FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE FISIOTERAPIA

MAGNA LÚCIA DE SOUZA PALMEIRA

ESTUDO COMPARATIVO DA PERCEPÇÃO SOBRE SÍNDROME DE DOWN COM EDUCADORES DE ESCOLA REGULAR X EXCEPCIONAL DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

PATOS-PB
2012

MAGNA LÚCIA DE SOUZA PALMEIRA

ESTUDO COMPARATIVO DA PERCEPÇÃO SOBRE SÍNDROME DE DOWN COM EDUCADORES DE ESCOLA REGULAR X EXCEPCIONAL DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Fundação Francisco Mascarenhas – Faculdades Integradas de Patos, como requisito parcial para obtenção do diploma de bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

ORIENTADOR (A): Profª Esp. Manuela Carla de Souza Daltro

PATOS-PB
2012

MAGNA LÚCIA DE SOUZA PALMEIRA

ESTUDO COMPARATIVO DA PERCAPÇÃO SOBRE SÍNDROME DE DOWN COM EDUCADORES DE ESCOLA REGULAR X EXCEPCIONAL DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Fundação Francisco Mascarenhas – Faculdades Integradas de Patos, como requisito parcial para obtenção do diploma de bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Aprovado em: _____/_____/_____

PROF. ESP. MANUELA CARLA DE SOUZA DALTRO

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

(ORIENTADORA)

PROF. ESP. SAMARA CAMPOS DE ASSIS

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

(1° MEMBRO)

PROF. ESP. PALOMA FRAGOSO DORNELAS DE MORAIS

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

(2° MEMBRO)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a DEUS por ter me dado força e entusiasmo para encarar, mais esse desafio, por ter me dado a oportunidade e proporcionado condições para enfrentar todos os obstáculos encontrados durante o decorrer de toda essa caminhada.

Aos meus pais João Batista de Souza (in memorian) e Alaide Silva de Souza que através de seus exemplos me ensinaram a lutar pela realização dos meus sonhos e objetivos, de maneira ética e honesta.

Aos meus filhos Líncolin e Lamark que muitas vezes, abdicaram sem reclamar dos cuidados materno, para que eu cumprisse meus compromissos acadêmicos.

Ao meu esposo Marconi César Palmeira Filho, que me deu as mãos e caminhou junto comigo transmitindo a força necessária para que eu continuasse lutando. Obrigada pelo incentivo, compreensão e contribuição nesse sonho, pois seria difícil se não tivesse seu apoio.

Aos meus familiares que compartilharam dos momentos de alegria, tristeza,cansaço, desânimo... no decorrer de todo o curso.

A minha sogra que muitas vezes sem reclamar deixou seus afazeres domésticos, na luta incansável de algumas manhãs para me fazer pontual no meu exercício de estudante.

A minha orientadora, Drª Manuela Daltro, pela paciência, dedicação, pelos conhecimentos transmitidos, e acima de tudo me fazer compreender e provar que sou capaz.

Não poderia esquecer aqueles que nos orientaram, dando-nos a condição de uma visão crítica, para que não tropeçássemos na obscuridade da ignorância. Enfim, um agradecimento sincero aos professores, preceptores e monitores que acima de tudo, foram amigos.

Aos amigos que fiz durante o curso, pela verdadeira amizade que construímos; em particular a Damares, Giglielly, Jaqueline, Talyta e Wismary por estarem sempre ao meu lado. Passamos

por dificuldades, inseguranças, erros, acertos, vitórias e alegrias. Chegamos ao final com a certeza do dever cumprido.

Caros colegas de sala! Durante todo esse tempo fomos colegas, amigos e até irmãos, choramos e sorrimos muitas vezes juntos e isso nos fez pessoas diferentes. Diferentes porque o riso e a lágrima têm a capacidade de unir pessoas e ao nos separarmos levamos um pouco um do outro e deixamos um pouco de nós. Colegas, muitas lutas nos esperam! Mas tenhamos sempre em nós essa força que nos trouxe até aqui e que agora nos leva a seguir caminhos diferentes. A saudade de todos e a esperança de um breve reencontro estarão sempre em nossos corações. Por todos os momentos que passamos durante esses quatro anos meu especial agradecimento.

Enfim, agradeço a todos que contribuiram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado.

A todos vocês meu PROFUNDO agradecimento!!!

Temos o direito de sermos iguais quando a diferença nos inferioriza;
Temos o direito de sermos diferentes quando a igualdade nos descaracteriza.
(Boaventura de S. Santos, 1996).

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Caracterização dos professores da escola regular, quanto ao conhecimento em resposta ao questionamento: “Conceitue Síndrome de Down.”..... 29

Tabela 02 – Caracterização dos professores da escola excepcional, quanto ao conhecimento em resposta ao questionamento: “Conceitue Síndrome de Down”..... 30

Tabela 03 – Principais restrições à profissões citadas pelos professores:..... 34

Tabela 04 – A tabela 4 mostra como o portador da SD é visto pelos outros alunos:..... 34

Tabela 05 – Como os Downs são vistos pelos professores:..... 35

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Gráfico sobre que tipo de escola o portador da Síndrome de Down deve frequentar, de acordo com professores de escola regular..... 31

FIGURA 2: Gráfico sobre que tipo de escola o portador da Síndrome de Down deve frequentar, de acordo com professores de escola excepcional..... 31

FIGURA 3: Gráfico sobre o percentual de professores que já tiveram alunos portador da Síndrome de Down, de acordo com as duas escolas..... 32

FIGURA 4: Gráfico sobre que tipo opinião dos professores a respeito dos portadores de síndrome de down ter ou não deficiência mental..... 33

FIGURA 5: Gráfico sobre opinião dos professores a respeito dos portadores de síndrome de down poder se profissionalizar ou não..... 34

LISTA DE ABREVIATURAS

FIP- FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

SD - SÍNDROME DE DOWN

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CEP – COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 10
2 OBJETIVOS..... 12
2.1 OBJETIVO GERAL..... 12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 13
3.1 SÍNDROME DE DOWN..... 13
3.1.1 Conceito..... 13
3.1.2 Etiologia..... 14
3.1.3 Fenótipo da Criança Portadora de Síndrome de Down..... 16
3.1.4 Comorbidades..... 17
3.2 INCLUSÃO ESCOLAR..... 19
3.3 INCLUSÃO ESCOLAR DO PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN..... 20
3.4 ESCOLA EXCEPCIONAL COMO COMPLEMENTAR..... 21
4 ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA BOLETIM DE CIÊNCIAS EM SAÚDE DAS FACUDADES INTEGRADAS DE PATOS 22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 40
REFERÊNCIAS..... 41
APÊNDICES..... 49
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 50
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO..... 52
APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR..... 54
ANEXOS..... 55
ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL..... 56
ANEXO B - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA..... 57

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros estudos sobre Síndrome de Down surgiram há muitos anos, por volta do século XIX, e a cada dia novas descobertas trazem discussões inovadoras sobe o assunto. No entanto através de pesquisas realizadas sobre a evolução dos estudos sobre a Síndrome, encontramos um fato muito interessante que é a imagem que a sociedade por muitos anos postulou aos portadores dessa Síndrome. Por muitos anos a criança Down era considerada como retardada e incapaz; e em algumas sociedades era até mesmo considerada como mongolóide (SCHWARTZMAN, 2003).

No entanto como descreve Schwartzman (2003), sabe-se atualmente que a Síndrome de Down se trata de uma alteração genética e que as pessoas com a síndrome , embora apresentem algumas dificuldades podem ter uma vida normal e realizar atividades diárias da mesma forma que qualquer pessoa. Não nega-se que o Down apresenta algumas limitações e até mesmo precise de condições especiais para aprendizagem, mais enfatiza-se, que estes através de estimulações adequadas podem se desenvolver muito bem.

A incidência da Síndrome de Down varia de acordo com os autores. Assim para Stray Gundersen (2001) a ocorrência é de aproximadamente 1 para 700 nascimentos. Já para Larentis (2006), essa incidência é de 1 para 800 nascimentos.

A escola depois da família, é o primeiro ambiente social frequentado pela criança, sendo de suma importância para a formação da sua personalidade e seu desenvolvimento. Assim incluídas em um ambiente que aceite a diversidade elas podem potencializar seu aprendizado, diminuir os efeitos do isolamento social e aos poucos, com a interação com as outras crianças diminuir o preconceito em relação ao Down (BATISTA; ENUMO, 2004).

Embora a Constituição Brasileira seja explícita quanto à importância da integração do portador de deficiência na sociedade e estabeleça o atendimento educacional especializado do mesmo - preferencialmente na rede regular de ensino – na prática, isso não vem acontecendo. As instituições passaram a recolhê-los, pois a eles eram assegurados o direito de alojamento, vestuário e alimentação, criou-se então assistência pública ao deficiente. Era comum o uso de expressões como “dê amor a um excepcional” ou “do excepcional nada espera, nada pode, ajude-o” mostrando uma atitude de piedade, de exclusão social, de descriminação na sociedade em que essas pessoas viviam. Estudos científicos, de ordem cultural provocam na sociedade uma visão mais humanística da condição de um portador de deficiência, chamando

atenção para sua condição de sujeito - ser pensante, ser social, ser humano mostrando os efeitos negativos na utilização de rótulos (MAZZOTA, 1996).

Com isso, esse trabalho visa comparar a percepção dos educadores de uma escola regular e de uma excepcional a respeito da Síndrome de Down.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Comparar a percepção dos educadores de uma escola regular e de uma escola excepcional a respeito da Síndrome de Down.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar o conhecimento dos educadores sobre a Síndrome de Down;

Identificar as dificuldades enfrentadas pelos professores para trabalhar com alunos portadores de Síndrome de Down;

Fazer uma interligação entre educação e saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 SÍNDROME DE DOWN

A Síndrome de Down é causada por um acidente genético que provoca um atraso no desenvolvimento global da criança. Apesar de ter sido diagnosticada há mais de um século, somente nas ultimas décadas houve um avanço significativo em suas pesquisas. A observação das pessoas com essa síndrome permitiu constatar grande dificuldade no desenvolvimento motor, físico, cognitivo e sócio afetivo, acompanhado geralmente por cardiopatias congênitas e inúmeros problemas relacionados à sua estrutura corporal (PUESCHEL, 2003).

As células germinativas (espermatozóide e óvulo) têm somente metade do número de cromossomos encontrado normalmente em outras células do corpo. Em circunstâncias ideais, quando o esperma e o óvulo se unem no momento da concepção, haverá um total de 46 cromossomos na primeira célula; e esta célula se dividirá e continuará a se dividir. No entanto se uma célula germinativa tiver um cromossomo adicional (ou seja, 24 cromossomos), isso levará a uma nova célula contendo 47 cromossomos, que formará novas cópias exatas com 47 cromossomos. Se o cromossomo extra for o cromossomo 21, o indivíduo nascerá com Síndrome de Down. Então, o termo trissomia refere-se à presença de um cromossomo a mais no cariótipo de uma pessoa, fazendo com que o número total de cromossomos na Síndrome de Down seja 47 e não 46 (SNUSTAD;SIMMONS, 2001).

3.1.1 **Conceito**

A Síndrome de Down é uma anomalia que compromete não apenas o desenvolvimento mental, como também o desenvolvimento motor em diferentes níveis (PUESCHEL, 2003).

