

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: SÍNDROME DE DOWN

Marcos de Melo Ramos¹

Aristóteles Mesquita de Lima Netto²

RESUMO: Este artigo consiste na apresentação da prática em articulação com a teoria TCC- Terapia Cognitiva-Comportamental segundo Beck, J. S. (2013).; identificar o desenvolvimento dos processos de indivíduos com Síndrome de Down e seus determinantes, refletindo sobre propostas de intervenção nos diferentes contextos, exercendo de forma profissional em PPNE; conhecer o contexto das práxis interdisciplinares da psicologia frente aos outros profissionais do campo da psicologia em PPNE; vivenciar o processo interventivo do psicólogo clínico Beck, J. S. (2013). Foi atribuída especial importância devido ter passado frente aos atos de análises de forma coerente entre o referencial teórico e a proposta de trabalho, levando em consideração a situação atual do indivíduo. As respectivas observações referenciais, para a construção do diagnóstico, enfocando a necessidade de compreensão e análise do contexto. Como resultados é possível apontar uma melhor compreensão do contexto, discriminação e interpretação da realidade estabelecendo relações entre subjetividade e processos de desenvolvimento.

Palavras- Chave: TCC. Síndrome de Down. PPNE. Psicólogo clínico.

INTRODUÇÃO

Quando se trata da temática PPNE- Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais logo pode-se imaginar algumas situações existenciais precárias dentro da perspectiva. A constituição, promulgada em 1990, o Decreto Lei n. 3298/99, que regulamentou a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e que compreendia o conjunto de orientações normativas que objetivavam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência, trouxe um conceito de deficiência, delimitando o que se considerava deficiência. A ação central dentro da perspectiva de PPNE gira em torno do desenvolvimento social e interpessoal de tais indivíduos, onde acontece de forma generalizada e ampla. Pode-se afirmar que para na psicologia existe uma grande lacuna no que se fala de produção científica acerca do tema, porém é válido ressaltar que os profissionais em psicologia que atuam nesta área se fazem necessário uma especialização onde possibilitaria para o psicólogo uma visão centrada na pessoa com necessidades especiais. Ainda nesse aspecto, buscamos um levantamento bibliográfico, para que haja um referencial teórico metodológico. O objetivo da pesquisa resume-se em mostrar como se desenvolveria o

¹Acadêmico do curso de psicologia; Centro Universitário de Mineiros. marcos1ramos2011@hotmail.com

²Professor assistente; Centro Universitário de Mineiros Ufinimes. aristotelesnetto@hotmail.com

método interventivo na perspectiva TCC, segundo Judite S. Beck preparou o livro-texto *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática* que vem explicar sobre os pensamentos automáticos e disfuncionais do indivíduo.

Descrição e estudos acerca da demanda escolhida

A síndrome de Down é atualmente um dos diagnósticos onde a incidência da SD (Síndrome de Down) varia de um para cada 500 a 1000 bebês nascidos vivos (Frid exames capazes de indicar ou detectar a presença da síndrome no período pré-natal, muito frequentemente é a presença de uma série de alterações fenotípicas no nascimento que leva à suspeita do diagnóstico de SD (Schwartzman, 2003). O desenvolvimento da criança com SD apresenta-se de forma diferenciada do de uma criança sem deficiência (Canning & Pueschel, 1993). A deficiência mental é uma das características mais presentes em crianças com SD, o que pode, provavelmente, ser justificado por um atraso global no desenvolvimento, Frid, C., Drott, Lundell, Rasmussen & Annerén, 1999), podendo, por isso, ser considerada como uma anomalia genética relativamente comum dentro da perspectiva de bebês nascidos e as demais síndromes existentes. Em geral, as crianças com síndrome de Down apresentam um atraso na aquisição de marcos motores e de habilidades de auto-ajuda, tais como andar, falar, utilizar vaso sanitário, dentre outras (Canning & Pueschel, 1993).

A SD possui inúmeras peculiaridades que podem ou não afetar de maneira importante o desenvolvimento das crianças por ela acometidas. Por esse motivo, tais peculiaridades atingem não apenas a criança, mas também a família, especialmente os pais e mães, que precisam aprender a lidar com um filho cujo desenvolvimento poderá apresentar demandas diferenciadas das exigidas por crianças sem deficiência. Conforme o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), engloba dois tipos de sintomas: desatenção e hiperatividade-impulsividade, podendo haver predomínio de desatenção, predomínio de hiperatividade-impulsividade, ou os dois grupos de sintomas combinados.

