

O PAPEL SOCIALIZADOR DA FAMÍLIA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM SÍNDROME DE DOWN

TSUDA, Jamille Henrique ¹
Barbara Margaret Freitas de Souza ²

RESUMO

A síndrome de Down é uma desordem genética que causa deficiência mental em graus variados. Atualmente, seu quadro clínico é conhecido, sendo as características fenotípicas essenciais para o diagnóstico precoce da síndrome. Delimitou-se o tema e justifica-se o presente artigo por achar que a inserção adequada da criança no seu contexto sociocultural é de suma importância para a sua adaptação e bem-estar, e a família desempenha um papel primordial como mediadora desse processo. O referencial teórico traz conhecimentos relativos à caracterização e etiologia da síndrome de Down, destacando a participação da família no processo de desenvolvimento e adaptação dessa criança. A problemática será na implementação de programas voltados para uma atuação de profissionais e pais. Como objetivo geral visa destacar o papel socializador da família da criança e adolescente com síndrome de down. Como objetivo específico busca-se conhecer essa patogênese e Neuropatologia; verificar através de citações de autores as Interações familiares e escolares em pessoas com Síndrome de Down e analisar através de citações as situações de interações lúdicas e a criança Síndrome de Down. Na metodologia empregada se propôs a desenvolver o referencial teórico de maneira reflexiva, de maneira que os leitores em suas potencialidades, na condição de sujeitos dinâmicos, busquem as melhores formas de conhecer a sua própria realidade sociocultural, e as formas de enfrentar sua problemática na inserção dessa síndrome na sociedade e o seu papel socializador da família da criança e adolescente, como cidadãos interessados na educação, na saúde e na sociedade; neste contexto fez-se uma pesquisa bibliográfica para que o leitor possa opinar com ciência, após ter lido o presente artigo.

Palavras-chave: Síndrome de Down. Papel Socializador. Família.

ABSTRACT

The down syndrome is a genetic disorder cause Needs, to varying degrees. Currently, it's clinical Table E Well known as being phenotypic characteristics Essentials For early diagnosis of the syndrome. The issue and justified the present Article IN find one suitable insertion of the Child was delimited not His sociocultural context and of great importance one paragraph YOUR Adaptation and Wellness, ea Family plays an important role hum As Mediator In this process. The theoretical framework brings knowledge on the Characterization and etiology of low syndrome, highlighting the Family Participation in Development Process and Adaptation This Child. One will always be problematic in the Program Implementation

¹ Aluna cursando Pós Graduação em EDUCAÇÃO, DIVERSIDADE E REDES DE PROTEÇÃO. Unc - Universidade do Contestado – Canoinhas, 2015.

² Professora da Pós Graduação em EDUCAÇÃO, DIVERSIDADE E REDES DE PROTEÇÃO(Unc - Universidade do Contestado) –Assistente Social, Mestre em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Rua: Roberto Elhke, 86, Centro, Cidade: Canoinhas / Estado: Santa Catarina CEP: 89.460-00

geared paragraph A Best Practice Professionals and parents. As General Purpose seeks to know About the socializing role of Family Child and adolescent characteristics and this syndrome. As Specific objectives we seek to know the theoretical framework paragraph THIS Pathogenesis and Neuropathology; through authors quote as Family Interaction and School in Bearers of Down syndrome and to analyze through quotes as playful interactions Situations ea Child Down Syndrome. The methodology used is proposed to develop the theoretical framework of reflective Way, Way That the reader in ITS POTENTIAL to in Subject Dynamic condition, seek The Best Ways to meet a Self YOUR reality, and as ways to address YOUR problematic in Entering this syndrome in society And Its socializing role of the Family Child and adolescent How Citizens INTERESTED in education, in health and society; In this context it became a bibliographical research to enable the reader to opine With Science, after having read the present Article.

Keywords: Down syndrome. Paper Socializer. Family.

1 INTRODUÇÃO

Como todas as outras, a criança com síndrome de Down precisa fundamentalmente de carinho, alimentação adequada, cuidados com a saúde e um ambiente acolhedor.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SÍNDROME DE DOWN

Segundo Werneck (1995), a síndrome de Down (SD) foi descrita inicialmente em 1866 pelo médico John Langdon Down, que observou sinais clínicos comuns tais como: deficiência intelectual, hipotonia muscular, protusão da língua, pregas na nuca e epicanto. Pela semelhança com o povo da Mongólia, ele os denominou de mongolóides. Este termo foi considerado uma ofensa racial, sendo retirado em 1960, quando passou a ser denominada de síndrome de Down. Em 1930 foi especulada pela primeira vez uma possível anormalidade cromossômica da síndrome, feita por Bleyer e Waaderberg.

