

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**INSTITUTO DE CIENCIAS HUMANAS E FILOSOFIA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**FELLIPE FRACHO DE GUSMÃO**

**EDUCAÇÃO INCLUSIVA: A RELEVÂNCIA DA  
ESTIMULAÇÃO PRECOCE PARA OS PORTADORES DA  
SINDROME DE DOWN**

**Niterói**  
**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**FELLIPE FRACHO DE GUSMÃO**

**EDUCAÇÃO INCLUSIVA: A RELEVÂNCIA DA  
ESTIMULAÇÃO PRECOCE PARA OS PORTADORES DA  
SINDROME DE DOWN**

Artigo monográfico apresentado à coordenação do curso de Ciências Sociais da Universidade Federal Fluminense, como parte do requisito para a obtenção do grau de licenciado em Ciências Sociais.

Orientadora: **Prof<sup>a</sup>. Elisabete Cristina Cruvello da Silveira**

**Prof<sup>a</sup>. Wilma Pessoa**

**Prof<sup>a</sup>. Helene Petry**

**Niterói**  
**2014**

## **RESUMO**

Este artigo monográfico discute a inclusão dos portadores de Síndrome de Down a partir das potencialidades da estimulação precoce, tendo duas indagações principais: Qual é o significado de um programa de estimulação precoce para uma educação inclusiva no que diz respeito aos portadores de Síndrome de Down? Como a legislação brasileira trata a educação inclusive desse grupo? A estimulação precoce é importante no processo de desenvolvimento desta população ao oferecer maiores oportunidades de socialização, integração e aprendizado, minimizando as grandes defasagens cognitivas associadas a essa síndrome. Trata-se de uma revisão bibliográfica qualitativa, reunindo a contribuição de vários analistas do campo da Psicologia, Educação e Sociologia, detalhando três conceitos centrais: educação inclusiva, estimulação precoce, portadores de deficiência, neste caso, da Síndrome de Down. Do ponto de vista das legislações brasileiras consultadas, comprova-se uma preocupação com os portadores da Síndrome de Down e outros portadores de necessidades especiais, asseverando o direito à igualdade da educação e o respeito às diferenças. A estimulação precoce constitui um instrumento eficaz para viabilizar e fomentar a garantia desses direitos para os portadores da Síndrome de Down concebida na proposta da educação inclusiva vigente na Lei de Diretrizes e Bases, no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Constituição do País.

### **Palavras-chave:**

Educação inclusiva. Portadores de Síndrome de Down. Estimulação precoce. Legislação brasileira.

## INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 13 de julho de 1990, (LEI Nº 8.069), preconiza a igualdade de direitos para todas as crianças, incluindo os portadores da Síndrome de Down. Este artigo monográfico discute a inclusão dos portadores de Síndrome de Down a partir das potencialidades da estimulação precoce.

A Síndrome de Down constitui uma alteração genética onde ao invés do indivíduo apresentar dois cromossomos 21, possui três (BISSOTO, 2005). Estas mudanças genéticas alteram todo o desenvolvimento e maturação do organismo, inclusive a cognição do portador dessa síndrome. O seu desenvolvimento intelectual ocorre com atraso quando comparado com o das crianças com desenvolvimento neuropsicomotor típico. Então, as principais indagações deste artigo: Qual é o significado de um programa de estimulação precoce para uma educação inclusiva no que diz respeito aos portadores de Síndrome de Down? Como a legislação brasileira trata a educação inclusive desse grupo?

Neste sentido, a estimulação precoce constitui um instrumento eficaz para fomentar a garantia desses direitos para os portadores da Síndrome de Down concebida na proposta da educação inclusiva vigente na legislação brasileira consultada.

Por educação inclusiva denomina-se a ampla participação de todos os estudantes nos estabelecimentos democráticos de ensino regular. Outra contribuição da estimulação precoce é possibilitar uma melhor interação entre os alunos considerados deficientes e os alunos não deficientes, proposta da educação inclusiva no Brasil.

O argumento para realização deste trabalho foi devido ao contato como docente com um aluno portador de Síndrome de Down na cidade de São Paulo em 2013. Esta experiência não apenas me mostrou a relevância da estimulação precoce, bem como me levou a pesquisar mais sobre o tema.

Diversos estudos têm mostrado que a estimulação precoce é importante no processo de desenvolvimento desta população ao oferecer maiores

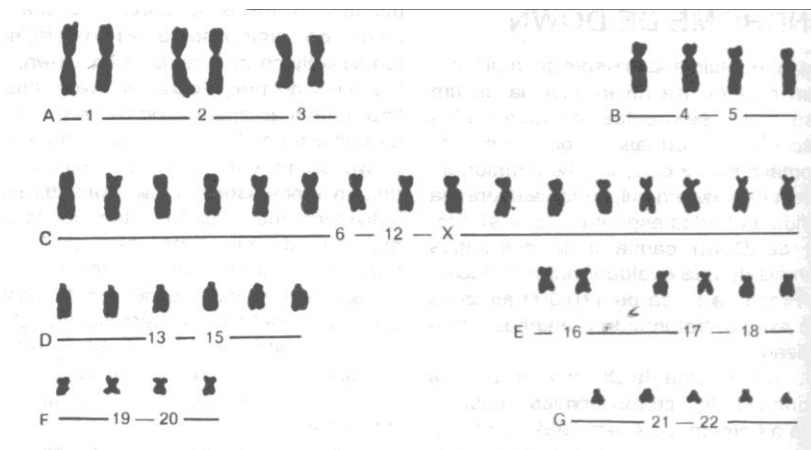
oportunidades de socialização, integração e aprendizado, minimizando as grandes defasagens cognitivas associadas a essa síndrome. O objetivo do artigo é apresentar a importância da estimulação precoce e sua continuidade para os portadores de Síndrome de Down no ambiente escolar. Trata-se de uma revisão bibliográfica qualitativa, reunindo a contribuição de vários analistas do campo da Psicologia, Educação e Sociologia, detalhando três conceitos centrais: educação inclusiva, estimulação precoce, portadores de deficiência.