Segundo Werneck (1993), a Síndrome é definida por conjunto de sinais e sintomas que caracterizam um determinado quadro clínico. Podendo ter inúmeras causas. A mesma autora acrescenta que, a Síndrome de Down ocorre por um acidente genético, e que nenhuma atitude tomada durante a gravidez ou antes dela, poderia evitar o aparecimento da trissomia.

Schwartzman (2003), diz que a Síndrome de Down é decorrente de um erro genético presente desde o momento da concepção ou imediatamente após e que este erro ocorre de modo bastante regular na espécie humana afetando um em cada 700/900 nascidos vivos. Estas incidências são mais ou menos constantes em todas as partes do mundo e não são afetadas pela classe social, raça, credo ou clima.

Bee (1996), define a Síndrome de Down como sendo uma anomalia genética em que todas as células contêm três cópias de cromossomo 21 ao invés de duas. As crianças nascidas com este padrão genético normalmente apresentam retardo mental e características físicas específicas.

3.1.2 **Etiologia**

A primeira descrição da Síndrome de Down foi feita há mais de um século, e tem feito com que os pesquisadores busquem respostas e teorias sobre as causas desta síndrome. Foram oferecidas tanto observações astutas quanto concepções enganosas. Alguns pesquisadores pensavam que o período de má formação do bebê portador de Síndrome de Down ocorresse no início da gestação,e que seria resultado de alguma influência do ambiente durante os primeiros dois meses de gravidez. Outros, mais corretamente, acreditavam que aspectos genéticos eram os responsáveis. Relatórios sem fundamentos, concepções errôneas frequentemente levavam a conjecturas insustentáveis de que o alcoolismo, a sífilis, a tuberculose ou a regressão a um tipo humano mais primitivo fossem causas da síndrome, todavia faltava à maioria uma base científica sólida, uma teoria baseada em achados clínicos (PUESCHEL, 2003).

A Síndrome de Down é classificada basicamente em três tipos: trissomia simples do 21, mosaicismo e translocação; sendo que o tipo mais encontrado e comum na população é a trissomia simples do 21, ocorrendo em cerca de 95% dos casos de Síndrome de Down (ROBBINS, 1996).

Na trissomia simples, ou “não disjunção” os dois cromossomos 21 ficam “colados” de alguma forma, e não se separam devidamente, ou seja, o terceiro cromossomo extra ao par 21. Aproximadamente 96% dos portadores de Síndrome de Down têm essa trissomia simples, sendo sua causa discutível, pois se dá por acidente, e o risco de outra criança portadora de Síndrome de Down nascer deste mesmo casal é de 1 em 100 nascimentos (SAAD, 2003).

O cariótipo 47, XY, +21 em meninos e o 47, XX, +21 nas meninas representam cerca de 96% das pessoas acometidas pela Síndrome de Down. Este, portanto é o percentual dos casos da trissomia simples do 21 (WERNECK, 1995).

A maioria dos erros meióticos ocorre na primeira divisão meiótica, ou seja, na Meiose I; estes erros propiciam a formação de gametas com dois cromossomos 21 (THOMPSON, 1993).

Segundo Murahovschi (1998), a trissomia por translocação responde por 5% dos casos de Síndrome de Down, sendo que 1-2% ocorre em crianças afetadas com mães de mais de 30 anos.

Conforme Saad, (2003), quando a Síndrome de Down é causada pela trissomia simples, sua origem é um defeito cromossômico ocorrido na linhagem das células reprodutivas de um dos progenitores (não disjunção pré-zigótica) ou então na própria célula inicial do afetado que é o zigoto (não disjunção pós zigótica).

Na translocação, o cromossomo extra ao par 21 está sobreposto a um cromossomo de outro par (geralmente 14, 21 e 22), isto é, um cromossomo do par 21 e outro cromossomo se agrupam e sofrem quebra na região central. É necessário descobrir se uma criança é portadora de Síndrome de Down por translocação, posto que aproximadamente um terço dos casos um dos pais é "portador", embora estes pais não tenham manifestações desta síndrome. Tal pessoa é denominada de portador balanceado. A incidência neste caso é de 2% (SAAD, 2003).

O terceiro tipo é o menos comum, cerca de 1% dos casos. O mosaicismo é considerado como sendo o resultado de um erro em uma das primeiras divisões celulares, logo após a concepção, sendo sua causa desconhecida. Posteriormente ao nascimento da criança, encontram-se algumas células com 47 cromossomos e outras com 46 cromossomos, um mosaico. Alguns autores relatam que crianças portadoras de Síndrome de Down do tipo mosaicismo, apresentam traços menos acentuados da síndrome (SAAD, 2003).

O mosaicismo tem origem nas primeiras divisões de uma célula-ovo, resultando, da não-disjunção cromossômica, dois ou mais tipos de células, podendo ser conseqüente também da perda de uma cromátide de célula trissômica (THOMPSON, 1993).

Portanto são indivíduos que possuem células normais e células trissômicas, ao contrário dos demais casos em que todas as células são trissômicas (WERNECK, 1995).

Segundo Pueschel,(2003) os efeitos causados pela não disjunção dos cromossomos podem ser neutralizados se forem identificados os genes no cromossomo 21, e também. O modo como eles interferem no desenvolvimento normal, o que poderá ser conseguido graças

aos recentes avanços da biologia molecular. Independente do tipo, esta síndrome está ligada tão e somente ao excesso de cromossomos no par 21, não sendo necessário que este cromossomo seja inteiro, podendo ser apenas um pequeno segmento de braço longo do cromossomo, para que a Síndrome de Down se manifeste. A incidência desta síndrome está em torno de 1:600 a 1:800 nascimentos.

De acordo com Schwartzman (2004), alguns fatores podem modificar a incidência da Síndrome de Down, e são classificados em ambientais ou exógenos e endógenos. Entre os endógenos, o mais importante é, indiscutivelmente, a idade materna. Mulheres mais velhas apresentam riscos maiores de terem filhos trissômicos, possivelmente devido ao fato de envelhecimento dos óvulos.

O diagnóstico de Síndrome de Down pode ser observado em algumas alterações fenotípicas, antes do nascimento por meio do exame de ultra-sonografia. Contudo um diagnóstico definitivo, somente será possível com estudo dos cromossomos, através do exame de cariótipo (SCHWARTZMAN, 2004).

3.1.3 **Fenótipo da Criança Portadora de Síndrome de Down**

A aparência e as funções de todo o ser humano são determinados pelos genes. Da mesma maneira, as características físicas (fenótipo) de crianças portadoras de Síndrome de Down são formadas por influência de seu material genético. Assim, crianças portadoras desta síndrome apresentam muitas características em comum e se parecem um pouco entre si. Estas características podem ser percebidas desde o nascimento, porém o mesmo não acontece em relação ao seu comportamento e ao seu padrão de desenvolvimento (SCHWARTZMAN, 2004).

Os portadores da Síndrome de Down, apresentam aspecto típico: tem uma prega epicântica, nariz largo, baixa estatura, ossos curtos e largos, língua grande com uma fissura distinta, mãos curtas e grossas (particularmente o quinto dedo) com uma prega simiesca na palma da mão e uma única prega no quinto dedo, além de um enfraquecimento geral dos ligamentos articulares (observado particularmente nos quadris), cabeça pequena e arredondada, achatada na parte posterior e formando quase uma linha reta no pescoço, as pálpebras inferiores são pregadas, os membros mostram-se flácidos, e ainda apresentam falta de elasticidade da musculatura (LIMA, 1996).

Na visão de Schwartzman (2004), não há um estereotipo das crianças portadoras de Síndrome de Down quanto ao seu comportamento e desenvolvimento da inteligência, pois não dependem exclusivamente da alteração cromossômica, mas restante do potencial genético e das influências do meio em que a criança vive como, por exemplo, estimulação precoce e interesse familiar.

O tônus muscular do portador de Síndrome de Down é hipotônico, ou seja, o tônus muscular está diminuído. Relatos apontam que a hipotonia acontece devido ao atraso de maturação do cerebelo e das vias corticais. Faz-se necessário enfatizar que nem todas as crianças portadoras de Síndrome de Down podem exibir algumas das características anteriormente citadas, algumas características são mais acentuadas em determinadas crianças do que em outras. E essas características são físicas, não definindo seu potencial intelectual. O desenvolvimento e as habilidades intelectuais abrangem uma larga extensão entre a deficiência mental e a inteligência próxima a ”normal” (SCHWARTZMAN, 2004).

3.1.4 **Comorbidades**

As crianças com esta desordem estão mais predispostas em relação a outras crianças a sofrer do coração, ouvidos, problemas de visão e estão mais susceptíveis a ter infecções respiratórias e leucemia (COLE, 2001).

Segundo Schidlow e Smith (1999), estas crianças têm maiores chances de desenvolver hipertensão pulmonar, de forma idiopática e secundária à doença cardíaca. Alguns pesquisadores acreditam que a prevalência de hipertensão pulmonar aumentada está relacionada à hipoplasia pulmonar observada, embora alguns estudos indiquem que a hipoplasia pulmonar esteja acompanhada da redução na área das ramificações capilares, fato que poderia explicar a hipertensão pulmonar.

Quanto ao aspecto cognitivo, a deficiência mental tem sido considerada uma das características mais constantes. Mas qualificar ou quantificar a inteligência de um portador de Síndrome de Down, com testes formais de inteligência, pontuações de Quoeficiente de Inteligência (QI), torna-se incompleto, visto que tais testes foram elaborados há mais de cinqüenta anos, e sem qualquer cuidado na utilização para portadores com retardos ou deficiência (SCHWARTZMAN, 2004).

No âmbito da capacidade para realizar movimento, os indivíduos portadores da síndrome de Down apresentam limitações para a realização de inúmeras tarefas motoras. É possível que essas dificuldades para a realização de movimentos contribuam para o problema do sedentarismo, o qual tem sido alvo de preocupação na área (GARCIDUENÁS; CIMEROS; GUZMÁN, 2000); De maneira similar, o sedentarismo contribuiria para um menor envolvimento com a atividade motora, problema que traz repercussão principalmente na idade adulta e pode ser percebido por meio de um acervo motor reduzido (SEAMAN; DEPAUW, 1982).

O tempo de sobrevida pode ser medido em semanas ou em décadas, e pode ser prevista uma expectativa de 50 anos de vida para um paciente bem cuidado que não tenha defeito cardíaco congênito. Mas em decorrência de cardiopatia (afecções do coração) e outros fatores, 50% dos paciente morrem antes dos cinco anos de idade e menos de 3% sobrevivem mais de 50 anos. A expectativa média ao nascimento é de 16 anos. Um envelhecimento acelerado e a doença de Alzheimer são encontrados em sobreviventes de mais idade (WILLARD; NUSSBAUM 2002).

Outra característica dessa população é a tendência à obesidade (VILLAGRA; OLIVA, 2000). A obesidade se apresenta com maior freqüência junto às meninas e está muito associada ao hipotiroidismo (BLOCK, 1991; SCHWARTZMAN, 1999). Esse problema tem merecido muita atenção por parte dos trabalhos multidisciplinares. Em especial podem ser apontados como fatores contribuintes ao problema da obesidade, a baixa estatura e a falta de um controle adequado sobre a alimentação (SCHWARTZMAN, 1999). Outros fatores também têm sido apontados, como menor taxa de metabolismo basal, pouca atividade motora, a hipotonia e o hipotireoidismo.

