



## **ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS E DA ESTIMULAÇÃO ESSENCIAL PARA CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA**

**Francileide Monteiro da Silva Vieira**

Centro Regional de Educação Especial – CREE-MOS

[leidemont@hotmail.com](mailto:leidemont@hotmail.com)

**Francisca Monteiro da Silva Perez**

Núcleo de Educação a Distância – NeaD/UFERSA

[francisca.perez@ufersa.edu.br](mailto:francisca.perez@ufersa.edu.br)

### **Introdução**

Na história da pessoa com deficiência no nosso país, é possível perceber as dificuldades enfrentadas que na maioria das vezes são geradas por falta de oportunidades, falta de estímulos e de acesso aos bens sociais. Para que a inclusão da pessoa com deficiência de fato aconteça, torna-se necessária a reorganização do pensamento e do funcionamento social e escolar, e também investimentos em estudos e pesquisas para que os profissionais atendam às necessidades de aprendizagem das pessoas com deficiência.

Assim, torna-se importante passarmos a tecer considerações sobre a construção de estratégias pedagógicas necessárias que possam está colaborando no desenvolvimento de crianças com encefalopatia crônica não progressiva, bem como, colaborar com os profissionais que trabalham com essas crianças.

Como a da aluna M.G.N.L., atendida no Centro Regional de Educação Especial (CREE-MOS), que apresenta baixa visão, alterações da coordenação motora global e segmentar, alterações de equilíbrio, na área sensório-perceptiva, tátil e sinestésica. A criança apresenta também dificuldades de aprendizagem: conhece apenas algumas letras, não conhece sílabas nem palavras, não faz associação da imagem com a palavra, não conhece os números em relação a quantificação e sequência, conhece as cores básicas, noções de espaço (dentro das suas limitações visuais) e tempo, a aluna é colaborativa e bastante sociável.

O nosso objetivo é fornecer a aluna condições para o seu aprendizado, minimizando os efeitos das suas dificuldades visuais, de coordenação e equilíbrio, assim como as dificuldades de aprendizagem, favorecendo as suas habilidades cognitivas, motoras e visuais remanescentes.

Foram organizados atendimentos individuais e coletivos, de março a novembro, duas vezes por semana, com tempos de cinquenta minutos para cada atendimento em que foram desenvolvidas atividades de leitura em caixa alta, contação de histórias com teatralização, estudos de letras, com sílabas, palavras em plano inclinado, estudo de quantidades em ábaco fechado, atividades de Leitura, Matemática e Conhecimentos Gerais no computador, utilizando também recursos de desenho e pintura, estudos de números com auxílio da lupa, trabalho de coordenação motora e equilíbrio com bolas e bambolê, peças de encaixe de diversos tamanhos e formas, peças de montar, corda, pintura com desenho livre evoluindo para desenhos pré-estabelecidos, brincadeiras de amarelinha, roda, trilha com obstáculos, dentre outros. Também foram selecionados materiais a serem produzidos pela aluna havendo necessidade de parcerias com a família e profissionais, como terapeuta ocupacional, professora, psicopedagoga e equipe pedagógica.

## **1. Rede teórica e Experiência**

A Paralisia Cerebral (PC) ou encefalopatia crônica não progressiva da infância é descrita pela Organização Mundial de Saúde (1999) como uma decorrência de lesão estática, ocorrida no período pré-natal (antes do nascimento), perinatal (durante o nascimento) e pós-natal (depois do nascimento), que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional.

O termo PC é muito abrangente, apresenta variedade de fatores causadores e descreve a evolução do distúrbio da função motora secundários à patologia não progressiva do cérebro imaturo (HARE et al, 2000). A PC é identificada principalmente pela disfunção motora, contudo, ela é frequentemente acompanhada de outras desordens, como o retardo mental, porém ele não faz parte do quadro de PC, dificuldades sensoriais e epilepsia (MILLER e CLARK, 1998).

O comprometimento neuromotor da PC pode envolver partes distintas do corpo, resultando em classificações topográficas específicas. A classificação baseada nas alterações clínicas do tônus muscular e no tipo de desordem do movimento pode produzir o tipo espástico, discinético ou atetóide, atáxico, hipotônico e misto (OLNEY e WRIGHT, 1995). A intensidade

do acometimento neuromotor da criança com PC pode ser caracterizada como leve, moderada ou grave. Nos primeiros anos de vida da criança existem diversas modificações no seu crescimento e desenvolvimento. O termo desenvolvimento, quando aplicado à evolução da criança, significa que com o passar do tempo acontecerá um aumento das possibilidades individuais de agir sobre o ambiente.