Este trabalho encontra-se estruturado em três tópicos. O primeiro caracteriza o portador a Síndrome de Down em termos de suas peculiaridades. O segundo evidencia a relevância da estimulação precoce para esse grupo, por vezes, discriminado. O terceiro apresenta os avanços da legislação brasileira consultada. Por fim, algumas sínteses do estudo realizado.

## 1. Peculiaridades da Síndrome de Down

CARSWELL (1993) afirma que a primeira descrição clínica da síndrome, provavelmente foi realizada por EDVARD SEGUIN entre 1846 e 1866. Em 1866, LANGDON DOWN considerou, como sua hipótese básica, que as crianças seriam resultado de uma possível degeneração da raça caucasiana a uma raça inferior mongólica. Daí o nome mongolismo, não mais utilizado por ser pejorativo. Foi em 1959 que três cientistas franceses, LEJEUNE, TURPIN e GAUTIER comprovaram a causa genética dessa síndrome, demonstrando a existência de um cariótipo com um cromossomo a mais (trissomia).

A Síndrome de Down representa, segundo UMPHRED (1994) a mais comum causa cromossômica de retardo mental de moderado a grave. Nesta síndrome ocorre a presença de um cromossomo 21 extra, levando-a a também ser denominada como trissomia do cromossomo 21. A presença deste cromossomo extra responde por 91% de todos os casos de Síndrome de Down. Os casos restantes incluem as trissomias parciais e de translocação. A figura representa o cariógrama:



(LIMA, 1996)

No caso de trissomia parcial do braço longo do cromossomo 21, há fenótipo típico da Síndrome de Down; a trissomia do braço curto acarreta fenótipo normal acompanhado de leve retardo mental. Existem casos nos quais o fenótipo anormal pode ser causado por translocações muito pequenas para

serem identificadas pelos métodos disponíveis, ou por um mosaicismos oculto ou transitório, assim os indivíduos embora exibam todos os estigmas da síndrome, não possuem nenhuma aberração cromossômica constatável.

Segundo UMPHRED (1994) o defeito que produz uma anormalidade cromossômica é geralmente de quantidade em vez de qualidade do material genético, no qual, aparece um cromossomo extra ou um cromossomo a menos. No caso da trissomia 21 a causa exata da presença do cromossomo adicional é desconhecida.

Alguns aspectos característicos dos portadores de Síndrome de Down: Hipotonicidade (dificuldade para firmar a cabeça, para engolir e sugar); excesso de pele atrás do pescoço; perfil facial aplanado (face achatada); prega da pálpebra superior no canto interno do olho bem pronunciada; fendas palpebrais oblíquas e dirigidas para cima; cavidade oral pequena; língua saliente e sulcada; dentição irregular; orelhas pequenas e deformadas; base do nariz achatada. LIMA (1996) descreve ainda que os portadores de Síndrome de Down apresentam ainda abdômen saliente e tecido adiposo abundante. Defeitos congênitos cardíacos são freqüentes. Segundo CARSWELL (1993), em um trabalho realizado com 10 crianças portadoras da Síndrome de Down, 3 crianças apresentavam cardiopatias congênitas.

Vários comportamentos ocorrem mais tardiamente nas crianças com Síndrome de Down. A seguir, a tabela relaciona idades médias da manifestação de alguns comportamentos nas crianças com Síndrome de Down comparadas com crianças “normais”, fundamenta em Lima (1996).

Tabela1. Relação de idades médias da manifestação de comportamentos nas crianças com Síndrome de Down comparadas com crianças sem Down.

<b>MOVIMENTO</b>	<b>Idade Down média</b>	<b>Idade “normal” média</b>
Sentar sozinho	11 meses	6 meses
Engatinhar	15 meses	9 meses
Ficar de pé	20 meses	11 meses



Andar sozinho	26 meses	14 meses
<b>LINGUAGEM</b>	<b>Idade Down média</b>	<b>Idade “normal” média</b>
Primeira palavra	23 meses	12 meses
Frase de duas palavras	3 anos	2 anos
<b>PESSOAL / SOCIAL</b>	<b>Idade Down média</b>	<b>Idade “normal” média</b>
Sorriso em resposta	3 meses	1 mês
Comer com as mãos	18 meses	10 meses
Beber no copo	23 meses	13 meses
Controle do esfíncter anal	4 anos	22 meses
Uso da colher	29 meses	14 meses
Vestir-se	7 anos	4 anos

HEITZMANN (1997) concorda com os achados da tabela apresentada por LIMA (1996), enfatizando que as etapas importantes no desenvolvimento da criança são vividas mais tardiamente nos portadores Síndrome de Down.