A intervenção multiprofissional na criança com Síndrome de Down é de extrema importância, visto que essas crianças apresentam hipotonia muscular, frouxidão ligamentar, dificuldades na coordenação geral e na motricidade, retardo mental, alterações motoras, clínica, física, emocional, intelectual e problemas sensoriais. Assim, a fisioterapia atua com estimulação precoce e acompanhamento do desenvolvimento mental e motor com o objetivo principal de melhorar a qualidade de vida da criança portadora de Síndrome de Down (GUSMAN; TORRE, 1999; MORAES, 2005).

3.2 INCLUSÃO ESCOLAR

No ano de 1994, por meio da Declaração de Salamanca, o "termo inclusão escolar" passou a ser oficializado, tendo como princípio norteador a necessidade da implementação de uma educação de qualidade, que atenda às diferenças e promova a aprendizagem. Segundo Carvalho (2006), um dos princípios da Declaração de Salamanca (BRASIL, 1994) é de que as escolas devem se organizar para atender a todos os alunos, sem exceções.

A partir da Declaração de Salamanca, surgiu o conceito de escola inclusiva, tendo como principal desafio, o desenvolvimento de um trabalho pedagógico de qualidade centrado no aluno, oferecendo a oportunidade de aprendizagem a todos, inclusive aos que apresentam dificuldades severas, como no caso de indivíduos portadores de deficiências múltiplas (BRASIL, 1994).

De acordo com a Declaração de Salamanca, todos os alunos que apresentam dificuldades em sua escolarização são considerados portadores de necessidades educativas especiais não importando se essas dificuldades sejam permanentes ou temporárias. Dessa forma, cabe à escola, adequar seus processos de ensino-aprendizagem às especificidades de cada aluno (BRASIL, 1994).

Foi assegurada por meio da Constituição Federal de 1988, vigente atualmente, através do inciso III do art. 208. Ele define que o atendimento aos deficientes deve ser dado, preferencialmente, na rede regular de ensino. Além da Constituição de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 13 de julho de 1990, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, n 9394 de 20 de dezembro de 1996 e a Lei Federal 7.853, de 24 de outubro de 1989, garantem o direito ao atendimento educacional para alunos com necessidades educativas especiais na rede regular de ensino.(BRASIL/ MEC, 1996).

Para Werneck (1993), Montoan (2000) e Sassaki (1999), o conceito de inclusão, ao contrário do de integração, propõe rupturas na organização do sistema de ensino.

Inclusão, para os autores referidos acima, pressupõe um repensar da escola, tanto no que se refere à remoção de barreiras físicas, quanto ao currículo e às metodologias de ensino. A proposta de uma escola inclusiva centra-se na necessidade de implementação de práticas pedagógicas que visem ao acolhimento e à valorização das diferenças, em busca do desenvolvimento de uma escola de qualidade para todos. A educação inclusiva preconiza a inserção total dos alunos, não importando o grau de dificuldades por eles apresentadas.

A Constituição Federal do Brasil de 1984, no artigo 2003, garante a habilitação de pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária. O artigo 205 considera a educação como direito de todos e dever do Estado e da família. Assegura, também, a igualdade de condições para a permanência na escola. Além disso a LDB (Lei de Diretrizes e Bases) reforça a importância do atendimento educacional a pessoas com necessidades especiais em escolas regulares (BRASIL/ MEC, 1996).

3.3 INCLUSÃO ESCOLAR DO PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN

A inclusão de pessoas com necessidades especiais nas escolas regulares se torna a cada dia mais presente no cotidiano dos profissionais da educação, estes não tem preparo especializado para lidar com as diferentes situações encontradas. Mas, a inclusão é uma realidade e não só devemos, como podemos auxiliar essas crianças a serem verdadeiramente inseridas no seu primeiro grupo social diferente ao da família. A escola, como considerada a maior responsável pelo desenvolvimento formal e social do indivíduo, deve consolidar a idéia da inclusão social, sendo um local democrático, onde há espaço para todos, e que esse espaço deve ser compartilhado com todos, independente de sua condição física ou mental (SOLER, 2005).

A inclusão de crianças com SD em salas regulares colabora na evolução do indivíduo que possuí essa característica, o tornando futuramente útil e participante da sociedade. A escola deve se modificar para receber os alunos com necessidades especiais, e para isso romper com diversos preconceitos e paradigmas, informar e esclarecer a comunidade, incentivando a aceitação e o acolhimento dessas crianças, assim como propôs Schwartzman (1999).

As mudanças, tanto na sociedade, como na escola constituem um processo demorado, que exige luta para se obter direitos iguais para todos. Não se pode continuar achando que a inclusão é uma utopia, ela é sim, um processo social maior que engloba a educação inclusiva, fazendo-se valer os direitos humanos. Todas as pessoas com ou sem deficiência, devem ter seus direitos respeitados, para fazer parte da sociedade, sendo aceitas e tendo suas necessidades educacionais atendidas nas escolas regulares. A inclusão acontece quando há mudança na atitude das pessoas sendo necessária a valorização da diversidade na comunidade humana (VOIVODIC, 2008).

Werneck (1995), ressalta a importância da aprendizagem escolar da criança com SD, afirmando que assim está sendo motivado o aumento dessa população na sociedade. A escola propõe situações-problemas que podem ser significativas para situações de seu cotidiano, aplicando em suas ações essas resoluções, fazendo com que o indivíduo com SD se sinta capaz, ampliando assim os relacionamentos sociais entre pessoas de sua faixa etária. O professor tem a função de canalizar aspirações referente ao aluno com SD, dessa forma incentivando que outras pessoas tratem as pessoas com deficiência de forma digna e adequada.

Gradativamente vem sendo reconhecido o fato de que não se pode exigir que a criança que apresenta deficiência se adapte às exigências escolares, mas sim que a escola se adapte a elas (FONSECA, 1987).

3.4 ESCOLA EXCEPCIONAL COMO COMPLEMENTAR

De acordo com Mazzotta (1996), nenhuma criança com necessidades educativas especiais deverá ser inserida em "classes especiais" ou passar de níveis ou fases sem se submeter a avaliações por equipes multidisciplinares ou multiprofissional. Qualquer currículo, deverá respeitar o nível intelectual individual de cada educando. Uma aprendizagem precoce e sequenciada, baseada em avaliações e programações curriculares pode fazer milagres no desenvolvimento de crianças deficientes. Um sistema de observação e de avaliação deve ser aplicado no educando para que não se ocorra erros de inseri-los em tarefas difíceis ocorrendo à frustração ou em tarefas fáceis ocorrendo o desinteresse. Todo currículo terá de respeitar o nível de aptidão individual e o perfil psicológico do educando. Um dos objetivos da intervenção pedagógica é: proporcionar aprendizagem extracurricular e extra escolar; adotar a intervenção precoce, pois a criança aprende mais fácil e rapidamente nos primeiros momentos de desenvolvimento; criar formas de programação educacional individualizada com a participação entre a família e a escola, pais e professores.

Conforme Fonseca (1997), falar em necessidades educativas especiais é questionar do que a escola necessita realmente para torná-la uma escola inclusiva, a ajuda pedagógica e os serviços educacionais trabalhados de forma incompleta poderá interferir no processo da inclusão escolar. Assim o Poder Público adquire as responsabilidades na educação e na vida

social de todos os indivíduos e se entendendo aos excepcionais, pois é direito de todos à igualdade de oportunidades. A comunicação passa a assumir um papel essencial na solução de problemas sócio educacionais, buscando soluções definitivas e se sintam responsáveis na participação direta de educar e integrar socialmente os excepcionais e outros assegurarem a ação de cooperação e apoio ao excepcional. Nos últimos anos houve modificações importantes nos enfoques educacionais e sociais da educação do excepcional tornando-se objetiva a Declaração Universal dos Direitos do Homem.

4 ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA BOLETIM DE CIÊNCIAS EM SAÚDE DAS FACUDADES INTEGRADAS DE PATOS

ESTUDO COMPARATIVO DA PERCEPÇÃO SOBRE SÍNDROME DE DOWN COM EDUCADORES DE ESCOLA REGULAR X EXCEPCIONAL DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

ARTIGO ORIGINAL

Estudo Comparativo Da Percepção Sobre Síndrome De Down Com Educadores De Escola Regular x Excepcional De Um Município Do Alto Sertão Paraibano

Comparative Study Of Perception About Down Syndrome With Regular School Educators From x Exceptional Of A City Of High Hinterland Paraibano

Magna Lúcia de Souza Palmeira[1]; Manuela Carla de Sousa Daltro[2]

[1]Graduanda de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos -FIP
[2]*Professora especialista das Faculdades Integradas de Patos – FIP

*Autor para correspondência: Manuela Carla de Sousa Daltro
Endereço para correspondência: Rua Bosswet Wanderley, 521 Apt. 101 centro – Patos-PB.
Email: manucacarla@hotmail.com

Estudo Comparativo Da Percepção Sobre Síndrome De Down Com Educadores De Escola Regular x Excepcional De Um Município Do Alto Sertão Paraibano

Comparative Study Of Perception About Down Syndrome With Regular School Educators From x Exceptional Of A City Of High Hinterland Paraibano

RESUMO

A Síndrome de Down (SD) é uma alteração genética que resulta em um retardo no desenvolvimento mental e motor, ela ocorre durante ou imediatamente após a concepção e pode se caracterizar pela presença de um cromossomo a mais do autossomo 21, ocasionando assim uma das principais causas de deficiência mental de origem pré-natal. A criança com SD em um processo de inclusão terá oportunidade de desenvolver não somente aprendizagens de comportamentos acadêmicos no sentido mais restrito, mas também de desenvolver-se em muitos outros aspectos o que, muito provavelmente, contribuirá para uma transição mais segura do contexto familiar para a escola.O objetivo deste trabalho foi comparar a percepção dos educadores de uma escola regular e de uma escola excepcional a respeito da Síndrome de Down. A pesquisa foi de campo do tipo aplicada e apresentou um método qualiquantitativo. Para a realização desta pesquisa, utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário semi estruturado contendo questões abertas e fechadas, composto de uma série de perguntas, tratando de temas como a identificação do professor, noções etiológicos sobre a síndrome, o desenvolvimento intelectual e características clínicas das crianças, as dificuldades e os sentimentos dos professores sobre seu trabalho nesta área e também as suas estratégias de ensino. A amostra foi constituída por 20 professores (sendo 10 da escola regular e 10 da escola excepcional). No discurso dos vários sujeitos questionados, procurou-se captar como são percebidas e explicadas as questões pertinentes à ação educacional empreendidas com esses educandos na sala de aula regular e na excepcional, de forma mais ampla. A análise os dados percebe-se uma maior preocupação dos educadores em relação a essas crianças na escola, pois os professores não se encontram preparados para lidar com a realidade da inclusão dos portadores da síndrome na escola atual. Percebeu-se porém que muito ainda precisa ser empreendido , no âmbito dos sistemas educacionais, para que o

processo integrativo se desenvolva de maneira a trazer benefícios reais e duradouros aos educandos que apresentam necessidades especiais, entre eles os portadores da síndrome de down.