Trinta anos mais tarde, conforme cita Werneck (1995), Jerome Lejeune e Patrícias Jacobs, em pesquisas independentes, determinaram a trissomia do cromossomo vinte e um (21) na síndrome. Estudos posteriores documentaram a associação com malformações cardiovasculares, do aparelho respiratório, das vias

urinárias, doenças neurológicas, hematológicas, imunológicas, da audição, osteoarticulares e da arcada dentária.

Conforme Werneck (1995), síndrome quer dizer conjunto de sinais e sintomas que caracterizam um determinado quadro clínico. No caso da síndrome de Down, um dos sintomas é a deficiência intelectual. Em razão do excesso de material genético, provocado pela anomalia cromossômica, várias reações químicas essenciais ao bom desempenho dos sistemas do organismo não se fazem de forma apropriada.

Para Tecklin (2002), a Síndrome de Down é uma doença genética que resulta em quarenta e sete (47) em vez de quarenta e seis (46) cromossomos. Comumente chamada de trissomia dos vinte e um (21), a Síndrome de Down resulta de falta de divisão de uma célula afetando o vigésimo primeiro (21^o) par de cromossomos, tanto devido à não-separação noventa e cinco (95%), translocação três a quatro (3 a 4%), ou menos comumente, como uma apresentação em mosaico um (1%).

Para Aresi (1984), a divisão celular é o processo pelo qual a célula-ovo vai se dividindo em várias células, tendo cada uma delas a mesma quantidade de cromossomos que a célula-mãe. Pode ocorrer que logo na primeira divisão uma das células receba um cromossomo vinte e um (21) a mais, e a outra, um a menos. As células do organismo humano continuamente se dividem, e o erro na distribuição cromossômica pode ocorrer a qualquer momento. Se o erro se dá logo na primeira divisão celular, todas as células do corpo terão trissomia vinte e um (21), porém, se a anomalia surgir a partir de uma célula após a formação do organismo, o número de células anormais será reduzido.

Moreira *et al* (2000) dizem que o cromossomo vinte e um (21), o menor dos autossomos humanos, contém cerca de duzentos e cinquenta e cinco (255) genes, de acordo com dados recentes do Projeto Genoma Humano. A trissomia da banda cromossômica vinte e um q vinte e dois (21q22), referente a um terço (1/3) desse cromossomo, tem sido relacionada às características da síndrome. O referido segmento cromossômico apresenta, nos indivíduos afetados, as bandas características da eucromatina correspondente a genes estruturais e seus produtos em dose tripla.

De acordo com Thompson *et al* (1993), a maioria das crianças com SD tem quarenta e sete (47) cromossomos e o membro extra é um cromossomo aerocêntrico pequeno, desde então designado cromossomo vinte e um (21).

Para Thompson *et al* (1993), a principal neuropatologia que causa distúrbios no sistema nervoso central em crianças com Síndrome de Down é devido a várias anormalidades encefálicas. Segundo Tecklin (2002), o peso total do encéfalo de indivíduos com Síndrome de Down é setenta e seis (76)% do normal, também há microcefalia, e o encéfalo é anormalmente arredondado e pequeno. Ainda existem anormalidades estruturais dos dendritos espinais dos tratos talâmicos do córtex motor que possivelmente fundamentam a descoordenação motora. Tecklin (2002) ainda afirma que pesquisas mostram evidências de falta de mielinização e um atraso no término da mielinização entre dois (2) meses e seis (6) anos de idade, o que pode explicar o atraso global no desenvolvimento tipicamente visto em indivíduos com essa síndrome.

2.2 TIPOS DE SÍNDROME DE DOWN

Através dos estudos cromossômicos, adotados pela cariotipagem, se pode identificar o tipo de alteração (THOMPSON *et al* 1993).

