorar o ambiente e aprender. A criança precisa ser amada, aceita, acolhida para que possa realizar o aprendizado. A relação com a família desenvolve também a afetividade e a emoção como elemento básico e essencial.

A família precisa estar constantemente informada e observar aos menores desvios que envolvam o desenvolvimento emocional, escolar, sexual, esportivo e as habilidades sociais. Na atualidade a família assume a responsabilidade por qualquer anormalidade que venha romper com a expectativa que os filhos cresçam férteis, saudáveis, preparados para o mercado de trabalho e para a vida em sociedade.

A família nunca está segura de seus sentimentos e de como proceder em relação a suas crianças, e realmente estão sempre em dúvida se estão agindo corretamente. Esta situação de insegurança e desconforto agrava com o surgimento da Síndrome de Down em um membro da família.

Nesse momento em que a família tem este forte abalo, precisa estar unida, e necessita de apoio psicológico para que a própria família seja importante para ressaltar os aspectos positivos da criança e favorecer o seu desenvolvimento.

3 | DESENVOLVIMENTO E CONDUTA COGNITIVA DA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN

As crianças com Síndrome de Down apresentam várias características físicas, ou seja, o fenótipo (características visíveis de um indivíduo, que são definidas pela expressão do seu genótipo, isto é, do seu patrimônio hereditário, somada à influência exercida pelo meio ambiente) que diferem das demais pessoas e que são peculiares à sua condição. (FENÓTIPO, 2014).

Contudo, essas características físicas não interferem de forma definitiva no desenvolvimento cognitivo dessas crianças, tendo em vista que existem vários fatores que podem favorecer a aprendizagem, como a estimulação precoce, “[...] é uma situação de aprendizagem mediada, na qual os pais ou responsável pelo cuidado da criança selecionam o estímulo apropriado e desconsideram os inapropriados” (PUESCHEL, 1993) e a interação com o meio.

As crianças com Síndrome de Down apresentam características próprias e apesar de apresentarem atraso mental, físico e funcional, o desenvolvimento e o comportamento não apresenta um padrão. Embora a deficiência mental, que é uma das características mais marcantes da Síndrome e que resulta em atraso em todas as áreas do desenvolvimento, não é suficiente para se preestabelecer um limite para a criança Down, pois existe possibilidade da criança alcançar estágios bem avançados de desenvolvimento cognitivo. Assim, o nível de inteligência não depende unicamente da alteração cromossômica, mas

também do restante do potencial genético, e principalmente das influências do meio, que podem até mesmo compensar a carga genética.

De acordo com a Política Nacional de Educação Especial o termo deficiência mental:

Caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento, concomitante com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade, nos seguintes aspectos: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, desempenho escolar e trabalho. (BRASIL, 1994, p.15).

É importante um diagnóstico precoce da Síndrome de Down, pois os primeiros anos de vida de uma criança constituem um momento decisivo em seu desenvolvimento cognitivo. É essencial que a criança com Down seja estimulada ainda nos primeiros meses de vida, pois do contrário pode ficar com o seu sistema sensorio-motor prejudicado.

A criança que nasce com a Síndrome de Down precisa de fatores externos para ter um desenvolvimento favorável, considerando que sua estrutura interna é carente. “Por falta de informação, entretanto, muitos pais desperdiçam o tempo precioso dos primeiros meses de vida do bebê, que geralmente coincide com a fase de maior desânimo da família: a confirmação do diagnóstico da síndrome”. (WERNECK, 1993, P.144).

O processo evolutivo da criança com Síndrome de Down deve ser acompanhado por profissionais de diversas áreas como: fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicomotricidade, psicologia, psicopedagogia, musicoterapia, etc. É essencial durante este processo de estimulação da criança com Down, a atuação desses especialistas, pois são eles que determinarão os exercícios a serem utilizados, sabendo que um programa de estimulação é individual e atende às necessidades de cada criança em particular. Esses profissionais desempenham ainda o papel de orientar os pais a respeito dos limites e possibilidades de avanço do seu filho.

É importante ressaltar que toda a estimulação que esses profissionais possam possibilita à criança, para ter resultados significativos deve ter a interação da família nesse processo, pois as experiências emocionais e de aprendizagens vivenciadas nas relações com os pais influenciam no seu desenvolvimento.

O desenvolvimento motor da pessoa com Síndrome de Down é afetado, principalmente, em virtude da hipotonia generalizada, presente desde o nascimento, originada no sistema nervoso central. A hipotonia pode comprometer a musculatura e a parte ligamentar, mas se tratada desde cedo tende a diminuir, ainda que permaneça por toda a vida. (ALVES, 2007). Na criança com Down, os marcos do desenvolvimento motor como: rolar, sentar, controlar a cabeça, correr, engatinhar, arrastar, andar, ocorrerão mais lentamente, comparando com crianças não deficientes.

O atraso na aquisição da fala é outra consequência da anomalia genética, às vezes é

a perda auditiva que causa o detrimento da fala, nesse caso a solução pode ser a utilização de aparelhos de amplificação sonora, que poderão favorecer o progresso da linguagem oral. Para a criança com Down começar a falar é necessário passar por estímulos que lhe permita avançar neste sentido.

Durante o processo de domínio de habilidades de linguagem, observa-se que entre a compreensão da fala e a capacidade de expressão ao falar existe um longo caminho a ser percorrido. Várias crianças com Síndrome de Down necessitam de terapia de fala para desenvolver essa habilidade.

As crianças com Síndrome de Down podem apresentar dificuldades durante o processo de ensino aprendizagem, precisando um pouco de mais tempo que as outras crianças para desenvolver habilidades para usar conceitos abstratos, memória, operações de síntese, percepção geral, imaginação, relações espaciais, esquema corporal, raciocínio e transferência na aprendizagem, mais nenhuma dessas questões constitui-se como impossibilidade para o desenvolvimento cognitivo das crianças com Down.

É de importante relevância para as crianças com Síndrome de Down a influência do meio que estão inseridas, sendo determinante no processo de aquisição da aprendizagem, pois os resultados dessa interação podem limitar ou ampliar as oportunidades de desenvolvimento e suas possibilidades de inclusão social.

É importante nos reportarmos ao sentido de cognição, que um conjunto de habilidades cerebrais/mentais necessárias para a obtenção de conhecimento sobre o mundo. Tais habilidades envolvem pensamento, raciocínio, abstração, linguagem, memória, atenção, criatividade, capacidade de resolução de problemas, entre outras funções. (PIAGET,1993).

Processos estes que são desenvolvidos desde a infância, até o envelhecimento. Sendo assim, percebemos que se dá diretamente ao aprendizado, que é adquirido ao longo da vida de acordo com as condições e fases aos quais estejam disponíveis.

Neste contexto, apontamos Jean Piaget, o qual foi um dos primeiros estudiosos a estudar as fases do desenvolvimento cognitivo infantil, onde seu interesse estava direcionado para a investigação das habilidades vinculadas a cada estágio do desenvolvimento onde este estudo ocorreu durante décadas e os sujeitos da pesquisa foram seus próprios filhos. Apesar de ser reconhecido pelos seus estudos, Piaget também sofreu muitas críticas por ser mal interpretado em sua teoria. (Revista Pedagógica, 1997).