Palavras chaves: Percepção dos educadores; Inclusão; Síndrome de Down.

ABSTRACT

The Down Syndrome (DS) is a genetic disorder that results in a delay in mental and motor development, it occurs during or immediately after conception and can be characterized by the presence of an extra chromosome autosome of 21, thus causing a major causes of mental retardation of prenatal origin. A child with DS in a process of inclusion will have the opportunity to develop not only learning academic behaviors in the narrower sense, but also to develop into many other aspects which most likely contribute to a more secure transition to the family context escola.O the objective of this study was to compare the perception of educators in a regular school and a school of exceptional about Down Syndrome. The research field was applied and the type presented a method qualiquantitativo. For this research, it was used as an instrument for data collection a questionnaire containing semi structured open and closed questions, composed of a series of questions, dealing with topics such as identifying the teacher, etiological notions about the syndrome, intellectual development and clinical characteristics of children, the difficulties and teachers' feelings about their work in this area and also their teaching strategies. The sample consisted of 20 teachers (10 being the regular school and 10 school exceptional). In the discourse of various subjects questioned, tried to capture how they are perceived and explained the issues relevant to educational action undertaken with these students in the regular classroom and in exceptional, more broadly. When analyzing the data we can see a major concern of educators in relation to these children in school because the teachers are not prepared to deal with the reality of inclusion of the syndrome in the current school. It was felt however that much still needs to be undertaken in the context of educational systems, so that the integration process is developed in order to bring real and lasting benefits for learners with special needs, including those with Down syndrome.

Keywords: Perception of educators; Inclusion; Syndrome.

1 INTRODUÇÃO

Síndrome de Down (SD) é uma alteração genética que resulta em um retardo no desenvolvimento mental e

motor, ela ocorre durante ou imediatamente após a concepção e se caracteriza pela presença de um cromossomo a mais do autossomo 21, ocasionando assim uma das principais causas de deficiência mental de origem pré-natal (SIQUEIRA; MOREIRA[27]).

As limitações motoras e cognitivas estão bem evidentes, sendo que se observa uma predominância dos déficits motores no período referente à primeira infância e uma predominância dos déficits cognitivos na idade escolar (MEZZOMO[18]).

De acordo com Severino[28], no Brasil, no início de século XX, ocorre o chamado "entusiasmo" pela educação e a escola passa a ser vista como redentora da humanidade. Fundamentada nos princípios emanados na Declaração Universal dos Direitos do Homem e da Declaração dos Direitos da Criança, as constituições brasileiras de 1967 e 1969 determinam educação gratuita e obrigatória, recomendando educação especializada aos excepcionais.

Nas décadas de 1960 e 1970, o atendimento educacional dos alunos com necessidades educativas especiais apresentou pequenas modificações resultantes da efetivação dos direitos como pessoas e, principalmente, pelo processo lento de democratização da educação. Pouco a pouco, por meio da atuação das organizações civis (ONGs), como Sociedade Pestalozzi, a AACD (Associação de Assistência à Criança Defeituosa) e a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), a situação de pessoas com necessidades especiais conseguiu extrapolar o âmbito da saúde e tornou-se alvo de atenção no âmbito da educação principalmente (OLIVEIRA[20]).

Finalmente, na década de 80 desenvolveram-se no Brasil "correntes" oriundas do movimento de integração e normalização iniciado na Europa e nos Estados Unidos que valorizaram o ser humano, pertencente ou não às "minorias". Até o ano de 2004, o processo de incluir pessoas com necessidades educativas especiais na sociedade não estava totalmente concretizado (VOIVODIC[31]).

Segundo Figueira[10], é necessário que o professor esteja preparado para receber com naturalidade a criança na escola, estimular suas relações sociais e sua participação em atividades escolares, nos esportes, nas comemorações em atividades em grupo e individuais.

A criança com Síndrome de Down em um processo de inclusão terá oportunidade de desenvolver não somente aprendizagens de comportamentos acadêmicos no sentido mais restrito, mas também de desenvolver-se em muitos outros aspectos o que, muito provavelmente, contribuirá para uma transição mais segura do contexto familiar para a escola (ANGÉLICO[4]).

A adaptação da criança ao ambiente educacional é condição necessária para que ela possa usufruir, da melhor maneira, as oportunidades de aprendizagens de novas concepções e competências (WERNECK[32]). Com isso esse trabalho visou comparar a percepção dos educadores de uma escola regular e de uma escola excepcional a respeito da Síndrome de Down.

2 METODOLOGIA

Foi uma pesquisa descritiva, do tipo aplicada e com método quali-quantitativo.

Foi escolhida como cenário da presente pesquisa 01 escola fundamental de ensino regular e outra escola de ensino fundamental para alunos excepcionais de uma cidade do alto sertão paraibano. O período que se aplicou a pesquisa foi durante o segundo semestre de 2012, após a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética.

A população da pesquisa foi composta por professores de ensino fundamental de uma escola de ensino regular e professores de outra escola para alunos excepcionais. A amostra foi composta por 10 professores de cada escola, totalizando a amostra de 20 indivíduos. Como critérios de inclusão do estudo, foram aptos participantes de ambos os gêneros, que estavam devidamente ensinando na instituição no ensino fundamental; não terem realizado anteriormente consulta sobre o assunto e que não se recusasse a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .

Após o parecer positivo do comitê de ética e da assinatura do Termo de Compromisso do Pesquisador , a coleta de dados foi realizada no horário de funcionamento das escolas, de forma individual e pela própria pesquisadora.O instrumento que foi utilizado para coletar os dados necessários para responder o problema inicialmente proposto consistiu em um questionário semi-estruturado.

Os dados foram analisados e discutidos entre a pesquisadora e a professora orientadora. Com base nos resultados obtidos, foram analisados de forma estrutural em uma abordagem apresentada através de tabelas e gráficos, estatisticamente relevantes à luz da literatura pertinente ao tema, por meio do Microsoft Excel versão 2010; como também foi feita uma análise temática do conteúdo segundo Bardin[5], adequada ao estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências. O objetivo dessa análise foi compreender, criticamente, o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente e as significações explícitas ou ocultas.

Na codificação dos dados, foi atribuído códigos, números e letras; cada

um com um significado. Sendo “E” o código para entrevista seguido do número para codificar a questão respondida pela ordem e “F ou M” representando o sexo feminino ou masculino respectivamente, seguido do número que obedeceu a ordem dos entrevistados. Os depoimentos foram separados de acordo com as perguntas associadas a síndrome de down, viabilizando a separação desses dados em categorias analíticas agrupando as temáticas extraídas dos discursos. A partir da frequência dos núcleos temáticos dentro das categorias, iniciou-se o processo de descrição e interpretação dos resultados, estabelecendo inferências e constatações.

Como a pesquisa de levantamento envolve seres humanos, esta foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos e aceita através do protocolo nº 097/ 2012.

A pesquisa foi realizada seguindo todos os preceitos éticos conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram da pesquisa 10 professores de escola regular, sendo todos do gênero feminino (100%), na faixa etária de 25 a 46 anos; e 10 professores de escola excepcional, sendo 8 (80%) do gênero feminino e 2 (20%) do gênero masculino, na faixa etária de 25 a 46 anos.

Foi obtido nos resultados que em relação ao tempo de atuação no magistério dos professores da escola regular: 3(30%) atuam a menos de 2 anos e 7(70%) a mais de 5 anos. E da escola excepcional : 1(10%) menos de 2 anos, 1 (10%) entre 2 e 5 anos e 8(80%) a mais de 5 anos.

Quando os professores da escola regular foram indagados sobre o conceito da Síndrome de Down, obteve-se os seguintes resultados (TABELA 01):

Tabela 01 – Caracterização dos professores da escola regular, quanto ao conhecimento em resposta ao questionamento: “Conceitue Síndrome de Down.”

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Conhecimento sobre Síndrome de Down	“É quando o ser humano nasce com o QI baixo” (E5, F1) “É uma deficiência em que a criança precisa ter atendimento especial”(E5, F2); “Deficiência de atenção (E5, F3); “Uma síndrome com vários sintomas” (E5, F4); “É uma anomalia genética” (E5, F5); “Pessoas com dificuldades intelectuais.”(E5, F6); “É uma deficiência genética” (E5, F7); “É uma criança que apresenta déficit mental, mas capaz de se relacionar

	com outras crianças.”(E5, F8); “É uma alteração no cromossomo 21,e pode ser leve, moderado ou grave.”(E5, F9); “É um conjunto de sinais ou seja retardo mental (E5, F10).

Já com os professores da escola excepcional, obteve-se os seguintes resultados: (TABELA 02)

Tabela 02 – Caracterização dos professores da escola excepcional, quanto ao conhecimento em resposta ao questionamento: “Conceitue Síndrome de Down”

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Conhecimento sobre Síndrome de Down	“Autismo”(E5, M1). “É uma deficiência mas não uma doença.”(E5, M2); “É uma deficiência que poucos têem,”(E5, F1);“É uma anomalia genética originada da trissomia 21.”(E5, F2); “Atraso no desenvolvimento global, alteração no cromossomo 21.”(E5, F3); “Não é uma doença e sim uma síndrome.”(E5, F4); “É uma síndrome onde o portador tem limitações, mas também possui habilidades”.(E5,F5); É uma síndrome onde a criança tem um cromossomo a mais que as outras crianças.”(E5, F6); “É um tipo de deficiência que dificulta o desenvolvimento intelectual.”(E5, F7); “Deficiência causada ainda na gestação, provocando vários tipos de sintomas.” (E5,F8).

Quando comparadas as respostas de ambas escolas, pode-se perceber que grande parte dos professores, independentemente do tipo de escola, não sabem conceituar síndrome de Down. Uma vez que Bee[6], define a Síndrome de Down como sendo uma anomalia genética em que todas as células contêm três cópias de cromossomo 21 ao invés de duas. Schwartzman[26], acrescenta que a Síndrome de Down é decorrente de um erro genético presente desde o momento da concepção ou imediatamente após e que este erro ocorre de modo bastante regular na espécie humana afetando um em cada 700/900 nascidos vivos. Estas incidências são mais ou menos constantes em todas as partes do mundo e não são afetadas pela classe social, raça, credo ou clima.

Foi visto que quando perguntados sobre que tipo de escola o portador de Síndrome de Down deve frequentar: os professores de escola regular disseram que devem frequentar somente escola regular 4 professores (40%), somente escola especial 5(50%) e tanto a especial quanto a normal, 1 professor (10%) (FIGURA 01).

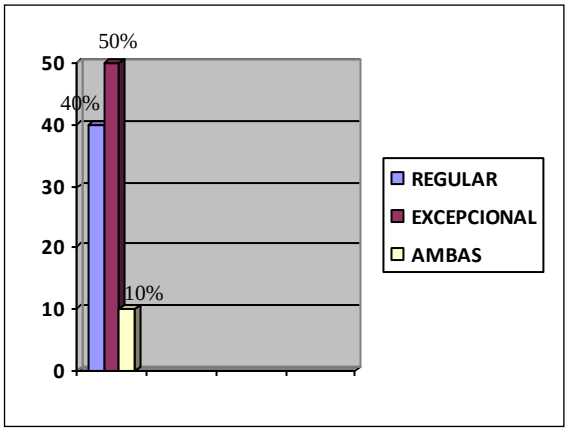


Figura 01: Gráfico do tipo de escola que o portador da Síndrome de Down deve requentar, de acordo com professores de escola regular.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Porém, os professores da escola excepcional afirmaram que o Portador da Síndrome de Down devem frequentar somente escola regular 2 professores (20%), somente escola especial 4(40%) e tanto a especial quanto a normal, 4 professores (40%) (FIGURA 2).

