

Artigos

Desenvolvimento da autonomia escolar em estudantes com deficiência intelectual

Débora Nascimento Figueiredo ¹

¹Mestranda em Letras, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

✉ nascimento.debora@gmail.com

Palavras-chave:

Deficiência Intelectual.
Autonomia.
Deficiência Intelectual.
Psicopedagogia.

Keywords:

Intellectual disability.
Autonomy and Intellectual
Disabilities.
Educational Psychology
and Intellectual
Disabilities.

Resumo

O presente trabalho apresenta uma reflexão acerca da temática da autonomia escolar dos sujeitos com Deficiência Intelectual, buscando ferramentas de intervenção para a promoção e a construção desta autonomia. Para tanto, consideramos as características da Deficiência Intelectual, questões pertinentes à aprendizagem escolar e autonomia. Deste modo, este artigo pode contribuir com educadores, psicopedagogos e gestores escolares que lidem com estudantes com Deficiência Intelectual.

Abstract

This paper presents a reflection on the issue of school autonomy with Intellectual Disabilities subject, seeking the intervention tools for the promotion and construction of this autonomy. For this, we consider the Intellectual Disability characteristics, issues pertaining to school learning and autonomy. Thus, this article can contribute to educators, psychologists and school managers who deal with students with Intellectual Disabilities.

1 INTRODUÇÃO

A deficiência Intelectual tem incidência relevante no contexto de nosso país. Dados do IBGE (2010) indicam que 1,4% da população brasileira declara possuir algum tipo de deficiência intelectual. As pessoas com deficiência intelectual, dentre as demais deficiências, são àquelas que declaram menor taxa de atividade, nível de ocupação e rendimento. Esse número é muito expressivo e reflete a necessidade de se pensar a Deficiência Intelectual na sociedade, de modo a garantir um atendimento educacional de qualidade, para a promoção da autonomia e maior participação na vida social e até mesmo profissional. Ocorre que muitas vezes estas pessoas são encaradas pelas suas famílias e pela sociedade em geral, pelo prisma da deficiência, ou seja, são caracterizadas e definidas por suas dificuldades e "faltas", consideradas como incapazes e dependentes. A partir destas concepções, na maioria das vezes não são estimuladas em todas as suas potencialidades e desta forma tem poucas possibilidades para desenvolverem a autonomia e conquistarem uma vida adulta independente, possível em vários casos de pessoas com deficiência intelectual.

No âmbito escolar, essa realidade é particularmente complexa, visto que muitos estudantes com deficiência intelectual apresentam dificuldade para realizar suas atividades sem a presença constante de um adulto ou de outro aluno que realize intervenções. Entretanto, no contexto educacional atual nem sempre

dispomos de uma pessoa específica para este fim e ao mesmo tempo nos questionamos se esta constante presença não pode estimular e reforçar essa aparente dependência e falta de autonomia.

Deste modo, torna-se necessário que o aluno seja "ensinado" a ser autônomo, que desenvolva recursos internos e ferramentas auxiliares que proporcionem a auto-organização, a gestão do tempo e das etapas de determinada tarefa, os procedimentos necessários, entre outras habilidades, fundamentais para a conclusão de suas atividades de forma satisfatória.

Sabemos que tal proposta está permeada de desafios, e neste contexto, acreditamos que a Psicopedagogia, bem como suas intervenções, pode auxiliar de forma muito positiva todo esse processo. O presente artigo tem como tema: A Psicopedagogia e o desenvolvimento da autonomia escolar em estudantes com Deficiência Intelectual, onde de maneira investigativa, tratamos da temática da deficiência intelectual com enfoque na autonomia na realização das atividades escolares por parte dos alunos acometidos por este tipo de deficiência. O foco da pesquisa não está nas dificuldades de aprendizagem, mas na questão da autonomia na realização das atividades escolares.

Sendo assim, nosso objetivo principal foi identificar em que medida, intervenções psicopedagógicas específicas podem contribuir para a promoção da autonomia escolar de educandos com deficiência intelectual. Estabelecemos três objetivos específicos que nos permitirão a reflexão acerca desse tema. O primeiro objetivo específico refere-se à abordagem da deficiência intelectual em si, suas características e aspectos relacionados ao aprendizado escolar; como segundo objetivo, procuramos compreender o conceito de autonomia escolar em relação aos alunos com deficiência intelectual e suas possibilidades e o terceiro objetivo nos permitiu conhecer algumas intervenções que podem auxiliar os alunos com DI na construção de sua autonomia.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Identificar em que medida intervenções psicopedagógicas específicas podem contribuir para a promoção da autonomia escolar de educandos com deficiência intelectual.

1.1.2 Objetivo específico

- I. Determinar as características principais das deficiências intelectuais com enfoque na aprendizagem escolar.
- II. Compreender o conceito de autonomia escolar em relação aos alunos com deficiência intelectual e suas possibilidades.
- III. Caracterizar as intervenções psicopedagógicas para a promoção da autonomia escolar de alunos com deficiência intelectual.

1.2 Justificativa

Uma realidade que sempre me interessou em meu contato com alunos com deficiência intelectual no âmbito escolar foi a questão da autonomia escolar destes estudantes.

Por vezes, como professora, presenciei tais alunos que haviam desenvolvido muitos saberes e habilidades, mas que apresentavam dificuldades para realizar as tarefas de forma autônoma, solicitando além

de intervenções e mediações do professor, sua presença física em tempo integral. Acredito que a atuação da psicopedagogia possa auxiliar estes educandos a desenvolverem atitudes mais autônomas, contribuindo com o processo de ensino aprendizagem de modo geral. Deste modo, este trabalho pode contribuir com todos aqueles que lidam com a inclusão escolar de pessoas com deficiência intelectual.

1.3 Problema

O problema de pesquisa situa-se no contexto da inclusão escolar de alunos com deficiência intelectual. O enfoque de pesquisa não está nas dificuldades de aprendizagem, mas na questão da autonomia na realização das atividades escolares.