De acordo com Ratliffe (2000), existem três tipos de síndrome de Down, sendo que estes são:

a) Trissomia verdadeira, em que, segundo com Ratliffe (2000), existe um cromossomo adicional no vigésimo primeiro par. Essa é a forma mais comum da apresentação da Síndrome de Down, atingindo cerca de noventa e cinco (95)% dos casos.

b) Translocação, que de acordo com Ratliffe (2000), ocorre em aproximadamente quatro (4)% dos casos, na qual o terceiro cromossomo é ligado a um par diferente de cromossomo, tratando-se assim de uma trissomia parcial.

c) Mosaico, que conforme Werneck (1995), ocorre em cerca de dois (2)% dos casos das pessoas com síndrome de Down. São indivíduos que, ao contrário dos demais casos nos quais todas as células são trissômicas, possuem células normais

(com 46 cromossomos) e células trissômicas (com 47 cromossomos). O mosaicismo consiste na derivação de um caso que seria trissomia simples ou de translocação.

2.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Segundo Shepherd (1996), logo ao nascimento a criança com Síndrome de Down pode ser diagnosticada por suas características específicas. As alterações que acompanham a síndrome são: hipotonia muscular, baixa estatura, prega palmar única, hiperflexibilidade articular, face característica, baixo peso ao nascer, reflexos neonatais diminuídos, dificuldade respiratória diminuída, estenose duodenal, pouca coordenação dos movimentos, dentre outras.

Moreira *et al* (2000) dizem que os portadores da referida Síndrome podem apresentar cardiopatia congênita (40%); hipotonia (100%); problemas de audição (50 a 70%); de visão (15 a 50%); alterações na coluna cervical (1 a 10%); distúrbios da tireoide (15%); problemas neurológicos (5 a 10%); obesidade e envelhecimento precoce.

Conforme Mancini (2003), diversos estudos disponibilizam evidências sobre características do desempenho motor e cognitivo de crianças com Síndrome de Down.

No que se refere ao desenvolvimento de habilidades motoras, as evidências revelam que essas crianças apresentam atraso nas aquisições de marcos motores básicos, indicando que esses marcos emergem em tempo diferenciado (superior) ao de crianças com desenvolvimento normal (THOMPSON *et al* 1993).

Em relação ao desempenho cognitivo, Mancini (2003) relata que as crianças com síndrome de Down apresentam atraso ou deficiência intelectual, que na verdade é a manifestação do sintoma dessa condição genética.

Observa-se maior comprometimento dessas crianças na área da linguagem.

Koremborg *et al.* (1994) consideram a deficiência intelectual característica patognomônica na Síndrome de Down, concordando com Benda (1960), quando argumenta que essa denominação define uma forma específica de deficiência intelectual associada a certas características físicas.

Tecklin (2002) diz que está bem estabelecido que, clinicamente, a hipotonia está correlacionada com atrasos no desenvolvimento, incluindo atrasos no alcance de marcos de motricidade ampla e fina, assim como atrasos em outras áreas do desenvolvimento, como a aquisição da fala e do desenvolvimento cognitivo.

2.4 DESENVOLVIMENTO MOTOR

Shepherd (1995) diz que o comportamento motor depende em alto grau do contexto, tanto no ser humano como nos animais: o indivíduo é capaz de iniciar um movimento complicado muito antes da época prevista, desde que preenchidas certas condições. O desenvolvimento motor, quando ocorre com atraso, costuma seguir uma sequência própria, desorganizada, dependente da etiologia específica que levou a esse atraso, trazendo consequências importantes nas interações que a criança faz no seu ambiente, podendo promover alterações secundárias com influência imediata no desempenho de habilidade da vida diária (MILLER; CLARK, 2002).

Conforme Amaral *et al* (2005), existe o consenso de que crianças acompanhadas, com procedimentos de estimulação, quando identificados precocemente sinais de anormalidade e/ou desvios, demonstram melhoria na condição de respostas e rearranjos na plasticidade cerebral, capazes de minimizar impacto no desenvolvimento estrutural e funcional, proporcionando melhora da qualidade de vida.

2.5 INTERAÇÕES FAMILIARES E ESCOLARES EM PORTADORES DA SÍNDROME DE DOWN

Partindo do pressuposto de que tanto a família como a escola, são importantes espaços de desenvolvimento a todo e qualquer indivíduo, enfatiza-se a importância das interações familiares e escolares para as pessoas com Síndrome de Down.