Tabela 2. Etapas do desenvolvimento da criança com Síndrome de Down:

<b>MOTOR/ COMPORTAMENTO</b>	<b>ETAPAS NA SÍNDROME DE DOWN</b>	<b>MÉDIA DA SÍNDROME DE DOWN</b>	<b>MÉDIA NORMAL</b>
Controle cervical total	6 a 20 meses	8 meses	4 meses
Rolar	6 a 20 meses	13 meses	6 meses
Arrastar	6 a 23 meses	16,5 meses	6 / 7 meses

Sentado sem apoio	8 a 21 meses	13 meses	7 meses
Engatinhar	13 a 24 meses	19,5 meses	10 meses
Ficar em pé com apoio	10 a 25 meses	17 meses	8 / 9 meses
Andar com apoio	11 a 25 meses	17,5 meses	12 meses
Andar sem apoio	Por volta de 23,5 meses	Por volta de 23,5 meses	1 ano e 2 meses

( HEITZMANN, 1997)

Neste contexto, LIMA (1996) e HEITZMANN (1997), descrevem diferentes comportamentos e aspectos motores relacionados com a Síndrome de Down. Nas etapas descritas nas respectivas tabelas, evidencia-se a questão do desenvolvimento normal *VERSUS* desenvolvimento do portador de Síndrome de Down, o que ressalta a necessidade da estimulação para o desenvolvimento neuropsicomotor e sua inclusão social. Cabe enfatizar que a comparação estabelecida é apenas necessária para que seja identificadas as reais necessidades das crianças com Síndrome de Down em relação a estimulação precoce.

HEITZMANN (1997), defende que o desenvolvimento do indivíduo é influenciado por quatro fatores que estão inter-relacionados: a maturação, como amadurecimento físico do sistema nervoso central; a experiência, como estímulos recebidos pela criança através dos movimentos, da manipulação de objetos concretos e os processos de pensamento que envolve; a interação social, como a relação com outras pessoas, jogos e conversas, que é o processo de reunir maturação, experiência e socialização para construir e reconstruir as estruturas mentais.

Vale a pena esclarecer que a problemática da deficiência envolve uma relatividade cultural, pois como distinguir os “deficientes” e “não deficientes” em um dado contexto histórico? Para FONSECA (1995) essa relatividade obscura,

tênue, sutil e confusa, procura, de alguma forma, “afastar” ou “excluir” os “indesejáveis”, cuja presença “ofenda”, “perturba” e “ameaça” a ordem social”.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), deficiências são “anomalias da estrutura ou da aparência do corpo humano e do funcionamento de um órgão ou sistema, seja qual for a sua causa”. Como resultado da deficiência, o indivíduo terá uma incapacidade no desempenho funcional e de atividades tanto maior quanto maior for o nível da deficiência apresentada. Atualmente as pessoas portadoras de deficiência são denominadas portadores de necessidades especiais (PNE).

A definição da “criança deficiente” aceita internacionalmente, e que foi aprovada pela Council of Exceptional Children ( CEC ) no I Congresso Mundial (Stirling, 1978) sobre o Futuro da Educação Especial é:

“... é a criança que se desvia da média ou da criança normal em: 1) características mentais; 2) aptidões sensoriais; 3) características neuromusculares e corporais; 4) comportamento emocional; 5) aptidões de comunicação; 6) múltiplas deficiências, até ao ponto de justificar e requerer a modificação das práticas educacionais ou a criação de serviços de educação especial no sentido de desenvolver ao máximo as suas capacidades.”

Posteriormente, a Associação Americana de Desenvolvimento Mental (ex - Associação Americana de Deficiência Mental) descreve a deficiência mental num conceito mais positivo: “a condição na qual o cérebro está impedido de atingir um desenvolvimento adequado, dificultando a aprendizagem no indivíduo, privando – o de ajustamento social”. Na verdade, MARCUCCI afirma que os deficientes mentais são adultos ou crianças que, face ao desenvolvimento inadequado da inteligência, têm uma desvantagem significativa nas suas possibilidades de aprender e adaptar-se às exigências da sociedade. (1997) A classificação da deficiência mental depende do grau de comprometimento, podendo ocorrer a associação ou multiplicidades de comprometimentos ou “deficiências”.

## 2. Relevância da estimulação precoce

De forma simplificada, estimular significa criar condições facilitadoras para o desenvolvimento da criança. Na criança deficiente o processo se torna mais complexo, pois a relação mãe-filho e a estimulação oferecida (conversas, alimentação, jogos e demonstrações de afeto e carinho) podem não se mostrar suficientes para o desenvolvimento da criança. Neste caso a estimulação precoce é de grande relevância.

REGEN (1985) já propunha a estimulação global da criança, visando o desenvolvimento de suas capacidades bem como sua independência no dia a dia, de acordo com a fase em que ela se encontra. Descreve ainda que os principais objetivos na escolha das atividades eram: a possibilidade de que pudessem ser realizados em situações do dia a dia, em suas próprias casas; que não tomasse muito tempo dos pais para realizá-los e que os objetos utilizados fossem os mais simples, encontrados em qualquer lar ou de fácil confecção.

BENATTI (1989) descreve a estimulação precoce como uma série de exercícios para desenvolver as capacidades da criança, de acordo com a fase de desenvolvimento em que ela se encontra. RAMOS (1992) descreve, além das considerações feitas anteriormente, que as crianças com distúrbios no desenvolvimento apresentam o vínculo afetivo muito debilitado, já que ambos, mãe e criança, respondem menos a esta interação.