É comum nos depararmos com alunos com deficiência intelectual que embora alfabetizados necessitem da presença constante do educador para a realização de atividades de leitura e escrita.

De tal modo, este trabalho de pesquisa busca compreender de que maneira as intervenções psicopedagógicas podem favorecer a autonomia dos alunos com deficiência intelectual na realização das atividades escolares, já que a realidade escolar não dispõe de educadores para acompanhar individualmente tais alunos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Deficiência intelectual

A deficiência intelectual é caracterizada por um funcionamento intelectual inferior ao da média, com comprometimento na aquisição de habilidades diversas e com início anterior aos dezoito anos. Por se tratar de uma associação respeitada e relevante internacionalmente, trazemos a definição apresentada pela AAIDD (Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento):

Atualmente, definem a deficiência intelectual como "uma deficiência caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual como no comportamento adaptativo, que abrange muitas habilidades sociais e práticas. Esta deficiência origina-se antes da idade de 18 anos". (AAIDD, 2010).

Em muitas publicações a cerca desse tema, ainda encontramos o termo "deficiência mental", no entanto adotamos a terminologia "deficiência intelectual", seguindo as orientações da AAIDD e de relevantes autores.

À medida que as pesquisas e estudos nesse campo vão evoluindo, há a necessidade de se realizar tais readequações de vocabulário. Segundo Sasaki (2005, p. 9):

Atualmente, quanto ao nome da condição, há uma tendência mundial (brasileira também) de se usar o termo deficiência intelectual, com o qual concordo por duas razões. A primeira razão tem a ver com o fenômeno propriamente dito, ou seja, é mais apropriado o termo intelectual por referir-se ao funcionamento do intelecto especificamente e não ao funcionamento da mente como um todo. A segunda razão consiste em podermos melhor distinguir entre deficiência mental e doença mental, dois termos que têm gerado confusão há vários séculos.

Estas alterações não dizem respeito apenas a termos e terminologias, mas estão relacionadas a concepções e sua compreensão torna-se essencial quando lidamos com pessoas com deficiência, de modo a viabilizarmos um processo mais inclusivo.

A Deficiência Intelectual não possui um diagnóstico simples, visto que ela compreende uma série de síndromes e deficiências diferentes. Além disso, não se pode confundi-la com outros transtornos, déficits

ou até mesmo dificuldades de aprendizagem. Sua identificação é realizada por meio de uma análise global do comportamento do indivíduo e uma observação sistemática sobre suas habilidades, de modo a evitar diagnósticos precipitados. A este respeito, a AAIDD (2010), afirma que:

Testes padronizados podem determinar limitações no comportamento adaptativo, que inclui três tipos de competências: Habilidades conceituais: linguagem e alfabetização, dinheiro, tempo, conceito de número e de auto direção; Competências sociais: relações interpessoais, responsabilidade social, autoestima, credulidade, ingenuidade (ou seja, cautela), resolução de problemas sociais, capacidade de seguir regras/obedecer às leis e evitar serem vitimizadas; Competências práticas: atividades de vida diária (cuidados pessoais), competências profissionais, saúde, viagens e transporte, horários/rotinas, segurança, uso do dinheiro, a utilização do telefone. (AAIDD, 2010).

De maneira resumida, passaremos agora a considerar alguma especificidade relacionada ao processo de diagnóstico, já que acreditamos ser essencial essa compreensão para a abordagem das questões relacionadas à aprendizagem escolar e autonomia das crianças com DI. A AAIDD sugere a adoção de três critérios neste processo. O primeiro critério se refere as *“limitações significativas no funcionamento intelectual”*, que devem ser avaliadas por meio de testes de QI (quociente de inteligência) padronizados.

O segundo critério está relacionado com o *“comportamento adaptativo”*, que engloba uma gama de habilidades que são desenvolvidas pelas pessoas em situações cotidianas, são elas: Conceituais (linguagem, leitura, escrita, compreensão do sistema monetário, noção de tempo, conceito de número; sociais (relacionamento interpessoal, autoestima, resolução de problemas, cumprimento de regras) e práticas (atividades de vida diária, cuidados pessoais, habilidades ocupacionais e etc.). O diagnóstico por meio desse critério é realizado através da obtenção de informações de pessoas que convivam próximas à pessoa analisada e também por meio de testes padronizados que avaliam o comportamento adaptativo. O terceiro critério diz respeito a *“idade em que tem início a deficiência”*, desta forma é possível distinguir a deficiência intelectual de outras deficiências ou até mesmo doenças que podem surgir ao longo da vida. Em geral, a deficiência intelectual tem origem no período pré-natal (durante a formação fetal), perinatal (problemas durante o parto) e pós-natal. No entanto, em alguns casos, a DI pode ter origem mais tarde (até os 18 anos), devido principalmente a problemas ligados à desnutrição, infecções ou lesões cerebrais (AAIDD, 2010).

Segundo a Apae de São Paulo (s/d) os principais fatores pré-natais são: Fatores genéticos: Alterações cromossômicas (numéricas ou estruturais), como é o caso da Síndrome de Down; Alterações gênicas (erros inatos do metabolismo) como é o caso da Fenilcetonúria; Fatores que afetam o complexo materno fetal (uso de drogas lícitas e ilícitas, uso de remédios com efeitos colaterais capazes de provocar danos à formação fetal); Doenças maternas (como por exemplo o diabetes gestacional); Doenças infecciosas maternas (como sífilis, rubéola, toxoplasmose) e Desnutrição materna.

Os fatores Perinatais são aqueles que ocorrem no trabalho de parto ou até o 30º dia de vida do bebê, entre eles: Hipóxia ou anóxia (insuficiência da oxigenação cerebral); Prematuridade e baixo peso; Icterícia grave do recém-nascido.

Por último temos os fatores Pós-natais são aqueles que ocorrem a partir do 30º dia de vida do bebê até os dezoito anos de idade, são eles: desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global; Infecções graves (como a meningite e sarampo); intoxicações causadas por envenenamento e acidentes em geral.

