

ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL DOM BOSCO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DOM BOSCO
CURSO ENFERMAGEM

Adriane Treza Aguirre
Sarah Borsari de Oliveira

ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO APLICADO EM CRIANÇAS COM
SÍNDROME DE DOWN EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO
MUNICÍPIO DE RESENDE

RESENDE

2021

Adriane Treza Aguirre
Sarah Borsari de Oliveira

ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO APLICADO EM CRIANÇAS COM
SÍNDROME DE DOWN EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO
MUNICÍPIO DE RESENDE

Monografia apresentada à Associação Educacional Dom Bosco, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras Dom Bosco Curso de Bacharelado em Enfermagem, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª: Ms. Raphaela Casemiro dos Santos Figueredo

RESENDE

2021

Catálogo na fonte
Biblioteca Central da Associação Educacional Dom Bosco – Resende-RJ

A284 Aguirre, Adriane Treza
Análise do instrumento de avaliação aplicado em crianças com Síndrome de Down em uma instituição filantrópica no município de Resende / Adriane Treza Aguirre; Sarah Borsari de Oliveira - 2021.
63f.

Orientador: Raphaela Casemiro dos Santos Figueredo
Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à finalização do curso de Enfermagem da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Dom Bosco da Associação Educacional Dom Bosco.

1. Enfermagem. 2. Síndrome de Down. 3. Avaliação psicomotora. 4. Instrumento de avaliação. I. Oliveira, Sarah Borsari de. II. Figueredo, Raphaela Casemiro dos Santos. III. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Dom Bosco. IV. Associação Educacional Dom Bosco. V. Título.

CDU 615.851.8(043)

Adriane Treza Aguirre
Sarah Borsari de Oliveira

ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO APLICADO EM CRIANÇAS COM
SÍNDROME DE DOWN EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO
MUNICÍPIO DE RESENDE

Monografia apresentada à Associação Educacional Dom Bosco, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras Dom Bosco Curso de Bacharelado em Enfermagem, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

BANCA AVALIADORA:

Prof^ª:

Prof^ª:

Prof^ª.Ms. Raphaela Casemiro dos Santos Figueredo
(Orientadora)

Resende, 12 de novembro de 2021.

Dedicamos esta monografia à nossa família que com muito amor nos deu todo incentivo e apoio, contribuindo para a realização deste sonho e a todos aqueles a quem esta pesquisa possa contribuir de alguma forma.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradecemos a Deus, que nos deu a vida e direcionou nossos caminhos para esta profissão, permitindo que nossos objetivos fossem alcançados.

Aos nossos pais, Rosemary e Cleber, Deise e Gerivaldo e irmãos Monique e Gustavo, pelo amor incondicional e por nunca medirem esforços para estar ao nosso lado nos momentos de dificuldade.

Aos nossos companheiros de vida, Victor e Patrick, pela compreensão e por ter nos dado todo o apoio que precisávamos durante a realização deste trabalho e em todo nosso processo de formação.

À nossa professora orientadora Raphaela Casemiro por ter aceitado nosso convite para participar deste projeto, nos motivando e nos dando todo direcionamento necessário para a realização desta pesquisa.

A todos os professores da primeira turma do curso de Enfermagem da Associação Educacional Dom Bosco, que com dedicação contribuíram com nosso aprendizado e amadurecimento. Também a todos os profissionais de saúde que nos receberam nos campos de estágio supervisionado pela oportunidade de conhecer melhor nossa área de formação.

Por fim, à funcionária da instituição pesquisada pela colaboração e disposição em contribuir no processo de obtenção dos dados, nos fornecendo informações e materiais que foram fundamentais para a pesquisa e que possibilitou a realização deste trabalho.

RESUMO

A Síndrome de Down (SD) consiste em uma mutação cromossômica numérica onde ocorre uma modificação genética em que há a presença de um cromossomo a mais dentro das células do corpo. Uma pessoa com desenvolvimento típico possui 23 pares de cromossomos em cada célula, totalizando 46. Já uma pessoa com SD possui 47 cromossomos, sendo um cromossomo extra ligado ao par 21 (MOREIRA et al, 2000). A presente pesquisa tem por objetivo apresentar e sensibilizar quanto a importância da aplicação de instrumentos de avaliação psicomotora adequados em instituições que atendem crianças com Síndrome de Down. Desta forma, a pesquisa investigou o atual instrumento de avaliação aplicado por uma instituição filantrópica no município de Resende e o comparou com o indicado por estudos prévios, confirmando sua efetividade neste processo avaliativo com crianças portadoras da SD.

Palavras-chave: Síndrome de Down; Trissomia do Cromossomo 21; Instrumento de Avaliação.

ABSTRACT

Down Syndrome (DS) consists of a numerical chromosomal mutation where a genetic modification occurs in which there is the presence of an extra chromosome inside the body's cells. A person with typical development has 23 pairs of chromosomes in each cell, totaling 46. A person with DS has 47 chromosomes, with an extra chromosome linked to pair 21 (MOREIRA et al, 2000). This research aims to present and raise awareness about the importance of applying appropriate psychomotor assessment instruments in institutions that care for children with Down syndrome. Thus, the research investigated the current assessment instrument applied by a philanthropic institution in the city of Resende and compared it with that indicated by previous studies, confirming its effectiveness in this evaluation process with children with DS.

Keywords: Down syndrome; Chromosome 21 Trisomy; Assessment Instrument.

LISTA DE FIGURAS

Figura 2- Cariótipo de um indivíduo com Síndrome de Down com trissomia 21 padrão.....	13
Figura 3- Cariótipo de um indivíduo com Síndrome de Down por translocação.....	13
Figura 4- Representação da Síndrome de Down por mosaico.....	14
Figura 5- Características dos olhos da pessoa com Síndrome de Down, asiática e não asiática	15
Figura 6- Características faciais da criança com Síndrome.....	16
Figura 7- Pés e mãos característicos da Síndrome de Down	17

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Crianças portadoras de SD na instituição por sexo.....	28
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Condições clínicas associadas à Síndrome de Down	17
Tabela 2 - Procedimentos metodológicos da pesquisa (continua)	24
Tabela 3 - Resultados obtidos X preconizado pela CIF	29
Tabela 4 - Classificação CIF x Formulário próprio.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Justificativa.....	9
1.2 Objetivos	10
1.2.1. Objetivo Geral	10
1.2.2. Objetivos Específicos	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 Síndrome de Down: Compreendendo-a.....	11
2.2 Saúde e Educação da Pessoa com Síndrome de Down	19
2.3 Estratégias da Saúde Voltadas a Crianças Portadoras de Síndrome de Down..	20
2.4 Aplicação de Instrumentos de Avaliação em Portadores de Síndrome de Down	21
3 METODOLOGIA	24
3.1 Tipo de Pesquisa.....	24
3.2 Métodos.....	24
3.3 Considerações Éticas	26
4 RESULTADOS E ANÁLISE	27
5 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXO A – QUESTIONÁRIO	40
ANEXO B - TERMO DE CONSCIENTIMENTO ESCLARECIDO ASSINADO PELA INSTITUIÇÃO	42
ANEXO C - FICHA DE AVALIAÇÃO PREVISTA PELA CIF	43
ANEXO D - FICHA DE AVALIAÇÃO PRÓPRIA DA INSTITUIÇÃO PESQUISADA	47

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down (SD) consiste em uma mutação cromossômica numérica ocasionada por um erro de distribuição cromossômica no momento da divisão celular nos gametas, na fase chamada anáfase, podendo ser da meiose ou da mitose. Esse erro de distribuição cromossômica resulta em uma modificação genética em que há a presença de um cromossomo a mais dentro dos núcleos celulares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Uma pessoa com desenvolvimento típico possui 23 pares de cromossomos em cada célula, totalizando 46. Já uma pessoa com SD possui 47 cromossomos, sendo um cromossomo extra ligado ao par 21. Por esse motivo, essa condição clínica também é denominada Trissomia do cromossomo 21. (MOREIRA; EL-HANI; GUSMÃO, 2000).

A avaliação psicomotora é de suma importância para o conhecimento das reais necessidades de se trabalhar o estímulo mais apropriado a cada achado clínico, para tal, faz se indispensável habilidades técnicas mínimas a esta avaliação e instrumento adequado a ser aplicado. Com este foco, a atual pesquisa, busca comparar um instrumento de avaliação psicomotora adaptado utilizado por uma Instituição filantrópica de Resende/RJ a crianças portadoras de SD com o instrumento de avaliação indicado por literaturas como preconizado, e assim poder identificar sua eficácia no tratamento desta clientela com foco na sensibilização de utilização do que for o melhor e mais completo a ser aplicado.

1.1 Justificativa

Segundo dados do último Censo (IBGE, 2010), existem aproximadamente 300 mil pessoas portadoras da Síndrome de Down no Brasil. As pessoas que possuem a síndrome apresentam grandes desafios em seu processo de desenvolvimento e necessitam de constante acompanhamento por meio de avaliações psicomotoras e atenção à saúde especializada para alcançar uma melhor qualidade de vida.

O presente estudo justifica-se mediante a importância da necessidade do acompanhamento e adequação dos instrumentos de coleta de dados existentes já utilizados no acompanhamento de crianças portadoras da Síndrome de Down, visando efetividade no tratamento e acompanhamento do estado de saúde dessas crianças.

1.2 Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade dos instrumentos de avaliação aplicados em crianças com Síndrome de Down por uma instituição filantrópica no município de Resende.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Verificar quais são os instrumentos de avaliação aplicados pela instituição nos indivíduos com Síndrome de Down;
- Analisar a efetividade deste instrumento de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde;
- Verificar através da análise dos instrumentos de avaliação aplicados pela instituição se existe o mesmo padrão de evolução clínica entre as crianças portadoras da Síndrome de Down da mesma faixa etária.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Síndrome de Down: Compreendendo-a

Os primeiros registros históricos da SD são de aproximadamente 5200 anos a.C., quando foram encontrados no estado da Califórnia, Estados Unidos, os restos de um esqueleto humano do sexo feminino com características que remetem à SD, com a face achatada, olhos afastados e dentição e ossos pequenos (STARBUCK, 2011).

As pessoas com deficiências físicas e intelectuais sofreram iniquidades no decorrer de toda a história da humanidade. Na Grécia antiga (2000 - 146 a.C.) e no Império Romano (27 a.C. - 475 d.C.) os deficientes eram abandonados e mortos, justificado pela crença de que eram criaturas não-humanas. Na cultura dos povos Olmecas (1500 a.C. - 30 d.C.) pode-se encontrar desenhos e esculturas que fazem referências a pessoas com características físicas semelhantes a portadores da SD. Link (2002) ressalta que dados históricos levam a crer que os Olmecas consideravam um portador da SD um semi-deus, digno de adoração. Já na idade média, algumas culturas consideravam pessoas com deficiência como seres sagrados, enquanto outras culturas as consideravam fruto de bruxaria e punição divina (MATA; PIGNATA, 2014).