Piaget (apud SAVIANI,2006) complementa que a aprendizagem de uma pessoa é subordinada ao seu desenvolvimento cognitivo. Recorremos a Campos (1987) para melhor compreender o ato de aprender, e a mudança de comportamento como característica da aprendizagem.

Alguma mudança ocorrida no comportamento daquele que aprende. Assim observam-se mudanças nas maneiras de agir, de fazer as coisas, de pensar em relação às coisas e às pessoas, e de gostar, ou não gostar, de sentir-se atraído ou retraído das coisas e pessoas do mundo em que vive. (p.51).

Desta forma, observamos que a aprendizagem é a interação entre as estruturas mentais e o meio em que estamos inseridos, onde o ambiente, as experiências vividas, influenciadas por fatores emocionais, relações sociais, cognitivas e ambientais, fazem parte do contexto da aprendizagem.

Para um entendimento mais fundamentado, recorreremos à Neurociência que é a área multidisciplinar de conhecimento que analisa o sistema nervoso para entender as bases biológicas do comportamento, que explicam o processo de aprendizagem e cognição humana bem como os mecanismos de regulação orgânica. (LURIA, 1983).

Chamamos de cognição tudo que envolve os processos mentais relacionados a atenção, memória, percepção, juízo, pensamento, linguagem e outros. (LURIA, 1983).

A compreensão do comportamento e da aprendizagem pede conhecimento das estruturas e das funções do órgão que o organiza (o cérebro), onde a compreensão da organização neuropsicológica da cognição, segundo Luria, importante neurofisiologista da Universidade de Moscou, russo, torna-se um modelo fundamental para a educação e reabilitação, onde este teórico deu luz às novas descobertas identificadas como os três sistemas ou unidades funcionais, onde a aprendizagem é fruto do desenvolvimento das unidades funcionais, que estão envolvidas a todos os tipos de aprendizagem, da práxis à linguagem, sem exceção. (LURIA, 1983).

Luria formalizou a ideia de sistemas funcionais do cérebro, onde haveria três sistemas funcionais que trabalham juntos; Unidade para regular o tônus ou a vigília; Unidade para obter, processar e armazenar informações; Unidade para programar, regular e verificar a atividade mental.

Desta forma, para Luria o cérebro é uma constelação de trabalho concentrada principalmente em três grandes blocos funcionais onde cada uma delas tem o seu papel específico, importante para qualquer tipo de atividade mental. (LURIA, 1983).

Como sabemos, a Síndrome de Down é uma doença genética, causada por um acidente que pode ocorrer no óvulo, no espermatozoide ou após a união dos dois (zigoto), provocando uma alteração cromossômica. É importante ressaltar que ainda não se conhece a causa dessa alteração genética. Sabe-se apenas que não existe responsabilidade do pai ou da mãe para que ela ocorra. Desmistificamos aqui que problemas ocorridos durante a gravidez, como fortes emoções, quedas, uso de medicamentos ou drogas não são causadores da Síndrome de Down, pois esta já está presente logo na união do espermatozoide (célula do pai) com o óvulo (célula da mãe). (SAAD, 2003).

Entretanto, devido às alterações genéticas presentes na Síndrome de Down, algumas funções do organismo e atividades cerebrais, como o cérebro, são afetadas (SAAD, 2003). Tal alteração se dá devido ao baixo equilíbrio da função reguladora da síntese de proteínas em que os genes atuam, provocando assim, uma desarmonia na função das células.

A alteração existente no desenvolvimento do sistema nervoso é considerada generalizada, pois atinge todas as funções internas e externas de todos os neurônios.

Flórez apud SAAD (2003, p.67) complementa que:

O cérebro nas pessoas com essa síndrome apresenta volume e peso menores do que o esperado em pessoas normais (...). O número de neurônios apresenta-se reduzidos em diversas áreas do córtex cerebral, hipocampo e cerebelo.

Esta alteração cerebral traz como resultado o comprometimento da capacidade cognitiva, caracterizando assim deficiência intelectual, podendo ser classificada como leve, moderada ou severa. (SAAD,2003).

Este atraso no desenvolvimento cognitivo foi por muito tempo caracterizado de Deficiência Mental, segundo Sasaki (2005), ganhou nova nomenclatura, passando a ser Deficiência Intelectual.

A nova nomenclatura de Deficiência Intelectual, baseada no conceito publicado em 1992 pela Associação de Deficiência Mental.

É muito importante sabermos que Deficiência Intelectual ou Atraso Cognitivo são termos que se usa quando uma pessoa apresenta certas limitações no seu funcionamento mental assim como no desempenho de tarefas como comunicação, cuidado pessoal e relacionamento social, onde estas limitações provocam lentidão na aprendizagem e no desenvolvimento dessas pessoas. (COLLI 2004).

Quando falamos de crianças acometidas por este atraso cognitivo, estas podem precisar de mais tempo para aprender a falar, caminhar e desenvolver competências necessárias para cuidar de si com autonomia.

É necessário entender as possíveis causas da Deficiência Intelectual ou Atraso Cognitivo que podem ser: condições genéticas, problemas durante a gravidez, problemas ao nascer e problemas de saúde. (COLLI,2004).

Neste contexto, é de suma importância reconhecer que a problemática de Deficiência Intelectual não se esgota apenas em portadores de Síndrome de Down. Segundo Flórez (1997, p.49) dadas às diferenças no sistema nervoso da pessoa com SD a conduta cognitiva apresenta-se alterada:

1. Em relação à atenção e iniciativa, apresentam; Tendência a distração; Escassa diferenciação entre estímulos antigos e novos; Dificuldade para manter a atenção e continuar uma tarefa específica; Menor capacidade par auto inibir-se e ainda, menor iniciativa para intervir.
2. Quanto à memória a curto prazo e processamento da informação demonstram; Dificuldade para processar formas específicas de informação sensorial, processa-la e organizá-la como respostas.
3. No que se refere à memória a longo prazo, há; Diminuição da capacidade de consolidar e recuperar a memória; Redução nos tipos de memória declarativa.
4. Tratando-se de correlação de análise, observam-se; Dificuldade para interagir e interpretar a informação; Organizar uma integração sequencial nova e deliberada;

Elaborar pensamento abstrato; Elaborar operações numéricas.

Diante de todo este contexto, agrava-se as condições estruturais destas pessoas, pois a pessoa com SD, tem uma anomalia que se constitui na redução do tamanho do hipocampo, na diminuição de neurônios no córtex da área parahipocampal, sendo assim fica prejudicada em canalizar informação e obter conhecimento.” (FLÓREZ, 1997)

3.1 A Educação na perspectiva da Síndrome de Down

A educação com Síndrome de Down deve atender às suas necessidades especiais, sem se diferenciar dos princípios básicos da educação proposta a qualquer outra criança, numa alusão à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que preconiza:

A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (BRASIL, 1996, P.1)

A boa educação proporciona a formação de indivíduo apto para a convivência em sociedade e preparado para os desafios da vida adulta. Segundo Fredericks (apud PUESCHEL, 1993, p. 184, grifo do autor), alguns objetivos resumem aquilo que os pais almejam para o futuro dos seus filhos:

1. Que sejam capazes de interagir com as pessoas que não são portadoras de deficiência, bem como com aqueles que são. E que tenham verdadeiros amigos nos dois grupos; 2. Que sejam capazes de trabalhar nos mesmos ambientes que aqueles que não apresentam deficiências; 3. Que sejam bem-vindos e participem em eventos e atividades frequentados por pessoas sem deficiência, sentindo-se confiantes e à vontade; 4. Que vivam na moradia de sua escolha, conforme suas possibilidades econômicas; 5. Que sejam felizes.