Como podemos observar, o conceito de Deficiência Intelectual é muito amplo e abrange uma série de deficiência com características específicas. No entanto, abordaremos a DI em sua forma geral, ou seja, a partir das características apresentadas ao longo de sua definição, premissas para diagnósticos, causas

e fases de origem e etc. Contudo, para efeito de informação, é necessário que conheçamos quais são as principais deficiências intelectuais e de forma breve as suas principais características.

Ainda de acordo com a Apae de São Paulo (s/d), as deficiências intelectuais de maior incidência são: Síndrome de Down, Síndrome do X-Frágil, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Angelman e Síndrome Williams.

2.2 Síndrome de Down

Primeiramente, salientamos que de acordo com o geneticista Llerena (2007) a Síndrome de Down não é considerada uma doença, mas uma condição genética inerente à pessoa. Ela é definida, segundo o Ministério da Saúde (2012, p. 7) como:

A Síndrome de Down acontece quando a pessoa nasce com um cromossomo a mais em cada célula do seu corpo. As pessoas com Síndrome de Down têm um cromossomo a mais no cromossomo número 21. É por isso que muitas pessoas chamam a Síndrome de Down de trissomia do 21.

A presença extra desse cromossomo implica em um retardo leve ou moderado no desenvolvimento cognitivo, por consequência das alterações cerebrais. A Síndrome de Down pertence ao grupo das deficiências intelectuais, ou seja, daquelas que são responsáveis pela redução das habilidades cognitivas do indivíduo. Seu nome tem origem do nome do médico John Langdon Down que, segundo Pueschel (2006), em 1886 descreveu as características de uma criança com Síndrome de Down pela primeira vez. No entanto, foi apenas em meados de 1959 que o estudioso Lejeune conclui que a criança com Síndrome de Down tinha um cromossomo a mais em cada célula, no cromossomo 21.

Segundo Pueschel (1999, p. 54), “em estudos de tais crianças ele observou 47 cromossomos em cada célula, ao invés dos 46 esperados e, ao invés dos dois cromossomos 21 em cada célula, o que levou ao termo Trissomia 21”.

Na prática, a trissomia 21, significa que um cromossomo extra está presente em todas as células do organismo; tal alteração genética afeta o desenvolvimento do indivíduo, determinando algumas características físicas e cognitivas. O diagnóstico é realizado através do estudo cromossômico, denominado cariótipo. Durante a gestação, exames pré-natais podem indicar a existência da SD, sendo confirmada por meio de exames específicos.

De acordo com a apresentação realizada pela fundação Síndrome de Down, a única característica comum a todas as pessoas com SD é o déficit intelectual, vejamos:

Embora as alterações cromossômicas da SD sejam comuns a todas as pessoas, nem todas apresentam as mesmas características, nem os mesmos traços físicos, tampouco as malformações. A única característica comum a todas as pessoas é o déficit intelectual. Não existem graus de SD; a variação das características e personalidades entre uma pessoa e outra é a mesma que existe entre as pessoas que não tem SD. (Fundação Síndrome de Down).

É importante ressaltarmos que Down não é uma alteração genética que apresente cura, evolução ou regresso, e as causas para tal "falha" na divisão celular presente nas pessoas com SD não são conhecidas. Desta forma, sua ocorrência se dá de modo igual em qualquer raça, nível cultural, social, ambiental ou econômico; entretanto, entre as mulheres com mais de trinta e cinco anos, há um aumento progressivo de tal risco.

2.3 Síndrome do X-Frágil

De acordo com a Associação Catarinense da Síndrome do X-Frágil, é a segunda Síndrome com comprometimento intelectual mais frequente após a Síndrome de Down e a mais frequente herdada (familiar), sendo definida como:

A Síndrome do X Frágil é a causa conhecida mais comum de deficiência intelectual herdada e uma das causas genéticas do autismo. Ela é causada pela mutação de um gene específico e localizado no cromossomo "X". O gene é chamado de Fragile Mental Retardation 1 ou FMR1. Hoje a expressão retardo mental lê-se deficiência intelectual (DI). Quando um indivíduo é acometido pela Síndrome do X Frágil, o gene FMR1 fica comprometido e, por consequência, ocorre a falta ou pouca produção da proteína FMRP (Fragile Mental Retardation Protein), fundamental para o desenvolvimento do sistema nervoso e de várias funções cerebrais: intelectual, sensorial, memória, fala, cálculo, social e comportamental. A falta dessa proteína desestabiliza todo o processo cerebral, fazendo com que a pessoa apresente dificuldades intelectuais, atraso no desenvolvimento, problemas de comportamento, problemas emocionais e determinadas características físicas. (CARTILHA ELETRÔNICA SOBRE A SÍNDROME DO X-FRÁGIL, 2009)

Os indivíduos portadores desta síndrome possuem problemas de comportamento, em alguns casos características físicas específicas e atraso no desenvolvimento motor e cognitivo. Não estão associados problemas de saúde de qualquer natureza. Em relação ao comprometimento intelectual, observamos uma grande variação, enquanto alguns apresentam uma dificuldade de aprendizagem, outros são acometidos por um retardo severo. Observa-se um atraso na fala e nas habilidades comunicativas. Nota-se que entre si, as pessoas com a Síndrome do X-frágil apresentam uma enorme variação dentre as suas habilidades cognitivas, apresentando muitas vezes facilidade para aprender conteúdos complexos e dificuldade em conceitos simples e elementares.

2.4 Síndrome de Prader-Willi

De acordo com Cintia Fridman (2003) a síndrome de Prader-Willi é classificada como uma doença genética que afeta o desenvolvimento da criança. Dentre as principais características físicas estão a obesidade, a baixa estatura e baixo tônus muscular. Os problemas de aprendizagem e comportamentais são muito frequentes, destacamos alguns como: alterações de humor, depressão, episódios de violência, comportamentos impulsivos e agitados e compulsão por certos ideais ou atividades.