Consideramos que as classificações de paralisia cerebral, tanto baseada nos princípios biomédicos quanto nos princípios biopsicossociais, são de fundamental importância para refletirmos sobre os processos de inclusão social de crianças com deficiência, particularmente crianças com PC, é importante que essas crianças quando inclusos tenham um suporte adequado para permitir um bom desenvolvimento escolar, recursos pedagógicos adaptados, adaptações no ambiente físico e adequações no mobiliário da escola.

Essas adaptações objetivam facilitar e possibilitar as atividades escolares realizadas pelas crianças, proporcionando um posicionamento adequado de acordo com as necessidades individuais de cada um. O direito de ir e vir é garantido a todos desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948). A Cartilha da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2007) estabelece todas as medidas necessárias para a eliminação de barreiras arquitetônicas, que impedem a inclusão social das pessoas com deficiência, devem ser adotadas pelo poder público como forma de promover o acesso a todos.

O Decreto-lei nº 5296 (BRASIL, 2004), institui que os estabelecimentos de ensino de qualquer nível, públicos ou privados, devem proporcionar condições de acesso e utilização de todos os seus ambientes para pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, inclusive nas salas de aula, bibliotecas, auditórios, instalações desportivas, áreas de lazer e sanitários.

Um dos fatores de principal importância para que aconteça o processo de inclusão é o enfoque multidisciplinar. A inclusão exige o envolvimento de todos os profissionais que atendem estes alunos nos diferentes níveis de ensino e áreas de conhecimento (DURCE et al., 2006).

Segundo Durce et al. (2006), a Fisioterapia pode auxiliar no processo de inclusão, por meio da eliminação de barreiras arquitetônicas, adaptações de materiais pedagógicos e mobiliários, orientação do manuseio e posicionamento do aluno em sala de aula e em atividades extraclasse, desenvolvimento da autonomia e promoção de ações de educação em saúde para funcionários da escola, pais e alunos.

Além das dificuldades motoras, essas crianças podem apresentar deficiências sensoriais e intelectuais, ou seja, dificuldades para ver, ouvir, assim como para perceber as formas e texturas dos objetos com as mãos. Pode ainda estar afetada a noção de distância, direita e esquerda, de espaço, etc. Essas dificuldades podem se combinar das mais variadas maneiras, nos mais diversos graus de gravidade, segundo a área do cérebro atingida e a extensão da lesão. Portanto, uma criança poderá ter a movimentação pouco afetada e apresentar sérias dificuldades intelectuais, como pode também acontecer o contrário.

Assim, a equipe multidisciplinar (terapeuta ocupacional, professora, psicopedagoga e equipe pedagógica), deve garantir que sejam dadas condições de adaptações e oportunidades para o desenvolvimento de suas capacidades, bem como a troca de experiências com os demais alunos.

Desta maneira, o presente estudo buscou investigar propostas pedagógicas que possam contribuir no desenvolvimentos de crianças com encefalopatia crônica não progressiva, baixa visão e alterações sensório-motoras.

É importante identificar e conhecer a criança com a qual se trabalha para que se possa ter ações resolutivas, trabalhando em cima das potencialidades que a criança apresenta após avaliação.

De acordo com Vygotsky(1984), o desenvolvimento é um processo mediatizado, em que as zonas de desenvolvimento potencial (atividade realizada com limitação hoje), poderão ser transformadas em zona de desenvolvimento atual (desempenho da função com autonomia).

## **2. Desenvolvimento**

A pesquisa se desenvolveu optando por organizar atendimentos individuais e coletivos, de março a novembro, duas vezes por semana, em que são desenvolvidas atividades de leitura, Contação de história com teatralização onde tanto a psicopedagoga como a aluna e os colegas representam os personagens das histórias (contos de fadas, desenhos, outras), que são contadas e também são criadas novas histórias tantos pela aluna como pelas outras crianças. Estudo de números, quantidades, letras, sílabas e palavras, associadas ou não a gravuras, com materiais diversos e ampliados, como, madeira, papelão, E.V.A, em cores fortes, como: vermelho, roxo, verde, etc. Atividades de Matemática, (estudo de quantidades em ábaco fechado) e

Conhecimentos Gerais no computador, utilizando também recursos de desenho e pintura, com auxílio da lupa e em plano inclinado.

**Figura 1:** aluna montando peças de encaixes em EVA



**Fonte:** acervo das autoras.

Trabalhamos a coordenação motora global e segmentar, alterações de equilíbrio na área sensorio-perceptiva, tátil e sinestésica com materiais com relevo, texturas e contrastes que sejam de simples manuseio, mais também que sejam resistentes e seguros como bola, bambolê, peças de encaixe de diversos tamanhos e formas, peças de montar, corda, Jogos como amarelinha, roda, trilha com obstáculos dança, etc. Treino de tato epicrítico e protopático com materiais de texturas, e formas diferentes.