Assim, a estimulação precoce, conjunto de técnicas de caráter sócio - educativo que visa proporcionar uma melhor aprendizagem nos primeiros anos de vida, não deve possuir a conotação de antecipação. Mas sim, o início da estimulação o mais cedo possível, uma vez, que o maior desenvolvimento cerebral ocorre nos dois primeiros anos de vida, uma vez que a mielinização se opera, as redes neurais crescem e se estruturam os processos de informação visual, auditivo e tátil-cinestésica. Com isso, BENATTI (1989) relata que para a criança atingir novas fases no seu desenvolvimento, ela precisa ser estimulada a experimentar as coisas e a conviver com outras pessoas; para experimentar, ela conhecerá e viverá situações e objetos usando todos os sentidos: tato,

audição, visão, paladar e as sensações causadas pelos movimentos, fazendo assim, uma memória de suas vivências.

Porém UZGIRIS & HUNT (1980) e RAMOS (1992) concluíram que um meio social e também familiar com excesso de estímulos podem determinar deficiências no desenvolvimento no estágio sensório – motor. Acreditam que crianças destes ambientes aprendem a ignorar as fontes auditivas e, assim, não desenvolvem o hábito de escutar. O bombardeio de estímulo pode gerar efeito perturbador, semelhante ao da privação dos mesmos.

FRAGA, DAMASCENO, BRAGA & FORTE (1988), realizaram um estudo sobre a implantação de um programa de estimulação precoce e concluíram que o campo da estimulação precoce não está sendo ocupado satisfatoriamente por outros diversificados profissionais.

É preciso considerar que a inadequação ou carência de estimulação, nos primeiros anos de vida, acarretam diminuição do ritmo do desenvolvimento infantil. RAMOS (1992) afirma poder ser prevenido por programas de estimulação precoce. Acrescenta ainda que os benefícios destes programas abrangem todos os tipos de portadores de distúrbios no desenvolvimento e crianças de alto risco, além dos portadores de necessidades especiais.

RAMOS (1992) defende ainda, a necessidade da organização de modelos de serviços para assistência às pessoas portadoras de deficiência mental, com finalidade multiplicadora, para diferentes regiões do país e a realização de pesquisa sobre carência de estimulação ambiental como fator etiológico do retardo mental, visando à organização de programas de intervenção precoce.

FONSECA (1995) descreve que a estimulação representa o alimento ao organismo, quer no plano afetivo e cognitivo, quer ainda no plano nutricional; privações nessas áreas propiciam lentidão e anomalias de desenvolvimento e de crescimento.

CARRAZA (1993) realizou um estudo comprovando a normalização significativa do desenvolvimento em crianças desnutridas que se recuperaram em ambientes socialmente adequados. Afirmando que o retardo do

desenvolvimento neuropsicomotor é multifatorial e reversível em condições de estimulação.

CARSWELL (1993) realizou um projeto com o objetivo de ajudar a criança portadora da Síndrome de Down a desenvolver hábitos básicos da vida diária, de favorecer a manutenção da estrutura familiar através do controle da ansiedade dos pais e professores. Orienta ainda como integrar a criança à família, incluindo no programa atividades para linguagem, físicas, estimulação de coordenação e outras habilidades motoras e sociais seguindo o desenvolvimento infantil. Este estudo foi realizado num grupo de dez crianças e seus familiares, num período de seis anos. Concluiu-se que o diagnóstico precoce da síndrome permite que se inicie precocemente a estimulação da criança, assim como a orientação do casal e profissionais. A estimulação tardia leva a resultados menos favoráveis, assim como à maior dificuldade de adaptação da criança à família.

A estimulação precoce não depende de um único e exclusivo profissional, pois se trata de um programa multiprofissional, composto por profissionais da saúde e pedagogos. Para o sucesso do programa é preciso abraçar tanto a criança quanto seus familiares ou responsáveis, com esclarecimentos, apoio profissional nos diversos setores e o treinamento para extensão do programa de estimulação precoce além do ambiente clínico e escolar.

FRANCO (1995) destaca a importante ação da pedagogia. Trata-se de uma abordagem específica para a área da deficiência mental, pois ela está inserida na educação da criança que não pode se beneficiar apenas do ensino comum, compreendendo métodos e técnicas adequadas aos que apresentam necessidades especiais. Assim, a pedagogia abordada durante o exercício da estimulação precoce deve pesquisar e propor novas metas educacionais, que as levem a construir seus conhecimentos, interagindo com o meio e resolvendo por si mesma os conflitos que aparecem, sempre na medida de suas possibilidades.

Para isso, inclui-se também a estimulação cognitiva, tratando-se de um processo interno que, de início, as respostas são as imitações e, mais tarde, são baseadas em conhecimento e recordações, até que a criança seja capaz

de dar respostas novas e originais. A área cognitiva envolve funções perceptivas, memória, análise, síntese e raciocínio. Isto se desenvolve através da brincadeira e das experiências vividas pela criança. Sendo assim, tem o objetivo de desenvolver a capacidade de responder aos estímulos sensoriais perceptivos do meio. Do ponto de vista específico, significa a oportunidade de agir sobre um meio físico rico em estímulos, de modo que coordene suas ações e estabeleça relações entre ela e o mundo. Além disso, desenvolver a atenção, reconhecimento do esquema corporal, a coordenação dos movimentos, estimular a área sensorio-perceptiva (tátil, visual, auditivo, gustativo e olfativo), trabalhar atenção e concentração, fortalecer o vínculo mãe – filho e os benefícios desta relação.