O termo mongolismo surgiu no século XIX como referência a pessoas sem inteligência. Em 1866, John Langdon Down descreveu as características físicas de indivíduos com atraso intelectual e utilizou o termo “mongolismo” para descrever essas pessoas pois eram fisicamente semelhantes a asiáticos pertencentes a tribo dos mongóis, intituladas como um povo desprovido de inteligência, desajeitado e obtuso (MATA; PIGNATA, 2014).

O cabelo não é preto, como em um Mongol típico, mas de cor castanha, liso e escasso. A face é achatada e larga. Os olhos posicionados em linha oblíqua, com cantos internos afastados. A fenda pálpebra é muito curta. Os lábios são grossos, com fissuras transversais. A língua é grande e larga. O nariz, pequeno. A pele, ligeiramente amarelada e com elasticidade deficiente. (DOWN, 1866. p. 696).

Em 1958, 92 anos após a descrição de John Down, o pediatra e geneticista francês Jérôme Lejeune identificou que a etiologia da SD se tratava de um erro de distribuição cromossômica durante a divisão celular embrionária que resultava em uma modificação genética em que há a presença de um cromossomo a mais nas células, totalizando 47 cromossomos, sendo o cromossomo extra ligado ao par 21 (MATA; PIGNATA, 2014).

Segundo Pereira, Silva e Dessen (2002), a denominação síndrome de Down foi proposta por Lejeune como forma de homenagear John por sua descoberta, mas antes várias outras denominações foram utilizadas, como imbecilidade mongolóide, idiotia mongolóide,

cretinismo furfuráceo, acromicria congênita, criança mal-acabada, criança inacabada, dentre outras.

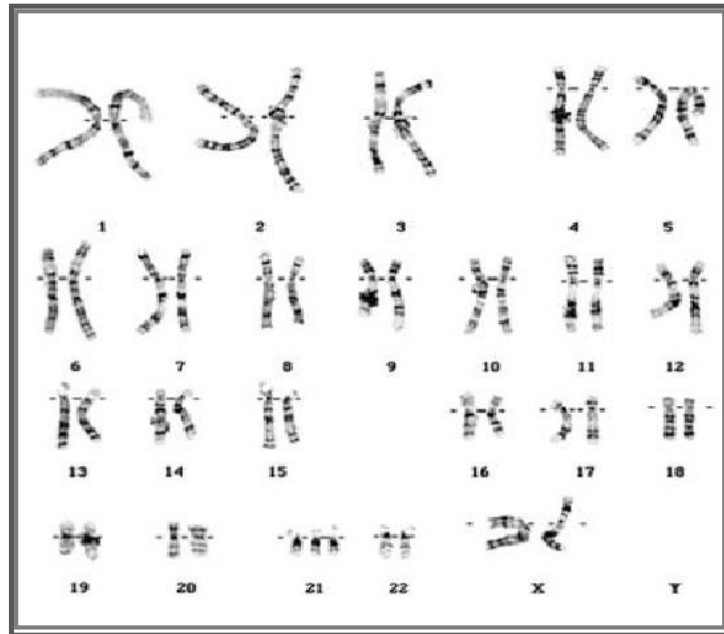
Down (1866) definiu que as crianças com a síndrome, por apresentarem essas características, eram muito semelhantes entre si, bem mais do que com seus próprios pais e considerou que sua etiologia poderia estar relacionada ao histórico de tuberculose nos pais. Em contrapartida, Schwartzman (1999) destaca que, mesmo não havendo diagnóstico preciso sobre a Trissomia do Cromossomo 21, não se pode afirmar de maneira definitiva que doenças que tenham acometido os pais antes ou durante a gestação tenham relação com a ocorrência da SD.

A SD, segundo Santos, Franceschini e Priore (2006), é caracterizada por uma anormalidade genética resultante da trissomia do cromossomo 21, que pode ocorrer tanto antes quanto após a formação da célula inicial. Em 95% dos casos essa alteração tem origem dos óvulos e 5% dos espermatozoides.

Os gametas masculino e feminino, cada qual possuindo 23 cromossomos, unem-se durante a concepção e originam uma célula com 23 pares de cromossomos. 22 pares cromossômicos são autossômicos e o par 23 são cromossomos sexuais, identificados pelas letras XY no homem e XX na mulher. Desta forma, cada célula do organismo do indivíduo com SD possui 47 cromossomos, com a presença de três cromossomos de um tipo específico ligados ao par 21, enquanto em pessoas sem a síndrome, há presença de 23 pares de cromossomos, totalizando 46 cromossomos em cada célula. (MOREIRA; EL-HANI; GUSMÃO, 2000).

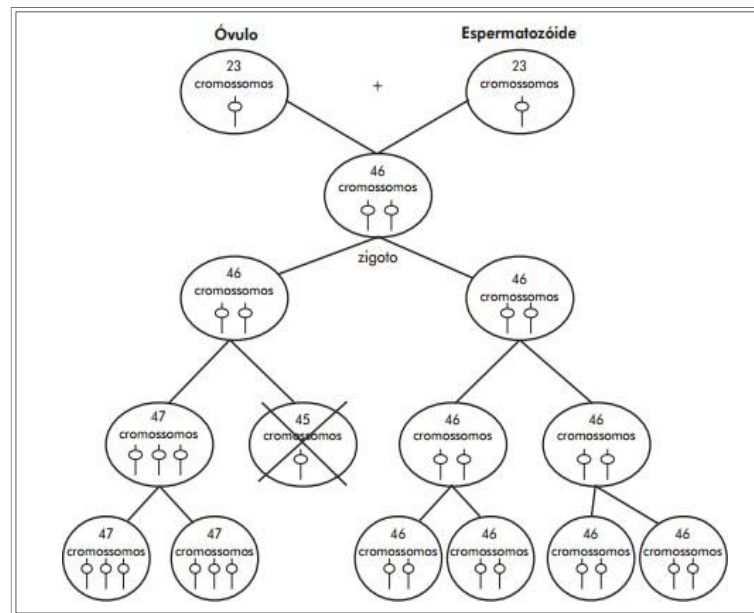
Existem três tipos de Síndrome de Down: a Trissomia 21 simples ou padrão que ocorre em 95% dos casos de Síndrome de Down, a translocação em 3 a 4% dos casos e a mosaico com ocorrência em 1 a 2% dos casos. (OLIVEIRA; JUNIOR, 2017). A Trissomia simples é caracterizada pela presença de 47 cromossomos em todas as células (Figura 1). A translocação ocorre quando o cromossomo extra do par 21 adere em outro cromossomo (Figura 2). Já a Trissomia mosaico ocorre quando apenas parte das células apresentam-se com 47 cromossomos enquanto outras células possuem 46 (Figura 3).

Figura 1- Cariótipo de um indivíduo com Síndrome de Down com trissomia 21 padrão



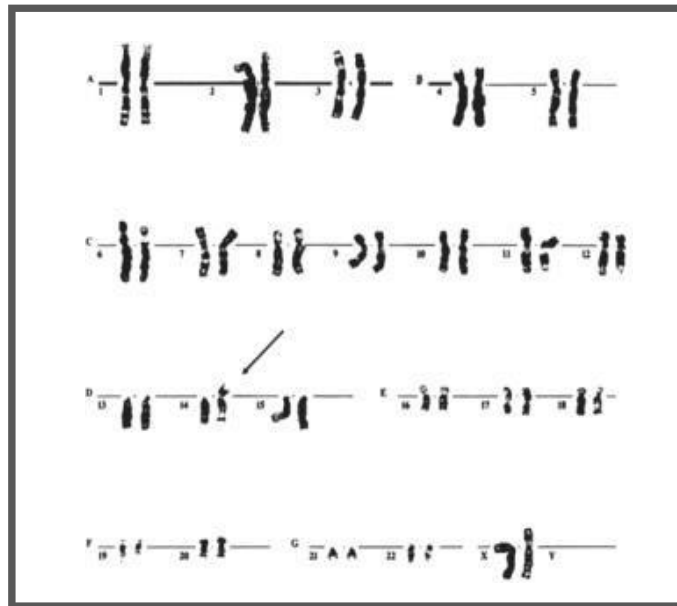
Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 20).

Figura 2- Cariótipo de um indivíduo com Síndrome de Down por translocação



Fonte: (KOZMA, 2007, p.23).

Figura 3- Representação da Síndrome de Down por mosaico



Fonte: (KOZMA, 2007, p.25).

A causa da SD ainda não foi cientificamente comprovada. Acredita-se que a idade avançada da mãe se correlaciona com a ocorrência da SD. Leme e Cruz (2008) afirmam que há correlação entre a idade materna avançada e a ocorrência de SD, porém a probabilidade é de 1% aos 40 anos e 3% aos 45 anos de idade da mãe. Esse fato se justifica pelo envelhecimento dos ovócitos conforme a idade da mulher avança, gerando maior possibilidade de alterações embrionárias.

Existem métodos de triagem que, ainda durante a gestação, são capazes de detectar precocemente se a criança possui a SD, tais como exames sanguíneos, biópsia de vilosidades coriônicas, coleta tríplice, cordocentese, ultrassonografia 3D e amniocentese.

O ultrassom morfológico fetal, realizado entre a 11^o e a 14^o semana e entre a 18^o e 24^o semanas gestacionais, pode detectar a presença da síndrome através da avaliação da translucência nuchal. A amniocentese confirma o diagnóstico e corresponde ao procedimento onde é recolhido líquido amniótico entre a décima quarta e décima sexta semana gestacional, sendo possível detectar anomalias cromossômicas ainda no segundo trimestre da gestação.

O diagnóstico laboratorial da Síndrome de Down se faz através da análise genética denominada cariótipo. O Cariograma ou cariótipo é a representação do conjunto de cromossomos presentes no núcleo celular de um indivíduo (OMS, 2013). Esse método diagnóstico é realizado após o nascimento e não é obrigatório para a confirmação diagnóstica, uma vez que pode ser determinado através das características físicas e patologias associadas a síndrome. Ainda assim, o Cariograma é fundamental para detectar qual é a forma da SD que o

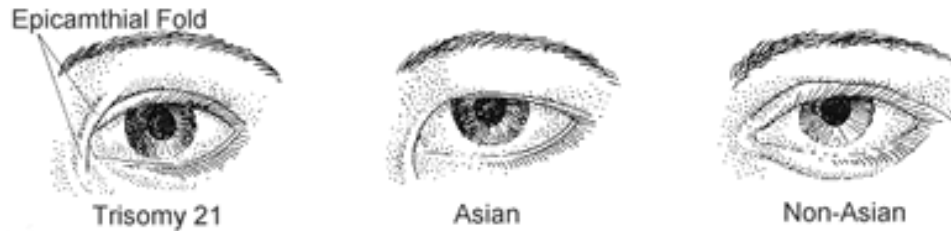
indivíduo apresenta e para ofertar aconselhamento genético para a família caso a SD seja por mosaico.

Nem todas as características clínicas associadas à SD são indispensáveis para a determinação do diagnóstico, da mesma forma que características isoladas não confirmam o diagnóstico, uma vez que, de acordo com a OMS, 5% da população podem apresentar alguma dessas características.