A fim de que estes objetivos, desejados por pais e educadores, sejam alcançados, a família deve ter ciência do papel principal que possui nesse processo. A mesma precisa organizar suas atividades diárias de modo que a criança Down seja um participante ativo de todas elas, numa clara referência à inclusão social. Ação que deve ser o princípio base de todas as práticas educativas voltadas para a criança com síndrome de Down. “[...] incluí-lo sempre o mais cedo possível, para não ter que integrá-lo depois”. (TUNES; PIANTINO, 2006, p.72).

Tunes e Piantino (2006) também afirma que o processo de integração se apresenta de forma mais traumática para a criança, considerando que a ação de integrar implica em tirar a pessoa de um estado no qual estava acostumada e agrega-la num outro ambiente, desconhecido para a mesma.

O ambiente doméstico, que é onde a criança vai ter as suas primeiras experiências, é constituído por uma gama de eventos, que podem possibilitar o desenvolvimento motor, social, cognitivo, afetivo e emocional da criança Down.

A educação das pessoas com necessidades especiais, inclusive as com Síndrome de Down, pode ser oferecida nas escolas comuns, como recomenda a LDB em seu artigo 58: “Entende-se por educação especial, [...] a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais”. (BRASIL, 1996, p.19).

3.2 Dificuldade de aprendizagem da criança com Síndrome de Down

Merece atenção a compreensão do significado de Dificuldade de Aprendizagem, conhecida no meio acadêmico como D.A (Dificuldade de Aprendizagem) que é uma expressão genérica que refere um conjunto heterogêneo de desordens manifestadas por dificuldades significativas na aquisição e no uso da compreensão auditiva, da fala, da leitura, da escrita e da matemática. Tais desordens são intrínsecas ao indivíduo, presumindo-se que sejam devidas a uma disfunção do sistema nervoso que pode ocorrer e manifestar-se durante toda a vida, gerando assim problemas no auto regulação do comportamento, na atenção, na percepção e na interação social. (Correia, 1991)

Segundo Definição do Comité Nacional Americano de Dificuldades de Aprendizagem (National Joint Committee of Learning Disabilities, 1988): “As DA constituem um ou mais défices nos processos essenciais da aprendizagem que necessitam de técnicas especiais de educação (definição por défice). As crianças com DA apresentam discrepância entre o nível da realização esperado e o atingido em linguagem falada, leitura, escrita e matemática (definição por discrepância). As DA não são devidas a deficiências sensoriais, motoras, intelectuais, emocionais e/ou a falta de oportunidade de aprendizagem (definição por exclusão)”. (*National Joint Committee of Learning Disabilities, 1988*)

A diferença “Dificuldades de aprendizagem” (DA) e “incapacidades de aprendizagem” (IA) referem-se a realidades conceptuais diferentes: “As DA verificam-se em crianças normais, com um perfil motor adequado, uma inteligência média ou superior, adequadas visão e audição e uma adequada adaptação emocional, que, em conjunto com uma dificuldade de aprendizagem, constituem a base da sua caracterização psiconeurológica” (V.Fonseca, “Insucesso Escolar”) (V.FONSECA,2004)

A “incapacidade de aprendizagem” refere-se já a uma situação diferente já que exprime uma desorganização funcional de atividades psiconeurológicas (perturbações, deficiências, etc). (V. FONSECA,2004)

Assim, segundo V. Fonseca, “as incapacidades de aprendizagem compreendem perturbações que incidem sobre a recepção, a integração (compreensão) e a expressão de funções práticas e simbólicas que não estão ligadas nem a estados demenciais nem a lesões periféricas (input), ou propriamente a deficiências do aparelho periférico (output)”. (V.FONSECA,2004)

Desta forma, concluímos que as crianças ou os jovens com DA apresentam

discrepâncias entre a capacidade ou a habilidade mental e o desempenho, refletidas em resultados escolares insatisfatórios, onde a escola passa a ter papel de suma importância neste contexto, pois passamos a tratar do direito a educação, diversidade e desafio da escola inclusiva. (FONSECA,1998).

Sabe-se que a escola tem a função de ensinar e compartilhar com seus alunos e demais colegas, o saber, os diferentes sentidos das coisas, as emoções, para assim poderem discutir e/ou fazerem trocas dependendo de seus pontos de vista, onde através destes atos, o aluno seja capaz de desenvolver o espírito crítico, observador e a mudança de reconhecer o outro em todas as suas dimensões (BATISTA,2006).

Mas para abordar a questão da escola, devemos nos reportar a investigar a história da deficiência, sob a perspectiva do homem inserido em seu contexto cultural e social e, portanto, influenciando e sendo influenciado pelas mudanças políticas, culturais e históricas, onde sabemos dos avanços e dificuldades que houveram ao longo do tempo. É sob a perspectiva dos avanços da educação voltada aos portadores de alguma necessidade especial é que passamos a descrever a história da deficiência, para, então, acendermos o debate de que esta (a deficiência) não deve ser entendida como incapacidade ou limitação, mas sim, como defendem alguns autores, entre eles Aranha (1995; 2001), Pessotti (1984) e Vigotski (1997) como condição estabelecida a partir das relações sociais entre os sujeitos deficientes e a maioria da população.

Segundo Cunha (2011), temos por Educação Especial o atendimento destinado àqueles educandos que apresentem uma necessidade que seja transitória ou permanente, isto é, às pessoas que tanto apresentem deficiência sensorial, física ou psíquica como àqueles que sofrem desvantagens por motivo socioeconômico ou cultural, como por exemplo, pessoas em situação de alta vulnerabilidade. Assim,

Pretende-se que os alunos que precisam de atendimentos educacionais diferenciados, temporários ou permanentes, possam alcançar dentro do mesmo sistema, um grau de desenvolvimento e maturidade tal que, lhes proporcionem a melhor qualidade de vida possível nos âmbitos pessoal, familiar, social e profissional (GONZÁLES, 2007, p.20)

Entendemos dessa forma, que o sistema educacional deve disponibilizar recursos humanos e materiais para que as instituições de ensino possam auxiliar nas dificuldades encontradas, proporcionando o alcance dos objetivos da educação, afim de que preste auxílio às especificidades de todos os alunos, do contrário, o ambiente escolar pode se transformar no gerador de necessidades educacionais específicas, produzindo dificuldades ao aprendizado, se nele existem propostas homogeneizadoras (básicas a qualquer aluno), estruturas físicas pouco flexíveis e pouca atenção à diversidade entre o alunado.