O panorama histórico mostra que os interesses surgiram a partir do primeiro relato oficial em 1864 e 1866, pelo médico inglês John Langdon Haydon Down descrevendo desde então as crianças como “amáveis e amistosas”. Influenciado pela Teoria da Evolução de Charles Darwin, o médico explicou a síndrome estabelecendo uma teoria étnica, indicando a síndrome um “estado regressivo da evolução”. Após a descrição de Down, os estudos sobre a causa da síndrome atribuíram-na à tuberculose, à sífilis e ao hipotireoidismo, sendo os pacientes considerados como “crianças inacabadas”.

Durante o período que antecedeu a identificação da alteração cromossômica, os pacientes foram rejeitados e mantidos sob regime hospitalar, em condições precárias. O fim desse primeiro período da história da SD é marcado por uma intolerância de raízes religiosas e culturais e coincide com o Holocausto Judeu, um dos ícones do preconceito humano.

Em 1959, quase cem anos após a descrição do Dr. Down, os cientistas Jerome LeJeune e Patricia Jacobs, trabalhando de forma independente, determinaram a causa do até então “mongolismo”, como sendo a trissomia do cromossomo 21, que fio a primeira alteração cromossômica detectada na espécie humana, seria então renomeada para Síndrome de Down. A descoberta da alteração cromossômica marca o segundo período da história da síndrome, trazendo consigo uma nova fase de interesse científico.

Segundo um estudo de Giraud e Mattei (1975) existem três tipos de trissomia 21: a) trissomia do 21 padrão: o material genético em excesso está no par de cromossomo 21, como resultado de uma anomalia na divisão celular durante o desenvolvimento do óvulo ou esperma, durante a fertilização; b) translocação: o cromossomo 21 se rompe e adere a outro cromossomo. Pode ser sinal de hereditariedade; c) mosaico: a alteração genética compromete apenas parte das células, ou seja, algumas células têm 47 e outras têm 46 cromossomos.

O terceiro período da história da SD coincide com a onda de reconhecimento dos direitos da criança e do adolescente, que foi tomando conta de grande parte do mundo a partir das últimas décadas do século XX, onde toda criança, independente de sexo, raça, cor, religião ou capacidade mental teria direito a cuidados médicos e educação. Começou assim, a fase do interesse científico aliado ao interesse educacional e hoje, a institucionalização, a marginalização e a ignorância, enfim, vão cedendo paulatinamente lugar ao seguimento interdisciplinar e especializado e a programas educacionais cada vez mais ricos, baseados no conhecimento de que as pessoas com SD têm inúmeras potencialidades e revelam-nas quando bem integradas à família e à comunidade.

Hoje, as crianças com síndrome de Down podem ter um desenvolvimento motor muito próximo às crianças que não tem SD, falam, correm, brincam. Muitas aprendem a ler, escrever; outras, a tocar piano; muitas praticam esportes, e tantas outras dedicam-se a uma profissão ou às artes, conforme suas potencialidades – que devem ser aproveitadas ao máximo. E sem desânimo, sempre, surgido várias mudanças na terminologia e controvérsias na concepção desse quadro, o qual nem sempre foi caracterizado como um distúrbio (Brzozowski, 2009; Eidt & Tuleski, 2007a) porem sendo hoje tratado como síndrome. Segundo Alves (2007, p. 41)

[...] na criança com Síndrome de Down a prontidão para a aprendizagem depende da complexa integração dos processos neurológicos e da harmoniosa evolução de funções específicas, como a linguagem, percepção, esquema corporal, orientação espaço-temporal e lateralidade.

Segundo Vygotsky (1998) a interação com diferentes contextos comunicativos possibilita a aquisição da linguagem oral e se repercute na produção da linguagem escrita. A troca interativa com pessoas mais experientes é de suma importância, pois permite que a criança observe como as palavras são articuladas, como é feita a classificação das coisas, pessoas, objetos e animais e isso contribui para o seu entendimento do que ouve ou vê. Isso gera aos poucos um amadurecimento no raciocínio, melhorando a persistência nas ações cognitivas e motoras, tanto relativas à fala, quanto à escrita.