SCHMIDT (1996) defende o trabalho de estimulação respiratória para as crianças com Síndrome de Down, pois elas são particularmente sensíveis a infecções do trato respiratório superior, obstrução nasal e póis nasal. Com frequência, sofrem de otite, maior facilidade de inalar muco ou comida, em parte pela hipotonia muscular e em parte pela baixa resposta dos reflexos de tosse. Assim, recomenda dar às crianças variados recursos terapêuticos e exercitá-las realizando um trabalho precoce para prevenir infecções. Para isso, faz-se necessário um trabalho em conjunto por fisioterapeutas e fonoaudiólogos. É importante a presença destes profissionais no ambiente escolar, periodicamente, na função de atender a necessidades dos alunos com diversas necessidades especiais.

Portanto, a estimulação precoce contribui para as atividades da vida diária (AVD), que são hábitos funcionais diários pertinentes ao universo de experiências vitais do indivíduo e cuja realização se constitui na rotina de todos nós (habilidades motoras, alimentação, vestuário e higiene); e para as atividades da vida prática (AVP), que são experiências sócio-domiciliares do indivíduo, que variam de acordo com a realidade social, econômica e cultural, que consiste no reconhecimento, utilização e manutenção do ambiente e dos recursos da comunidade (parques, clubes, creches, etc).

Embora estimulação precoce se refira a um processo amplo, didaticamente podemos subdividi-lo em:

a-) aspecto motor, que na Síndrome de Down caracteriza-se pelo aumento de salivação e dificuldade para se alimentar. Ficando claro a necessidade da estimulação orofacial;

b-) aspecto comportamental, visa à implantação de condutas adequadas e à correção de outras;

c-) aspecto sensório-motor, inclui o desenvolvimento gradativo de padrões motores finos, com a percepção do corpo no espaço, da melhor coordenação viso-motora, da autonomia, da linguagem, do aprendizado e da socialização;

d-) linguagem , muitas vezes pode fazer-se necessária a intervenção de um profissional. Estes aspectos são de extrema importância e são passíveis de serem desenvolvidos com a participação efetiva dos pais, que devem ser treinados.

Com base nos programas de estimulação precoce, encoraja-se que o ensino seja efetuado pelos pais, e que os mesmos consigam facilitar o desenvolvimento de seus filhos deficientes. Tal postura não desvaloriza a equipe multidisciplinar, mas sim adapta o processo para a maior parte da população.

Assim, para que um programa de estimulação seja estabelecido, é preciso que o nível psicomotor da criança seja identificado, diferenciando atrasos de desenvolvimento, sinais psicomotores, sintomas decorrentes de quadros lesionais e outros que influirão de maneira significativa na elaboração de um projeto de estimulação. Baseando-se nesta avaliação, os pais e posteriormente os educadores recebem orientações para uma intervenção mais precisa.

RAMOS (1990) esquematizou um modelo integrativo dos três níveis de prevenção, destinada a servir de referência para a formulação de programas. Tal esquema compreende: Prevenção terciária (ações dirigidas às crianças com a finalidade de atenuar os efeitos dos distúrbios); Prevenção secundária (incluindo conhecimento de fatores de risco com níveis de intensidade e classificações de natureza biológica e ambiental, características de vulnerabilidade no desenvolvimento infantil, carência afetiva e sócio – cultural)



e Prevenção primária (otimizar ou manter os níveis de saúde e bem-estar, alcançados pela população infantil, considerada normal e sadia, mediante programas preventivos que enfatizem o emprego de ações divulgadoras e promocionais, destinadas a fortalecer o processo evolutivo integral na primeira infância).

BARBOSA (1993) analisou os principais critérios e metodologia para a elaboração dos programas de desenvolvimento em estimulação precoce. Destacou as seguintes vertentes: Preventiva (crianças que não apresentam déficit, mas são consideradas de risco. A estimulação seria para que este déficit não viesse a aparecer); Corretiva (nos casos em que uma das áreas de intervenção não tem um funcionamento normal. A estimulação precoce deveria conseguir um acercamento desta função à normalidade) e Potenciadora (quando as distintas funções não alcançam nível de funcionamento normal. Toda a ação da estimulação precoce será encaminhada a fim de conseguir que estas funções alcancem níveis máximos possíveis.

Todos os resultados obtidos são importantes para o desenvolvimento cognitivo das crianças com Síndrome de Down e são fundamentais para que essas crianças obtenham melhores resultados em seus futuros estudos e na busca por sua independência em diversas atividades.

O guia de orientação a pais, formulado pela APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), tem o objetivo de auxiliar os genitores na compreensão da problemática da deficiência mental e criar estímulos às crianças portadoras da Síndrome de Down. Tal programa de estimulação é dividido em 6 fases :

Fase 1: para crianças de 0 a 6 meses

Fase 2: para crianças de 3 a 6 meses

Fase 3: para crianças de 6 a 9 meses

Fase 4: para crianças de 9 a 12 meses

Fase 5: para crianças de 12 a 24 meses

Fase 6: para crianças de 24 a 36 meses.

Neste sentido, é necessário respeitar as capacidades da criança e não ficar preso à idade cronológica. As atividades devem ser iniciadas e a passagem de uma fase a outra pode não se dar exatamente na idade proposta, devendo ser respeitado o ritmo de desenvolvimento de cada criança, sem desanimar ou deixar de realizar o trabalho. Para cada fase, procura-se oferecer orientações quanto a hábitos alimentares e de higiene, atividades que visam a auxiliar o desenvolvimento das áreas motora, da compreensão e emissão da linguagem e da sociabilidade, bem como dicas sobre normas educacionais.