Diante do exposto, percebe-se quanto se avançou, entretanto precisamos estar atentos às dificuldades de aprendizagem no portador de S.D, pois apresentam idade cronológica diferente da idade funcional para que haja aprendizagem, onde é necessário

haver evolução de funções específicas como linguagem, percepção, esquema corporal, orientação têmporo-espacial e lateralidade, onde é comum observarmos nestes portadores de S.D alterações severas de internalizações de conceitos de tempo, espaço, que podem dificultar muitas aquisições e refletir na memorização e dificultar também a aquisição da linguagem.

Várias são as deficiências que acometem a criança Down e implicam dificuldades ao desenvolvimento da aprendizagem são: alterações auditivas e visuais; incapacidade de organizar atos cognitivos e condutas, debilidades de associar e programar sequências. (BROWN, 1989).

Vale ressaltar que estas dificuldades ocorrem principalmente porque a imaturidade nervosa e não mielização das fibras pode dificultar funções mentais como: habilidade para usar conceitos abstratos, memória, percepção geral, habilidades que incluam imaginação, relações espaciais, esquema corporal, habilidade no raciocínio, estocagem do material aprendido e transferência na aprendizagem. As deficiências e debilidades destas funções dificultam principalmente as atividades escolares. (SCHWARTZMAN, 1999)

Entre outras deficiências que acarretam repercussão sobre o desenvolvimento neurológico da criança com Síndrome de Down, podemos determinar dificuldades na tomada de decisões e iniciação de uma ação; na elaboração do pensamento abstrato; no cálculo; na seleção e eliminação de determinadas fontes informativas; no bloqueio das funções perceptivas (atenção e percepção); nas funções motoras e alterações da emoção e do afeto. (SCHWARTZMAN, 1999, p. 247).

Entretanto, a criança com Síndrome de Down tem possibilidades de se desenvolver e executar atividades diárias e até mesmo adquirir formação profissional e no enfoque evolutivo, a linguagem e as atividades como leitura e escrita podem ser desenvolvidas a partir das experiências da própria criança. Do ponto de vista motor, hipercinesias associadas à falta de iniciativa, espontaneidade ou hipercinesias e desinibição são frequentes. E estes padrões débeis também interferem na aprendizagem, pois o desenvolvimento psicomotor é à base da aprendizagem. (SCHWARTZMAN, 1999)

4 | A PSICOPEDAGOGIA E SEU CAMPO DE ATUAÇÃO

De acordo com o Código de Ética dos Psicopedagogos, “a Psicopedagogia é um campo de atuação em Saúde e Educação que lida com o processo de aprendizagem humana; seus padrões normais e patológicos, considerando a influência do meio - família, escola e sociedade - no seu desenvolvimento, utilizando procedimentos próprios da psicopedagogia” (Artigo 1º- CÓDIGO DE ÉTICA da ABP). Sendo assim, estuda o processo de aprendizagem e suas dificuldades, tendo, portando, um caráter preventivo e terapêutico.

A Psicopedagogia, de acordo com César Coll (1996), é uma confluência disciplinar, um conjunto de saberes e um espaço profissional. Em relação ao espaço profissional dessa

área, o psicopedagogo precisa da contribuição de diferentes profissionais como, psicólogos, pedagogos e psicopedagogos e assistentes sociais e também a contribuição de outras áreas de conhecimentos numa dimensão de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

É necessário entendermos que existem três correntes teóricas da psicopedagogia; a psicopedagogia de orientação psicanalista, psicopedagogia característica cognitivista e psicopedagogia com abordagem corporal.

Psicopedagogia de orientação psicanalista é voltada para o conhecimento mais aprofundado da psicanálise; já a psicopedagogia característica cognitivista são os conhecimentos da psicologia cognitiva aplicada a sua fundamentação, onde o fazer psicopedagógico é diferente da psicopedagogia de orientação psicanalítica e a psicopedagogia com abordagem mais corporal está voltada a psicomotricidade. Assim percebemos que o psicopedagogo não vem adentrar nas ações e atuações do psicólogo como muitos imaginam, de acordo com estas correntes, cada um tem um papel atuante, direcionado de acordo com suas funcionalidades.

Segundo Bossa (2000), a psicopedagogia surgiu da necessidade de atender a crianças com problemas de aprendizagem como uma forma de reeducação escolar. Hoje os estudos estão muito desenvolvidos e os trabalhos, que inicialmente confundiam-se com um reforço pedagógico (sem propiciar os resultados desejados) mostram-se bem distantes desta visão. (Bossa. Aparecida Nadia. A Psicopedagogia no Brasil". Porto Alegre Artmed, 2007).

Associação Brasileira de Psicopedagogia, pôde comemorar em 5 de fevereiro 2014, mais um avanço na tramitação do PL 031/2010, onde o Senador Cyro Miranda esteve à frente para regulamentar a atividade exercida com afinco, estudo e comprometimento com a melhoria da educação brasileira. (ABPp).

Apesar de ser legalizada a pouco tempo, a profissão, esta já é exercida a alguns anos no Brasil, segundo ABPp, existem cem mil psicopedagogos formados no Brasil, mesmo antes da regulamentação da profissão e com este reconhecimento percebe-se que este profissional será mais valorizado e poderá contribuir melhor com a educação brasileira.

Os primeiros centros Psicopedagógicos foram fundados na Europa (1946) por Boutonier e George Mauco, com direção médica e pedagógica unindo conhecimento na área da Psicologia, Psicanálise e Pedagogia, onde tentavam readaptar crianças com comportamentos socialmente inadequados na escola ou no lar, e atender crianças com dificuldades de aprendizagem apesar de serem inteligentes (BOSSA, 2000, p39).

Observamos que a psicopedagogia teve uma trajetória significativa tendo inicialmente um caráter médico-pedagógico dos quais faziam parte da equipe do Centro Psicopedagógico: médicos, psicólogos, psicanalistas e pedagogos. Esta corrente europeia influenciou significativamente a Argentina. Conforme a psicopedagoga (FERNANDEZ apud BOSSA, 2000, p. 41)

Devido a influência da corrente europeia, a Argentina foi a primeira cidade a oferecer

o curso de Psicopedagogia.

No Brasil, a Psicopedagogia chega por volta dos anos 70, com a colaboração de Jorge Visca, onde nessa época já havia alguns movimentos científico\ acadêmico em Porto Alegre, onde os primeiros cursos formais de Psicopedagogia eram denominados de Reeducação Psicopedagógica, Psicopedagogia Terapêutica, Dificuldades Escolares, entre outros. Esses cursos ocorreram primeiramente em Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo.