O diagnóstico clínico de SD baseia-se no reconhecimento de características físicas. Quanto mais características específicas da SD forem identificadas aumenta-se a segurança do diagnóstico clínico. (OMS, 2013)

Os portadores da SD possuem baixa estatura e suas características faciais são marcantes. Os olhos pequenos e afastados, as pálpebras são estreitas e oblíquas como as dos orientais, e a pálpebra superior é deslocada para o canto interno, o que é chamado de prega epicântica (Figura 4).

Figura 4- Características dos olhos da pessoa com Síndrome de Down, asiática e não asiática



Fonte: LEITE, [s.d]. Disponível em:

<http://www.ghente.org/ciencia/genetica/down.htm>

O nariz do indivíduo que possui a SD é caracterizado por seu formato achatado e seu tamanho reduzido, o rosto possui forma arredondada e a boca mandíbulas são pequenas. Os dentes são pequenos, protusos e geralmente nascem tardiamente, o palato é alto e estreito e a hipotonia lingual pode fazer com que algumas crianças mantenham a boca aberta e a língua para fora (Figura 5).

Figura 5- Características faciais da criança com Síndrome



Fonte: LEITE, [s.d]. Disponível em:
<http://www.ghente.org/ciencia/genetica/down.h>
e de Down

A cabeça apresenta braquicefalia e as fontanelas do bebê podem ser maiores que o habitual e levar mais tempo para se fecharem. A linha de sutura do crânio também pode apresentar uma moleira a mais, chamada de fontanela falsa. O cabelo é fino e liso e, em algumas crianças, pode haver pequenas falhas ou alopecia total.

As orelhas são pequenas, irregulares e de implantação baixa, podendo ter sua borda superior dobrada. O pavilhão auricular é pequeno. O pescoço é curto, largo e possui excesso de tecido adiposo e dérmico em sua região dorsal. Há hipotonia muscular, inclusive nas mãos, onde pode ser observada apenas uma única prega palmar transversa. Os dedos são curtos e os pés são planos, apresentando distanciamento entre o primeiro e o segundo dedo (Figura 6).

Figura 6- Pés e mãos característicos da Síndrome de Down



Fonte: BRAGANÇA, 2016. Disponível em: <https://fernandobraganca.com.br/2016/07/10/sindrome-de-down-e-inclusao-social/>

É comum que os portadores da síndrome apresentem sobrepeso e obesidade. Segundo a OMS (2013), a obesidade é observada principalmente na fase da adolescência e no início da idade adulta. Os músculos retos do abdome apresentam diástase, sendo o abdome protuso.

Além das características físicas das pessoas com SD, a OMS (2013) destaca as principais patologias associadas a SD bem como sua prevalência (Tabela 1).

Tabela 1-Condições clínicas associadas à Síndrome de Down

Condições clínicas	Prevalência (%)
Anemia	3
Atrésia do esôfago	12
Autismo	1
Catarata	15
Comunicação atrioventricular	40-50
Comunicação intratrial	40-50

Tabela 1 - Condições clínicas associadas à Síndrome de Down (continuação)

Comunicação intraventricular	40-50
Doença celíaca	5
Estenose/atresia do duodeno	12
Hipotireoidismo	4-18
Instabilidade das articulações	100
Leucemia	1
Luxação de quadril	6
Megacólon aganglionar/Doença de Hirschprung	1
Otite de repetição	50-70
Perda auditiva	75
Pseudo-estenose do ducto lacrimal	85
Síndrome de West	1-13
Subluxação cervical com lesão medular	1-2
Subluxação cervical sem lesão	14
Vício em refração	50

Fonte: (OMS, 2013, p.18).

Existe um conjunto de alterações associadas à SD que exigem especial atenção e necessitam de exames específicos para sua identificação, são elas: cardiopatia congênitas, alterações oftalmológicas, auditivas, do sistema digestório, endocrinológica, do aparelho locomotor, neurológicas, hematológicas e ortodônticas. Estudos nacionais revelam também, alta prevalência de doença celíaca (5,6%) em crianças com SD, que em caso de suspeita devem ser acompanhados por especialistas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013, p.18)

2.2 Saúde e Educação da Pessoa com Síndrome de Down

É imprescindível que as políticas públicas do Ministério da Saúde sejam utilizadas como o pilar da assistência à pessoa com SD. Assim como todo e qualquer usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), os portadores da SD devem receber atenção individualizada, humanizada, integral, escuta qualificada, dentre todos os demais direitos conforme descritos na Política Nacional de Humanização, Política Nacional da Atenção Básica, Programas de Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, do Homem, do Idoso, Saúde Mental e no Relatório Mundial sobre a Deficiência.

A OMS (2013) propõe que a pessoa com SD receba o cuidado à saúde seguindo a compreensão ampliada do processo saúde e doença; a construção do diagnóstico e do plano de cuidado individual realizado em conjunto por uma equipe multidisciplinar; a definição compartilhada de metas terapêuticas e; o comprometimento profissional, familiar e do próprio usuário com as metas terapêuticas estabelecidas.

Os resultados terapêuticos são satisfatórios quando a atenção à saúde é oferecida de forma integralizada, visando não somente o problema de saúde em questão, como também o indivíduo como um todo e quando a equipe multiprofissional trabalha em conjunto no processo diagnóstico, no planejamento terapêutico, no estabelecimento de metas e na educação em saúde.

O cuidado com a saúde na SD deve ser por ciclo vital. Em cada ciclo o atendimento visa a manutenção da saúde com vistas ao melhor desenvolvimento das potencialidades da pessoa com SD, visando sua qualidade de vida e inserção social e econômica (OMS, 2013).

Assim como a pessoa com SD tem direito a uma assistência em saúde que atenda todas as suas necessidades, a educação inclusiva é um direito constitucional, que garante atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência.

O ideal é que essas crianças sejam matriculadas em escolas regulares, onde possam desenvolver suas potencialidades, respeitando os limites que a síndrome impõe, e interagir com os colegas e professores. Em certos casos, porém, o melhor é frequentar escolas especializadas, que lhes proporcionem outro tipo de acompanhamento (VARELLA, s.d.).

No processo de aprendizado crianças com SD podem enfrentar dificuldades relacionadas a falta de concentração, ritmo mais lento para aprender coisas novas e limitações da memória a curto prazo. Mesmo com desafios na aprendizagem, as pessoas com SD possuem o direito, garantido pela legislação brasileira, de conviver com pessoas na sociedade em geral, inclusive nas escolas. Portanto, as instituições educacionais não podem negar receber a criança.

2.3 Estratégias da Saúde Voltadas a Crianças Portadoras de Síndrome de Down

Instituída no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, a Política Nacional de Atenção Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi criada para a promoção e proteção da saúde da criança e aleitamento materno, com a descrição de cuidados integrais voltados para a gestação até os nove anos de vida.

Apesar da população-alvo da PNAISC ser crianças de até 9 anos de idade, os atendimentos pediátricos nas unidades de saúde pública contemplam crianças e adolescentes de até quinze anos de idade (PNAISC, 2015).

O Art. 6º da Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, disciplina in verbis “Art. 6º. A PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças”.

Os princípios da PNAISC incluem o direito à vida, prioridade absoluta da criança, acesso universal à saúde, integralidade do cuidado, equidade em saúde, ambiente facilitador à vida, humanização da atenção e gestão participativa e controle social. Quanto as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças, são compreendidas a gestão interfederativa das ações de saúde da criança, a organização das ações e serviços na rede de atenção, a promoção da saúde, o fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família, a qualificação da força de trabalho do SUS, o planejamento e desenvolvimento de ações, o incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento, o monitoramento e avaliação e a intersetorialidade (PNAISC, 2015).

A PNAISC (2015) define que a atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade deve ser voltada para a articulação de diversas estratégias intrassetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva.

A proposta de cuidado para a pessoa com SD segue as seguintes diretrizes: compreensão ampliada do processo saúde e doença; Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down; construção compartilhada pela equipe multiprofissional do diagnóstico situacional; e do Plano de Cuidado Individual; definição compartilhada das metas terapêuticas; e comprometimento dos profissionais, da família e do indivíduo com as metas terapêuticas (BIANCALANA, 2013).

2.4 Aplicação de Instrumentos de Avaliação em Portadores de Síndrome de Down

A OMS publicou uma ferramenta de gestão, no ano de 1980, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para complementar a Classificação Internacional de Doenças (CID). A CID descreve as patologias principais e doenças associadas, enquanto a CIF descreve a saúde e os estados relacionados. A criação da CIF retrata o modelo de cuidado humanizado, deixando o olhar clínico voltado somente para a doença e focando em todos os aspectos individualizados.

A CIF pode ser utilizada para avaliação contínua de acompanhamento clínico da SD com o objetivo de avaliar a função e estrutura do corpo e as atividades que o indivíduo é capaz de desempenhar, colhendo dados a respeito da funcionalidade e restrições, além de possibilitar a análise do acesso a rede de saúde, o suporte familiar, entre outros fatores.

Quando se tem por objetivo uma avaliação contínua de acompanhamento clínico, como na SD, recomenda-se que além da CID se utilize a CIF, que faz um deslocamento paradigmático do eixo da doença para o eixo da saúde e permite entender a condição ou estado de saúde de uma pessoa dentro de contexto mais amplo e diverso. Tendo em vista o auxílio que a CIF pode oferecer a definição do plano terapêutico e acompanhamento na SD, esta diretriz sugere fortemente seu uso (OMS, 2013, p. 13).

A avaliação psicomotora em crianças com SD através da implementação de instrumentos de avaliação são pertinentes para a adequação de um plano de cuidados voltados para as necessidades específicas de cada indivíduo, compreendendo a capacidade cognitiva, motora, comunicativa, social, emocional e adaptativa de cada criança. Essas avaliações são aplicadas com determinado intervalo de tempo para que seja analisado se o plano terapêutico atingiu o objetivo e se houve evolução no quadro clínico.

Acredita-se que um passo primordial para enfrentar barreiras do preconceito e trilhar um caminho promissor do desenvolvimento da criança e do jovem com deficiência seja o próprio processo avaliativo direcionado ao estabelecimento de programas de intervenção. Sendo assim, as ações educacionais devem se pautar em resultados de avaliações individuais e sistemáticas, capazes de fornecer as bases para intervenções pedagógicas apropriadas, com adoção de uma gama diversificada de estratégias e recursos (VITAL et. al., 2015, p.180).

Os instrumentos de avaliação, quando aplicados em instituições que atendem pessoas com necessidades especiais utilizando-se intervalos regulares, direciona o profissional para definir quais serão os recursos necessários para o processo de aprendizado. É necessário que o avaliador tenha um olhar diferenciado para detectar as dificuldades da criança, de forma que a equipe multiprofissional possa planejar as intervenções adequadas para cada caso, podendo alterar o plano terapêutico já estabelecido ou iniciar uma nova fase caso a criança apresente

evolução. Para isso, é necessário que os profissionais dominem a prática clínica diagnóstica e interventiva do desenvolvimento psicomotor, pois os resultados da avaliação não devem ser julgados isoladamente e sim como a expressão de vários aspectos da pessoa que interagem entre si.

Na literatura, é possível encontrar incontáveis modelos de instrumentos de avaliação psicomotora. Apesar das adaptações realizadas para as diversas condições de saúde, esses instrumentos possuem características em comum, avaliando a noção de corpo, a lateralidade, a tonicidade, estrutura espaço temporal, equilíbrio, coordenação global e coordenação fina.