**Figura 2:** aluna estudando as letras e associação de palavras com alfabeto móvel.



**Fonte:** acervo das autoras.

Pintura com desenho livre onde a criança desenha o que quer e gosta, evoluindo para desenhos pré-estabelecidos, após uma história ou representação solicitamos que ela desenhe o que compreendeu ou o que mais lhe chamou atenção.

Foram selecionados materiais a serem produzidos pela aluna onde ela é estimulada a produzir letras e números ampliados em EVA e papelão em tamanhos, cores e formas diferentes, também confeccionamos um plano inclinado em papelão para leitura.

### **3. Resultados alcançados**

A criança já está em processo de conhecimentos das sílabas e associa algumas palavras às gravuras. Aprendeu a contar até o número doze, porém só tem a noção de quantidade até seis, já consegue andar sem apoio, mais as vezes dependendo do percurso precisa de auxílio, solicita a ida ao banheiro quando necessita e na maioria das vezes vai sozinha, mostrando autonomia, tem uma maior noção do seu corpo em relação ao espaço e aos objetos ao seu redor e em relação as diversas partes dele mesmo, melhora efetiva do tato epicrítico e protopático, conhecendo as diversas texturas apresentadas a ela, como duro, mole, áspero, macio, apresenta maior segurança quanto ao conhecimento das formas geométricas, como: quadrado, triângulo, círculo e retângulo, principalmente quando estes são representados nos objetos que manuseia.

A criança sempre apresentou uma boa socialização com professores e colegas, porém melhorou em relação a qualidade dessa socialização, se tornando mais receptiva, principalmente quando participa das brincadeiras de teatro, de roda e amarelinha.

### **Conclusões**

Esse estudo se propôs a construção de estratégias pedagógicas necessárias que possam está colaborando no desenvolvimento de crianças com encefalopatia crônica não progressiva, bem como, colaborar com os profissionais que trabalham com essas crianças.

Descrevemos o histórico da PC e algumas ações que vem sendo feitas com relação aos direitos da pessoa com deficiência. Compreender as causas da PC e suas consequências ajudou a identificarmos as limitações que a criança apresenta, mais também a perceber as suas

potencialidades, trabalhando no sentido de oferecer alternativas para facilitar a aprendizagem e minimizar as dificuldades apresentadas no seu cotidiano.

Os resultados obtidos demonstram que a contribuição da equipe multidisciplinar, juntamente com o apoio da família no processo de inclusão é benéfica, levando esta criança a uma evolução efetiva do seu quadro motor e de aprendizagem. Não esquecendo que, para isso, os profissionais devem estar capacitados para trabalhar com essas crianças em suas multifacetadas e sempre visando as suas possibilidades e não as suas dificuldades.

### **Referências bibliográficas**

DURCE, K. et al. **A atuação da fisioterapia na inclusão de crianças deficientes físicas em escolas regulares**: uma revisão de literatura. *Revista o Mundo da Saúde*, São Paulo, v.30, n.1, p.156-159, 2006.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional Para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2007. Disponível em: <<http://www.grupo25.org.br/download/CartilhaConsideracoesSobreOsDireitosdasPessoascomdeficiencia.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 5.296**, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis n. 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 dez. 2004. Seção 1, p. 5. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20042006/2004/Decreto/D5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2004/Decreto/D5296.htm)> Acesso em: 01 dez. 2016.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, de 10 de dezembro de 1948. Paris. Disponível em: <<http://www.un.org/Overview/rights.html>> Acesso em: 02 dez. 2016.

OLNEY S. J; WRIGHT M. J. Cerebral palsy. In: CAMPBELL S. K (ed). **Physical therapy for children**. Philadelphia: Saunders, p. 489-524, 1995.

MILLER, G; CLARK, G. D. **The Cerebral Palsies**: causes, consequence and management.

Butterworth-Heinemann, 1998.

HARE, N; DURHAM S; GREEN E. **Paralisias Cerebrais e Distúrbios de Aprendizado Motor**. In: STOKES, M. Neurologia para Fisioterapeutas. São Paulo: Editora Premier, 2000. p. 255-269.

Vygotsky, L. S. **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

PAZ, J. A. **Encefalopatias Crônicas Infantis não Progressivas (PC)**. In: MARCONDES, E.; VAZ, F. A. C.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y. *Pediatria Básica. Pediatria Clínica Geral*. São Paulo: Sa- vier; 2003.