A família é a primeira base do indivíduo; é a partir dela que as primeiras relações sociais da criança são construídas. Neste sentido a família constitui o primeiro agente de socialização da criança, sendo a mediadora das relações da mesma com seus diversos ambientes.

Para Rodrigo e Palácios (1998 apud VOIVODIC; STORER, 2002), o desenvolvimento de crianças que apresentam deficiência intelectual não depende apenas do grau em que são afetadas intelectualmente, pois em uma visão sistêmica consideram-se diversos fatores afetando o desenvolvimento, dos quais o principal é o ambiente familiar. É fato que o nascimento de um filho é esperado com expectativa. Porém, a chegada de um filho diferente do esperado, que apresenta alguma deficiência física ou intelectual, afeta toda a sua estrutura familiar. O momento em que os pais recebem o diagnóstico é comumente nomeado pela literatura especializada como uma fase de “luto”, em que as famílias, em especial a mãe, passam por reações impactantes nos primeiros dias de vida de seu filho. Em alguns casos há a negação da deficiência, como se esperassem por um erro no diagnóstico médico. Em outros, há a ambivalência de sentimentos e aos poucos os pais vão compreendendo e comprovando que seu filho tem limitações, mas que não é tão diferente ou estranho como imaginavam. (RODRIGO E PALÁCIOS 1998 apud VOIVODIC; STORER, 2002)

Segundo Voivodic e Storer (2002) as atividades da vida cotidiana na família possibilitarão à criança com Síndrome de Down ou com outra deficiência, oportunidades para aprender e se desenvolver por meio do modelo, da participação conjunta, da realização assistida e de tantas outras formas de mediar a aprendizagem. No que concerne à interação entre pais e filhos, sua qualidade produz importantes efeitos no desenvolvimento cognitivo, linguístico e socioemocional das crianças com ou sem deficiência. Em relação as pessoas com Síndrome de Down, a estrutura familiar, as relações e o tipo de interação existente entre os membros de sua família podem ter grande influência em seu desenvolvimento e comportamento. Nesse sentido, a pessoa com Síndrome de Down deve ter um papel ativo e uma função no ambiente em que vive, o que pode proporcionar benefícios ao seu desenvolvimento. O papel da família na vida da pessoa com Síndrome de Down é muito importante, pois proporciona-lhes por meio do carinho, estimulação e respeito, as estruturas para que possa se inserir no ambiente social e escolar. (VOIVODIC E STORER 2002)

Conforme analisa Rodriguez (2006 p. 19):

(...) podemos dizer que a inclusão começa em casa, seja em relação aos pais que têm filhos com Síndrome de Down, seja com pais que têm filhos sem nenhum tipo de síndrome e que permitem que seus filhos conheçam, se aproximem e convivam com as diferenças. Todos nós estamos incluídos nesta história e enquanto as pessoas não se derem conta disso, apenas os que sofrem o preconceito serão capazes de pensar em alternativas para a transformação social. O processo educativo realizado tanto com a criança dita “normal” como com a criança portadora de deficiência, e em especial a Síndrome de Down, deve basear-se no contato e interação com o outro, nas relações estabelecidas nesse meio, uma vez que estas interações possibilitam a criança com Síndrome de Down desenvolver atividades físicas, emocionais e cognitivas que favorecem seu processo de aprendizagem. A educação que as crianças sem deficiência recebem pode ser a mesma para as crianças com Síndrome de Down, haja vista que recebendo a educação semelhante, com as modificações necessárias, podem superar ou melhorar suas limitações. Entretanto, esse processo educativo difere apenas na maneira de apresentar a informação às crianças com Síndrome de Down, atendendo suas especificidades.

Pueschel (2000, p. 4 *apud* SAAD, 2003, p. 128) afirma que todas as crianças com desenvolvimento típico ou atípico têm capacidade para aprender e frequentando classes do ensino regular com o apoio de que necessitam se beneficiarão. A adaptação das pessoas com Síndrome de Down ou com outra deficiência, ao ambiente escolar é fundamental para o seu desenvolvimento, além dessa adaptação favorecer o processo de inclusão. Por isso, mesmo com essas dificuldades a criança com deficiência intelectual deve ser inserida no ensino regular, atendendo suas necessidades especiais, igualando suas atividades escolares em sala de aula com modificações e adaptações necessárias para sua aprendizagem, sem afastá-la do convívio com outras crianças sem deficiências.”