Com os estudos sobre a Psicopedagogia, vários conceitos foram elaborados por alguns autores, como;

Bossa diz que a psicopedagogia, como área de aplicação, antecede o status de área de estudos, a qual tem procurado sistematizar um corpo teórico prático próprio, definir o seu objeto de estudo, delimitar o seu campo de atuação, e para isso recorrer à Psicologia, Psicanálise, Linguística, Fonoaudiologia, Medicina e a Pedagogia. (Bossa, 2000)

Para Maria M. Neves, “falar sobre psicopedagogia é, necessariamente, falar sobre a articulação entre educação e psicologia, articulação essa que desafia estudiosos e práticos dessas duas áreas”. (M. Neves, 1992, p. 10)

Para Sonia Mooje Kiguel, que também tem contribuído nesse processo de construção do saber psicopedagógico, “historicamente a Psicopedagogia surgiu na fronteira entre a Pedagogia e a Psicologia, a partir das necessidades de atendimento de crianças com distúrbios de aprendizagem”, afirma ainda que o fracasso escolar não é só Pedagógico e psicológico, mas também da desnutrição. (Kiguel, 1991, p. 2)

Scoz, diz que o objeto de estudo da psicopedagogia deve ser entendido a partir de dois enfoques: preventivo e terapêutico. O primeiro considera o objeto do estudo de psicopedagogia o ser humano em desenvolvimento enquanto educável, e o segundo uma identificação, análise, elaboração de uma metodologia de diagnóstico e tratamento das dificuldades de aprendizagem. (Scoz, 1987)

Do ponto de vista de Weiss, “a psicopedagogia busca a melhoria das relações com a aprendizagem, assim como a melhor qualidade na construção da própria aprendizagem de alunos e educadores”. (Weiss, 1994)

Segundo Jorge Visca, a psicopedagogia, perfilou-se como um conhecimento independentemente e complementar, possuía de um objeto de estudo – o processo aprendizagem – e de recursos diagnósticos, corretos e preventivos próprios.

Para Bossa a psicopedagogia estuda as características da aprendizagem humana: como se aprende, como essa aprendizagem varia evolutivamente e está condicionada por vários fatores, como se produzem as alterações na aprendizagem, como reconhecê-las, tratá-las e preveni-las.

De acordo com Scoz (1987), a Psicopedagogia, como as outras áreas de saúde, implica um trabalho a nível preventivo e curativo. Na função preventiva, cabe ao psicopedagogo atuar nas escolas e em cursos de formação de professores, esclarecendo sobre o processo

evolutivo das áreas ligadas à aprendizagem escolar (perceptiva motora, de linguagem, cognitiva, emocional), auxiliando na organização de condições de aprendizagem de uma forma integrada e de acordo com as capacidades dos alunos.

O psicopedagogo pode atuar na área da saúde e educação, no âmbito familiar e instituições profissionais.

Vale ressaltar o papel da Psicopedagogia na inclusão, sendo assim, compreender o papel da inclusão que favorece o sujeito a aprender com os recursos que ele dispõe, aprender a aprender, em seu ritmo, da sua forma, de acordo com sua modalidade.

É importante ressaltar que em nossa atuação, chama-se modalidade de aprendizagem hiperassimilativa \ hipoacomodativa, inspiradas tanto nas propostas de Alicia Fernandes como os conceitos piagetianos que tratam da questão da assimilação e acomodação no processo de equilíbrio majorante, que é o processo de desenvolvimento ou de construção de conhecimento segundo Piaget.

A função deste profissional é importantíssima, seja no âmbito clínico ou institucional, seja ele na empresa onde o foco é aprendizagem do sujeito frente à função que ele exerce ou vai exercer dentro da organização e a psicopedagogia hospitalar tem como objeto de estudo o sujeito de aprendizagem dentro daquele determinado momento da vida dele e com o que aquela situação de doença representa em termos de perdas na aprendizagem acadêmica e na aprendizagem na vida social deste indivíduo.

Segundo Lino de Macedo, o psicopedagogo no Brasil tem atuação na orientação dos estudos do indivíduo, apropriação dos conteúdos escolares, desenvolvimento do raciocínio e atendimento da criança ou sujeito.

As ações de acompanhamento, intervenções e prevenção também fazem parte da atuação deste profissional.

4.1 Intervenção Psicopedagógica na Dificuldade de Aprendizagem da Criança com Síndrome de Down

Neste tópico abordaremos a Intervenção Psicopedagógica na dificuldade de aprendizagem da criança com Síndrome de Down, o entendimento sobre a Psicopedagogia, identificação do campo de atuação da Psicopedagogia e compreensão da função do Psicopedagogo mediando a relação ensino aprendizagem.

Para realizar a intervenção psicopedagógica é necessário analisar as dimensões às quais o indivíduo está inserido, analisar condições da relação entre o sujeito que ensina e o sujeito que aprende, analisar a forma como o objeto está sendo apresentado: recursos, conteúdos, analisar e o contexto familiar.

Quando tratamos desta intervenção a um portador de Síndrome de Down, todas estas ações tornam-se mais específicas voltada às necessidades e dificuldades que estes apresentam.

Devido a alteração genética presente na Síndrome de Down, recai também o seu

equilíbrio, algumas alterações neurológicas, onde diversos órgãos podem ser afetados, como o cérebro, causando deficiência intelectual ou mental. Como sabemos estas deficiências são características da Síndrome de Down, diminuindo sua capacidade de aprendizagem.

Para esta intervenção é necessário também o acompanhamento uma equipe multidisciplinar e utilizar jogos, brincadeiras e desenvolver a lateralidade deste individuo para assim minimizar suas dificuldades e promover a saúde física e mental deste, objetivando assim o seu equilíbrio sócio afetivo.

4.2 A Função do Psicopedagogo mediando à relação ensino aprendizagem da criança com Síndrome de Down

O psicopedagogo assume um papel de grande importância na medida em que é a partir dela que se inicia o percurso para a formação identidade desse profissional.

A psicopedagogia clinica procura compreender de forma global e integrada os processos cognitivos, emocionais, sociais, culturais, orgânicos e pedagógicos que interferem na Aprendizagem afim, de possibilitar situações que resgatem o prazer de aprender em sua totalidade, incluindo a promoção da integração entre pais, professores, orientadores educacionais e demais especialistas que transitam no universo educacional do aluno.

Na relação com aluno, o psicopedagogo estabelece uma investigação cuidadosa que permite levantar uma serie de hipóteses indicadoras das estratégias capazes de criar a situação terapeuta que facilite uma vinculação satisfatória mais adequada para aprendizagem.

A psicopedagogia assume um compromisso com a melhoria da qualidade do ensino expandindo sua atuação para ao espaço escolar, atendendo, sobretudo aos problemas cruciais da educação no Brasil.

No ambiente escolar o psicopedagogo também utiliza instrumental especializado, sistema específico de avaliação estratégias capazes de atender aos alunos em suas individualidades e de auxiliá-lo em sua produção escolar e para além dela, colocando-os em contato com suas reações diante da tarefa e dos vínculos com o objeto do conhecimento. “A psicopedagogia tem como objetivo de estudo aprendizagem humana que surgiu de uma demanda as dificuldades de aprendizagem, colocado num espaço pouco explorado, situado além doas limites da pedagogia e da psicologia”. (Olívia Porto, 2005 p. 7).

De acordo com a autora Roseli Bacili “Como psicopedagogos precisamos delimitar nosso espaço e termos atitudes de responsabilidade, comprometimento, enfim, um compromisso ético”. Ética que exige respeito, confiança no outro e constante análise da nossa própria atuação, assumindo as responsabilidades de êxitos e fracassos. Precisamos estar atentos aos que ocorre entre os outros e com os outros para explicar a aprendizagem e o desenvolvimento das pessoas, observamos que pode desencadear dificuldades

de aprendizagem ou dificuldades de comportamento, portanto, ter uma visão ampla e abrangente dos envolvidos na situação, principalmente a nossa, para que possamos intervir adequadamente.