Nessa perspectiva, a educação escolar tem um papel de extrema importância na aquisição pela criança de funções como a atenção. Apesar disso, verifica-se que o fracasso escolar tem sido justificado pela hiperatividade e ou déficit de atenção, eximindo qualquer responsabilidade do contexto escolar e social nos quais a criança está inserida (Eidt & Tuleski, 2007a).

Quadro Clínico:

O diagnóstico da síndrome pode ser confirmado através da realização de um exame de sangue após o nascimento. Entre as características físicas associadas à síndrome de Down estão: olhos amendoados, maior propensão ao desenvolvimento de algumas doenças, hipotonia muscular e deficiência intelectual. Em geral, as crianças com síndrome de Down são menores em tamanho e seu desenvolvimento físico e mental são mais lentos do que o de outras crianças da sua idade.

Também é importante destacar que a síndrome de Down não é uma doença, e sim uma condição inerente à pessoa, portanto não se deve falar em tratamento ou cura. Entretanto, como esta condição está associada a algumas questões de saúde que devem ser observadas desde o nascimento da criança.

A hipotonia muscular também pode interferir no processo de aquisição de linguagem, sobretudo nos primeiros meses de vida quando a criança começa a estabelecer os vínculos comunicativos com a mãe. O sorriso e o contato de olho começam mais tarde, o que leva a mãe a pensar que seu filho não responde aos estímulos. Berger (1995), citado por Voivodic (2004), observou, no entanto, que as crianças percebem as características da vocalização da mãe desde bebês e se adaptam a elas. A verbalização também tem início tardio

em relação às outras crianças, fato que pode levar as mães a serem mais diretivas na comunicação, evitando perguntas e com isso, não contribuindo para o desenvolvimento da fala do filho com SD.

Com relação aos aspectos comportamentais, teimosia, ritualização, impulsividade, problemas para dormir e fobias têm sido observados em pessoas com SD (Buckley e Sacks, 1987 *apud* Casarin, 2003), desconstruindo portanto, o estereótipo da figura dócil e sociável das pessoas com SD. Embora a SD defina alguns aspectos físicos de seus "portadores", suas características psicológicas serão construídas no meio em que vivem. Foi possível observar em Wuo (2005) que as pessoas com SD são consideradas pela maior parte dos professores entrevistados como "amorosos, afetuosos, anjos ou santos", mas, como afirma Casarin (2003, p.281), "*... apesar de haver uma tendência à uniformização, a pessoa com SD tem sua própria personalidade e se diferencia de outras pessoas.*"

Quanto aos aspectos cognitivos, a deficiência mental é uma das características mais constantes da SD e irá variar em cada indivíduo. Segundo Voivodic (2004), as pessoas com SD apresentam déficit de atenção, causado por alterações neurológicas, déficit de memória, relacionado à memória auditiva imediata, o que pode afetar a produção e o processamento da linguagem, e déficit na memória de longo prazo, o que pode "*interferir na elaboração de conceitos, na generalização e no planejamento das situações*" (p. 45).

Tem-se assim que, embora muitos acreditem que o processo de aprendizagem das pessoas com SD e com deficiência mental se dá apenas de forma mais lenta que a dos outros, há, na verdade, diferenças estruturais que tornam esse processo qualitativamente diferente do das outras pessoas. As especificidades das pessoas com SD devem ser, então, consideradas e conhecidas pelos profissionais que com elas lidam, de forma a otimizar o processo de ensino e aprendizagem, a fim de propiciar o seu desenvolvimento, entendido aqui como a apropriação, pelo indivíduo da cultura humana, que deve caminhar em direção à independência e à autodeterminação (Bartalotti, 2004, p. 46).

A intensidade de cada um desses aspectos varia imensamente de pessoa para pessoa e não há relação entre as características físicas e um maior ou menor comprometimento intelectual. Por falar nisso, não existem graus de síndrome de Down. O desenvolvimento dos indivíduos com a trissomia está intimamente relacionado ao estímulo e incentivo que recebem, sobretudo nos primeiros anos de vida.