A relevância de brinquedos e dos jogos para a estimulação precoce é observada no Projeto Down (1989), a fim de proporcionar prazer e satisfação, estimulando a criança e favorecendo uma boa relação entre a família e o portador. Na verdade é preciso ajudar a criança a escolher o que realmente quer fazer e respeitar o momento que deseja parar e não forçá-la ao que não deseja. São indicados brinquedos com cores, formas, texturas e tamanhos variados. Algumas opções como caixas escuras com luz negra, placas de Feler e brinquedos coloridos musicais, com diferentes texturas e tamanhos, potes e encaixes são importantes e prendem a atenção.

Acredita-se, então, na relevância da integração dos pais e professores logo no início da vida escolar, e para que isso ocorra, é necessário entender este processo. A estimulação global da criança torna-se eficaz levando em conta ações específicas feitas por profissionais e situações do dia-a-dia, como o banho, o sentar e outros. Porém, mesmo havendo a consciência da importância de um trabalho multiprofissional, é preciso que se dê a devida atenção, quando FRAGA, DAMASCENO, BRAGA e FORTE (1988) afirmam que o campo da estimulação precoce não está sendo ocupado satisfatoriamente.

O trabalho multiprofissional é relevante, porém as condições sociais e econômicas precárias produzem dificuldades ao acesso ou ao conhecimento da classe menos favorecida sobre os atendimentos relevantes. Acredita-se no trabalho com os pais ou responsáveis destas crianças, não com o intuito de substituir tais profissionais, mas objetivando suprir condições sociais incipientes no ambiente escolar e familiar.

FRANCO (1995) destaca a ação da pedagogia como uma abordagem específica para a área da deficiência mental, estando inserida na educação da criança que não pode se beneficiar apenas do ensino comum. Assim, faz-se necessário a realização de novos projetos e pesquisas que envolvam a atuação do pedagogo no processo de estimulação. E, como conseqüência, o desenvolvimento de novas técnicas adequadas às crianças que apresentem necessidades especiais.

Quanto à relação da idade de início da estimulação precoce e os resultados obtidos, fica evidente a importância de uma intervenção o mais breve possível. Portanto, quanto mais cedo for iniciada a estimulação, melhor será o desempenho. Quanto à eficácia da estimulação realizada por pais orientados com uma supervisão adequada, estes conseguem facilitar o desenvolvimento de seus filhos com necessidades especiais.

Portanto a estimulação precoce é um tema de grande relevância e uma visão positiva para a formação de grupos de orientação para pais e responsáveis, possibilitando tais métodos e estímulos a toda as classes sociais. Fica assim a responsabilidade de desenvolver outras pesquisas para o levantamento destes grupos de pais e responsáveis, que tenham uma criança portadora de Síndrome de Down, para que essa intervenção se torne possível. Assim podemos contribuir de forma significativa nesta jornada, continuando nosso desafio de educar e incentivar.

### **3. Avanços na Legislação Brasileira**

A legislação brasileira nas últimas décadas tem avançado em direção a uma educação inclusiva para os portadores de necessidades especiais, dentre os quais se encontram inseridos os portadores de Síndrome de Down.

A educação inclusiva no país visa atender as demandas das crianças com necessidades especiais e fundamenta-se na Constituição Federal de 1988, a qual garante na Seção I, Art. 205, partindo de dois eixos centrais: 1º) a educação como direito de todos e dever do Estado e da família, e 2º) essa educação deverá ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. No art. 206, ela

menciona que o ensino deverá ser ministrado com base em alguns princípios, sendo um deles a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola.

Em 1989, a Lei nº. 853 que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiências e sua integração social, já assegurava o pleno exercício de seus direitos individuais e sociais.

Paralelamente a estes documentos, a Declaração Mundial sobre Educação para Todos (1990) menciona em seu art. 3, que as necessidades básicas de aprendizagem das pessoas portadoras de deficiências requerem atenção especial. Neste sentido, é necessário adotar medidas que garantam a igualdade de acesso e educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo.

Em 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (LEI Nº 8.069), que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente foi sancionado com o objetivo de garantir aos mesmos o direito à educação, visando ao seu pleno desenvolvimento. Ademais, destaca o preparo para o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho, assegurando a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola.

Já em dezembro de 1999, o decreto n. 3.298 que regulamenta a Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989 e dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, apresenta como objetivos garantir (Art. 7):

I - o acesso, o ingresso e a permanência da pessoa portadora de deficiência em todos os serviços oferecidos à comunidade;

II - a integração das ações dos órgãos e das entidades públicos e privados nas áreas de saúde, educação, trabalho, transporte, assistência social, edificação pública, previdência social, habitação, cultura, desporto e lazer, visando à prevenção das deficiências, à eliminação de suas múltiplas causas e à inclusão social;

III - o desenvolvimento de programas setoriais destinados ao atendimento das necessidades especiais da pessoa portadora de deficiência;

IV - a formação de recursos humanos para atendimento da pessoa portadora de deficiência; e

V - a efetividade dos programas de prevenção, de atendimento especializado e de inclusão social.