Segundo Silva (2005 *apud* SILVA e MARTINS, 2007) o conhecimento se constitui a partir das relações que se estabelece com o meio e com o outro. Assim como a família, a escola também exerce um papel relevante no desenvolvimento do indivíduo. Sendo a segunda instituição social de importância tanto para as crianças em idade escolar com desenvolvimento típico como para as crianças com desenvolvimento atípico, especialmente no que se refere à sua característica de estimuladora de funções cognitivas e sociais. Considerada como espaço de socialização e formação, e como ambiente principal de transmissão do conhecimento construído socialmente e sistematizado, influi em todos os aspectos relativos aos processos de socialização e individualização da criança, assim como no desenvolvimento das relações afetivas, na

habilidade de participar em situações sociais, na aquisição de exercícios relacionados com a competência comunicativa, o desenvolvimento do papel sexual, das condutas pró-sociais e da própria identidade pessoal: autoconceito, auto-estima, autonomia.

Segundo Saad (1999, p. 13 *apud* FERREIRA, 2003, p.142) a escolarização orientada para a ampliação do mundo de significados contribui para o desenvolvimento integral da pessoa com deficiência, uma vez que, atendendo aos objetivos educacionais, proporciona a realização de suas capacidades e desenvolvimento de funções superiores, requeridas pela interação social. Assim, considera-se a importância da escolarização para ampliação dos contextos de socialização externos ao ambiente familiar. Para as crianças com deficiência, o convívio com outras crianças pode facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem, o que favorece a formação de vínculos afetivos e sociais entre elas.

Nesse sentido Silva e Martins (2007) afirmam que quanto mais cedo a criança com ou sem deficiência entrar na escola, maior será seu desenvolvimento, já que esse depende da convivência que estabelece com os outros membros do grupo. A convivência em ambientes comum entre crianças sem deficiências e crianças com desenvolvimento atípico, proporciona interações significativas, já que as crianças desenvolvem a amizade, aprendem a trabalhar em grupo, a compreender, a respeitar e a conviver com as semelhanças e as diferenças individuais de seus pares (SILVA E MARTINS, 2007).

2.6 SITUAÇÕES DE INTERAÇÕES LÚDICAS E A CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN

Segundo Vygotsky (*apud* ANCINELO, 2006), o brincar é uma atividade inerente ao ser humano, faz parte de sua natureza humana, e favorece tanto o desenvolvimento da criança sem deficiência quanto da criança com deficiência. No processo de desenvolvimento infantil, tanto no aspecto cognitivo quanto no afetivo-emocional o brincar é considerado por muitos estudiosos entre eles Vygotsky, Piaget, Wallon (*apud* ANCINELO, 2006), como parte essencial ao desenvolvimento das crianças.

Segundo Santos (2000 *apud* COSTA; BENTES, 2001), partindo do pressuposto de que toda a criança é um ser social e que a apropriação do conhecimento se dá desde que ela nasce; o seu desenvolvimento se dá num espaço e tempo compartilhados com o outro. O brincar é por sua constituição, a principal alternativa favorecedora do desenvolvimento sócio-afetivo e cognitivo.

Para Kishimoto (1997, p.36 *apud* SAAD, 2003) as atividades lúdicas com brinquedos e jogos envolvem o indivíduo como um todo – “cognição, afetividade, corpo e interações sociais” – promovendo seu desenvolvimento. Nesse caso as situações lúdicas para a criança com Síndrome de Down facilitarão seu desenvolvimento. A atividade lúdica facilita o processo de aprendizagem, criando condições para que a mesma explore seus movimentos, manipule materiais, interaja com seus pares e resolva situações-problemas. Por meio das brincadeiras, as crianças podem manifestar certas habilidades que não seriam esperadas para a sua idade.

Segundo Vygotsky (*apud* ANCINELO, 2006) a partir dessa manifestação de habilidades cria-se o conceito de “zona de desenvolvimento proximal” que consiste na distância entre aquilo que a criança consegue e sabe fazer sem o auxílio de um adulto e o que é capaz de realizar com ajuda de um adulto ou uma criança mais velha, que depois realizará sozinha. É nesse contexto que o jogo pode ser considerado um excelente recurso a ser usado quando a criança entra na escola, já que é parte essencial de sua natureza, podendo favorecer tanto os processos que estão em formação, como outros que serão completados. Em relação à criança com deficiência intelectual, em especial a Síndrome de Down, o jogo vivido pela criança permite a redução dessa distância (RIBEIRO *apud* KISHIMOTO, 2007).