Segundo Ferreira (2001), as funções devem ser avaliadas tanto em situações espontâneas como quando solicitadas a fim de constatar não apenas a ausência ou presença de uma competência, como também sua potencialidade subjetiva.

A avaliação da noção do corpo está relacionada com a capacidade do cérebro de receber, analisar e armazenar informações vindas do corpo. Se trata da interação do corpo com os objetos, pessoas e com o mundo ao seu redor. Assim, são reunidas todas as informações necessárias para a produção de ações intencionais. A noção do corpo se desenvolve primeiramente de forma intuitiva passando para uma noção especializada linguisticamente, sendo essencial para o desenvolvimento da aprendizagem e personalidade (FERREIRA, 2001).

A avaliação da lateralidade visa conhecer a dominância de um lado do corpo em relação ao outro no sentido de força, habilidades e eficácia ocular, auditiva, manual e pedal. Além de ser regida por fatores genéticos, o treino e a pressão social podem influenciar na lateralidade de um indivíduo. A lateralização manual se manifesta entre os 4 e 5 anos de idade, apesar de já poder ser observada ao final do primeiro ano de vida (FERREIRA, 2001).

Na avaliação da tonicidade, é possível avaliar a atividade postural muscular, mobilização e amplitude das articulações. A tonicidade representa um papel fundamental no desenvolvimento psicomotor e é possível ser avaliada em repouso ou durante uma atividade.

Já a estrutura espaço-temporal se trata das formas de deslocamentos corporais nos diferentes eixos, direções e trajetórias. Segundo Ferreira (2001), a estruturação espaço-temporal permite que o indivíduo se desloque e reconheça-se no espaço, dando sequência aos gestos, localizando e utilizando as partes do corpo, coordenando e organizando suas atividades de vida diária. Por meio dessa estrutura é possível avaliar a capacidade de organização e ordenação, sequenciamento de informação e capacidade de retenção.

A avaliação do equilíbrio permite compreender qual é a capacidade consciente e inconsciente de orientação do corpo e de suas partes em relação ao espaço e ação da gravidade. Podem ser avaliados a imobilidade, o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico.

Por fim, a coordenação global é avaliada quanto a capacidade de realizar ações com o objetivo de atingir um fim, utilizando-se vários grupos musculares, equilíbrio, lateralidade, noção de corpo e estruturação espaço temporal. E a coordenação fina é avaliada quanto a capacidade construtiva manual, a velocidade e a destreza.

Embora não haja instrumento de avaliação específico para o acompanhamento do desenvolvimento psicomotor e funcional da criança com SD, os instrumentos existentes, como Alberta Infant Motor Scale (AIMS), Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) e a Escala de Desenvolvimento Motor (EDM) podem complementar a avaliação clínica e direcionar os profissionais no planejamento terapêutico. O ideal é que as instituições definam o teste que mais se adequa a realidade clínica da criança e realize adaptações conforme necessário, mantendo intervalos de tempo regulares na realização dos testes e armazenando-os no prontuário da criança.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, de caráter exploratório, de natureza aplicada, com o objetivo de analisar tanto a efetividade quanto as características quantitativas do instrumento de avaliação aplicado em crianças com Síndrome de Down na Pestalozzi, instituição filantrópica, localizada no município de Resende no Estado do Rio de Janeiro.

3.2 Métodos

Foram utilizados recursos bibliográficos para obtenção de uma fundamentação teórica para a pesquisa obtidas através de busca por livros e artigos científicos que abrangem o tema em questão, utilizando-se as palavras-chaves: “Síndrome de Down”, “Trissomia do Cromossomo 21” e “Instrumento de Avaliação”. Encontrados nas plataformas digitais: Revista Eletrônica de Enfermagem, Scielo e Biblioteca Virtual do Ministério de Saúde.

A fonte da coleta de dados foi através da realização de verificação do formulário de avaliação utilizado pela instituição para o acompanhamento do desenvolvimento funcional e psicomotor das crianças com SD e a comparação com o instrumento de Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), verificando com funcionários da mesma, através de entrevista online, se o formulário foi adaptado e a periodicidade em que este é aplicado (ANEXO A).

Diante da metodologia aplicada, têm-se o risco de haver desistência do funcionário da instituição quanto a sua participação como entrevistado, omissão de informações importantes para o desenvolvimento da pesquisa e as perguntas do questionário piloto podem sofrer alterações.

Tabela 2 - Procedimentos metodológicos da pesquisa (continua)

Aspectos da metodologia	Especificação
Natureza da pesquisa	Trata-se de uma pesquisa de natureza Aplicada.
Caracterização da pesquisa	Quali-quantitativa.
Classificação da pesquisa	Documental e exploratória.

Delimitação da pesquisa	Análise do instrumento de avaliação aplicado pela instituição em crianças com Síndrome de Down.
Técnicas e instrumentos de coleta de dados	<ul style="list-style-type: none"> - Foi determinado os objetivos desta pesquisa; - Elaborado um plano de trabalho, iniciou: <ul style="list-style-type: none"> a) Identificação das fontes de pesquisa; b) Localização das fontes e; c) Obtenção do material. - Leituras e apontamentos para, posteriormente, redigir o trabalho. <ul style="list-style-type: none"> d) Obtenção da ficha de avaliação utilizada pela instituição; e) Elaboração de questionário a ser aplicado com os funcionários (público alvo); f) Aplicação do questionário; g) Síntese da entrevista e verificação de dados comparativos com a CIF.
Técnicas de análise de dados	Foram analisadas as informações relevantes ao objeto do estudo por meio de avaliação de formulário existente e de questionário preenchido pela população alvo do estudo.

Fonte: Modelo de tabela redigida da UFSC (2016).

A pesquisa qualitativa é aquela que busca descrever um tema, não sendo relacionada com a enumeração ou medição de eventos e sim através da coleta de dados por contato direto e interativo com o objeto de estudo, buscando entender os fenômenos pela perspectiva dos participantes da situação estudada, como suas opiniões, motivações e atitudes. De acordo com LEFEVRE e LEFREVE, a pesquisa qualitativa se relaciona a significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser totalmente quantificados.

Segundo o autor FACHIN, definem-se como pesquisa qualitativa e quantitativa o ato de ler, selecionar, fichar, organizar e arquivar tópicos de interesse para a pesquisa (...) é a base para as demais pesquisas e pode-se dizer que é uma constante na vida de quem se propõe estudar.” (FACHIN, 2001, p. 125).

A pesquisa exploratória tem como finalidade conhecer os dados da pesquisa, seu significado e o contexto em que se insere, partindo do pressuposto de que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre.

Na pesquisa de natureza aplicada, buscamos orientações práticas para a solução imediata dos problemas encontrados no nosso cotidiano.

3.3 Considerações Éticas

Este estudo atende as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução Nº 510, de 07 DE abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. As informações foram coletadas após a submissão do projeto na Plataforma Brasil e sua subsequente aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Dom Bosco.

A coleta das informações foi realizada através de uma entrevista individual com um funcionário da instituição em questão, após seu consentimento em participar do estudo e assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

As informações obtidas na entrevista online ficarão arquivadas com as pesquisadoras em formato digital e, após cinco anos do término da pesquisa, serão totalmente destruídas (BRASIL, 2016).

Os dados obtidos têm como finalidade a apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Graduação em Enfermagem. Os participantes não tiveram nenhum prejuízo ao aceitarem participar do estudo, recebendo as informações através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), onde foram retomadas as dúvidas que porventura surgiram ou ainda não haviam sido esclarecidas.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

Na atual pesquisa foi enviado à representante legal da instituição analisada um questionário contendo a coleta dos dados supracitados abaixo e suas respectivas respostas com o foco no direcionamento da aplicabilidade do atual instrumento utilizado na avaliação psicomotora dos portadores de SD. Após a aplicação do questionário, foi solicitado o envio do documento referente ao instrumento de avaliação já utilizado na instituição para a comparação com o padrão pré-definido pela CIF.

A presente pesquisa justificou-se mediante a importância da necessidade do acompanhamento e adequação dos instrumentos de coleta de dados existentes, já utilizados no acompanhamento de crianças portadoras de Síndrome de Down, com a finalidade de obter uma maior efetividade no tratamento e acompanhamento do estado de saúde dessas crianças.

Em seguida explicar-se-á os resultados encontrados de acordo com o questionário, através de perguntas diretas e objetivas, que foi aplicado a Pedagoga da Instituição, ao qual exerce a função de Orientadora Educacional,

Inicialmente foi descrito a rotina da instituição, onde é informado, que atualmente as crianças estão sendo atendidas na clínica e na pedagogia, através de um atendimento individual e com duração de 30 minutos.

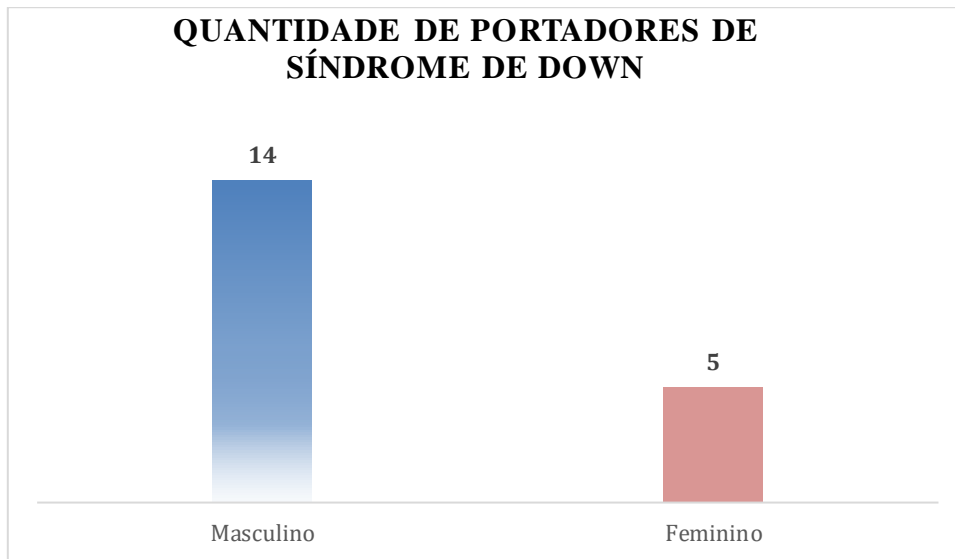
As principais condições clínicas/patológicas atendidas são: crianças com paralisia cerebral; Síndrome de Down; Autistas e outras comorbidades, não mencionadas por ela.

Em relação ao questionamento a respeito da idade mínima e máxima exigida para fazer parte da instituição, foi nos informado que não há idade mínima e nem máxima para que o indivíduo e/ou criança possa ter o acompanhamento da instituição.

Ao ser questionada a respeito da quantidade de crianças que estudam em escolares regulares, e, no entanto, fazem o acompanhamento na Instituição, ela informa que são um total de 35 alunos que são assistidos pelo programa.

Em seguida foi questionado a quantidade de crianças com SD, e quantas são do sexo feminino e masculino. Sendo um total de 19 crianças portadoras da síndrome e atendidas na instituição (vide gráfico 1).