Assim, entende-se com atendimento psicopedagógico clínico a investigação e a intervenção para que se compreenda o significado, a causa e a modalidade de aprendizagem do sujeito, com intuito de sanar as dificuldades. A marca diferencial entre o psicopedagogo e outros principais profissionais é que seu foco é o vetor da aprendizagem, assim como o neurologista prioriza o aspecto orgânico, o psicólogo, “a psique”, o pedagogo o conteúdo escolar. Assim foi a partir das dificuldades do conteúdo escolar, iniciamos o trabalho com as crianças portadoras de dificuldade de aprendizado, com a abordagem psicopedagógica, com a finalidade de repensar a Constituição do lugar do psicólogo diante da demanda feita a ele um posto de saúde.

Para tanto uma sala de recursos foi elaborada. Pode-se concluir que o campo da atuação da psicopedagogia é a aprendizagem, e sua intervenção é preventiva e curativa, pois se dispõe a detectar problemas de aprendizagem e “resolve-los”, além de preveni-los, evitando que surjam outros. No enfoque preventivo o papel do Psicopedagogo é detectar possíveis problemas no processo ensino aprendizagem; participar das dinâmicas das relações educativas objetivando favorecer processos de integração e trocas; realizar orientações metodológicas para o processo ensino-aprendizagem, considerando características do indivíduo ou grupo; colocar em práticas alguns processos de orientação educacional, vocacional e ocupacional em grupo ou individual. Estando claro o que é psicopedagogia e qual a sua área de atuação, cabe-nos refletir sobre os recursos que o psicopedagogo utiliza para detectar problemas de aprendizagem e neles intervir.

5 | INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA DA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN

Como as crianças com SD apresentam um desenvolvimento mais lento e diferente em alguns aspectos, o psicopedagogo deve elaborar um programa centrado nos problemas específicos, encontrados quando se realiza a intervenção, baseados nos treinos perceptivo e motor básicos, pois estes são essenciais para a aquisição de outras aprendizagens mais complexas. Deste modo, devem intervir nas áreas onde se verificam os maiores défices, que podem ser: percepção, atenção, memória, psicomotricidade e linguagem.

Na área da percepção: A criança com SD não dispõe de mecanismos de estruturas cognitivas que lhe permita realizar e apreender determinadas tarefas. Deste modo, será necessário usar algumas estratégias para trabalhar a percepção, tais como: através do maior número de vias sensitivas (sentidos); intervir no sentido de a levar a selecionar, reconhecer e utilizar com exatidão os estímulos importantes num determinado momento; proporcionar-lhe atividades motivadoras, constantes e sucessivas; promover atividades,

incentivando a criança a verbalizar acerca do que está a fazer.

Na área da atenção: Nesta área, a criança com SD também apresenta défices ao nível de hábitos de fixação, focalização e mobilização da atenção, devido às dificuldades de percepção visual e auditiva, à psicomotricidade (relaxação) e à linguagem. Assim, devem ser-lhe proporcionadas algumas estratégias básicas: ausência de estímulos que lhes proporcionem desordenação; proporcionar-lhe atividades, acompanhadas de um modelo de ação e de instruções verbais claras e precisas; partir sempre de tarefas simples para as mais complexas, de acordo com as suas possibilidades, dando-lhes o tempo necessário para a sua concretização; proporcionar-lhe tarefas diversificadas, mudando frequentemente de atividade, evitando assim o desinteresse; compensar os esforços e sucessos da criança.

Na área da memória :É a capacidade de memória que permite o reconhecimento e recordação de objetos, situações ou factos e resulta da discriminação e reconhecimento dos estímulos visuais, auditivos, táteis e motores. Podem salientar-se três momentos no processo de memorização: aquisição (percepção de fatos), retenção (armazenamento da informação), reconhecimento/recordação (informação recolhida). Geralmente, a retenção da informação depende da repetição, da quantidade de dados, do grau de complexidade, da implicação afetiva, etc.

Na área psicomotora :O desenvolvimento psicomotor de uma criança com SD é mais lento do que o das outras crianças, devido à sua fraca tonicidade, à sua falta de atenção. A psicomotricidade permitirá um desenvolvimento motor, contribuindo para a organização da personalidade da criança, devendo ser desenvolvida o mais precocemente possível (entre os 0 e os 6 anos), constando de técnicas e terapias corporais que desencadeiam aquisições ao nível do equilíbrio, preensão, marcha e relações espaciotemporais. Está deve ser realizada em contexto da sala de aula, onde a criança está integrada, de modo a possibilitar a sua adaptação e relação com os outros e, através da linguagem corporal, a socialização. É importante ressaltar que os jogos, brincadeiras e dança também podem ser intervenções psicopedagógicas pertinentes para desenvolver a coordenação motora, além de vencer desafios possibilitando o seu processo de maturação, vencer desafios, aguçar a inteligência, imaginação, criatividade, organização cognitivas, atenção entre outros. Outro processo de intervenção indicado é o uso da musicoterapia para auxiliar na estimulação auditiva, devido os portadores desta síndrome apresentar dificuldade de memória visual, neste caso as canções infantis são importantes e o uso da dança de instrumentos músicas para que os mesmos possam manusear e utilizar a coordenação corporal ao ritmo, favorece sua percepção.

Os objetivos gerais do desenvolvimento psicomotor são domínio do esquema corporal, da expressão corporal e da motricidade, assim como a aquisição da motricidade fina, eliminação de hábitos mal adquiridos e aquisição de comportamentos sociais adequados à sociedade. Depois de adquiridas estas competências, a criança com SD estará apta a adquirir aprendizagens escolares, leitura, escrita e cálculo, embora não esquecendo que

estas aprendizagens realizar-se-ão de forma mais lenta do que nas outras crianças.

Na área da linguagem: É muito importante realizar-se uma avaliação da linguagem, uma vez que é uma das áreas com mais défices das crianças com SD. Devemos fazer uma distinção entre fala e linguagem, pois a fala é o conjunto de sons e combinação dos sons e a linguagem é o código ou sistema linguístico.

A intervenção sobre a linguagem deve começar o mais precocemente possível, logo nos primeiros meses de vida, com o intuito de sensibilizar a criança para o mundo sonoro e vocal, estimulando as suas vocalizações. Nesta fase da vida, é aos pais que cabe esta tarefa, sendo fundamental uma orientação, de modo a que eles estimulem a criança com SD, mostrando-lhes a sua alegria a cada som que vocaliza, valorizando todos os mecanismos compensatórios (gestos ou mímica), utilizados, muito frequentemente, como forma de comunicar.

5.1 Entrevista com a família ANAMNESE

A anamnese é um questionário sobre a história clínica da criança com SD, onde são utilizados formulários da anamnese que deve incluir um registro da história pessoal, familiar e, além disso, possíveis problemas clínicos pertinentes ou incapacidades físicas que devem ser anotadas.