Epidemiologia

Diante de alguns estudos feitos a cerca da Síndrome de Down sob a ótica mundial, observa-se uma desordem genética que afeta centenas de bebês no mundo inteiro. A circunstância é causada pela presença de uma cópia adicional do cromossomo 21 no indivíduo SD. Os Seres Humanos têm geralmente 46 cromossomos, com os 23 herdados de cada pai. Devido à cópia extra do cromossomo 21, pessoas com Síndrome de Down tem 47 cromossomos. Este cromossomo adicional causa as características físicas e os problemas desenvolvendo associados com a síndrome. A cópia extra do cromossomo 21 é adquirida por acaso e embora Síndrome de Down seja mais comum entre os bebês carregados às matrizes de uma idade mais velha, matrizes de toda a idade pode ter um bebê com a circunstância.

Na América Latina, a frequência de nascimentos de crianças com síndrome de Down é de 1,4 a cada 1.000 ou 1 a cada 700. No Brasil, o índice fica em 1 a cada 650 a 700 nascimentos. Na verdade, embora o DNA humano contenha cerca de 3 bilhões de pares de nucleotídeos, praticamente pouco mais de 10% fazem parte dos genes, que chegam a aproximadamente 40 mil na espécie humana (Passarge, E. 2004, p. 2 e 11).

Etiologia

Até os estudos atuais conhecem, entretanto, não foi exatamente esclarecida a causa da síndrome de Down. Sabe-se que acontece devido a uma alteração cromossômica, mais especificamente no cromossomo 21, sendo este duplicado. Normalmente o ser humano possui 46 cromossomos, porém o Down possui 47. Existem alguns que são usados como fatores considerados de riscos, devido à grande incidência em que gestações na presença destes vem apresentando alterações genéticas. Os fatores de riscos podem ser classificados como endógenos e exógenos.

Um dos principais fatores de risco endógenos é a idade da mãe, que em idade avançada apresentam índices bem mais altos de riscos, devido ao fato de seus óvulos envelhecerem se tornando mais propensos as alterações, isso nos permite prevenir a ocorrência das alterações genéticas ou ainda minimizar os fatores risco.

Tratamento

Atualmente as terapias que apresentam melhores resultados nos casos de SD são: as alternativas farmacológicas, a dieta livre de fosfato, a psicoterapia e a medicina comportamental, os treinos de autoinstrução e a orientação para pais e professores, sendo

assim perspectiva de psicoterapia, permiti-nos afirmar que o AT (Acompanhamento Terapêutico) esta como um dos mais eficazes tratamentos para a síndrome de Down, pois ele traz a ideia de um intervenção no ambiente natural a qual o indivíduo vivencia.

Alternativas farmacológicas

Os fármacos para o tratamento de indivíduos com SD segue-se segundo a OMS é a situação na qual os pacientes recebem os medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas na dose correta por um período de tempo adequado e um custo acessível. Evidentemente, procura-se evitar o uso de fármacos com índice terapêutico baixo.

Pode-se dividir em duas classes, que é classificado segundo a necessidade do individuo que primeiramente possua Deficiência de ácido fólico; Conjunto de deficiências enzimáticas que determinam distúrbios de metabolização e eliminação de alguns fármacos; Hipersensibilidade à atropina e análogos naturais ou sintéticos, metotrexato e sulfonamidas. O principal fármaco é a atropina é um fármaco natural, antagonista da acetilcolina à nível dos receptores muscarínicos. (SCHVARTSMAN, 1979)

A segunda classe é a de indivíduos com Distúrbios cutâneo-mucosas: pele quente, seca e ruborizada, com erupções eritematosas ou escarlatiniformes. Secura das mucosas. Distúrbios oculares: pupilas dilatadas não reagentes, visão embaçada, fotofobia, paralisia da acomodação, aumento da pressão intra-ocular. Distúrbios cardiocirculatórios: taquicardia, anormalidades no eletrocardiograma, hipertensão arterial. Distúrbios digestivos: dificuldade de deglutição, ruídos abdominais diminuídos, constipação. Boca, lábios e língua seca. Sede intensa. Distúrbios periféricos/Sistema nervoso central: agitação, inquietude, hiperreflexia, incoordenação muscular, ataxia, distúrbios de fala, desorientação, confusão mental e alucinações geralmente visuais, vivas e coloridas. Outras manifestações: hipertermia, retenção urinária, diminuição das secreções salivar, gástrica e sudorípara. Em pacientes pediátricos: fâcies característico, com rubor da face e midríase bilateral. Os principais fármacos são escopolamina que é um fármaco com ação anticolinérgica, podendo deprimir o sistema nervoso central mesmo em doses terapêuticas. Nas pessoas com síndrome de Down, mais sensíveis, além da confusão mental, podemos ter torpor, alucinações e convulsões; Ipratrópio frequentemente usas em doenças respiratórias, tanto no controle de crises de asma brônquica; ciclopentolato e tropicamida são derivados sintéticos amoniacais terciários da atropina, e são usados rotineiramente em praticamente todos os consultórios de oftalmologia, Produzem