Gráfico 1 - Crianças portadoras de SD na instituição por sexo



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Para o questionamento em relação a idade das crianças com Síndrome de Down atendidas na instituição, foi nos informado que são variadas, desde bebês até adultos.

A respeito da pergunta em relação a Instituição receber algum tipo de recurso para o processo de ensino-aprendizagem no contexto de inclusão, foi informado que recebe incentivos tanto do setor público, quanto do privado, não mencionando quais.

Já em relação ao questionamento das principais dificuldades enfrentadas no processo de ensino-aprendizagem das crianças com Síndrome de Down, a orientadora informa que: *“tem muitas crianças que já entram grandinhos e isso dificulta, pois elas têm que ser estimuladas, com meses de nascidos para terem um melhor desenvolvimento”*.

A avaliação da função motora das crianças com Síndrome de Down, realizadas pelos profissionais da instituição, são através das atividades recreativas e da observação.

As avaliações do desenvolvimento motor e físico das crianças com síndrome de down, são realizadas de maneira individual uma vez por semana.

São aplicadas atividades para promover o desenvolvimento da fala e linguagem. Também são aplicadas atividades educativas as quais melhoram o desempenho funcional, memorial e sensorial, bem como a aplicação de atividades voltadas para o fortalecimento do pulso e dedos, como desenhar, cortar, apertar, construir, entre outros.

As crianças são assistidas na Instituição por profissionais da área da saúde, sendo eles: dentista; psicólogo fonoaudiólogo; fisioterapeuta e neurologista.

Ao ser questionada em relação a importância da participação do enfermeiro na promoção qualidade de vida do portador de síndrome de Down, a mesma afirma ser importante.

Abaixo, estão relacionados os itens avaliados em Formulário próprio da instituição (adaptado) em comparação com o encontrado em Formulário da CIF. Para melhor compreensão e posterior comparação dos dados, as principais fontes de avaliação foram separadas em Blocos.

Tabela 3 - Resultados obtidos X preconizado pela CIF

Blocos de avaliação	Ficha própria da instituição	Ficha preconizada pela CIF	Observação
1 FUNÇÕES			
1.1. Funções mentais	Sim	Sim	Ambas realizam a mesma forma de avaliação neste quesito.
1.2. Funções sensoriais e dor	Sim	Sim	Ambas realizam a mesma forma de avaliação neste quesito.
1.3. Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento	Sim	Sim	Ambas realizam a mesma forma de avaliação neste quesito.
1.4. Aprendizagem e aplicação do conhecimento	Sim	Sim	Ambas realizam a mesma forma de avaliação neste quesito.
2. TAREFAS E EXIGENCIAS GERAIS			
2.1. Comunicação	Sim	Sim	Ambas realizam a mesma forma de avaliação neste quesito.

2.2. Mobilidade	Sim	Sim	Ambas realizam a mesma forma de avaliação neste quesito.
2.3. Autocuidado	Sim	Sim	Ambas realizam a mesma forma de avaliação neste quesito.
2.4. Vida doméstica	Sim	Sim	Ambas realizam a mesma forma de avaliação neste quesito.
2.5. Interações e relacionamentos pessoais	Sim	Sim	Ambas realizam a mesma forma de avaliação neste quesito.
3. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA			
3.1. Vida comunitária, social e cível	Não	Sim	Apenas a CIF realiza avaliação neste quesito.
3.2. Fatores ambientais	Não	Sim	Apenas a CIF realiza avaliação neste quesito.
3.3. Ambiente natural e mudanças relacionadas pelo homem	Não	Sim	Apenas a CIF realiza avaliação neste quesito.
3.4. Apoio e relacionamentos	Não	Sim	Apenas a CIF realiza avaliação neste quesito.
3.5. Atitudes	Não	Sim	Apenas a CIF realiza avaliação neste quesito.
3.6. Serviços, sistemas e políticas	Não	Sim	Apenas a CIF realiza avaliação neste quesito.

3.7. Tempo e medida	Sim	Não	Apenas a instituição pesquisada realiza avaliação neste quesito.
3.8. Noções de grandeza	Sim	Não	Apenas a instituição pesquisada realiza avaliação neste quesito.
3.9. Localiza objetos	Sim	Não	Apenas a instituição pesquisada realiza avaliação neste quesito.

Fonte: elaborado pelas autoras.

De acordo com os Blocos principais de avaliação foram selecionados: I “Função”, II “Tarefas e exigências gerais” e III “Áreas principais da vida”, como parâmetro de comparação na avaliação de ambas as fichas.

No Bloco I – Função, no item 1.1 Funções mentais foi identificado que ambas realizam esta avaliação com o mesmo foco e direcionamento. Por exemplo, a ficha de avaliação baseada na CIF é analisada em 16 questões, incluindo o grau de deficiência em relação a funções psicomotoras, emocionais e cognitivas básicas. Em comparação, no impresso da instituição participante da pesquisa o mesmo item é avaliado em 21 questões, incluindo se a criança é capaz de correr, andar e pular.

Segundo Schwartzman (1999), existe um atraso em todas as áreas do desenvolvimento e um estado permanente de deficiência mental, porém, não há um padrão previsível de desenvolvimento em todas as crianças afetadas pela síndrome, uma vez que o desenvolvimento da inteligência independe da alteração cromossômica, mas também do potencial genético e de importantes influências do meio em que a criança está inserida.

Da mesma forma o item 1.2, que diz respeito as funções sensoriais e dor, está presente nas duas fichas avaliativas, onde em 9 subitens a CIF avalia sucintamente a deficiência visual, auditiva, de equilíbrio, gustação, olfato e sensação de dor, por exemplo, enquanto a ficha utilizada pela instituição avalia em 25 subitens pontos mais específicos, entre eles a percepção de cores, formas, proximidade, memória visual e auditiva, reconhecimento de vozes e discriminação de sabores.

A intervenção precoce junto às crianças com síndrome de Down é de extrema importância para que o seu desenvolvimento psicomotor e funcional ocorra o mais próximo do esperado para sua faixa etária. Nesta direção, profissionais de saúde, professores e cuidadores devem ser grandes aliados no papel de favorecer estímulos cognitivos, motores e sociais para estas crianças. (SILVA et. al, 2017. p 14.)

Em relação ao item 1.3 Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento, apesar de haver uma significativa diferença relacionada à complexidade da investigação, ambos os instrumentos realizam esta avaliação. Por exemplo, na ficha baseada na CIF são analisadas em 11 tópicos de forma generalizada as funções relacionadas a mobilidade e força muscular, reflexos motores, movimentos voluntários e involuntários e padrão de marcha. Já na instituição pesquisada, as avaliações são feitas de forma mais específica e voltadas em sua maioria para a escrita, onde em 76 questões são analisadas funções como por exemplo a capacidade e forma de escrever, tipo de letras – se trocadas, se invertidas, se espelhadas – velocidade da escrita, capacidade de pegar objetos em forma de pinça, entre muitos outros movimentos.

No que se refere a aprendizagem e aplicação do conhecimento (1.4), novamente é possível notar a diferença das investigações entre as avaliações. De forma simplificada, o modelo da CIF utiliza de 20 subitens para investigar o nível de deficiência que a pessoa apresenta para, por exemplo, observar, ouvir, imitar, adquirir informação e linguagem, aprender a ler e escrever e tomar decisões. Enquanto no instrumento de avaliação utilizado pela instituição este item é explorado de forma complexa apresentando 49 questões que avaliam não a deficiência, mas sim a capacidade de reconhecer e escrever o próprio nome e o nome das pessoas da família, percepção de erros, reconhecimento e escrita das letras do alfabeto e compreensão de ordens simples e complexas, entre outros.

No Bloco II – Tarefas e exigências gerais, o item 2.1 Comunicação é critério de análise dos dois instrumentos de avaliação. O instrumento baseado na CIF contém 12 questões onde são avaliados o grau de dificuldade ao falar, comunicar e receber tanto mensagens orais quanto não verbais e escrever mensagens, por exemplo. Na instituição pesquisada este item é similar, sendo identificada em 17 questões a capacidade de relatar fatos do dia, responder perguntas, comunicar-se verbalmente, dentre outras.

De acordo com Martinho (2011), conhecer, em cada momento de desenvolvimento, qual o seu nível de desempenho em termos dos vários elementos que compõem a sua comunicação interpessoal é indispensável e, para isso, é fundamental que existam instrumentos que procedam à respectiva avaliação.

Quanto a mobilidade (2.2), o modelo baseado na CIF utiliza de 10 questões para avaliar o grau de dificuldade da mobilidade, enquanto a instituição pesquisada avalia a capacidade de mobilidade em 20 questões.

O item 2.3 Autocuidado também é encontrado em ambos os instrumentos de avaliação. Na CIF, são aplicadas 7 questões, incluindo a dificuldade na capacidade de lavar-se, vestir-se, comer e beber, enquanto a instituição pesquisada avalia a mesma quantidade de questões, porém apenas voltada para a parte de vestuário.

Quanto a vida doméstica (2.4), a CIF preconiza a avaliação da dificuldade em adquirir bens e serviços, preparar refeições, realizar trabalho doméstico e cuidar dos objetos domésticos. Já a instituição pesquisada avalia em 15 questões a capacidade de realizar atividades de vida diária, atividades domésticas e hábitos à mesa.

Segundo Oliveira e Limongi (2011), a criança com Síndrome de Down necessita de maior apoio e dedicação dos cuidadores devido ao processo de desenvolvimento ocorrer mais lentamente. Apesar dos cuidados se estenderem para toda a família, a responsabilidade do chamado cuidador principal, geralmente a mãe da criança, abrange prestar assistência física, emocional, medicamentosa e financeira. O papel do cuidador principal é de fundamental importância à pessoa que necessita de cuidados diferenciados e na sua manutenção na comunidade.

No último item do bloco II, 2.5 Interações e relacionamentos pessoais, é encontrado tanto no instrumento de avaliação baseado na CIF quanto na ficha própria da instituição. No primeiro, é avaliado em 5 questões de forma resumida a capacidade de interações e relacionamentos interpessoais. No segundo, são utilizadas 53 questões específicas para avaliar a área de socialização e comportamentos, boas maneiras, aspecto afetivo, emocional e independência social.

Já no Bloco III, que diz respeito as áreas principais da vida, apenas no modelo baseado na CIF são encontradas questões avaliativas voltadas para a vida comunitária, social e cível (3.1); fatores ambientais (3.2); ambiente natural e mudanças relacionadas pelo homem (3.3); apoio e relacionamentos (3.4); atitudes (3.5); e serviços, sistemas e políticas (3.6). Enquanto questões relacionadas a tempo e medida (3.7), noções de grandeza (3.8) e localização de objetos (3.9) são encontradas apenas no instrumento de avaliação próprio da instituição.

Conforme Dos Anjos et. al., (2019), o ambiente e a participação da criança com SD na comunidade é considerado um fator importante para o desempenho e desenvolvimento do indivíduo, podendo se tornar obstáculos funcionais ou fatores facilitadores que afetam

principalmente na qualidade de vida. No entanto, outros aspectos também podem ser vistos como barreiras, como o acesso aos serviços e as atitudes familiares.