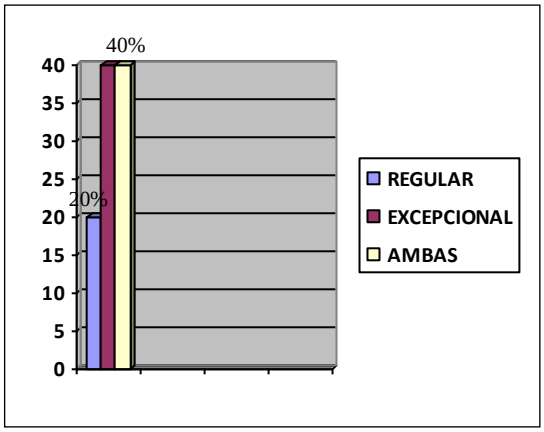


Figura 02: Gráfico do tipo de escola que o portador da Síndrome de Down deve frequentar, de acordo com professores de escola excepcional.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Holden e Stewart[14] afirmam que os alunos com necessidades especiais que estudam em uma escola regular consegue se engajar melhor em um grupo social, quando comparadas as que estudam em classes especiais.

Buckley e Bird[8] salientam que em pesquisas, mesmo aquelas crianças portadoras de SD que apresentavam um nível maior de dificuldade obtiveram melhoras quando incluídas na escola regular.

Ainda mencionando os autores supra citados, relatam que nas escolas inclusivas há maior consciência das necessidades individuais de cada criança, permitindo maior flexibilidade do seu currículo e avaliação da diversidade, além de preparar a criança para viver, brincar e para o trabalho com a sociedade.

Martins[16], afirma que tem sido percebida de forma gradativa de ensino

com propósito de atender as necessidades do educando e de abandonar atitudes segregacionistas que tendem a repercutir não só no âmbito educacional, como também no âmbito social, afetivo e produtivo.

De acordo com Travassos[29], as duas opções apresentam lados positivos e negativos. Ela explica: "Se de um lado a criança portadora da síndrome de Down tem muito a ganhar em termos sócios afetivos permanecendo no ensino regular, na maioria das vezes, estas escolas têm poucas alternativas para oferecer a estes alunos na apreensão dos conteúdos em sala de aula. Em contraste, as escolas especiais que, cada vez mais são escassas, no entanto, foca-se mais no seu aprendizado formal, usando ferramentas adequadas para a sua aprendizagem".

Quanto a lecionar para alunos com SD, somente 2 (20%) professores da escola regular teve essa experiência, enquanto que na escola excepcional 9 (90%) já ensinaram para aluno com essa síndrome (FIGURA 03).

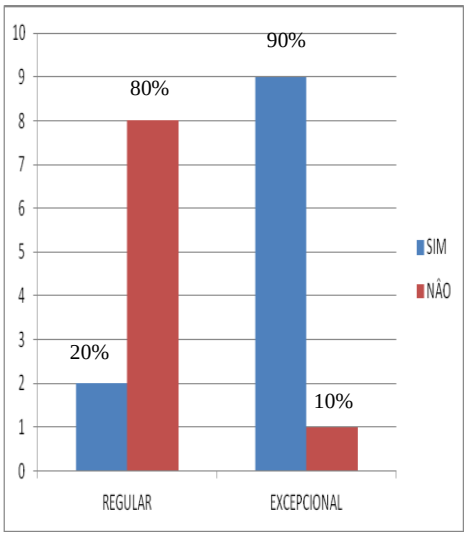


Figura 03: Gráfico do percentual de professores que já tiveram alunos portador da Síndrome de Down,de acordo com as duas escolas.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Todos os professores independentemente de qual escola leciona, tiveram a oportunidade de trabalhar com o portador de Síndrome de Down e relataram que sentiram dificuldades.

Andrade[3], relata que as dificuldades dos professores em ensinar crianças com SD, possibilitam tomada de decisões em relação ao que precisa e ao que pode ser feito pelo ensino e; pelo fato desse ensino receber crianças com deficiências é necessário um planejamento do professor para suas ações em sala de aula, um aperfeiçoamento de técnicas que possibilitem construir um processo de aprendizagem que busque atender as necessidades de todos os que na escola estudam.

Quando indagados sobre se o portador da SD tem deficiência intelectual, os professores de escola regular: 9

professores (90%) acham que sim e 1 (10%) acha que não; enquanto que na escola excepcional 6 (60%) diz que sim e 4 (40%) que não acha que possui deficiência intelectual (FIGURA 04).

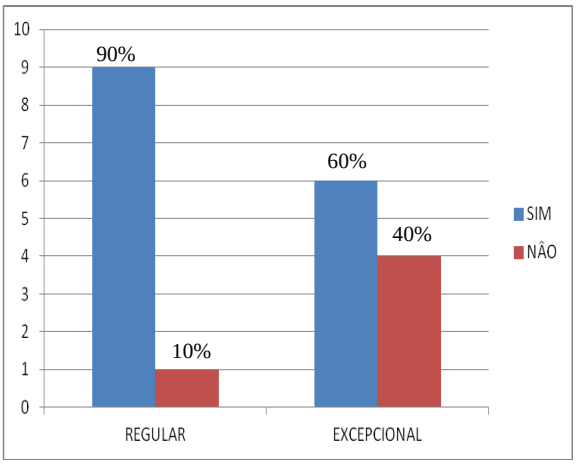


Figura 04: Gráfico da opinião dos professores a respeito dos portadores de síndrome de Down ter ou não deficiência mental.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

A criança com síndrome de Down tem idade cronológica diferente de idade funcional, desta forma, não devemos esperar uma resposta idêntica à resposta da "normais", que não apresentam alterações de aprendizagem. Esta deficiência decorre de lesões cerebrais e desajustes funcionais do sistema nervoso: O fato de a criança não ter desenvolvido uma habilidade ou demonstrar conduta imatura em determinada idade, comparativamente a outras com idêntica condição genética, não significa impedimento para adquiri-la mais tarde, pois é possível que mature lentamente.(SCHWARTZMAN[25]).

O desenvolvimento cognitivo ocorre num ritmo mais lento, mas a maioria das pessoas com esta síndrome tem condições de ser alfabetizada e realizar operações lógico-matemáticas. Por outro lado, as crianças com síndrome de Down podem apresentar maior dificuldade para aprender a linguaguem e a comunicar-se com clareza do que outras crianças com atraso de desenvolvimento. Existem várias razões para isso, entre elas, a maior frequência de perda auditiva, problemas com os movimentos motores de língua e boca, controle do uso da cavidade nasal e controle da respiração, problemas com o encadeamento de sons e palavras (PUESCHEL[23]).

Werneck[32] afirma que embora o potencial cognitivo das pessoas com Síndrome de Down seja mal-elaborado, é improcedente dizer que não sejam capazes de abstrair.

Quanto a profissionalização foi perguntado se o portador de SD tem capacidade para tal e se havia restrição para exercer algum tipo de profissão. As respostas foram as seguintes:Tanto os professores da escola regular quanto da escola excepcional responderam que sim, podem se profissionalizar. No que diz respeito às restrições os professores de escola regular: 8 professores (80%) acham que há sim e 2 (20%) acha que não; enquanto que na escola excepcional 7 (70%) diz que sim e 3 (30%) acha que não há restrições para exercer alguma profissão.(FIGURA 5) / (TABELA 3).

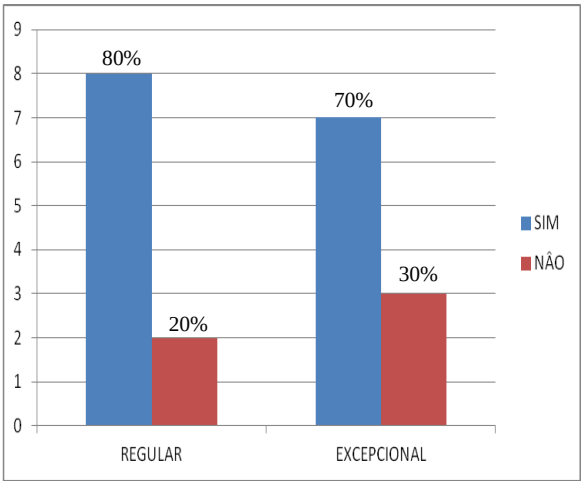


Figura 05: Gráfico com opinião dos professores a respeito dos portadores de síndrome de Down poder se profissionalizar ou não.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Tabela 03 – Principais restrições à profissões citadas pelos professores:

ESCOLA REGULAR	**ESCOLA EXCEPCIONAL**
Médico, eletricista, motorista,dentista	Médico,motorista, engenheiro,eletricista, pedreiro

Há relatos na literatura acerca de que as pessoas com deficiência queixam-se de dificuldades para usufruir os direitos assegurados pelo Decreto 3298/99. Que as pessoas com deficiência física têm menos dificuldade de conseguir trabalho do que as demais pessoas com outro tipo de deficiência. E que a inclusão social é entendida, tanto pela sociedade plural como pelo segmento das pessoas com deficiência, como inclusão no trabalho (FRANÇA, PAGLIUCA[11]).

Ainda citando os autores acima, o mercado de trabalho empresarial absorve, seletivamente, a mão de obra dos portadores de deficiência física, em detrimento dos demais tipos de portadores, oferecendo baixa remuneração salarial e restrição a alguns direitos trabalhistas, o que faz da vida dessas pessoas uma luta constante pelas condições materiais de sobrevivência.

Na opinião de Mancini et al[15] as alterações apresentadas por pessoas portadoras de SD podem se manifestar funcionalmente interferindo na capacidade destas, de desempenhar de forma independente diversas atividades e tarefas da rotina diária.

Outro aspecto de inteira relevância, enfocado no questionário foi quanto à visão que os alunos e os professores têm a respeito do portador de SD, mostrado na tabela 4.

Tabela 4 – A tabela 4 mostra como o portador da SD é visto pelos outros alunos:

ESCOLA REGULAR	**ESCOLA EXCEPCIONAL**
“Mongolóides.”(E11,F1);“com igualdade.”(E11, F2); “pessoas doentes”(E11, F3); “diferentes”(E11, F 4); “diferentes”(E11, F 5); “com respeito”(E11, F6); “Criança diferente”(E11, F7); “aluno normal”(E11, F8); “com preconceito”(E11, F9); “como doentes”(E11,	“Doentes”(E11, M1); “Normais”(E11, M2); “doidinhos”(E11, F1); “iguais”(E11,F2); “iguais” ”(E11,F3); “iguais”(E11, F4); “normais”(E11,

F10).	F5); “sem restrição”(E11, F6); “sem diferenças”(E11,F7); “iguais” ”(E11,F8);

Considerando as respostas dadas pelos alunos, percebe-se que ainda existe um grande desconhecimento sobre a síndrome pelos alunos da escola regular, tornando isso um motivo de preconceito com os portadores de SD.