Em relação à incidência, esta síndrome ocorre em uma proporção de um caso a cada dez a trinta mil nascimentos. Torna-se salutar uma investigação que aponte o mecanismo genético que originou a síndrome. Seus portadores apresentam uma alteração no cromossomo quinze, que se configura como uma ausência de determinada região, de origem paterna, resultando na inexistência de uma informação genética transmitida pelo pai naquele cromossomo especificado.

Quanto mais precoce for realizado o diagnóstico, maiores são as chances de se realizar um acompanhamento especializado que auxilie a criança.

O diagnóstico é feito por meio do teste genético, capaz de identificar a ausência da contribuição paterna no cromossomo 15. As técnicas atuais permitem detectar 99% dos casos. Estudos mostram que essa avaliação é bastante eficaz para o diagnóstico precoce em recém-nascidos com hipotonia. Além disso, o exame é útil para diferenciar a síndrome de outras doenças em que crianças e adolescentes apresentam retardo mental e obesidade. (FRIDMAN, 2003)

2.5 Síndrome de Angelman

A Síndrome de Angelman (S.A) é um distúrbio neurológico que causa retardo mental, alterações do comportamento e algumas características físicas distintas. Ela foi pela primeira vez relatada em 1965, quando um neurologista britânico, Dr. Harry Angelman, descreveu 3 crianças com este quadro. Até 1987, o interesse por esta doença foi bastante reduzido. Neste ano, observou-se que

a análise dos cromossomos de afetados por S.A. mostrava em cerca de 50% dos indivíduos a falta de uma pequena porção (deleção) do cromossomo 15. O que parecia ser uma situação muito rara mostrou-se bastante frequente: estima-se atualmente que uma em cada quinze ou vinte mil crianças são afetadas por esta doença. (Kok, 2014, s/p).

Dentre os principais comprometimentos ocasionados por esta síndrome, destacam-se: alguns atrasos no desenvolvimento motor e na aquisição de determinados marcos do desenvolvimento, como o sentar e o andar; ausência da fala; dificuldades com o sono; falta de atenção e hiperatividade; crises epiléticas e andar desequilibrado, com pernas afastadas e esticadas.

Em relação às características físicas observa-se: cabeça de tamanho inferior e achatada; características faciais distintas: boca grande com profusão da língua, queixo proeminente, lábio superior fino, dentes espaçados; redução da pigmentação cutânea, com pele mais clara do que o padrão familiar e maior frequência de cabelos finos e loiros e olhos claros; estrabismo (40% dos casos) e mais raramente (10%) desvio na coluna (escoliose).

2.6 Síndrome Williams

De acordo com a Ivana Silva, da Fundação FIOCRUZ (s/d), a Síndrome de Williams também conhecida como síndrome Williams-Beuren é uma desordem genética que, talvez, por ser rara, frequentemente não é diagnosticada. Sua transmissão não é genética. O nome desta síndrome vem do médico, Dr. J. C. P. Williams que a descreveu em 1961 na Nova Zelândia e pelo Dr. A. J. Beuren da Alemanha em 1962. Acometendo ambos os sexos, na maioria dos casos infantis (primeiro ano de vida), as crianças têm dificuldade de se alimentar, ficam irritadas facilmente e choram muito.

A síndrome de Williams é uma doença caracterizada por "face de gnomo ou fadinha", nariz pequeno e empinado, cabelos encaracolados, lábios cheios, dentes pequenos e sorriso frequente. Estas crianças normalmente têm problemas de coordenação e equilíbrio, apresentando um atraso psicomotor. Seu comportamento é sociável e comunicativo embora utilizem expressões faciais, contatos visuais e gestos em sua comunicação.

Embora comecem a falar tarde, por volta dos 18 meses, demonstram facilidade para aprender rimas e canções, demonstrando muita sensibilidade musical e concomitantemente boa memória auditiva.

Seu desenvolvimento motor é mais lento. Demoram a andar, e tem grande dificuldade em executar tarefas que necessitem de coordenação motora tais como: cortar papel, desenhar, andar de bicicleta, amarrar o sapato etc.

É muito importante identificar portadores desta síndrome logo na primeira infância, pois, tem influência em diversas partes do desenvolvimento cognitivo, comportamental e motor.

Nas crianças portadoras desta síndrome é grande a sociabilidade, entusiasmo, grande sensibilidade, tem uma memória fantástica para pessoas, nomes e local; ansiedade, medo de alturas, preocupação excessiva com determinados assuntos ou objetos, distúrbios do sono, controle do esfíncter. É normal crianças com esta síndrome serem amigas de adultos e procurarem a companhia deles, ao mesmo tempo tem dificuldade em fazer amizades com outras crianças da sua idade. Muitas crianças com esta síndrome demonstram medo ao escutarem ruídos de bater palmas, liquidificador, avião, etc., por serem hipersensíveis ao som.

3 QUESTÕES RELACIONADAS À APRENDIZAGEM E AUTONOMIA

A partir dos estudos de Vygotsky (1999) e da Teoria Histórico Cultural, torna-se claro o papel das relações sociais no processo do desenvolvimento. Desta forma, devemos superar a visão biológica da deficiência intelectual, adotando uma concepção que considera o aprendizado escolar como uma experiência determinante no desenvolvimento dessas crianças, *"e é também uma poderosa força que direciona o desenvolvimento, determinando o destino de todo o seu desenvolvimento mental"* (VYGOTSKY, 1999, p. 107).