Em cada instrumento de avaliação é utilizado um critério de classificação diferenciado, conforme o descrito na Tabela 4.

Tabela 4 - Classificação CIF x Formulário próprio

CLASSIFICAÇÃO	
Ficha CIF	Ficha própria da instituição
0 - Nenhuma deficiência	RS - Realiza satisfatoriamente
1 - Deficiência leve	RP - Realiza parcialmente
2 - Deficiência moderada	CA - Realiza com ajuda
3 - Deficiência grave	NAG - Conteúdo não apresentado ao grupo
4 - Deficiência completa	NAA - Conteúdo não apresentado ao aluno
8 - Não especificado	NR - Não realiza
9 - Não aplicável	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Em ambos os instrumentos há uma Classificação dos pacientes/alunos avaliados, contudo, o resultado desta classificação se difere pois no instrumento de avaliação preconizado pela CIF, a classificação é realizada através da pontuação de 0 a 9, sendo 0 referente a nenhuma deficiência; 1 a deficiência leve; 2 a deficiência moderada; 3 a deficiência grave; 4 a deficiência completa; 8 sendo não especificado; e 9 não aplicável. Enquanto na ficha utilizada pela instituição são utilizadas siglas para classificar a capacidade de realização das tarefas, sendo RS para as tarefas em que o aluno realiza satisfatoriamente; RP para as que realiza parcialmente; CA para as tarefas em que há necessidade de auxílio; NAG para classificar tarefas que não foram apresentadas ao grupo; NAA para tarefas que não foram apresentadas ao aluno; e NR para tarefas que o aluno não é capaz de realizar.

Segundo Vital et.al., (2015), a avaliação de crianças com SD visa desenvolver seu potencial e implementar seu processo de aprendizagem, ao mesmo tempo em que indica quais recursos são necessários para uma educação inclusiva. Portanto, são necessários o acompanhamento e a intervenção precoce de equipes multiprofissionais, o que afetará o processo de acompanhamento educacional, que será realizado nas escolas regulares, conforme sugere a legislação educacional brasileira.

5 CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos observados neste trabalho, conclui-se com os resultados obtidos e o comparativo em relação a CIF x Instituição, que a finalidade do instrumento de avaliação de ambas terá o mesmo foco, porém o que é preconizado pela CIF é claro e objetivo, visto que o da CIF avalia a dificuldade que o indivíduo tem para realizar as atividades diárias, enquanto o da instituição o instrumento de avaliação é muito mais completo, avaliando cada atividade detalhadamente.

Contudo, apesar do instrumento de avaliação da instituição ser detalhado e extenso, contendo 13 páginas, acaba se tornando uma avaliação um pouco mais morosa, exigindo mais tempo e atenção do avaliador e da criança a ser avaliada.

Sob este contexto nos permite avaliar que para obter a efetividade na avaliação, a mesma deverá ser feita corretamente, respeitando o limite da criança, avaliando de forma individual, e tendo a percepção se a criança está impaciente ou não, para que possa dar continuidade a aplicabilidade da avaliação no momento ou se deverá ser continuado em um outro dia com a devida atenção.

Cabe ressaltar a importância de respeitar o limite e a individualidade de cada criança, para que ela não fique cansada e perca o interesse, pois devido a ficha de avaliação conter itens como: desenhar, fazer contas, escrever, entre outras práticas, não tem como ser feito somente em um único dia.

Apesar do foco do trabalho ser voltado para crianças portadoras de SD, a instituição avalia outros tipos de deficiências cognitivas, desta forma é perceptível a importância da aplicação correta do instrumento de avaliação, permitindo assim uma avaliação mais fidedigna, ao qual permitirá reconhecer as particularidades de cada criança e proporcionar o tratamento adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 1. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/2fmmKeD> >. Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 29 set. 2020.

BIANCALANA, H. **Síndrome de Down: integralidade para a qualidade de vida**. 2013. Disponível em: <<http://www.xdent.com.br/es/noticia/sindrome-de-down-integralidade-para-a-qualidade-de-vida.html#:~:text=A%20proposta%20de%20cuidado%20para,metas%20terap%C3%AAuticas%3B%20e%204%20%E2%80%93%20comprometimento>>. Acesso em: 29 set. 2020.

CARSWELL, Wendy Ann. Estudo de assistência de enfermagem para crianças com Síndrome de Down. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 113-128, julho de 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691993000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de junho de 2020.

DOWN J. L. **Observations on the ethnic classification of idiots**. London Hospital Clinical Lectures and Reports 1886;3:259-62. Disponível em: <<https://www.nature.com/scitable/content/Observations-on-an-ethnic-classification-of-idiots-16179/>>. Acesso em: 09 de junho de 2020.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, Editora UFPR, 2004. Disponível em: <scielo.br/pdf/er/n24/n23a11.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2020

FERREIRA, H. S. **Testes Psicomotores na Educação Infantil – Bateria Psicomotora (BPM): Um estudo de caso em crianças de uma escola particular**. Monografia (especialização em psicomotricidade) – Universidade Estadual do Ceará (UECE), 2001.

GRIFFITHS, A. J. F. et. al. **Introdução à genética**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/107down.html>>. Acesso em: 07 de junho 2020.

LEFEVRE F.; LEFEVRE A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educ; 2003

LEME, C. V. D.; CRUZ, E. M. T. N. **Sexualidade e Síndrome de Down: uma visão dos pais**. Arquivos de Ciência e Saúde. 2008. p. 29-37. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-151/IIIIDDDD%20268%20PDF.pdf Acesso em: 20 de junho de 2020.

LINK, D. C. **A narrativa na Síndrome de Down**. 150f. Dissertação (Mestrado em Linguística de Língua Portuguesa). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.

MARTINHO, Líliliana Sofia Tavares. **COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM NA SÍNDROME DE DOWN**. 2011. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Educação Especial, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa, 2011. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/48576149.pdf>. Acesso em: 11 out. 2021.

MATA, C. S.; PIGNATA, M. I. B. **Síndrome de Down: aspectos históricos, biológicos e sociais**. Goiás, 2014. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/80/o/TCEM2014-Biologia-CeciliaSilvaMAta.pdf>. Acesso em: 29 set. 2020.

MOREIRA, L. M. A.; EL-HANI, C.N; GUSMÃO, F. A. F. A síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. **Rev Bras Psiquiatr**, Bahia, v. 2, n. 22, p.96-99, 10 set. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a11v22n2>>. Acesso em: 23 de março de 2020.

OLIVEIRA, Emília de Faria; LIMONGI, Suelly Cecilia Olivan. Qualidade de vida de pais/cuidadores de crianças e adolescentes com síndrome de Down. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 321-327, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/jsbf/a/KHrdrKCLmXxYHnhktFBr5fv/?lang=pt>>. Acesso em: 11 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/10/cif_portugues.pdf. Acesso em: 29 set. 2020.

PEREIRA-SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. **Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família**. Interação em Psicologia, Brasília, 2002, v.6, n.2, p.167-176.

SANTOS, A. P. M.; WEISS, S. L. I.; ALMEIDA, G. M. F. Avaliação e intervenção no desenvolvimento motor de uma criança com Síndrome de Down. **Revista Brasileira de Educação Especial**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.19-30, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382010000100003>. Acesso em: 18 de março de 2020.

SANTOS, J. A; FRANCESCHINI, S. C. C; PRIORE, S. E. Curvas de crescimento para crianças com Síndrome de Down. **Rev. Bras. de Nutrição Clínica**. 2006. p.144-148. Disponível em: <http://efadaptada.com.br/biblioteca/sd/sd4.pdf> . Acesso em: 20 de junho de 2020.

SANTOS, Ana Paula Maurilia dos; WEISS, Silvio Luiz Indrusiak; ALMEIDA, Geciely Munaretto Fogaça de. Avaliação e intervenção no desenvolvimento motor de uma criança com Síndrome de Down. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 16, n. 1, p. 19-30, Apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de junho de 2020.

SERÉS, August. et. al. **Síndrome de Down, de A a Z**. Ed. Saberes, 2011.

SILVA, MNS; SANTOS, KMB; ANDRADE, LM; ZANONA, AF. Avaliação funcional do desenvolvimento psicomotor e ambiente familiar de crianças com síndrome de Down. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro, 2017.v.1(2): 186-201. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto4818

SOMMER, C. A.; HENRIQUE-SILVA, F. Trissomia 21 e síndrome de Down: uma breve revisão. **Braz. J. Biol.**, São Carlos, v. 68, n. 2, p. 447-452, maio de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-69842008000200031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de junho de 2020.

STARBUCK J. M. On the antiquity of trisomy 21: Moving Towards a Quantitative Diagnosis of Down Syndrome in Historic Material Culture. **Journal Of Contemporary Anthropology**, 2011. Disponível em: <<https://docs.lib.purdue.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1019&context=jca>>. Acesso em: 29 set. 2020.

SCHWARTZMAN, J. S. (Ed.) (1999). **Síndrome de Down**. São Paulo: Memnon.

VARELLA, D. Alteração genética – síndrome de Down. **Portal Dr. Dráuzio**. [s.d.]. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/crianca-2/sindrome-de-down/>>. Acesso em 22 junho de 2020.

VARELA, P. M. F. **Coordenação Motora em Indivíduos Portadores de Síndrome de Down Praticantes e Não Praticantes de Actividade Física**. 2006. 148 f. Monografia (Especialização) - Curso de Desporto e Educação Física, Universidade do Porto, Porto, 2006. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14683/2/38123.pdf>>. Acesso em: 18 de março de 2020.

VITAL, A. A. F. *et al.* Avaliação de alunos com síndrome de Down: aspectos cognitivo-linguísticos, educacionais e funcionais. **Periódicos Eletrônicos em Psicologia**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 1-2, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300014. Acesso em: 23 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Genes and human disease**. 2019. Disponível em: <<http://www.who.int/genomics/public/geneticdiseases/en/index1.html>>. Acesso em: 02 set. 2020.

FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

1. Formação profissional: _____

2. Função exercida na instituição: _____

3. Descreva a rotina da instituição: _____

4. Quais são as condições clínicas/patológicas atendidas? _____

5. Quais são as idades mínima e máxima exigidas para fazer parte da instituição? _____

6. Quantas crianças estudam em escolas regulares e fazem acompanhamento na instituição?

7. Quantas crianças com Síndrome de Down são atendidas? Quantas do sexo feminino e quantas do sexo masculino? _____

8. Quais as idades das crianças com SD atendidas na instituição? _____

9. A instituição recebe algum tipo de recurso para os processos de ensino e aprendizagem no contexto de inclusão? Se sim, que tipo de recurso? _____

10. Quais são as principais dificuldades encontradas no processo de ensino/aprendizagem das crianças com SD? _____

11. É realizado acompanhamento com profissionais da área da saúde na instituição? Se sim, quais?