Amaral[1],confirma que as pessoas realmente preconceituosas nem buscam informar-se e as simplesmente desinformadas não são profundamente preconceituosas. A informação pode amenizar o preconceito, porém ele é muito arraigado e as pessoas não se despem facilmente dele, o que implicaria em mudança de valores. O desconhecimento perpetua atitudes preconceituosas como por exemplo, generalizar características físicas e comportamentais a todos os que apresentam a síndrome, sem considerar a singularidade de cada um em sua totalidade como ser humano.

De acordo com Andrade[3], é possível afirmar que, como um grupo, as crianças com Síndrome de Down, são um dos mais discriminados nas escolas, nas quais o modelo de perfeição física e intelectual é constantemente almejado.

Na tabela 5 pode- se ver a opinião dos professores.

Tabela 5 – Como os Downs são vistos pelos professores:

ESCOLA REGULAR	**ESCOLA EXCEPCIONAL**
“Portadores de necessidades.”(E12,F1) ;“com igualdade.”(E12, F2); “pessoas que precisam ser acompanhadas”(E12, F3); “iguais”(E12, F 4); “pessoa que C”(E12, F5); “como coitadinhos”(E12, F6); “Criança que necessita mais cuidados”(E12, F7); “aluno regular”(E12, F8); “com respeito”(E12, F9); “como normal”(E12, F10).	“Normal”(E12, M1); “Normais”(E12, M2); “como qualquer outra”(E12, F1); “iguais”(E12,F2); “com amor” (E12,F3);“com direitos iguais”(E12, F4); “normais”(E12,F 5); “como outra qualquer”(E12, F6); “como aluno”(E12,F7); “como normais, mas com limitações.” (E12,F8);

Pelas respostas dadas pelos professores ficou evidenciado que há uma super proteção com os alunos portadores de SD e que há um certo desconforto por não saber tratar essa diferença.

Amiralian[2] e Ribas[24] afirmam que as atitudes assistencialistas ou de superproteção agravam ainda mais a deficiência pela limitação que impõem ao desenvolvimento. Esta prática em relação à pessoa com deficiência se faz presente em todos os segmentos da sociedade.

O mal estar que as crianças com Síndrome de Down ocasionam em certos educadores induz a uma comodidade

desses, em relação à interação que precisa ser estabelecida para que aconteça a aprendizagem (OMOTE[22]).

Uma das conseqüências danosas do estigma em relação aos portadores de Síndrome de Down é a interferência sobre o trabalho que professores necessitam desenvolver para que a criança seja capaz de aprender (OMOTE[22]).

Considerando a necessidade de avaliar o comportamento dos professores em relação aos seus ensinamentos para os alunos com SD, obteve-se as seguintes respostas: na escola regular 5 professores (50%) responderam que sim: ensinariam diferente aos alunos com síndrome de down e 5 professores (50%) responderam que não. Na escola excepcional 4 professores (40%) disseram que sim, também mudariam a maneira de ensinar e 6 professores (60%) disseram que não ensinariam diferente.

Todos os professores tanto da escola regular quanto da escola excepcional que responderam sim acreditam que o aluno especial tem que ser acompanhado mais de perto pois seu ritmo é lento e necessitam de mais segurança, conforto, confiança, para que possa crescer e aprender de maneira significativa.

Andrade[3], acredita que vários sentimentos evidenciam-se na relação dos educadores com a criança que possui Síndrome de Down. Aprender a valorizar os aspectos individuais da criança com essa síndrome e usar as suas próprias possibilidades para que ela aprenda é uma longa caminhada e requer paciência e atenção. Dado esse contexto, primeiramente, é necessário alterar comportamentos e procedimentos de educadores que possam influenciar no desenvolvimento da aprendizagem da criança com Síndrome de Down.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde se perceber que há um grande desconhecimento por parte dos professores sobre as necessidades dos alunos com SD. Esse desconhecimento pode estar relacionado a prováveis deficiências ou distorções na formação desses profissionais no campo da educação especial. Atuar profissionalmente de forma coerente com as necessidades dos alunos significa, mais especificamente, trabalhar com as necessidades, dificuldades dos que fazem parte da instituição educacional.

Embora essa exigência afete diretamente os profissionais da educação, não isenta e tampouco minimiza a responsabilidade de profissionais de outros campos como psicólogos, médicos, fisioterapeutas, fonaudiólogos e outros que fazem parte da equipe interdisciplinar em se empenhar mais no processo de aprendizagem dos portadores de SD.

Assim pode estar havendo distorções em relação ao trabalho do professor, em sala de aula que podem ser determinadas pela própria dificuldade do professor em saber ensinar crianças com SD. Isso exige examinar e avaliar com cuidado a formação dos pedagogos e de outros profissionais que atuam e que podem atuar com educação especial e o que pode ser feito nessa etapa da construção da profissão, pois as aprendizagens desenvolvidas no curso de graduação precisam ser identificadas e caracterizadas com precisão para realizar suas possíveis modificações nos projetos de cursos de formação desses profissionais, de maneira especial que oriente-os de uma forma mais esclarecedora a respeito da nova realidade.

5 REFERÊNCIAS

1. Amaral, L. A. Conhecendo a deficiência: em companhia de Hércules. São Paulo: Robe, 1995.
2. Amiralian, M. L. T. M. Psicologia do excepcional. São Paulo: EPU, 1986.
3. Andrade, I. C. F. Exclusão e inclusão: discutindo o processo de integração da criança portadora de Síndrome de Down na educação infantil. Florianópolis, UFSC,1999.
4. Angélico, A. P. **Estudo** Descritivo do Repertório de Habilidades Sociais de Adolescentes com Síndrome de Down. Dissertação do Programa de Pós graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos Centro de Educação e Ciências, 2004.
5. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições; 2004.
6. Bee, H. A criança em desenvolvimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
7. Buckley, S., Bird, G. Including children with Down syndrome. Down Syndrome News andUpdate., v.1, n.1, p.5-13, 1998.
8. Figueira, V.; Educação Especial. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
9. França I.S.X, Pagliuca L.M.F, Sousa R.A. Discurso político acadêmico e integração das pessoas com deficiência: das aparências aos sentidos. Rev Esc Enferm USP. 2003.
10. França I.S.X. Formas de sociabilidade e instauração da alteridade: vivência das pessoas com necessidades especiais [tese].

Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2004.

11. Gusman, S.; Torre, C.A. Fisioterapia na Síndrome de Down. In: Schwartzman JS et al. Síndrome de Down. São Paulo: Mennon, 1999. p. 167-205.

12. Holden, B.; Stewart, P. The inclusion of students with Down syndrome in New Zealand schools. Down Syndrome News and Update., v.2, n.1, p.24-28, 2002.

13. Mancini, M. C. et al. Comparação do desempenho funcional de crianças portadoras de síndrome de Down e crianças com desenvolvimento normal aos 2 e 5 anos de idade. Arq. Neuropsiquiatr., v. 61, n. 2-B, [s.l], 2003, p. 409-415.

14. Martins, Lúcia de Araújo Ramos. Integração escolar do portador da Síndrome de Down: um estudo sobre a percepção dos educadores. *Rev. bras. educ. espec.* [online]. 1999, vol.03, n.05, pp. 73-85. ISSN 1413-6538.

15. Meyer, A., Gomes G., Schiavo T., Cezimbra A. Síndrome de Down, http://www.geocities.com/guilherm egomes2000/resumodown.doc> Acesso em: 25/08/2012.

16. Mezzomo, C. L. A Inter-relação entre as Alterações Crânio Faciais e Miofuncionais em Portadores de Síndrome de Down. Monografia de conclusão do curso de especialização em Motricidade Oral.

17. Moraes, C. Síndrome de Down, 2005. Disponível em<http://www.wgate.com.br> Acesso em: 22/05/2012.

18. Oliveira, O desenvolvimento Motor da Criança e Estimualção Precoce, 2006. Disponível em<http://www.wgate.com.br>. Acesso em: 19/02/2011.

21. Oliveira, Z. M. R. A criança e seu desenvolvimento: perspectivas para se discutir o desenvolvimento infantil. São Paulo: Cortêz, 1996.

22. Omote, S. Reações de mães de deficientes mentais ao reconhecimento dacondição dos filhos afetados: um estudo psicológico. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 1980

23. PuescheL, M. Siegfried. Síndrome de Down: Guia para pais e

educadores. Tradução: Lúcia Helena Reily. Campinas, SP: Papirus, 2003.

24. Ribas, J. B. C. O que são pessoas deficientes. São Paulo: Brasiliense, 1985. (Coleção primeiros passos).

25. Schwartzan, J. S. Síndrome de Down. São Paulo: Mackenzie, 1999.

26. Schwartzman, J. S. e col. Síndrome de Down. 2ª ed. Editora Mackenzie, São Paulo: 2003.

27. Siqueira, V.; Moreira, V. Síndrome de Down: Translocação Robertsoniana. Saúde & Ambiente em Revista, Duque de Caxias, v.1, n.1, p.23-29, jan-jun 2006.

28. Severino, A. J. Prefácio In: GADOTTI, M. História das Idéias Pedagógicas. São Paulo: Ática, 1999, p. 11.

29. Travassos, F.Síndrome de Down: Que tipo de escola é a melhor?. Disponível em:<http://www.guia do bebê.com.br > Acesso em: 08/11/12.

30. Voivodic, M. A. M. A. Inclusão escolar de crianças com Síndrome de Down. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

31. Werneck, C. Muito Prazer Eu Existo. 4. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1993.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde as contribuições de John Langdon Down para o entendimento da trissomia do 21 e, posteriormente em 1866, com as contribuições e questionamentos epistemológicos sobre a descoberta dessa doença chamada Síndrome de Down, é possível uma grande alteração no modo de produzir conhecimento sobre a Síndrome de Down e sobre as decorrências sociais expressas nos comportamentos dos diversos profissionais que lidam com pessoas com SD. Percebemos que o convívio com um portador da Trissomia do 21 pode e deve ocorrer com "naturalidade", pois apesar de algumas diferenças genéticas todos nós possuímos as mesmas capacidades, porém com níveis diferentes e portanto, a sociedade deve saber que há igualdade entre os não portadores e os portadores, e que há diversos meios para que essa convivência se realize, fazendo com que possamos interagir com eles normalmente.

Ficou evidenciado que parece existir pouco conhecimento sobre as capacidades dessa clientela. Isso pode valer tanto para os professores quanto para os demais profissionais, pois a percepção e as expectativas que os professores possuem sobre a aprendizagem da criança com Síndrome de Down são reforçadas e influenciadas por outros profissionais (pesquisadores) que realizam trabalhos sobre o desenvolvimento da criança com SD no âmbito da educação onde as características físicas podem não ser um fator prejudicial para a aprendizagem dessa criança, mas podem deixar lacunas sobre o que o professor vai ensinar para ela, pois esse profissional já possui conceitos preestabelecidos.

É importante ressaltar que o trabalho do professor precisa transcender as regras orientadas pelas instituições escolares, o que faz, muitas vezes, o professor ser um mero repetidor de técnicas ao ensinar. Um profissional docente necessita estar atento e capacitado a ensinar a partir das características e das necessidades por seus alunos e, a partir delas elaborar práticas condizentes com essas necessidades.