Desta forma, a escola assume um papel de extrema importância no desenvolvimento intelectual dos alunos com DI, devendo atuar por meio de intervenções pedagógicas acertadas que promovam esse desenvolvimento; para tanto, deve enxergar esses alunos dentro de suas especificidades, percebendo que há neles inteligência e capacidade para aprender, embora isso se dê em um ritmo próprio. As publicações do MEC (1997) convergem neste sentido, vejamos:

"A convicção atual de que as pessoas com deficiência mental apresentam diferentes condições de aprendizagem e de que outros fatores, além do intelectual, estão presentes e interferem na sua funcionalidade acadêmica têm contribuído para que o sistema educacional compreenda melhor a diversidade de possibilidades dos alunos e procure oferecer um ambiente mais favorável à sua aprendizagem" (MEC, 1997, p. 36)

Padilha (2001) afirma que a escola deve promover nos indivíduos com DI a possibilidade de: *"vencer as barreiras de sua deficiência – expandir possibilidades, diminuir limites, encontrar saídas para estar no mundo, mais do que ser apenas uma pessoa do mundo"*. (Padilha, 2001, p. 35). Trata-se de permitir o acesso aos bens culturais como uma forma de conquista de liberdade, expansão por meio do conhecimento, construção de identidade e alcance da autonomia. Para tanto, é preciso que os educadores compreendam a forma particular deste aluno se relacionar com o mundo e com o conhecimento, valorizando o "jeito" dele ser. Além disso, torna-se necessário a superação da crença de que a principal meta da inclusão seria a socialização, inviabilizando as possibilidades da construção de conhecimentos acadêmicos.

Respeitar e garantir a individualidade é essencial quando lidamos com crianças com DI, já que há uma tendência de olharmos para a criança a partir da deficiência. No entanto, precisamos considerar que a aprendizagem depende não só do nível de suas limitações intelectuais e adaptativas, mas também da interação com o ambiente escolar, ou seja, é um resultado da interação aluno e escola. Cada criança com deficiência intelectual é única, assim como todas as outras, a este respeito, MEC (1997, p. 73) afirma que:

"A forma como uma criança cresce e se desenvolve depende de vários fatores individuais, sociais e ambientais. O fato de ter o seu desenvolvimento cognitivo alterado por quaisquer causas não coloca todas as crianças com deficiência no mesmo patamar de limitações e de capacidades".

Mesmo em face a toda essa diversidade, podemos definir alguns perfis de desenvolvimento mais comuns nas crianças com DI. Fierro (1995, p. 75) aponta que os principais déficits de funcionamento são: deficiência na metacognição e deficiência nos processos sociais. *"As limitações mais definidas correspondem à inteligência conceitual, responsável pela aquisição do conhecimento e da aprendizagem e à inteligência prática e social, que definem a competência social do indivíduo"*.

Segundo Gil e Souza (2012) do ponto de vista do desenvolvimento psicológico a cognição é composta por: percepção; atenção; memória; habilidade ou capacidade de categorizar eventos; formar conceitos; resolver problemas; aprender uma língua e agir no mundo a partir dela; pensamentos e criatividade. E são essas habilidades que apresentam maior comprometimento, em geral, nos sujeitos com DI.

Desta forma, de acordo com a intensidade da limitação intelectual existente, os aspectos sociais, de comunicação, linguísticos, acadêmicos e outros associados a essas formas de inteligência poderão estar atrasadas ou alteradas em diferentes graus.

Aggio e Varella (2011) estabelecem uma importante reflexão a cerca do papel da memória na aprendizagem. De acordo com os autores memória e a aprendizagem estão intimamente relacionadas, visto que é pela memória que lembramos das coisas que aprendemos ou vivenciamos no passado, garantindo que uma habilidade apreendida numa experiência possa ser utilizada em outros momentos. Sendo assim, ela é responsável pela manutenção das aprendizagens construídas em nossa interação com o meio. Isto é, essencial na produção de comportamentos pautados na autonomia.

Essa habilidade é essencial para a realização de novas aprendizagens (precisamos reter as informações relacionadas aquela aprendizagem, durante e depois desse processo). Além disso, destacam a importância da memória nas relações sociais, durante uma conversa, por exemplo, "*Assim, para que uma conversa tenha fluência, é necessário lembrar-se de coisas que já passaram há algum tempo e de coisas que estão sendo ditas no momento*" (AGGIO E VARELLA 2011, p. 20).

No âmbito da educação especial, destacam a importância da realização de uma educação duradoura, que resista a passagem do tempo. Segundo elas: "*Indivíduos com déficits intelectuais exibem variados graus de dificuldades de aprendizagem e, algumas vezes, não conseguem manter o que aprenderam após a passagem de um determinado período de tempo*". (AGGIO E VARELLA 2011, p.21).

3.1 Autonomia e Deficiência Intelectual

Passaremos agora a discutir acerca das questões relacionadas à autonomia das pessoas com deficiência intelectual, especificamente em âmbito escolar. Em sentido amplo, adotaremos a concepção de Paulo Freire sobre a autonomia, Freire (1997) compreende que a construção da autonomia deve "*estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade*" (FREIRE, 1997, p. 121).

Segundo Pitano e Ghiggi (2009) o termo autonomia - *autós* - significa *por si próprio ou de si mesmo*. É a capacidade que alguém adquire de governar a si mesmo; direito ou faculdade de se reger (uma ação) por leis próprias; liberdade ou independência moral ou intelectual; propriedade pela qual os seres humanos pretendem poder escolher as leis que regem sua conduta.

Mantoan (2008) afirma que a questão da promoção da autonomia tornou-se uma finalidade da educação de pessoas com deficiência. Vejamos a seguir a análise da autora:

A valorização dos papéis supõe não apenas a igualdade de oportunidades, mas a igualdade de valor entre as pessoas e, em consequência, o desenvolvimento de habilidades, talentos pessoais e papéis sociais, compatíveis com o contexto de vida, a cultura, a idade e o gênero. A inserção de pessoas com déficit intelectual torna-se virtualmente impossível, quando não lhes permitimos desenvolver os instrumentos necessários para se adaptarem às condições ambientais, que mudam constantemente. Uma boa adaptação repousa sobre a faculdade de utilizar as aquisições intelectuais em diversas situações que apresentam características similares. Estudos sobre a dimensão microgenética das organizações cognitivas, por exemplo, têm trazido algumas contribuições relevantes para o esclarecimento do funcionamento mental de aprendizes, perante situações de resolução de problemas. (MANTOAN, 2008, p. 38)

Desta forma, a promoção da autonomia escolar extrapola o âmbito educacional, visto que se torna um exercício para a adaptação dos indivíduos nas diferentes situações da vida, que mudam constantemente.