() Dentista

() Clínico Geral

() Psicólogo

() Pediatra

ANEXO B - TERMO DE CONSCIENTIMENTO ESCLARECIDO ASSINADO PELA INSTITUIÇÃO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Ilma Sr^a. Anelise Cristina Pereira Lapeyrere

Venho por meio desta, solicitar a autorização para realizar uma pesquisa de campo com o(a) responsável técnico(a) da instituição e coleta de dados em ficha de avaliação psicomotora aplicada em crianças portadoras da síndrome de down . Esta pesquisa trata-se do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Dom Bosco, em Resende- RJ, realizada pelas alunas Adriane Treza Aguirre e Sarah Borsari de Oliveira sob minha orientação. A pesquisa tem como tema "ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO APLICADO EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO MUNICÍPIO DE RESENDE" e tem como objetivo contribuir em melhorias no Formulário já utilizado como instrumento de avaliação de crianças com SD pela Pestalozzi, em Resende, a fim de contribuir efetivamente nas estratégias a serem realizadas no cuidado e qualidade da assistência prestada a esta clientela.

A participação do(a) responsável técnico(a) da instituição será voluntária e ocorrerá após a assinatura do Termos de Consentimento e Assentimento e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e será permitida a retirada do consentimento e assentimento a qualquer momento da pesquisa sem prejuízo ao participante.

Agradeço antecipadamente a compreensão e aguardo deferimento.

Prof^a Ms. Raphaella C. dos Santos Figueredo. redo

E-Mail: raphaela.figueredo@aedb.br

Eu, Anelise Cristina Pereira Lapeyrere, autorizo a realização da pesquisa na Associação Pestalozzi de Resende.

Resende, 18 de junho de 2021



Anelise Cristina Pereira Lapeyrere

ANEXO C - FICHA DE AVALIAÇÃO PREVISTA PELA CIF

MODELO DE FUNCIONALIDADE – Checklist CIF (CIF-CJ – DGIDC)

Nome: _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ Idade: _____

Funções do Corpo
<p>Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores: 0 – Nenhuma deficiência; 1 – Deficiência ligeira; 2 – Deficiência moderada; 3 - Deficiência grave; 4 – Deficiência completa; 8 – Não especificada¹; 9 – Não aplicável² ¹ Deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da deficiência. ² Este quantificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.</p>

Funções do Corpo	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Funções Mentais							
(Funções Mentais Globais)							
b110 Funções da consciência							
b114 Funções da orientação no espaço e no tempo							
b117 Funções intelectuais							
b122 Funções psicossociais globais							
b125 Funções intrapessoais							
b126 Funções do temperamento e da personalidade							
b134 Funções do sono							
(Funções Mentais Específicas)							
b140 Funções da atenção							
b144 Funções da memória							
b147 Funções psicomotoras							
b152 Funções emocionais							
b156 Funções da percepção							
b163 Funções cognitivas básicas							
b164 Funções cognitivas de nível superior							
b167 Funções mentais da linguagem							
b172 Funções do cálculo							
Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor							
b210 Funções da visão							
b215 Funções dos anexos do olho							
b230 Funções auditivas							
b235 Funções vestibulares							
b250 Função gustativa							
b255 Função olfactiva							
b260 Função proprioceptiva							
b265 Função táctil							
b280 Sensação de dor							
Capítulo 3 – Funções da voz e da fala							
b310 Funções da voz							
b320 Funções de articulação							
b330 Funções da fluência e do ritmo da fala							
Capítulo 4 – Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório							
b410 Funções cardíacas							
b420 Funções da pressão arterial							
b429 Funções cardiovasculares, não especificadas							

b430 Funções do sistema hematológico								
b435 Funções do sistema imunológico								
b440 Funções da respiração								

Capítulo 5 – Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino								
b515 Funções digestivas								
b525 Funções de defecação								
b530 Funções de manutenção do peso								
b555 Funções das glândulas endócrinas								
b560 Funções de manutenção do crescimento								
Capítulo 6 – Funções genito-urinárias e reprodutivas								
b620 Funções urinárias								
Capítulo 7 – Funções neuromusculares e funções relacionadas com o movimento								
b710 Funções relacionadas com a mobilidade das articulações								
b715 Estabilidade das funções das articulações								
b730 Funções relacionadas com a força muscular								
b735 Funções relacionadas com o tónus muscular								
b740 Funções relacionadas com a resistência muscular								
b750 Funções relacionadas com reflexos motores								
b755 Funções relacionadas com reacções motoras involuntárias								
b760 Funções relacionadas com o controlo do movim. voluntário								
b765 Funções relacionadas com o controlo do movim. Involuntário								
b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha								
b780 Funções relacionadas com os músculos e funções do movim.								
Outras Funções do Corpo a considerar								

Atividade e Participação								
<p>Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:</p> <p>0 – Nenhuma dificuldade; 1 – Dificuldade ligeira; 2 – Dificuldade moderada; 3 – Dificuldade grave; 4 – Dificuldade completa; 8 – Não especificada¹; 9 – Não aplicável²</p> <p>¹ Deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da dificuldade. ² Este quantificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.</p>								
Atividade e Participação	Quantificadores							
	0	1	2	3	4	8	9	
Capítulo 1 – Aprendizagem e aplicação de conhecimentos								
d110 Observar								
d115 Ouvir								
d130 Imitar								
d131 Aprender através da interacção com os objectos								
d132 Adquirir informação								
d133 Adquirir linguagem								
d134 Desenvolvimento da linguagem								
d137 Adquirir conceitos								
d140 Aprender a ler								
d145 Aprender a escrever								
d150 Aprender a calcular								
d155 Adquirir competências								
d160 Concentrar a atenção								
d161 Dirigir a atenção								
d163 Pensar								
d166 Ler								
d170 Escrever								
d172 Calcular								
d175 Resolver problemas								
d177 Tomar decisões								

ANEXO D - FICHA DE AVALIAÇÃO PRÓPRIA DA INSTITUIÇÃO PESQUISADA
REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO CURRICULAR

Nome do aluno: _____

Data de nascimento: __/__/____ Local: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço Residencial: _____

O aluno mora ou já morou em zona rural: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Escola regular: _____ Série atual: _____ Professor: _____

Escola/ SAPES: _____ Professor: _____

Data do Encaminhamento: __/__/____

Legenda:

RS – realiza satisfatoriamente RP

– realiza parcialmente

CA – realiza com ajuda

NAG – conteúdo não apresentado ao grupo NAA

**ÁREA DE COMUNICAÇÃO E REPRESENTAÇÃO IDENTIDADE, AUTONOMIA PESSOAL E
LEITURA E ESCRITA**

	1 o	2 o	3 o	4 o	Observações
Reconhece seu nome.					
Escreve seu nome.					
Fala seu nome completo.					
Escreve seu nome completo.					
Informa seu endereço.					
Sabe o nome da rua, bairro, cidade e estado.					
Informa o número do seu telefone.					
Sabe informar a data do seu nascimento.					
Sabe o nome das pessoas da família.					
Escreve o nome das pessoas da família.					
Utiliza o caderno de maneira organizada.					
Percebe seu erro.					
Refaz o trabalho quando erra.					
Percebe seu erro e pede ajuda.					
Possui direção gráfica.					
Utiliza as letras sem valor sonoro.					
Utiliza as letras com valor sonoro.					
Reconhece as letras do alfabeto.					

Escreve as letras do alfabeto.					
Lê palavras.					
Compreende a escrita como representação da fala.					
Utiliza à escrita, ainda que não convencionalmente como forma de registro.					
Copia tudo, porém não dominou o processo de leitura.					
Domina a letra manuscrita e imprensa.					
Compreende ordens simples.					
Compreende ordens complexas.					
Relata com coerência fatos e experiências.					
Emite respostas coerentes a perguntas simples.					
Reconta uma história com início, meio e fim.					
Faz leitura de textos.					
Lê atribuindo sentido ao texto.					
Identifica seqüência lógica dos fatos.					
Compreende idéias implícitas em textos.					
Compõe frases escritas, com sentido.					
Redige bilhetes com coerência de pensamento.					
Memoriza estrofes de músicas.					
Segmenta um texto em frases.					
Segmenta convencionalmente as palavras.					
Apresenta erros ortográficos.					
Organiza textos utilizando a pontuação corretamente.					
Expõe suas idéias de maneira clara.					
Participa de situações de intercâmbio oral que requeiram ouvir com atenção e formular perguntas sobre o tema tratado.					
Aprecia textos literários.					
Interpreta textos.					
Diferencia com segurança, após leitura individual, características de um texto (jornalístico, humorístico, poético, etc).					
Identifica a finalidade de textos de diferentes gêneros.					
Apresenta coesão nas produções de textos.					
Mantém paragrafação.					
Faz uso de recursos de pontuação adequadamente.					

COMUNICAÇÃO

	1º	2º	3º	4º	Observações
Fala sobre seu cotidiano.					
Relata fatos do dia.					
Relata fatos de dias passados.					
Conta fatos dos dias que virão.					
Usa a fala de maneira funcional.					
Mantém diálogos ou fica repetindo o que o interlocutor fala.					
Não responde a perguntas.					
Apresenta estruturas organizadas da linguagem.					
Transmite recados.					
Faz-se entender claramente.					
Apresenta vocabulário restrito.					
Apresenta vocabulário amplo ou funcional.					
Utiliza gestos.					
Comunica-se verbalmente.					
Usa sistema de comunicação alternativa.					
Inicia conversas.					
Mantém conversas.					

COORDENAÇÃO MOTORA NA ESCRITA

	1º	2º	3º	4º	Observações
Apresenta movimento brusco na escrita.					
Aperta em demasia o lápis ao escrever.					
Tem letra legível.					
Troca letras.					
Apresenta letras invertidas.					
Apresenta letras espelhadas.					
Apresenta excessiva lentidão ao escrever					
Faz cópia de palavras.					
Faz cópia de frases.					
Necessita de algum tipo de adaptação para escrever.					

ÁREA DE RACIOCÍNIO LÓGICO -CONCEITOS MATEMÁTICOS

	1º	2º	3º	4º	Observações
Ordena e sequênci elementos.					
Reconhece cores primárias.					
Reconhece cores secundárias					
Reconhece figuras geométricas simples.					

Faz seriação de objetos.					
Realiza classificação de objetos.					
Tem noção de tempo e espaçotemporal.					
Possui lateralidade.					
Nomeia os dias da semana.					
Identifica meses do ano					
Associa corretamente horas e acontecimentos.					
Ordena histórias.					
Continua sequências.					
Conta significativamente até					
Escreve numeração até					
Realiza operações simples com o uso de material concreto.					
Realiza operações simples sem o uso de material concreto.					
Resolve e justifica problemas.					
Elabora problemas envolvendo as operações.					
Tem noção de dobro.					
Tem noção de metade.					
Tem noção de dúzia.					
Tem noção de dezena.					
Tem noção de centena.					
Sabe leitura correta de relógio digital.					
Sabe leitura correta de relógio com ponteiros.					
Reconhece por meio de atividades práticas, valores monetários.					
Lê quantias em dinheiro.					
Efetua adição.					
Efetua subtração.					
Efetua multiplicação.					
Efetua divisão.					
Compreende o significado de fração.					
Representa fração de diferentes modos: lendo, escrevendo e desenhando.					
Compara frações.					
Constrói, lê e interpreta gráficos de barra, coluna, setores e linhas.					