Este decreto também se apresenta como um importante passo no caminho percorrido em busca da inclusão social, em todos os âmbitos da sociedade brasileira.

Outra lei fundamental em relação a educação inclusiva no país é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que define a educação especial como a modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para os educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação. Segundo a LDBEN (1996), os sistemas de ensino deverão garantir aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação:

I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, a fim de atender às suas necessidades;

II - terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências, e aceleração para concluir em menor tempo o programa escolar para os superdotados;

III - professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns;

IV - educação especial para o trabalho, visando a sua efetiva integração na vida em sociedade, inclusive condições adequadas para os que não revelarem capacidade de inserção no trabalho competitivo, mediante articulação com os órgãos oficiais afins, bem como para aqueles que apresentam uma habilidade superior nas áreas artística, intelectual ou psicomotora;

V - acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares disponíveis para o respectivo nível do ensino regular.

Em 2001 a lei 10.112, que aprova o Plano Nacional de Educação e em síntese, tem como objetivos:

- ✓ A elevação global do nível de escolaridade da população; a melhoria da qualidade do ensino em todos os níveis;
- ✓ A redução das desigualdades sociais e regionais no tocante ao acesso e à permanência, com sucesso, na educação pública;
- ✓ Democratização da gestão do ensino público, nos estabelecimentos oficiais, obedecendo aos princípios da participação dos profissionais da educação na elaboração do projeto pedagógico da escola e a participação das comunidades escolar e local em conselhos escolares ou equivalentes.

Esta lei tem um importante papel, uma vez que apoia uma política densa de acesso à educação que se faz imprescindível para que às pessoas especiais tenham o seu direito assegurado à educação. Afirma que tal política deve abranger o âmbito social, do reconhecimento das crianças, jovens e adultos especiais como cidadãos e de seu direito de estarem integrados na sociedade o mais plenamente possível; e o âmbito educacional, tanto nos aspectos administrativos (adequação do espaço escolar, de seus equipamentos e materiais pedagógicos), quanto na qualificação dos professores e demais profissionais envolvidos.

A Resolução CNE/CEB Nº 2, de 11 de setembro de 2001, representa um avanço na perspectiva da universalização do ensino e é um marco fundamental quanto a atenção a diversidade na educação do país, esta resolução institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. De acordo com esta Resolução entende-se:

"Por educação especial, modalidade da educação escolar, entende-se um processo educacional definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, em todas as etapas e modalidades da educação básica (RESOLUÇÃO CNE/CEB Nº 2, DE 11 DE SETEMBRO DE 2001)."

No dia de 08 de outubro de 2001, o Decreto n 3.956, que promulga a Convenção Interamericana para eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e ratifica a Convenção de Guatemala de 28 de maio de 1999, que abrange além da eliminação de todas as formas de discriminação contra pessoas portadoras de deficiência o favorecimento pleno de sua integração a sociedade. Cita no art. 3, que os estados comprometem-se a tomar medidas de caráter legislativo, social, educacional, trabalhista, ou de qualquer outra natureza, que sejam necessárias para eliminar a discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e proporcionar a sua plena integração a sociedade.

A Convenção de Guatemala (1999) define:

"... discriminação como toda diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, ou em seus antecedentes, conseqüências ou percepções, que impeçam ou anulem o reconhecimento ou exercício, por parte das pessoas com deficiência, de seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais."

A Convenção sobre os Direitos das pessoas com deficiência adotada pela ONU em 13 de dezembro de 2006, em reunião da Assembléia Geral para comemorar o Dia Internacional dos Direitos Humanos, foi um marco para muitos militantes da justiça e equidade sociais e para seu público destinatário. O propósito desta Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade.

O repertório das legislações exemplifica que do ponto de vista legal os portadores da Síndrome de Down devem ter assegurado o direito de participar de uma educação inclusiva. Neste sentido, é possível afirmar que a igualdade formal existe. Porém, até que ponto os portadores da Síndrome de Down são de fato incluídos e estimulados precocemente por pais e profissionais qualificados na realidade concreta? Responder essa questão demandaria outro trabalho de pesquisa.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este artigo monográfico visou examinar duas questões principais: Qual é o significado de um programa de estimulação precoce para uma educação

inclusiva no que diz respeito aos portadores de Síndrome de Down? Como a legislação brasileira trata a educação inclusive desse grupo? Essas indagações foram respondidas no decorrer deste artigo. Algumas conclusões preliminares são sintetizadas a seguir.

Em relação à idade de início da estimulação precoce em portadores de Síndrome de Down e os resultados obtidos, fica evidente a importância de uma intervenção o mais cedo possível, não havendo uma idade mínima estabelecida, dependendo assim da resposta de cada criança ao estímulo. Quanto à importância da estimulação precoce realizada através de programas formados por pais orientados com uma supervisão adequada e professores qualificados, entendemos que tal iniciativa se faz imprescindível tanto no avanço cognitivo quanto no processo de inclusão social da criança portadora de Síndrome de Down.

Em nosso país, apesar da criação de leis, decretos e documentos que impulsionam a sociedade a caminhar em direção a uma maior conscientização sobre a importância da valorização da diversidade humana e da oferta equânime de oportunidades para que as pessoas com deficiência exerçam seu direito de conviver em comunidade, muito ainda deve ser feito para que seja alcançado um ambiente sócio educativo inclusivo.