Para Brougère (2004 *apud* OLIVEIRA, 2006), o brincar está estritamente ligado ao fator social, a criança inicia sua brincadeira a partir das relações estabelecidas com o adulto e outras 2110 crianças, através da imitação promovendo seu convívio social. Nesse sentido a brincadeira é concebida como um meio utilizado pela criança para que possa se relacionar com o ambiente físico e social no qual está inserida, despertando assim sua curiosidade e ampliando seus conhecimentos e habilidades motoras, cognitivas ou lingüísticas, além de permitir expressar as diferentes impressões vivenciadas em seu contexto familiar e social. O brincar além de ser essencial ao

processo de ensino e aprendizagem, como já mencionado, também proporciona à criança com deficiência intelectual, vivências positivas por ser significativo, já que, ligado à satisfação e ao êxito, desperta sentimentos de auto-estima e autoconhecimento (IDE, 1997, p. 96 *apud* SAAD, 2003).

Os brinquedos utilizados na estimulação das crianças portadoras da Síndrome de Down devem ser adequados as suas necessidades e ao seu nível de desempenho, a fim de proporcionar experiências positivas e fortalecer o autoconceito. Ressaltamos, portanto, a importância do brincar no desenvolvimento da criança com desenvolvimento típico ou portador de alguma deficiência mental, em especial, a Síndrome de Down. É na brincadeira que a criança poderá desenvolver e aprimorar seus aspectos afetivos, motor, cognitivo e social (IDE, 1997, p. 96 *apud* SAAD, 2003).

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tendo em vista o fato de que a pesquisa visa discutir o Papel Socializador da Família da Criança e Adolescente com Síndrome de Down, retificou-se a pesquisa bibliográfica, a qual valeu de teóricos que trabalharam com a questão da Síndrome de Down, buscando obter o máximo de informações e esclarecimentos que contribuíssem para a estruturação desse artigo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Crianças com síndrome de Down precisam ser estimuladas desde o nascimento, para que sejam capazes de vencer as limitações que essa alteração genética lhes impõe. Como têm necessidades específicas de saúde e aprendizagem, exigem assistência profissional multidisciplinar e atenção permanente dos pais, com o objetivo de habilitá-las para o convívio e a participação social.

É evidente que as famílias precisam ser orientadas a estimular o desenvolvimento de suas crianças e cuidar de sua saúde física, mas elas devem, sobretudo, ser orientadas sobre como estabelecer interações e relações saudáveis com a sua criança com Síndrome de Down, mantendo o equilíbrio do grupo familiar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental que pesquisadores e profissionais voltem a sua atenção para a compreensão da dinâmica de funcionamento de famílias de crianças com Síndrome de Down, uma vez que a família constitui o primeiro agente de socialização da criança e é a mediadora das relações desta com seus diversos ambientes. Portanto, conhecer como se processam as interações entre a criança com Síndrome de Down e seus genitores e irmãos possibilita compreender as relações futuras desta criança com seus companheiros, bem como a sua inserção nos diversos contextos socioculturais.

O ensino especial é, portanto, regulamentado por lei, mas nem todos os Estados e Municípios brasileiros contam com todos os tipos de atendimentos que ele pode oferecer. Sugere-se para os próximos trabalhos que se faça uma pesquisa em sétimas e oitavas séries e segundo grau verificando se há adolescentes com síndrome de down cursando o ensino, se houve continuidade no acompanhamento tanto da família como da sociedade.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, A. C. T.; TABAQUIM, M. L. M.; LAMONICA, D. A. C. Avaliação das habilidades cognitivas, da comunicação e neuromotoras de crianças com risco de alterações do desenvolvimento. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 11, n. 2, 2005.
- ANCINELO, Patrícia R. O papel dos jogos lúdicos na educação contemporânea. In: **JORNADA DE EDUCAÇÃO**, 12., 2006, São Paulo: UNIFRA, 2006.
- ARESI, A. **Novo método de terapia do mongolóide**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Mens Sana, 1984.
- BENDA C. E. *The Child with Mongolism (Congenital Acromicria)*. New York: Grune, 1960.
- BROUGÈRE, G. **Jogo e educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998
- COHEN, H. **Neurociências para fisioterapeutas**: incluindo correlações clínicas. São Paulo: Manole, 2001.
- COSTA, Edilene; BENTES, Kérina. A importância do brincar no desenvolvimento de crianças de 03 a 05 anos portadoras de necessidades educativas especiais (d. m.) na educação infantil. 2001. 53 p. Monografia (Graduação em Pedagogia - habilitação em

Supervisão Escolar) Centro Ciências Humanas e Educação da UNAMA, Universidade da Amazônia, Belém – PA.