As percepções e informações dos professores sobre suas dificuldades ao ensinar crianças com SD, tanto na escola regular como na excepcional, constituem subsídios tanto para planejar o que fazer como principalmente modificar concepções equivocadas sobre o que são pessoas com necessidades especiais. O trabalho foi considerado de grande desafio, pois na literatura há diversos estudos sobre a SD, em contrapartida há uma grande escassez do assunto no que diz respeito ao posicionamento de educadores sobre a SD, tornando-o dificultoso.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. A. **Conhecendo a deficiência: em companhia de Hércules**. São Paulo: Robe, 1995.

AMIRALIAN, M. L. T. **Psicologia do excepcional**. São Paulo: EPU, 1986.

ANDRADE, I. C. F. **Exclusão e inclusão: discutindo o processo de integração da criança portadora de Síndrome de Down na educação infantil.** Florianópolis, UFSC,1999.

ANGÉLICO, A. P. **Estudo** Descritivo do Repertório de Habilidades Sociais de Adolescentes com Síndrome de Down. Dissertação do Programa de Pós graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos Centro de Educação e Ciências, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições; 2004.

BATISTA, M. W; ENUMO, S, R. F. Inclusão Escolar e deficiência mental: análise da interação social entre companheiros. **Estudos de Psicologia**, vol. 9. Nº 1, p 101 – 111, 2004.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BUCKLEY, S., BIRD, G. **Including children with Down syndrome**. Down Syndrome News andUpdate., 1998.

BLOCK, M.E. Motor development in children with Down Syndrome: a review of the literature. **Adapted Physical Actvity Quaterly,** v.8, p.179-209, 1991.

BRASIL, **Declaração de Salamanca e Linha de Ação sobre Necessidades Educativas Especiais.** Brasília/DF,1994.

BRASIL/MEC**. Lei de Diretrizes e Bases da educação nacional.** Brasília- DF, 1996.

BRASIL. Ministério de Educação e Cultura – Secretaria de Educação Especial – Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Brasília: MEC/SEESP, 2001.

CARVALHO**,** R. Educação Inclusiva: **com os pingos nos "is".** Porto Alegre. Ed. Mediação, 2006.

COLE, M; COLE, R.S.**The development of children** (4th ed.). San Diego: Worth Publishers, (2001).

FIGUEIRA, V.; **Educação Especial**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FRANÇA,I.S.X, PAGLIUCA,L.M.F, SOUSA R.A. Discurso político acadêmico e integração das pessoas com deficiência: das aparências aos sentidos. **Revista Escola de Enferm USP**. 2003.

FRANÇA I.S.X. **Formas de sociabilidade e instauração da alteridade: vivência das pessoas com necessidades especiais** [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2004.

GARCIDUÉNAS, M. M. N; CIMEROS, F.J.D ; GÚZMAN, L. R. Prevalência de factores de riesgo cardiovasculares en un grupo de personas con deficiência mental. **Revista Lecturas de Educacion Física Y Deportes**, n.19, ano 5, 2000.

GIANCATERINO, R. **Escola, Professor, Aluno.** São Paulo: Madras Editora, 2007.

GLAT, R. Um novo olhar sobre a integração do deficiente. In MANTOAN, M. I. E. **A integração de pessoas com deficiência**: Contribuições para uma reflexão sobre o tema. São Paulo: Memnon: Editora SENAC, 1997.

GUSMAN, S.; TORRE, C.A. **Fisioterapia na Síndrome de Down.** In: SCHWARTZMAN J.S et al. Síndrome de Down. São Paulo: Mennon, 1999. p. 167-205.

HOLDEN, B.; STEWART, P. **The inclusion of students with Down syndrome in New Zealand schools.** Down Syndrome News and Update, 2002.

JORDE,L. B**. Genética Médica,** 2ª edição. editora: Guanabara Koogan,2000.

LARENTIS, D.Z; et al. Prevalência e fatores predisponentes de síndrome de Down na Cidade de Pelotas, RS**. Revista da AMRIGS.** 50(1), 2006, p. 16-20.

LIMA, C. P. **Genética Humana**, Editora: Harbara,1996

.

MANCINI, M. C. et al. Comparação do desem penho funcional de crianças portadoras de síndrome de Down e crianças com desenvolvimen to normal aos 2 e 5 anos de idade. **Arq. Neuropsiquiatr.,** v. 61, n. 2-B, [s.l], 2003, p. 409-415.

MARCONI, M. D.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa:** planejamento e execucução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3ª. Edição; São Paulo: Atlas, (1996).

MARTINS, Lúcia de Araújo Ramos. Integração escolar do portador da Síndrome de Down: um estudo sobre a percepção dos educadores. **Rev. bras. educ. espec**. [online]. 1999, vol.03, n.05.

MAZZOTA, Marcos J**. Educação Escolar:** Comum ou Especial? Ana de 1996. Editora Pioneira.

MEZZOMO, C. L. **A Inter-relação entre as Alterações Crânio Faciais e Miofuncionais em Portadores de Síndrome de Down.** Monografia de conclusão do curso de especialização em Motricidade Oral NO Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – Porto Alegre, 1999.

MONTOAN, M. I. E. **Todas as crianças são bem vindas à escola** [Campinas]: UNICAMP, [2000]. Texto.

MORAES, C. **Síndrome de Down e CIV: Revisão de Literatura;** 2005. Disponível em: <http://www.wgate.com.br>
Acesso em: 10/03/2012.

MURAHOVSCHI, J. **Pediatria:** Diagnóstico + Tratamento. 5ed. São Paulo: Sarvier, 1998.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida.** Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativa. Londrina: Midiograf, 2001.

NEVES, L. J**.** Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades.Caderno de **Pesquisa em Administração**. São Paulo, v.1, n. 3, p.1-5, jul./dez. 1996. Disponível em: < http://www.regeusp.com.br/arquivos/C03-art06.pdf>.

NUSSBAUM, R. L.; **Genética Médica,**Thompson & Thompson.
6ª edição, Editora: Guanabara Koogan, 2002.

OLIVEIRA, Z. M. R. **A criança e seu desenvolvimento**: perspectivas para se discutir o desenvolvimento infantil. São Paulo: Cortêz, 1996.

OMOTE, S. **Reações de mães de deficientes mentais ao reconhecimento da condição dos filhos afetados: um estudo psicológico.** Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 1980

ONU. **Declaração de Salamanca.** [citado 2004 nov. 08]. Disponível em: URL: www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/deficiente/lex63.htm.

PUESCHEL, M. S**. Síndrome de Down:** Guia para pais e educadores. Tradução: Lúcia Helena Reily. Campinas, SP: Papirus, 2003.

RIBAS, J. B. C. **O que são pessoas deficientes**. São Paulo: Brasiliense, 1985. (Coleção primeiros passos).

ROBBINS, S. L., et al. **Patologia estrutural e funcional**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996. p. 138, 139, 140.

SAAD, S.N**. Preparando o caminho da inclusão:** Dissolvendo mitos e preconceitos em relação à pessoa com Síndrome de Down. São Paulo: Vetor, 2003.

SASSAKI, R. K**. Inclusão - Construindo uma Sociedade para Todos.** 3. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1999.

SEVERINO, A. J. Prefácio In: GADOTTI, M. **História das Idéias Pedagógicas.** São Paulo: Ática, 1999, p. 11.

SCHILDLOW, D.V, SMITH, D.S**. Doenças respiratórias em pediatria:** diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.

SCHWARTZMAN, J. S. **Síndrome de Down.** São Paulo: Mackenzie Memnon, 1999.

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

SEAMAN, J.; DEPAUW, K.P. **The new adapted physical education.** Califórnia, Mayfield, 1982.

SIQUEIRA, V.; MOREIRA, V. **Síndrome de Down:** Translocação Robertsoniana. Saúde & Ambiente em Revista, Duque de Caxias, v.1, n.1, p.23-29, jan-jun 2006.

STRAY-GUNDERSEN, K. **Bebês com Síndrome de Down**. Lisboa: Bertrand Editora, (2001).

SNUSTAD, P.; SIMMONS, M. J. **"Fundamentos de Genética"**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2ª ed, 2001.

SOLER, *R.* **Educação Física inclusiva na escola:** em busca de uma escola plural. Rio de Janeiro: Sprint, 2005.

THOMPSON, M. W. et al. **Genética Médica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1993.

TRAVASSOS, F. **Síndrome de Down: Que tipo de escola é a melhor?.** Disponível em:<http://www.guia do bebê. com. br > Acesso em: 08/11/12.

VILLAGRA, H. A., OLIVA, L.L**.** La obesidad como factor de riesgo en la persona con síndrome de Down, frente a la alternativa de la actividad física y deportiva. **Revista Lecturas,** n.18, ano 5, 2000.

VOIVODIC, M. A. M. A. **Inclusão escolar de crianças com Síndrome de Down**, RJ: Vozes, Petrópolis, 2008.

VOIVODIC, M. A. M. A. **Inclusão escolar de crianças com Síndrome de Down**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

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

WERNECK, C. **Muito Prazer Eu Existo**. 4. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1993.

WILLARD, NUSSBAUM, **Genética Médica**. 6ª ed. Editora Guanabara. Rio de Janeiro, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: "**ESTUDO COMPARATIVO DA PERCEPÇÃO SOBRE SÍNDROME DE DOWN COM EDUCADORES DE ESCOLA REGULAR E EXEPCIONAL DE UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO "**
Pesquisadores responsáveis: Manuela Carla de Souza Daltro, Magna Lúcia de Souza Palmeira.

Informações sobre a pesquisa: Trata-se de uma pesquisa onde se pretende verificar a percepção que os educadores têm sobre a síndrome de down. Diante disso o presente estudo irá estimular e contribuir em pesquisas de caráter acadêmico e científico visando disponibilizar a essa população conhecimentos acerca dos aspectos relacionados ao processo educativo de alunos portadores de Síndrome de Down e sua inclusão na comunidade escolar.
Instituição:_____Eu,____ _____, portador de RG:_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei de acordo com a resolução 196/96 Cap. IV inciso IV.1 todos os meus direitos abaixo relacionados:

-A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar- me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado absoluto sigilo das informações obtidas. – A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurado que a pesquisa poderá causar um risco mímino (desconforto, constrangimento) ao entrevistado durante a coleta de dados, caso isso aconteça, o mesmo será atenuado através esclarecimentos sobre a pesquisa, procurando resolver da melhor forma possível. - A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa bem como, esta pesquisa poderá causar risco mínino (desconforto, constrangimento) ao entrevistado durante a coleta de dados. – A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita. - A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento. Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa
Patos , _____de_____de_____

_____
Assinatura do entrevistado

Contato com o pesquisador (a) responsável:
Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com Manuela Carla de Souza Daltro
Através do endereço :Rua Bossuet Wanderley, 521 apt 101- Centro Patos - PB.

Celular : (83) 96543526
Atenciosamente,

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO

1. Iniciais do Nome: _____

2. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

3. Idade: _____

4. Há quanto tempo você atua no magistério?

( ) Menos de 2 anos

( ) Entre 2-5 anos

( ) Acima de 5 anos

5. Conceitue síndrome de down.

---

6. Você acha que o portador de síndrome de down deve frequentar que tipo de escola?

---

7. Você já teve ou tem algum aluno com síndrome de down?

( ) sim ou ( ) não

Se sim, sentiu dificuldade?