absorção sistêmica menor que os colírios de atropina, mas ainda assim têm seu uso desaconselhado em crianças Down, pois podem produzir confusão mental, febre, taquicardia, agitação, alucinações e dispnéia, mesmo nas doses habituais. (FUCHS, F.D., et. Al. 2004.)

Psicoterapia e acompanhamento terapêutico

Baseado e orientado nos princípios da teoria comportamental e cognitivo-comportamental, que segundo, Guerrelhas, Kovac et al (1999), a variável fundamental que define a decisão de intervenção no ambiente natural é o repertório comportamental do cliente, pois muitas vezes “é no ambiente natural que encontramos dispostos os reforçadores necessários para aprendizagem de novas habilidades, a partir da exposição direta á contingencia e teste afetivo de hipóteses” (p.167). Não se pautando basicamente nas contingencias do ambiente, mas também em modificar tais contingencias conforme o ambiente demonstra necessidade.

Dentro da perspectiva supracitada, vale ressaltar que o psicoterapeuta deve se apresentar-se também como acompanhante terapêutico, pois possibilitaria, um desenvolvimento que segundo Bijuo e Baer (1980), é definido como transformações progressivas nas interações entre os indivíduos e os acontecimentos do seu ambiente. Ambiente este que altera a vivencia terapêutica do cliente.

Orientação a pais e professores

Orientação como o olhar voltado à família os professores, assim como as técnicas de modificação de comportamento são sempre necessárias. A organização de todo local/ambiente a qual o indivíduo, a padronização do ciclo circadiano (das 24 horas do dia) e a estimulação precoce pode favorecer em seu desenvolvimento biopsicosocial. Sendo assim, os pais, os professores os profissionais da saúde mental devem estabelecer uma estrutura de relacionamento organizada, previsível de recompensas e punições, onde busca diminuir consideravelmente os comportamentos ditos indesejáveis. Os familiares precisam ser orientados no sentido de compreender que o desenvolvimento do SD possui uma certa diferenciação segundo as interações comportamentais de interação com o ambiente.

Esses procedimentos são especialmente adequados para contribuir com o desenvolvimento do potencial da interação social do indivíduo, pois estimulam a melhora

geral dos resultados, diminuindo o grau de sofrimento tanto da criança como das pessoas que convivem com ela no dia-a-dia.

Por vezes, os pais deparam-se com momentos de angústia e indecisão diante de uma criança tão pequena, mas que é capaz de paralisá-lo. Com frequência, a rotina familiar, que deveria ser prazerosa. Embora não existam receitas milagrosas, algumas reflexões a respeito do manejo das situações podem ser bastante úteis no sentido de aliviar a interação social. A definição do diagnóstico é importante, porque favorece a busca de melhor organização do contexto e a compreensão do comportamento apresentado pela criança.

A família precisa estar consciente de que as dificuldades enfrentadas pela criança não existem por sua livre vontade, mas devido a sua alteração cromossômica que a leva a agir diferentemente do esperado. É importante compreender os problemas sociais, escolares e familiares que ele enfrenta e estar disposta a auxiliá-la. Sempre que possível, os pais devem tentar colocar-se no lugar da criança, procurando perceber como ela está se sentindo quando não consegue corresponder às expectativas de todos.