FERREIRA, E. N. S. Interação entre pares na Educação Infantil: exclusão-inclusão de crianças com deficiência intelectual. 2003. 252f. (Tese Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília. Brasília, 2003.

IDE, S. M. Alfabetização e deficiência mental. **Revista Brasileira de Educação Especial**. N.1, Vol. I. Piracicaba: Unimep, São Carlos: UFSCar, p. 41-50, 1992.

KOREMBEG JR.; CHIN, X. N. **Down syndrome phenotypes**: The consequences of chromosomal imbalances. Proc. Natl. Acad. Sci., USA, v. 91, [S.n.], p. 4997-5001, 1994.

MANCINI, M. C; SILVA, P. C; MARTINS, S. M. Comparação do desempenho funcional de crianças portadoras de síndrome de Down e crianças com desenvolvimento normal aos 2 e 5 anos de idade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 2, jun. 2003.

MILLER, G.; CLARK, G.D. **Paralisias cerebrais**: causas, conseqüências e condutas. São Paulo: Manole, 2002.

Ministério da Educação do Brasil [MEC] (1994). **Educação especial no Brasil**. Brasília, DF: MEC/SEESP . Ministério da Educação do Brasil [MEC] (1995). Diretrizes sobre estimulação precoce: o portador de necessidades educativas especiais. Brasília, DF: MEC/SEESP.

MOREIRA L. M; HANIB C. N.; GUSMÃO, F.. **A síndrome de Down e sua patogênese**: considerações sobre o determinismo genético. Ver. Brás. Psiquiatr., São Paulo, v. 22, n. 2, jun. 2000.

NÓBREGA, A. M. P; MAIA, H. C. S. N; VIANA, N.O; FILGUEIRA, M. A. A. **As alterações eletroencefalográficas na síndrome de Down**. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 57, n. 3, set. 1999.

OLIVEIRA, E. M; RAMIRES, P. R; LONCHA JR, A. M. Nutrição e bioquímica do exercício. **Ver. Paul. Ed. Fis., São Paulo**, v. 18, [S.n.], p. 7-19, ago. 2004.

PEREIRA-SILVA, N. L; DESSEN, M. A Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17, n. 2, p. 133-141, mai./ago. 2001.

RIBEIRO, Maria Luisa S. O jogo na organização curricular para deficientes mentais. In: KISHIMOTO, Tizuko M.(Org.). **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. 10. ed., São Paulo, Cortez, 2007.

RODRIGUEZ, Fernanda T. Síndrome de Down e inclusão familiar. **Revista Ciência & Saúde**, 2006.

RODRIGO, M. J. & Palácios, J. (1998). **Família y desarrollo humano**. Madri: Alianza Editorial.

SANTOS, T. R.; OLIVEIRA, F. N. As interações sociais e o brincar da criança com síndrome de Down. IN: Congresso Nacional de Educação, 8, 2008, Formação de Professores, Anais. Curitiba: Pucpr, 2008.

SILVA, M. F. M. C.; KLEINHANS, A. C. S. Processos cognitivos e plasticidade cerebral na Síndrome de Down. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 12, n. 1, p. 123-138, abril, 2006.

THOMPSON, M. W.; WCINNES, R. R.; WILLIARD, H. F. Genética médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

VOIVODIC, Maria Antonieta M. A.; STORER, Márcia Regina de S. O desenvolvimento cognitivo das crianças com Síndrome de Down a luz das relações familiares. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 4, n. 2, p.31-40, jul./ago. 2002.

VYGOTSKY, L. S. (1988). **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, p. 99.

WERNECK, C. **Muito prazer, eu existo**: um livro sobre as pessoas com Síndrome de Down. 4. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1995.