A anamnese tem como objetivo: estabelecer o contato inicial com o a criança e sua família, estabelecendo assim a confiança entre os envolvidos, onde pode-se coletar as informações necessárias para elaborar as hipóteses diagnósticas. Portanto, ela é de suma importância, para que se possa fazer um diagnóstico confiável, tecendo mais detalhes da história pessoal da criança, e da família, tendo a necessidade de inicialmente ter contatos em sessões individuais com os pais ou responsáveis pela criança. Neste primeiro contato, deve ser esclarecido a proposta de trabalho e o método a ser utilizado. Pode ser realizado primeiramente objetivando compreender: a queixa nas dimensões familiares, as relações e expectativas familiares com relação a aprendizagem, aceitação e o engajamento da família no diagnóstico e também esclarecer o que é um Diagnostico Psicopedagógico.

5.2 Elaboração do Diagnostico Psicopedagógico

Segundo Cunha (1986), a palavra Diagnostico, é oriunda do francês *diagnostic* que vem do grego *diagnostikós* e significa “capaz de ser discernível”.

Fernández (1990) afirma que o diagnóstico, para o terapeuta, deve ter a mesma função que a rede para um equilibrista. É ele, portanto, a base que dará suporte ao psicopedagogo para que este faça o encaminhamento necessário.

É um processo que permite ao profissional investigar, levantar hipóteses provisórias que serão ou não confirmadas ao longo do processo recorrendo, para isso, a conhecimentos práticos e teóricos. Esta investigação permanece durante todo o trabalho diagnóstico através de intervenções e da “...escuta psicopedagógica...”, para que “...se possa decifrar

os processos que dão sentido ao observado e norteiam a intervenção”. (BOSSA, 2000, p. 24).

Na Epistemologia Convergente todo o processo diagnóstico é estruturado para que se possa observar a dinâmica de interação entre o cognitivo e o afetivo de onde resulta o funcionamento do sujeito (BOSSE, 1995, p. 80).

Vieira (2001) cita três razões para o uso do diagnóstico; Para existir comunicação, trocas e transmissão de informações; Para que seja possível obter uma opinião coerente que atribua um relativo poder ao que se analisa; O diagnóstico possibilita adquirir orientações importantes para se ter uma ideia de como agir e administrar a terapia.

Nesta perspectiva é importante termos o conceito, as atividades, fases do diagnóstico e a sua conclusão.

É importante ressaltar que a realização do diagnóstico varia entre os profissionais, dependendo da postura teórica de cada um.

Para a realização do Diagnóstico Psicopedagógico o profissional, desenvolve as seguintes atividades: - Anamnese (reconstrução da história de vida da criança);

- Análise do material escolar desde a pré-escola; - Contato com a escola (direto ou através de questionário); - Observação do desempenho em situação de aprendizagem;
- Aplicação de testes psicopedagógicos específicos; -Solicitação de exames complementares (psicológicos, neurológicos, oftalmológico, audiométrico, etc.) dependendo do caso.

O diagnóstico psicopedagógico é de extrema importância no trabalho do psicopedagogo que deve ser realizado com muitos recursos, com informações fidedignas para que não haja erros, pois busca identificar as causas do sintoma da não-aprendizagem e seu significado; reconstruir a história pessoal do sujeito, identificando possíveis fraturas do desenvolvimento; identifica a modalidade de aprendizagem do sujeito nos níveis epistêmico e do desejo; realiza o diagnóstico operatório e representações conceituais através do jogo e da representação simbólica.

Outro processo importante no diagnóstico, são as fases contempladas pelo: motivo da consulta (enquadre com a família); enquadre com o paciente e sessão lúdica; hora do jogo; história vital; visita à escola para entrevista com a professora; provas projetivas de Jorge Visca, provas operatórias de Jean Piaget, avaliação corporal, jogo; avaliação da lecto-escrita e avaliação matemática (intercalando as sessões e fazendo uso de diferentes instrumentos); devolução para o paciente; devolução para a família; devolução para a escola. Importante pontuarmos que o trabalho psicopedagógico com o portador de SD deve respeitar o ritmo da criança e propiciar estimulação adequada para o desenvolvimento de suas habilidades.

Finalizando, temos a conclusão do diagnóstico psicopedagógico, onde é criado

o plano de intervenção, que é a organização da ação e de um espaço que favoreça a reconstrução dos aspectos cognitivos do sujeito e de seu vínculo com a aprendizagem, através da brincadeira, do jogo, do desenho e da busca prazerosa pelo aprender.

De acordo com BOSSA (2000), em geral, no diagnóstico clínico, ademais de entrevistas e anamnese, utilizam-se provas psicomotoras, provas de linguagem, provas de nível mental, provas pedagógicas, provas de percepção, provas projetivas e outras, conforme o referencial teórico adotado pelo profissional.

5.3 Provas Projetivas e Provas Específicas

O processo de intervenção é realizado nas áreas afetivo –social (provas projetivas), área pedagógica (provas específicas), área corporal (provas psicomotoras), área cognitiva (provas operatórias).

Na área Afetivo-Social, realizamos as Provas Projetivas que avalia a condição afetiva do sujeito frente a situações de aprendizagem nos âmbitos: escolar, familiar e pessoal. Tem objetivo de investigar os conteúdos afetivos constitutivos do vínculo com a aprendizagem; subsidiar a análise do papel que o sujeito ocupa no seu contexto social, as suas relações na família, na escola, bem como, os seus conflitos, desejos, sonhos, rejeições, tristezas, alegrias, dúvidas, medos, dentre outros significados, inclusive da área cognitiva.

Na área Pedagógica, realizamos as Provas Específicas que avalia o processo da gênese da escrita, da leitura e do cálculo. Tem objetivo de observar o desenvolvimento da aprendizagem do sujeito, nos aspectos da: escrita, leitura e cálculo.

Na escrita, são avaliados a posição do papel, postura para escrever e segurar os instrumentos, erros ortográficos, velocidade da escrita, etapas de desenvolvimento do grafismo, qualidade da escrita, etc.

Na leitura, avaliamos a velocidade, ritmo, postura e dificuldades.

Quanto ao cálculo, são avaliadas as relações de tamanho, conceito de permanência de quantidade, compreensão das quantidades e dos signos visuais (números).

5.4 Provas Psicomotoras e Provas Operatórias

Na área Corporal, realizamos as Provas Psicomotoras que avalia o desenvolvimento integral do sujeito no processo ensino-aprendizagem. Tem o objetivo de proporcionar ao sujeito algumas condições mínimas necessárias a um bom desempenho escolar; aumentar o potencial motor do sujeito, dando-lhe recursos para melhorias no âmbito escolar.

A inteligência relaciona-se com a Psicomotricidade. (Piaget, 1968).

Movimento (ação), pensamento e linguagem são uma unidade inseparável. O movimento é o pensamento em ato, e o pensamento é o movimento sem ato. (Wallon, 1988).

As provas psicomotoras a serem realizadas podem ser: Teste Gestaltico Visomotor (Laureta Bender, 1938); prova de Ritimo (Mira Stamback); Lateralidade; Sieriação de

Dominancia Lateral.