Ainda segundo a autora, a percepção negativa que as pessoas com deficiência intelectual têm sobre si, impedem que elas conquistem esta autonomia. O não acreditar no sucesso escolar gera dependência e a escola por vezes reforça esse comportamento por meio da adoção de condutas passivas e de aceitação. Mantoan (2008) sugere que eles sejam colocados frente a situações problemáticas para que vivam o equilíbrio em níveis cognitivos e emocionais.

4 METODOLOGIA

4.1 intervenções psicopedagógicas e a promoção da autonomia dos sujeitos com DI

Adotaremos as concepções de Bossa (1994) sobre a atuação da Psicopedagogia. A autora afirma que suas possibilidades extrapolam o quesito da aprendizagem, adotando uma função integral que seria a de *"socializar os conhecimentos disponíveis, promover o desenvolvimento cognitivo e a construção de regras de conduta, dentro de um projeto social mais amplo"*. (BOSSA, 1994, p. 66).

A intervenção psicopedagógica tem o objetivo de revelar um padrão de relacionamento com o mundo, diferente daquela vivenciada até o momento pelo indivíduo, que conseqüentemente poderá ser lançado ao aprendizado e integrando-se a sociedade conforme suas condições o permitam.

Segundo a psicopedagoga especialista em Inclusão, Daniela Alonso:

As limitações impostas pela deficiência dependem muito do desenvolvimento do indivíduo nas relações sociais e de seus aprendizados, variando bastante de uma criança para outra.

Em geral, a deficiência intelectual traz mais dificuldades para que a criança interprete conteúdos abstratos. Isso exige estratégias diferenciadas por parte do professor, que diversifica os modos de exposição nas aulas, relacionando os conteúdos curriculares a situações do cotidiano, e mostra exemplos concretos para ilustrar ideias mais complexas. Para a especialista, o professor é capaz de identificar rapidamente o que o aluno não é capaz de fazer. O melhor caminho para se trabalhar, no entanto, é identificar as competências e habilidades que a criança tem. Propor atividades paralelas com conteúdos mais simples ou diferentes, não caracteriza uma situação de inclusão. É preciso redimensionar o conteúdo com relação às formas de exposição, flexibilizar o tempo para a realização das atividades e usar estratégias diversificadas, como a ajuda dos colegas de sala - o que também contribui para a integração e para a socialização do aluno. Em sala, também é importante a mediação do adulto no que diz respeito à organização da rotina. Falar para o aluno com deficiência intelectual, previamente, o que será necessário para realizar determinada tarefa e quais etapas devem ser seguidas é fundamental. (REVISTA NOVA ESCOLA, 2012)

Ressaltamos que não pretendemos aqui apresentar um método ou um caminho a ser seguido para a progressão da autonomia dos sujeitos com DI, o nosso objetivo é apontar algumas estratégias que possam tornar o processo de aprendizagem mais independente e eficaz, instrumentalizando o sujeito com mecanismos que oportunizem a autonomia.

Desta forma, para que a aprendizagem seja de fato significativa, torna-se necessária a contextualização dos conteúdos, uma abordagem concreta e a busca constante de estratégias de intervenção. A construção da autonomia escolar, que contribui para a autonomia em todos os campos da vida do sujeito, é um processo gradual e contínuo; para ajudá-lo a se organizar sozinho, por exemplo, podemos criar uma rotina ilustrada com as atividades do dia e ir avisando à medida que elas vão acontecendo, de modo que ele possa separar os materiais necessários para determinada atividade. Com essas atividades vamos atribuindo responsabilidades a eles, utilizando ferramentas que facilitam a auto-organização.

Como já foi abordado no presente artigo, a memória caracteriza-se como uma função cognitiva imprescindível para a consolidação da aprendizagem; entretanto, boa parte dos sujeitos com DI apresentam dificuldade neste sentido. Aggio e Varella (2011) apontam que todo processo de ensino aprendizagem perpassa por três etapas, a saber:

Quando falamos em ensinar habilidades ou conteúdos para pessoas com Deficiência Intelectual, podemos compreender esse processo a partir de três etapas: 1) a aquisição do conteúdo ou da habilidade; 2) manutenção da aprendizagem e 3) generalização para outros contextos. Alguns aspectos das condições e estratégias de ensino nessas três etapas podem influenciar a aprendizagem e sua retenção por parte do aluno, refletindo na probabilidade de que o aluno se lembre do que aprendeu. (AGGIO E VARELLA, 2011, p. 21).

No ato de planejar os conteúdos a serem trabalhados, torna-se necessário o questionamento sobre a funcionalidade de cada conteúdo ou habilidade, pois muitas vezes a habilidade ou conhecimento são esquecidos com o passar do tempo pela falta de oportunidade de colocá-lo em prática. Uma estratégia sugerida é a revisão periódica das habilidades ensinadas, sobretudo para aquelas habilidades que são de extrema importância para a vida do indivíduo, mas que são difíceis de serem praticadas e até mesmo vivenciadas no contexto natural. *“Esse procedimento pode reduzir os efeitos de lacunas temporais entre o momento de aquisição e o momento de colocar em prática aquilo que se aprendeu”*. (AGGIO E VARELLA, 2011, p. 22).

Ensinar as habilidades em contextos diferentes, por pessoas diferentes, com objetos variados, pode favorecer a capacidade de generalização. Essa prática revela ao aluno que aquela mesma habilidade, técnica ou procedimento podem ser aplicadas em outras circunstâncias. As autoras reiteram a importância dessa capacidade de generalização na promoção da autonomia dos sujeitos com DI, vejamos: *“A generalização de habilidades relevantes e funcionais para indivíduos com Deficiência Intelectual pode representar um aumento significativo em sua independência e seu funcionamento global”*. (AGGIO E VARELLA, 2011, p. 22).