( ) sim ou ( ) não

Qual dificuldade?----------

8. O portador da síndrome de down tem deficiência intelectual?

( ) sim ou ( ) não

9. Você acha que o portador da síndrome de down tem dificuldades na escola?

( ) sim ou ( ) não

Se sim, quais? ----------

---

10. Você acha que o portador da síndrome de down tem capacidade de se profissionalizar?

( ) sim ou ( ) não

Se sim, acha que possui algum tipo de restrição para alguma profissão?

( ) sim ou ( ) não

Se sim, exemplifique ----------

---

11. Como os downs são vistos pelos outros alunos? ----------

---
12. Como os downs são vistos pelos professores e funcionários da escola? ----------
---

13.Você como educador trataria o portador de síndrome de down com alguma diferença em relação aos ensinamentos?
( ) sim ou ( ) não
Se sim, como? ----------

APÊNDICE C

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa "**ESTUDO COMPARATIVO DA PERCEPÇÃO SOBRE SÍNDROME DE DOWN COM EDUCADORES DE ESCOLA REGULAR X EXCEPCIONAL DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO"**, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 98,833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdades Integradas de Patos), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/FIP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Patos, ____ de _____ de 2012.

_____

Autor da Pesquisa

_____

Orientando

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, _____ _____,
Coordenador(a) _____, venho por meio deste, autorizar o desenvolvimento na referida instituição da pesquisa intitulada "**ESTUDO COMPARATIVO DA PERCEPÇÃO SOBRE SÍNDROME DE DOWN COM EDUCADORES DE ESCOLA REGULAR E EXCEPCIONAL DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO"**, sob responsabilidade da acadêmica **Magna Lúcia de Souza Palmeira** e orientadora **Prof. Esp. Manuela Carla de Souza Daltro**, como requisito para a conclusão do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

Atenciosamente,

Patos - PB, ____ de _____ de 2012.

_____

CERTIDÃO

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
PATOS PARAÍBA

OBJETIVO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista Boletim de Ciências em Saúde é uma publicação semestral (janeiro-junho/ julho-dezembro) das Faculdades Integradas de Patos, cuja missão é a divulgação de artigos que abordem os diferentes aspectos da área de Ciências da Saúde em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, parasitologia, microbiologia, ecologia, controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, entre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: (1) **Artigos originais** resultado original de pesquisa (máximo de 4500 palavras, no máximo 40 referências); (2)**Revisão** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes às ciências da saúde (máximo de 8000 palavras, no máximo 80 referências); (3) **Resenhas** resenha crítica de tese ou livro elacionado ao campo temático de Ciências da Saúde, publicados nos últimos dois anos (máximo de 1200 palavras); (4) **Cartas** crítica a artigo publicado em fascículo anterior da Boletim de Ciência em Saúde ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1200 palavras); (5) Estudo de casos- apresentação de condições patológicas ou métodos/ procedimentos incomuns de diagnóstico e/ou tratamento, sobre os quais a execução de um estudo científico seja impraticável (máximo de 3000 palavras, no máximo 15 referências).

O limite de palavras inclui texto e referências (folha de rosto, resumos/abstract, ilustrações serão considerados à parte).

Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do manuscrito pela Comissão Editorial.

DIREITOS AUTORAIS

Os trabalhos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Todos os manuscritos deverão vir acompanhados de uma carta de encaminhamento, assinada pelo autor responsável pelo trabalho, atestando que o artigo não está sendo avaliado para publicação em outra revista e nem foi publicado previamente no todo, que não fere as normas éticas da profissão, assim como da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os conceitos e afirmações contidos nos artigos serão de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

COMITÊ DE ÉTICA

Serão exigidos para os artigos com seres humanos ou animais a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética institucional conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), http://conselho.saude.gov.br/comissao/eticapesq.htm

CRITÉRIOS DE ARBITRAGEM

Os trabalhos serão avaliados primeiramente quanto ao cumprimento das normas de publicação, sendo que no caso de inadequação serão devolvidos aos autores antes mesmo de serem submetidos à avaliação.

Os trabalhos aprovados, quanto às normas, serão submetidos à apreciação quanto ao mérito científico por dois relatores, membros da Comissão Editorial, de unidades distintas à de origem do trabalho, de acordo com a afinidade da área e especialidade. No caso de divergência entre os pareceres dos relatores 1 e 2, o trabalho será avaliado por um terceiro relator. É importante ressaltar que será preservada a identidade dos autores dos trabalhos e dos relatores em todas as fases do processo de avaliação.

A Comissão Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência da aceitação do trabalho, podendo, inclusive, devolvê-lo ao autor com sugestões para que sejam feitas as alterações necessárias no texto e/ou ilustrações. Neste caso, é solicitado ao 118 autor o envio da versão revisada contendo as devidas alterações no prazo máximo de 30 dias. As sugestões que porventura não tenham sido adotadas deverão estar justificadas através de carta encaminhada pelo autor. Esta nova versão do trabalho será reavaliada pela Comissão Editorial.

Os trabalhos não considerados aptos para publicação serão devolvidos aos autores acompanhados de carta contendo a justificativa da recusa.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO POR SEÇÃO DA REVISTA

Artigos originais deverão conter: Título, Resumo, Palavras-chave, Abstract, Key words, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão; Conclusões; Agradecimento(s) (quando houver); Fontes Financiadoras, (quando houver) e Referências Bibliográficas.

Revisões deverão conter os seguintes tópicos: Título, Resumo, Palavras-chave, Abstract, Key words, Texto de revisão, Considerações Finais e Referências Bibliográficas. Revisão Sistemática deve conter o tópico Metodologia.

Relatos de caso(s) deverão conter Título, Resumo, Palavras-chave, Abstract, Key words, Introdução, Relato do caso, Conclusão e Referências .

Resenhas e Cartas deverão conter Título, texto

APRESENTAÇÃO DO TEXTO

Os artigos devem ser inéditos e redigidos em português e na linguagem impessoal. Todos os manuscritos deverão seguir a seguinte formatação geral: O original deve ser digitado no programa Microsoft Word for Windows, fonte Times New Roman, tamanho 12, com exeção do título que deve ter tamanho 16, espaço um e meio (1,5 linhas), em folha tamanho A4 (210 x 297mm), com margens de 2,5cm, impresso em duas vias, acompanhados por um disquete ou CD; podem também, ser enviados via e-mail. As tabelas, gráficos e figuras deverão estar inseridas no texto logo após a sua citação (Tabela 1, Gráfico 1, Figura 1 etc.). A paginação deverá ser no lado superior direito, com a página de rosto sem numeração. Notas de rodapé não serão aceitas.

Só será aceito artigos com no máximo 6 autores.

Página de rosto: constará tipo de artigo (maiúsculo), título completo (em português e inglês), nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e fax apenas do autor responsável pela correspondência. O título deve ser sucinto e objetivo, centralizado, apenas a primeira letra maiúscula.

ESTRUTURA DE APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Resumo/ Abstract: Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha e cartas., todos os artigos submetidos deverão ser enviados com resumo em português e inglês, com no máximo de 300 palavras, ressaltando-se os tópicos constituintes do artigo.

Palavras-chaves/ Key-words: correspondem às palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo. Para determinação das palavras-chaves deverão ser consultadas as listas de cabeçalhos de assuntos do MesH (Medical Subject Headings), utilizado no Index Medicus, através do seguinte endereço: http://decs.bvs.br/ Devem ser citadas entre 3 a 5 palavras-chaves.

Abreviaturas e Símbolos: usar somente abreviaturas padronizadas. Evite abreviaturas no título. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos a serem abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura, na primeira vez que aparecem no texto.

Introdução - justificativa e objetivos do estudo, citando somente referências pertinentes ao assunto abordado. Deve estabelecer de forma clara a hipótese do trabalho. Evitar textos ou revisões extensas sobre o assunto nesta seção.

Metodologia - apresenta considerações metodológicas com detalhes suficientes que permitam a confirmação das observações. Métodos publicados devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tenham sido feitas. Indique os métodos estatísticos utilizados, se aplicados.

Resultados - apresentar os resultados em uma seqüência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizar somente as observações importantes. Utilizar o mínimo possível de tabelas e ilustrações.

Ilustrações: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros etc.), serão consideradas no texto como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensável, apresentadas no texto, após citação, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem que aparecem no texto. A elaboração dos gráficos, desenhos etc. deverá ser em preto e branco ou em tons de cinza. Pode ser enviada versão colorida para publicação on-line. As fotografias deverão ser encaminhadas em original colorido, digitalizada em formato tif, gif ou jpg com no mínimo de 300dpi. Essas fotos deverão ser encaminhadas, também em arquivos separados. As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo da figura. As tabelas deverão ser em tons de cinza ou rachuras, logicamente organizadas, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, a legenda será colocada na parte superior das mesmas.

Discussão - enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir em detalhes dados ou informações citadas na introdução ou resultados. Relatar observações de outros estudos relevantes e apontar as implicações de seus achados e de suas limitações. **Resultados e discussão podem ser escritos num único tópico.**

Conclusões/Considerações finais (quando houver): deve(m) ser pertinente(s) aos objetivos propostos e justificados nos próprios resultados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida.

Agradecimentos (quando houver): à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências: No artigo as referências devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: LIMA[1]., de acordo com a numeração na lista de referência. Duas ou mais referências devem ser separadas por ponto

e vírgula sem espaço e em ordem cronológica (LIMA et al.; LOPES ; ALVES; SILVA). No caso de citação no corpo do texto o autor(s) é (são) citado(s) pelo(s) sobrenome, em maiúsculo, e o número ficará entre parênteses (De acordo com Lima et al. (1) e Silva (6)). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus (http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed). As referências citadas no texto deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem alfabética, de acordo com o sobrenome do primeiro autor, e numeradas em ordem crescente. Todos os autores devem ser mencionados, exceto se o número de autores excederem seis, neste caso, após citar os 6 primeiros autores, acrescentar em seguida à expressão et al.. É adotado o formato de referências do "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (http:// www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A seguir, estão citados alguns exemplos retirados do site

EXEMPLOS

ARTIGOS DE PERIODÍCOS

1 Artigos de periódicos

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 ;347(4):284-7.

Mais de 6 autores:

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002;935(1-2):40-6.

2. Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. Blood. 2002 Nov 15;100(10):3828-31. Epub 2002 Jul

3. Artigo publicado eletronicamente

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role.

Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm

LIVROS OU MONOGRAFIAS

4. Livros

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

5. Autor(s) e editor(s)

Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2nd ed. Wieczorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

6. Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

7. Citações de resumos em congressos e conferências

Revista Científica da Área de Saúde das Faculdades Integradas de PatosHarnden P, Joffe JK, Jones WG,

editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

8. Artigo de conferência

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

OUTROS TIPOS DE REFERÊNCIAS

9. Monografia/Dissertação/Tese

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

10. Patente

Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

ENDEREÇO PARA ENVIO DE ORIGINAIS

Comissão Editorial do Boletim de Ciências em Saúde

Coordenação Geral da Área da Saúde

Faculdades Integradas de Patos

Rua José Gomes Alves, S/N

Patos PB

CEP: 58700-250

E-mail: bcs_fip@yahoo.com.br