Na sociedade brasileira, nem sempre o processo inclusivo tem sido feito de maneira adequada, provavelmente em decorrência de alguns fatores, como a formação acadêmica tradicional com currículos que não privilegiam ações de educação e inclusão social, distanciando o profissional da realidade das necessidades das crianças com Síndrome de Down.

Dessa forma, é possível concluir que a estimulação precoce é um tema de grande relevância uma vez que esse conjunto de práticas auxilia a criança portadora de Síndrome de Down, não só nas suas atividades diárias, mas também no seu futuro desenvolvimento educacional e no exercício de sua cidadania.

Seria interessante, que novas pesquisas fossem realizadas para identificar as demandas desse grupo no sentido da estimulação precoce continuada ao longo da vida escolar, bem como investir na capacitação dos docentes que não tem formação adequada para lidar com os alunos com



deficiências cognitivas e outras. Ademais, seria recomendável investimentos na estrutura da escola e de outros espaços que poderiam atender esse grupo e outros portadores de necessidades especiais.

## REFERÊNCIAS

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia**. Aspectos de ginecologia e neonatologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

BARBOSA, G. A. **Critérios para estabelecimento de programas em estimulação precoce**. *Jornal bras. psiquiatria*, v.42, n.8, p. 417-419, 1993.

BENATTI, A.M. et al. **Síndrome de Down: estimulação precoce**. São Paulo: Projeto Down, 1989.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição Federal**. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON19\\_04.06.1998/CON1988.shtm](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON19_04.06.1998/CON1988.shtm)>. Acesso em: 29 de julho de 2014. 88

BRASIL. Presidência da República. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Resolução CNE/CEB Nº 2, Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivo/pdf/CEB0201.pdf>> Acesso em: 29 de julho de 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei n. 8.069, Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/civil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 20 de julho de 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Nacional de Educação**. Lei 10.172, Brasília, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10172.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10172.htm)>. Acesso em: 20 de julho de 2014.

BURNS, Y. R., MACDONALD, J. **Fisioterapia e crescimento na infância**. São Paulo: Santos editora, 1999.

CARRAZA, et al. Normalização do quociente de desenvolvimento de lactentes desnutridos graves estimulados pelas suas mães. **Revista Paulista de Pediatria**, v.11, n.2, p. 174-181, 1993.

CARSWELL, W.A. Estudo da assistência de enfermagem a crianças que apresentam síndrome de Down. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.2, n.1, p.113-128, 1993.

CARVALHO, T.M. **Treinamento em serviço**: preparação de professores e profissionais a fins na área da deficiência mental – teste do pezinho. São Paulo: APAE, 1997.

DÂNGELO, J.G., FATTINI, C.A. **Anatomia humana, sistêmica e segmentar**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

**DIRETRIZES educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades educativas especiais** / Secretaria de Educação Especial – Brasília: MEC, SEESP, 1995.

FIAMENGHI, G. Interações com o espelho: uma análise segundo a teoria da intersubjetividade inata. **Temas sobre desenvolvimento**. v.9, n.50, p. 10-18, 2000.

FONSECA, V. **Educação especial**: programa de estimulação precoce – uma introdução às idéias de Feuerstein. 2 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

FRAGA, M. N. O. et al. **Estimulação precoce da criança** – expansão do papel do enfermeiro psiquiátrico. Ver. Psicologia. Fortaleza: v. 6, n.1, p.129-139, 1998.

FRANCO, M. P.G. **Estimulação precoce de 0 a 5 anos**. São Paulo: APAE, 1995.

HEITZMANN, C. **Treinamento em serviço**: preparação de professores e profissionais a fins na área da deficiência mental – A educação física e o desenvolvimento da criança. São Paulo: APAE, 1997.

JOHNSON, V.M., WERNER, R.A. **Um guia de aprendizagem progressiva**. São Paulo: Manole, 1988.

KATHERINE, T. R., **Fisioterapia**. São Paulo: Santos editora, 2000.

LEVIN, E. **A estrutura sensório-motora na infância Cenas e Contextos**. Livro do 6 Simpósio Nacional sobre distúrbios de aprendizagem. São Paulo, Futuro congressos e eventos, 2002.

LIMA, C.P. **Genética humana**. 3 ed. São Paulo: Harbra, 1996.

MARCUCCI, M. **Treinamento em serviço**: preparação de professores e profissionais a fins na área da deficiência mental – Aspectos médicos da deficiência mental. São Paulo: APAE, 1997.

OLIVEIRA, G. T. **Necessidades escolares especiais de alunos com diagnóstico de deficiência mental segundo professores da escola pública**. São Paulo: Universidade de São Francisco, 1998.

PORTO, M. **Conceito de tratamento neuro-evolutivo Bobath**. São Paulo: CCCBF, 2001.

RAMOS, A.M.Q.P., RAMOS, J.P. **Estimulação precoce**: serviços, programas e currículos. 2 ed. Brasília: Ministério da ação social , 1992.

RAMOS, A. M. Q. P. **Modelos de prevenção**: perspectivas dos programas de estimulação precoce. Psicologia – USP, São Paulo, 1(1), 67-75, 1990.

REGEN, M. **Estimulação precoce**: guia de orientações a pais. Setor de estimulação precoce. São Paulo: APAE, 1985.

SHEPHERD, R.B. **Fisioterapia em Pediatria**. 3 ed. São Paulo: Santos livraria editora, 1998.

UMPHRED, D.A. **Fisioterapia neurológica**. 2 ed. São Paulo: Manole, 1994.