A identificação de habilidades relevantes, realização de tarefas em diferentes ambientes e situações e a oportunidade de praticar cotidianamente o que foi aprendido têm papel chave na estimulação da memória. É crucial, ainda, que essas tarefas sejam adequadas à fase de desenvolvimento e à capacidade intelectual de cada um, considerando as necessidades de cada pessoa. O respeito à individualidade garante o sucesso na tarefa e o proporcional prazer de ter sido bem-sucedido, além da motivação para continuar fazendo-a. (AGGIO E VARELLA, 2011, p. 22).

Domeniconi, et al. (2011) ressaltam que o ensino de comportamentos relevantes para a independência e funcionalidade das pessoas com DI tem sido um desafio. Dentre estes comportamentos destacamos aqueles relacionados ao não conseguir aprender e não encontramos mecanismos para reverter essa situação. As referidas autoras alertam que muitas vezes isso ocorre pela falta de comportamentos que favoreçam essa aprendizagem e dessa forma, sugerem que eles sejam prioridade, já que serão facilitadores na aprendizagem de outras habilidades. Alguns exemplos desses comportamentos são: sentar-se, seguir instruções, olhar para o professor; imitar e etc.

No curso das intervenções deve-se planejar atividades realizáveis pelo educando, sem, contudo, perder a dimensão do desafio. Alguns métodos podem ser adotados, visto que são considerados eficazes no ensino de pessoas com DI e facilitadores na conquista da autonomia. São eles: Ensino por meio de tentativas discretas; ensino incidental e análise de tarefa. Vejamos:

Autocuidado (vestir-se, alimentar-se, realizar a higiene pessoal) e às habilidades acadêmicas (raciocínio, resolução de problemas, leitura, escrita).

As autoras apontam que algumas estratégias podem favorecer essa aprendizagem. Inicialmente, é preciso selecionar as habilidades alvo, determinando as que são mais relevantes no contexto do sujeito e que possam garantir maior autonomia; como por exemplo: linguagem, seguir instruções, habilidades motoras finas, socialização e autocuidado.

Ensino por meio de tentativas discretas: Este método consiste em uma forma de organizar o ambiente e pode ser utilizado para ensino de diferentes repertórios, especialmente aqueles ligados ao ensino de relações entre diferentes estímulos, como relações entre nomes e objetos (ou figuras), entre palavras ditadas e impressas, ou figuras e palavras impressas, números e moedas, partes do corpo e objetos, ou entre objetos. Cada tentativa de ensino tem início com a apresentação de uma dica, pista ou instrução pelo professor. A ação do aluno pode consistir em escolher entre itens disponíveis ou executar uma ação de acordo com a instrução (DOMENICONI, et al., 2011, p. 34)

Neste método o professor inicia dando uma dica, pista ou instrução e o aluno tem que escolher dentre os itens apresentados ou realizar uma ação após um comando. Desta forma, vai se apresentando uma série de tentativas similares que objetivam o ensinamento de um comportamento alvo.

No procedimento de ensino incidental, são criadas situações para que a aprendizagem ocorra no ambiente natural e que seja reforçada. Vejamos um exemplo apresentado pelas autoras:

Em uma intervenção realizada por Farmer-Dougan (1994), esse método foi utilizado para aumentar a quantidade de pedidos verbais apropriados e interações verbais entre pessoas com Deficiência Intelectual. Durante as refeições, alguns itens alimentares preferidos pelos participantes estavam disponíveis na cozinha, mas estavam fora de acesso a eles. Isso criava a oportunidade para que os participantes tivessem que pedir pelo alimento e, quando isso ocorria, eles conseguiam o acesso ao item. Como resultado, ocorreu um aumento claro na frequência da emissão de pedidos adequados. (DOMENICONI, et al., 2011, p. 35)

No método da análise de tarefa, comportamentos motores complexos devem ser subdivididos em ações mais simples que em conjunto resultem naquele comportamento. Desta forma, se estabelece etapas ou sequência de comportamentos que devem ser ensinados separadamente, trabalhando com cada habilidade envolvida. As autoras apontam a necessidade de se criar uma cadeia de respostas, garantindo que ocorram na ordem necessária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente este trabalho tinha como objetivo geral a análise das contribuições da Psicopedagogia no contexto da autonomia escolar dos estudantes com Deficiência Intelectual. Desta forma, realizou-se uma reflexão acerca de algumas intervenções psicopedagógicas específicas. Para tanto, foram abordadas publicações de autores e pesquisadores relevantes no cenário da educação de pessoas com DI.

A Deficiência Intelectual (DI) é caracterizada por um funcionamento intelectual inferior ao da média, de modo que há comprometimento nas habilidades adaptativas, habilidades sociais e práticas. O surgimento precisa ser anterior aos dezoito anos. Em relação ao diagnóstico, ele é feito por meio de testes padronizados que determinam limitações no comportamento adaptativo, na esfera de três níveis de competências: Habilidades conceituais; competências sociais e competências práticas.

No que se refere à aprendizagem partimos dos estudos de Vygotsky e da Teoria Histórico Cultural que ressaltam o papel das relações sociais no desenvolvimento. Desta forma, compreendemos que as pessoas com DI apresentam diferentes condições e aprendizagem, de modo que é imprescindível garantir a individualidade no processo de ensino aprendizagem, lançado sobre o sujeito um olhar para além da deficiência. Apesar de toda essa diversidade, os principais déficits de funcionamento apresentados pelas pessoas nessas condições estão relacionados à metacognição (processos de aprendizagem) e aos processos sociais.

Em relação à autonomia, adotamos as concepções de Paulo Freire (1997), que estabelece uma relação direta entre construção da autonomia e conquista da liberdade; tão essenciais aos sujeitos com DI que por vezes são tratados como eternas crianças e dependentes. A este respeito, Mantoan (2008) afirma que é preciso dar as pessoas com DI instrumentos que lhes permitam a adaptação em diversas situações, visto que o mundo contemporâneo é caracterizado por essas mudanças constantes. Desta forma, quando oferecemos ao estudante estratégias que proporcionem sua atuação independente frente às tarefas escolares, estamos permitindo que ele se prepare para essa atuação em sua vida adulta.