Os pais necessitam estabelecer prioridades, evitando que seja cobrado tudo que se espera da criança de uma única vez. É fundamental que eles exercitem a observação e o treino do pensar antes de agir. Se a família falar sobre o assunto sempre que a situação extrapolar o suportável, achará mais facilmente a melhor forma de ação, além de o comprometimento de todos ser fonte de alívio e apoio necessário para o cotidiano. Frente a cada dificuldade da criança, os pais devem pensar na melhor alternativa de atuação, de forma a prevalecer o bom senso.

Quando as estratégias são estabelecidas a partir das prioridades levantadas, os pais devem ser persistentes, mantendo-as independentemente do ambiente. Muitas das vezes os pais conseguem desenvolver na criança estímulos fazendo com que ela possa perceber o quanto ela pode se desenvolver socialmente.

Outro ponto que requer atenção são os irmãos, os quais podem ser grandes aliados dos pais na busca pela harmonia familiar. Os irmãos podem ficar sensibilizados e apresentar sintomas que muitas vezes são identificados prontamente pelos pais, que, por isso, devem sempre estar atentos, procurando distribuir a atenção e evitar cobranças excessivas. Em algumas situações, os irmãos levam algum tempo para compreender as situações ou os comportamentos diferentes do irmão com SD. Nesse caso, devem ser considerados o tempo necessário e a individualidade de cada um.

Levando em conta as adaptações e as modificações que a família precisa fazer, quando tem um filho com SD, atestamos que a busca de orientação profissional especializada é

recomendada. Se confiarem somente na intuição, os pais podem ficar confusos, o que faz com que os conflitos familiares aumentam, assim como os sintomas em todos os seus componentes.

Intervenção

As intervenções cognitivo-comportamentais no SD têm sido usadas clinicamente há bastante tempo. A TCC é apontada como modalidade psicoterápica com maior evidencia científica de eficácia para os sintomas nucleares. Segundo Doyle (2006), a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) consiste em quatro etapas: a psicoeducação, a psicoterapia em si, a avaliação das comorbidades e as intervenções no ambiente além de ser utilizada no AT (Acompanhamento Terapêutico).

A priori o psicoterapeuta analítico comportamental, antes de aplicar qualquer que seja a intervenção, irá propor a busca de dados/ informações, onde possibilitara a partir de algumas observações, entrevista fechadas ou abertas, dispor de determinadas hipóteses a cerca do caso. A partir de tais ações e valido ressaltar que o terapeuta analisará os dados obtidos para que então monte o prognóstico específico de cada indivíduo.

Na Psicoeducação, o cliente irá receber informações sobre o SD, porem esta psicoeducação ira ser feita com os pais, fazendo com que os sentimentos passem de choque, negação, raiva, revolta e rejeição, e passe para a construção de um ambiente familiar mais preparado para incluir essa criança (Silva & Dessen, 2001), permitindo que os mesmos reconheçam os sintomas e interprete os danos que estes sintomas causam, desta forma, poderão obter novas maneiras ou estratégias para o manejo destes. Na etapa 2, ou seja, na Psicoterapia irá se relacionar com as ideologias e crenças da família e individuo alvo, ao desconhecimento da doença de forma que o mesmo acredite ser incapaz de realizar qualquer tipo de tarefa e se julgue inútil. A psicoterapia também é muito indicada quando serão necessários outros profissionais, bem como, fisioterapeuta, fonoaudióloga, otorrinolaringologista, medico, pneumologista entre outros. Por fim, as Intervenções no Ambiente que são realizadas no início do tratamento ajudam o paciente a encontrar um equilíbrio entre estrutura e liberdade.

Nesta etapa, o psicólogo usa do AT para tomar consciência das atitudes e comportamentos funcionais e disfuncionais, que o cliente/paciente demonstra em seu ambiente social onde ele se relaciona com pessoas que vão além do âmbito familiar. Neste

visão o psicólogo evidencia não apenas a família mas também à criança que ela pode realizar as tarefas que lhe são impostas, e que é possível conviver melhor com os outros de sua idade. Deste modo, o terapeuta irá orientar a criança a usar lembretes, bilhetes, quadros de avisos, cronogramas, procurar lugares silenciosos para estudar e sempre que necessário, realizar intervalos entre uma tarefa e outra, visando compreender e melhorar a coerência na relação criança e ambiente.