TEMPO E MEDIDAS

	1º	2º	3º	4º	Observações
Reconhece manhã.					

Reconhece tarde.					
Reconhece noite.					
Reconhece hoje.					
Reconhece ontem.					
Reconhece amanhã.					
Utiliza adequadamente o calendário.					
Faz estimativas de medidas.					
Sabe usar régua e fita métrica para medir					
Compreende que medir é estabelecer uma comparação entre grandeza de um mesmo tipo.					
Compreende a necessidade de utilizar uma unidade padronizada para medir comprimento.					
Expressa numericamente o resultado da medição.					

NOÇÕES DE GRANDEZA

	1º	2º	3º	4º	Observações
Reconhece grande.					
Reconhece pequeno.					
Reconhece menor.					
Reconhece maior.					
Reconhece curto.					
Reconhece comprido					
Reconhece alto.					
Reconhece baixo.					
Reconhece grosso.					
Reconhece fino.					
Reconhece áspero.					
Reconhece liso.					
Reconhece macio.					

ÁREA DE REPRESENTAÇÃO ESPACIAL ORIENTAÇÃO ESPAÇO TEMPORAL

	1º	2º	3º	4º	Observações
Percebe sucessão de acontecimentos como antes, após, durante e duração de intervalos.					
Possui noções de tempo longo (uma hora).					
Possui noções de tempo curto (um minuto).					
Possui ritmo.					
Discrimina noções de cadência rápida, de cadência lenta (diferença entre corrida e o andar).					
Conhece os dias da semana					

Conhece os meses do ano.					
Conhece as estações do ano.					
Olha à direita.					
Olha à esquerda.					
Levanta a perna direita a pedido.					
A perna esquerda a pedido.					
Levanta o braço direito a pedido.					
Levanta o braço esquerdo a pedido.					
Anda devagar.					
Anda depressa.					
Corre.					
Pula.					
Salta.					
Percepção de relações espaciais (profundidade, orientação, movimento).					

LOCALIZA OBJETOS

	1°	2°	3°	4°	Observações
À esquerda.					
À direita.					
Primeiro.					
Último.					
Do meio.					
Dentro					
Fora.					
À frente.					
Atrás.					
Em cima					
Embaixo					
Longe.					
Perto.					

PERCEPÇÃO VISUAL

	1°	2°	3°	4°	Observações
Identifica semelhanças entre pares.					
Identifica diferença entre pares.					
Percepção de cores.					
Percepção de intensidade luminosa.					
Percepção de formas.					
Proximidade (objetos mais próximos entre si são percebidos como grupos independentes dos mais distantes).					
Percebe o que falta em uma figura incompleta.					
Capta detalhes em gravuras.					

Percebe erros em desenhos (jogo sete erros).					
Memória visual a curto prazo.					
Memória visual a longo prazo.					

PERCEPÇÃO AUDITIVA

	1°	2°	3°	4°	Observações
Reconhece vozes de amigos, homem e mulher.					
Discrimina sons produzidos pelo próprio corpo.					
Percepção de sons da natureza e do meio					
Localiza de onde vem um som.					
Percepção de timbres.					
Percepção de altura e frequência.					
Percepção de intensidade sonora.					
Percepção rítmica.					
Reproduz canções.					
Memória auditiva a curto prazo.					
Memória auditiva a longo prazo					

PERCEPÇÃO OLFATIVA

	1°	2°	3°	4°	Observações
O aluno discrimina odores.					

PERCEPÇÃO GUSTATIVA

	1°	2°	3°	4°	Observações
O aluno percebe e discrimina sabores.					

PERCEPÇÃO TÁTIL

	1°	2°	3°	4°	Observações
O aluno reconhece a presença, forma e tamanho de objetos em contato com o corpo.					

ÁREA DE ARTES COORDENAÇÃO MOTORA MANUAL E CRIAÇÃO

	1°	2°	3°	4°	Observações
Domina o movimento do segurar o lápis, pincel, giz de cera, tesoura, etc.					
Nomeia e utiliza cores.					
Reconhece diferentes texturas e espessuras.					
Amassa papel.					
Rasga papel.					

Realiza dobraduras simples.					
Reproduz traço vertical.					
Reproduz traço horizontal.					
Une pontos.					
Realiza traçado de círculo.					
Realiza traçado de quadrado.					
Realiza traçado de retângulo.					
Realiza traçado de triângulo.					
Pega objetos com o polegar e o indicador (movimento de pinça).					
Empilha objetos.					
Enfia contas num fio.					
Abre e fecha um vidro de rosca.					
Coloca prendedor.					
Recorta com tesoura.					
Recorta franjas em papel.					
Recorta com tesoura sem demarcação.					
Recorta com tesoura em linha reta.					
Recorta com tesoura em linha curva.					
Encaixa peças com fundo.					
Encaixa peças sem fundo.					
Acompanha ritmicamente melodias sugeridas.					
Utiliza o espaço de acordo com as possibilidades de seu corpo: altura, largura, envergadura, flexibilidade.					
Faz apreciações sobre produções de colegas e artísticas: olha, observa, opina e discute.					
Percebe a arte como expressão, usando intencionalmente as técnicas já aprendidas, para criar, comunicar e expressar imagens, ideias e sentimentos.					
Preocupa-se com o acabamento de seus trabalhos.					

ÁREA FÍSICA E MOTORA CORPO E A PRÓPRIA IMAGEM

	1º	2º	3º	4º	Observações
Reconhece a si mesmo em fotos.					
Reconhece e indica as partes do corpo.					
Sabe as funções das partes do corpo.					
Desenha uma figura humana com boa qualidade de traçado e estruturação do desenho.					
Tem noção de direção.					
Estrutura espacial: possui consciência da situação de seu próprio corpo em um ambiente.					

Reconhece direita e esquerda em si mesmo.					
Reconhece direita e esquerda no outro.					
Demonstra noções de em cima e embaixo.					
Usa o repertório ampliado de movimentos corporais, tanto em situações de expressões quanto em atividades esportivas.					
Agrupa-se com os colegas para atividades esportivas de forma organizada e com autonomia.					
Compreende as diferentes velocidades e trajetórias: lento, rápido, médio, curva.					
Lança, rola, bate e rebate uma bola, visando alvos fixos e móveis.					
Compreende a necessidade de regras em contextos esportivos, submetendo-se a elas.					

INDEPENDÊNCIA MOTORA

	1º	2º	3º	4º	Observações
Levanta-se sem precisar de ajuda.					
Senta-se sem precisar de ajuda.					
Sobe escadas.					
Desce escadas.					
Apoia para subir em escada.					
Atravessa a rua sozinho.					
Anda em linha reta.					
Abaixa para pegar algum objeto.					
Apresenta agitação motora.					
Cai com facilidade.					
Caminha junto ao grupo.					
Caminha sozinho em pequenas distâncias.					
Sabe voltar sem ser chamado.					
Reconhece o caminho de casa.					
Apresenta movimentos lentos.					
Apresenta movimentos rápidos					
Apresenta movimentos estereotipados.					
Deixa cair com facilidade os objetos que segura.					
Desvia-se de obstáculos.					
Mantém o equilíbrio.					

ÁREA DE SOCIALIZAÇÃO E COMPORTAMENTOS
BOAS MANEIRAS, ASPECTO AFETIVO EMOCIONAL E INDEPENDÊNCIA SOCIAL

	1º	2º	3º	4º	Observações
Identifica e faz uso adequado das saudações, despedidas e agradecimentos.					
Pede permissão e desculpa-se quando necessário.					
Fala baixo em locais públicos.					
Demonstra espírito de cooperação.					
Reage cooperativamente nas situações em grupo.					
Reage isoladamente nas situações em grupo.					
Reage apaticamente nas situações em grupo.					
Respeita hierarquia.					
Respeita os mais velhos.					
Reconhece e identifica o interlocutor pelo nome.					
Solicita e oferece ajuda espontaneamente.					
Demonstra amabilidade, gentileza, atenção no contato com o outro.					
Direciona seu olhar para as pessoas com quem se fala.					
Considera a opinião de outras pessoas.					
Demonstra fluência em sua fala.					
Compreende e apresenta comportamentos adequados nos gestos, comunicação social, eventos públicos, festas e outros					
Demonstra insegurança, medo e timidez perto de estranhos.					
Discrimina pessoas estranhas de amigas.					
Discrimina locais públicos de privados.					
Apresenta comportamentos inadequados em locais públicos.					
Compreende e respeita ordem ou regras.					
Ignora quando é advertido.					
Torna-se agressivo quando advertido.					
Aceita a advertência.					
Apresenta autocontrole em momentos de tensão.					
Demonstra iniciativa quando lhe é proposto uma tarefa ou um jogo.					

Segue e respeita regras em diferentes ocasiões					
Concentra-se na atividade proposta.					
Sempre termina a atividade proposta.					
É interessado pelas atividades.					
Sabe perder.					
Chora com frequência.					
Ri com frequência.					
Apresenta algum tipo de tique.					
Necessita ser estimulado constantemente pelo professor nas atividades propostas.					
Faz amizades facilmente.					
Percebe a diferença entre o que é pessoal e de uso de todos.					
Reconhece seus amigos do grupo.					
Apresenta-se irritado quando não atende suas ordens ou desejos.					
Partilha o que é seu.					
Apropria-se de objetos alheios sem permissão					
Em brincadeiras e jogos que implicam em seguir regras é capaz de percebê-las e respeitá-las.					
Quer atenção só para si.					
Faz birras.					
Supera medos (animais, lugares, objetos, situações, pessoas).					
Domina o medo em situações que se sente ameaçado.					
Supera competições					
Apresenta condutas inadequadas.					
Apresenta disciplina.					
Apresenta organização.					
Autonomia nas atividades.					
Capacidade de entender tudo o que se diz.					
Demonstra atenção ao que lhe é solicitado.					

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS À MESA

	1º	2º	3º	4º	Observações
Explora e reconhece ambientes domésticos					
Organiza e conserva o ambiente doméstico e escolar.					
Executa atividades domésticas como varrer, lavar, encerar, aspirar pó...					
Tem responsabilidade em ajudar nas tarefas diárias da casa.					
Identifica e possui noções preliminares para o preparo de alimentos.					
Possui procedimentos para sentar-se e levantar-se à mesa.					
Alimenta-se sozinho.					
Sabe utilizar os talheres.					
Permanece sentado durante as refeições.					
Come de boca fechada.					
Faz sujeira ao comer.					
Limpa o que derramou.					
Realiza as ações para o corte dos alimentos no prato.					
Servi-se automaticamente de líquidos.					
Alimenta-se de alimentos sólidos.					

VESTUÁRIO

	1º	2º	3º	4º	Observações
Identifica as peças do vestuário.					
Reconhece suas roupas.					
Escolhe suas roupas.					
Sabe tirar e colocar sua roupa com independência.					
Calça meias e sapatos.					
Consegue dar nó, laços, abotoar e desabotoar roupas, abrir zíper ou colchete.					
Consegue dobrar e organizar roupas em cabides, gavetas...					

Adaptação do material do site: WWW.psicopedagogiaskellydalmas.com.br

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: _____ DATA: __/__/__

AVALIADOR (A) : _____