Neste contexto, concluímos que a Psicopedagogia pode contribuir para a promoção da autonomia nos sujeitos com DI, por meio de intervenções que objetivam a construção de um novo padrão de relacionamento com o mundo. Dentre algumas estratégias, destacamos: propostas de atividades significativas por meio da contextualização; abordagem concreta; estratégias de auto-organização, como a construção de rotinas ilustradas; seleção de conteúdos funcionais; revisão das habilidades ensinadas; ensino de habilidades em contextos diferentes; entre outras.

Desta forma, acreditamos que as estratégias apresentadas favoreçam a autonomia escolar dos estudantes com deficiência intelectual, já que por meio das intervenções, ele deve ir desenvolvendo habilidades essenciais para uma ação autônoma, aprendendo a se organizar para a realização individual das tarefas, por meio de instruções simples e sequenciais. Torna-se claro, que o processo inclusivo é uma tarefa de intensa reflexão e busca constante de estratégias, de acordo com as características de cada sujeito, suas dificuldades, preferências e, sobretudo, habilidades.

REFERÊNCIAS

AGGIO, N. M. VARELLA, A. A. B. A memória e a retenção da aprendizagem por pessoas com Deficiência Intelectual. **Revista DI**, n. 3, ano 2, p. 20-23, ago./set., 2012.

ALONSO, Daniela. **O que é deficiência intelectual**. Disponível em: <http://revistaescola.abril.com.br/politicas-publicas/deficiencia-intelectual-inclusao-636414.shtml>. Acesso em: 18 ago. 2021.

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (AAIDD). **Definição da deficiência intelectual**. Disponível em: http://aaid.org/docs/default-source/sis-docs/aaiddb_wmanual_june_30webpresentation.pdf?sfvrsn=2. Acesso em: 01 out. 2021.

APAE DE SÃO PAULO. **Sobre a Deficiência Intelectual**. Disponível em: <http://www.apaesp.org.br/SobreA-DeficienciaIntelectual/Paginas/O-que-e.aspx>. Acesso em: 03 set. 2021.

ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DA SÍNDROME DO X-FRÁGIL. **Cartilha eletrônica**. Disponível em: <http://xfra-gilsc.com.br/site/>. Acesso em: 05 set. 2021.

BOSSA, Nádya. **A psicopedagogia no Brasil**: contribuições a partir da prática. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidados de saúde às pessoas com Síndrome de Down, Brasília, 2012.

DOMENICONI, C. et al. Princípios e métodos para o ensino de comportamentos novos a pessoas com Deficiência Intelectual. **Revista DI**, n. 3, ano 2, p. 31-35, ago./set., 2012.

FIERRO, Alfredo. As crianças com atraso mental. In: COOL, César. (Org.) **Desenvolvimento psicológico e educação**: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 232-239.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FRIDMAN, Cíntia. **Síndrome de Prader-Willi**. Disponível em: <http://www.neurociencias.org.br/pt/538/sindrome-de-prader-willi/>. Acesso em: 22 set. 2021.

FUNDAÇÃO SÍNDROME DE DOWN. **O que é Síndrome de Down**. Fsdwn. s.d. Disponível em: http://www.fsdwn.org.br/site/pasta_116_0__o-que-e-sindrome-de-down-.html. Acesso em: 08 de set. 2021.

GIL, M. S. C. A; GUILHOTO, D. H. S. P. O desenvolvimento psicológico e a cognição. **Revista DI**, n. 3, ano 2, São Paulo, p. 16-19, ago./set., 2012.

GUILHOTO, Laura Maria de Figueiredo Ferreira. Deficiência Intelectual. **Revista DI**. Ano 1, nº 1, jul/dez 2011. São Paulo: Instituto APAE.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_pdf.shtm. Acesso em: 20 set. 2021.

KOK, F. **Sobre a Síndrome de Algelman**. Associação Síndrome de Algelman. Disponível em: <http://angelman.org.br/caracteristicas/>. Acesso em: 15 set. 2021.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. Educação escolar de deficientes mentais: problemas para a pesquisa e o desenvolvimento. Cad. **CEDES**, Campinas, v. 19, n. 46, Sept. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32621998000300009. Acesso em: 23 set. 2021.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. O direito de ser, sendo diferente, na escola. **Revista CEJ**, Brasília, n. 26, p. 36-44, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www2.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewFile/622/802>. Acesso em: 20 set. 2021.

MEC. Secretaria de Educação Especial. **Programa de Capacitação de Recursos Humanos do Ensino Fundamental: Deficiência Mental**. Brasília, SEESP, 1997.

PADILHA, A M.L. **Práticas Pedagógicas na Educação Especial** – a capacidade de significar o mundo e a inserção cultural do deficiente mental. Campinas, SP: Autores Associados, 2001.

PITANO, S. C.; GHIGGI, G. Autoridade e Liberdade na práxis educativa: Paulo Freire e o conceito de autonomia. **Saberes**, Natal, v. 2, n. 3, dez 2009. Disponível em: <http://periodicos.ufrn.br/saberes/article/view/578/527>. Acesso em: 05 out. 2021.

PITANO, Sandro de Castro; GHIGGI, Gomercindo. Autoridade e Liberdade na práxis educativa: Paulo Freire e o conceito de autonomia. **Saberes**, Natal, v. 2, n. 3, dez 2009. Disponível em: <http://periodicos.ufrn.br/saberes/article/view/578/527>. Acesso em: 07 out. 2021.

RODRIGUES. Luciana Andrades. **Deficiência Intelectual**. Disponível em: <http://internas.net-name.com.br/arquivos/telesala/129.pdf>. Acesso em: 8 out. 2021.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? **Revista Nacional de Reabilitação**, n. 43, ano 9, São Paulo, p. 9-10, mar./abr, 2010.

SILVA, Ivana. **Síndrome de Williams**. Fiocruz. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/sindrome-williams.htm>. Acesso em: 10 out. 2021.

YVOTSKY, L. S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2ª ed., 1999.