Para o sucesso do tratamento, a ajuda dos pais é de extrema importância para que as instruções dadas ao cliente sejam seguidas, uma vez que os aspectos sociais e emocionais dos pais, assim como os métodos utilizados por eles na educação de seu filho, influenciam nas atitudes e comportamentos apresentados pela criança e possibilitam a sua compreensão do comportamento diferenciado da criança portadora do SD em relação às outras crianças.

Segundo Jones (2004), a família é o melhor contexto onde possa compreender e auxiliar em qualquer dificuldade vivenciada por um de seus membros. O psicólogo ao abordar a família da criança com síndrome de Down irá disseminar as dúvidas dos responsáveis, de forma que fique claro que o diálogo com a criança deve ser objetivo, franco e direto.

Por meio da AT e da TCC – Terapia Cognitivo Comportamental, o cliente irá encontrar maneiras de redirecionar sua atenção, melhorando a sua interação social e construir suas crenças de maneiras mais adaptativas, desconstruindo o que acreditava ser incapaz de realizar determinadas tarefas e até mesmo de ser sociável com outras pessoas, o indivíduo irá aprender estratégias de resolução de problemas, monitorias, controle de tempo, desenvolvimento interpessoal.

Considerações

Diante dos fatos supracitados podemos afirmar que, em tudo a experiência de perceber a funcionalidade da atuação do psicólogo frente a indivíduos com SD, serviu como subsídio para um melhor entendimento das diversas fundamentações teorias e práticas utilizadas em sala, podendo assim trazer para uma visão mais ampla a qual leva-nos a conseguir conciliar com a realidade em que vivemos.

Uma vez que utilizado durante o período mostra que a psicologia voltada a necessidades especiais que se levarmos em consideração que cada indivíduo possui sua subjetividade como comportamento e pensamento, podemos ver que nos traz extrema confiança quando se fala

em TCC, ainda que exista desconfiança por parte de indivíduos que não tem o conhecimento de tal realidade pré escrita neste trabalho.

Referências

- ALVES, Fátima. **Para entender Síndrome de Down**. Rio de Janeiro: Wak, 2007.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, J. S. (2013). **Terapia Cognitiva-Comportamental: teoria e prática**. 2ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 413 p.
- Canning CD, Pueschel SM. **Expectativas de desenvolvimento: visão panorâmica**. In: Pueschel SM, org. **Síndrome de Down: guia para pais e educadores**. Tradução Lúcia Helena Reily. Campinas: Papirus; 1993.
- Casarin, S. (2003) **Aspectos psicológicos na síndrome de Down**. In: Shwartzman, José S. *Síndrome de Down*. São Paulo: Memnon/ Mackenzie.
- EIDT, Nadia Mara & TULESKI, Silvana Calvo. **Repensando os distúrbios de aprendizagem a partir da psicologia histórico-cultural** 2007.
- Frid, C., Drott, P., Lundell, B., Rasmussen, F. & Annerén, G. (1999). Mortality in Down's Syndrome in relation to congenital malformations. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(3), 234-241.
- FUCHS, F.D., WANNMACHER, L., FERREIRA, M.B.C. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapêutica Racional**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- Guerrelhas, F. F. (2007). **Quem é o acompanhante terapêutico: história e caracterização**. Em: D. R. Zamignani, R. Kovac, & J. S. Vermes (Orgs.) *A Clínica de Portas Abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório*. Santo André: ESETec, 2007.
- MOREIRA, Márcio Borges & MEDEIROS, Carlos Augusto. **Princípios básicos de análise do comportamento**. – Porto Alegre : Artmed, 2007. 224p.
- Passarge, E. **Genética: texto e atlas**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 2 e 11

PUESCHEL, S. M.; PUESCHEL, J. K. **Biomedical Concerns in Persons with Down Síndrome**. Baltimore: Brookes Publishing, 1992.

SCHVARTSMAN, J. S. **Intoxicações Agudas**. Editora: Sarvier, 1979.

SCHWARTZMAN, J. S. et al. **Síndrome de down**. 2 ed. São Paulo: Memnon: Mackenzie, 2003.

SILVA, N.L.P.; DESSEN, M.A. **Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 17, n. 2, pp. 133-141, 2001.

VOIVODIC, Maria Antonieta. **Inclusão Escolar de Crianças com Síndrome de Down**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

Vygotsky, L.S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes. 1984.