Na área Cognitiva, realizamos Provas Operatórias que determina o grau de aquisição de algumas noções chaves do desenvolvimento cognitivo, detectando o nível de pensamento alcançado pelo sujeito, ou seja, o nível de estruturação cognoscitiva com quem opera. Tem o objetivo de verificar em que nível do pensamento está operando, seja; sensorio-motor; pré-operatório; operatório concreto ou formal. Importante ressaltar que no uso dos testes, não é definir o Q.I, mas verificar se o sujeito está podendo usar a inteligência a seu favor, ou não e de que forma está sendo usado. As provas Operatórias indicadas são: 1-Conservações: de massa; de pequenos conjuntos discretos de elementos; de comprimento, de liquido, de peso. 2-Mudança de critério (dicotomia); 3-Prova de Inclusão de Classes; 4-Seriação de Bastonetes; 5-Intersecção de Classes;

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desta pesquisa ficou evidente a relevância do tema para o estudo de questões que influenciam no desenvolvimento cognitivo de crianças com a Síndrome de Down, bem como verificar a importância da atuação do psicopedagogo durante esse processo de desenvolvimento cognitivo e social, onde deve ocorrer a interação social e a inclusão escolar.

A análise do tema foi realizada através de pesquisa bibliográfica, estudamos questões sobre a Síndrome de Down, seu histórico, ressaltando o papel a importância do profissional Psicopedagogo na inclusão e desenvolvimento dessas crianças.

Refletimos sobre como o psicopedagogo pode investigar e intervir psicopedagogicamente com a criança com Síndrome de Down, mostrando os passos a serem seguidos, os mecanismos e técnicas de investigação a serem utilizados com a criança, com a família e com a escola, o diagnóstico psicopedagógico, e as intervenções a serem utilizadas a partir do diagnóstico da criança.

Dessa forma desejamos que este artigo sirva como meio de reflexão e estudo para pais, famílias, professores, estudantes e psicopedagogos que estão sempre buscando novos aprendizados para conseguir despertar nas crianças com a Síndrome de Down as suas potencialidades e assim promover o seu desenvolvimento cognitivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação** nº9.394/96 de 1996. Brasília, 1996.

NITRINI, R – **Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação** – São Paulo, FMUSP, 1996.

PIAJET, J. (1978). **A epistemologia genética**. São Paulo, Abril Cultural (coleção Os pensadores)

VIGOTSKI, Lev S., LURIA, Alexander R. e LEONTIEV, Aléxis N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. 3ª ed. São Paulo: Ed Ícone, 1991.

FONSECA, Vitor.da. **Introdução as Dificuldades de Aprendizagem**. Editora Artes Médicas, 1995.

SCHAWARTZMAN, J. S. (1999a). Histórico. J. S. Schwartzman (Org.), **Síndrome de Down** (p. 3-15). São Paulo: Mackenzie.

SCHAWARTZMAN, J. S. (1999b). Generalidades. Em J. S. Schwartzman (Org.), **Síndrome de Down** (p. 16-31). São Paulo: Mackenzie.

SASSAKI, Romeu K. Inclusão. **Construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro, Ed. WVA 1997

ALLESSANDRINI, C, D. **Oficina criativa e psicopedagogia**, São Paulo, Casa do psicólogo, 1996.

ANDRADE, E, R. **Indisciplinado ou hiperativo**. Nova Escola, São Paulo, nº 132, 2000.

BOSSA, N, A. **A psicopedagogia no Brasil: contribuições a partir da prática**, Porto Alegre, Artes médicas, 2000.

DE MEUR, A; STAES, L. **Psicomotricidade**. São Paulo: Manole, 1991.

FERNÁNDEZ, A. **O saber em jogo A psicopedagogia propiciando autorias de pensamento**. Porto Alegre, Artmed, 2001.

FONSECA, V. **Manual de Observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos fatores psicomotores**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

GOLDSTEIN, Sam; GOLDSTEIN, Michael. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. 7. ed. Campinas: Papirus, 1994

PIAGET, Jean. **A Psicologia da Inteligência** – Ed.: VOZES, 2013

SAAD,Suad Nader. **Preparando o caminho da inclusão, dissolvendo mitos e preconceitos em relação a pessoa com Síndrome de Down**. São Paulo: Vetor editora 2003.

TUNES, Elizabeth; PIANTINO, L. Danezy. **Cadê a síndrome de Down que estava aqui? O gato comeu... o programa da Lurdinha**. 3.ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2006. (Coleção Educação Contemporânea).

VOIVODIC,M.**O desenvolvimento cognitivo das crianças com Síndrome de Down à luz das relações familiares**. 2002.

JADILSON MARINHO DA SILVA - Possui graduação em Letras pelo Centro de Ensino Superior do Vale do São Francisco (2010), graduação em Pedagogia pela Faculdade Mantense dos Vales Gerais (2021), especialização em Linguagens, suas Tecnologias e o Mundo do Trabalho pela Universidade Federal do Piauí (2022), especialização em Estudos Linguísticos e Literários pela Universidade Cândido Mendes (2015), especialização em Ensino de Língua Portuguesa pela Faculdade de Ciências Educacionais (2014), especialização em Língua Brasileira de Sinais (2020), especialização em Psicopedagogia Clínica e Institucional (2021), Mestrado (2017) e Doutorado em Ciências da Educação (Diploma reconhecido pela Universidade Federal de Goiás). Integra o Núcleo de Pesquisa em História e Cultura Política, Educação e Diferenças Culturais (AESA/CESA). Na Educação Superior possui experiência nas áreas de Letras e Educação, com ênfase em Literatura Brasileira, Literatura Comparada, Educação Inclusiva, formação docente, avaliação e currículo.

A

Acessibilidade 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 21, 22, 23

Acompanhamento psicopedagógico 47, 49

Adultos 35, 36, 38, 39, 42, 44

Avosidades 25, 27, 29, 30, 36, 37

B

Bibliotecas universitárias 11, 12, 13, 15, 16, 21, 23

C

Comunicação 1, 2, 3, 4, 12, 15, 16, 20, 23, 25, 29, 38, 42, 43, 44, 56, 59, 71

D

Deficiência visual 11, 12, 17, 18, 19, 20, 21, 22

Desenvolvimento cognitivo 47, 48, 49, 50, 55, 56, 57, 59, 73, 75

Dinâmica familiar 38

E

Educação 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 23, 25, 40, 48, 49, 50, 52, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 74, 75, 76

Educação inclusiva 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 76

Ensino superior 1, 2, 4, 5, 10, 12, 25, 76

Escolar 8, 25, 47, 48, 49, 54, 55, 56, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73

I

Inclusão 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 16, 21, 22, 23, 47, 49, 57, 60, 66, 73, 74

Informação 1, 2, 4, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 56, 59, 60, 69

Intergeracional 25, 29, 31, 32, 34

Irmãos 30, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45

N

Necessidades educativas especiais 1, 2, 3, 4

P

Pessoas com deficiência 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 50, 52

Processos psíquicos 25, 26, 29, 30

R

Relações fraternas 38

S

Síndrome de Down 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 66, 67, 73, 74, 75

Sociedade 1, 3, 4, 6, 8, 13, 14, 15, 16, 21, 23, 25, 26, 31, 38, 47, 48, 49, 52, 54, 55, 56, 60, 64, 70, 74

T

Tecnologia 1, 2, 5, 11, 15, 17, 20, 22, 23

Transgeracional 25, 26, 31, 34, 35, 36

DIVERSIDADE E INCLUSÃO:

Abordagens e experiências 3

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

DIVERSIDADE E INCLUSÃO:

Abordagens e experiências 3

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br