

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Historicamente podemos observar, que as pessoas que não se enquadram nos padrões normais que a sociedade estabelece, tem sido de alguma forma esquecidos e marginalizadas por esta. As crianças e jovens com deficiência mental, por possuírem características físicas mentais que fogem deste padrões pré estabelecidos são, ainda nos dias de hoje alvos de algum preconceito e marginalização. (Brito & Cunha, 2004)

No entanto é cada vez mais frequente observar a preocupação por parte da sociedade pela saúde e bem-estar assim como a reabilitação deste tipo de populações.

Derivado desta preocupação crescente, temos assistido nos últimos anos ao surgimento de vários estudos direccionados a populações com deficiência mental, porém, estes são ainda escassos e na sua maioria voltados fundamentalmente para questões de ordem clínica. Não querendo com isto retirar qualquer mérito a estes estudos, devemos referir, o efeito positivo que estes estudos tiveram na melhoria da qualidade de vida destas populações.

Tal como os indivíduos ditos normais, esta população apresenta diferenças quer ao nível de capacidades e de comportamento que nunca podemos esquecer que existem. Quando trabalhamos com pessoas com deficiência é necessário ter em consideração a história familiar da pessoa, o ambiente em que vive, a situação socio-económica, capacidades e dificuldades e ainda as relações sociais que estas apresentam. (Brito & Cunha, 2004). Uma das condições de deficiência mental mais comuns e objecto do nosso estudo, é o Síndrome de Down.

Segundo Campos (2005), desde o início dos anos 70, foram realizados estudos importantes sobre o desenvolvimento das crianças e adultos com este Síndrome. Estes estudos surgem em consequência do crescente interesse por esta população, cativando assim muitas áreas científicas a debruçarem-se sobre este tema.

Uma das áreas científicas que tem desenvolvido vários estudos em torno do Síndrome de Down é a psicologia, dentro desta área são diversos os domínios alvo de investigação, sendo um destes as autopercepções, que será o tema principal do nosso estudo.

É difícil ainda hoje definir autopercepções de uma forma conceptual, porém todas as definições propostas por vários autores, vão de encontro á ideia de que as autopercepções são um conjunto de percepções que cada um tem acerca de si próprio. A importância das autopercepções na compreensão do comportamento e melhoria da qualidade de vida de populações com deficiência mental, torna esta temática de extrema importância.

Em torno das autopercepções são escassos os estudos até agora efectuados em populações com Síndrome de Down, no nosso País, podemos referenciar apenas o estudo de Campos (2005). Utilizando como instrumento a *Escala Pictórica da Competência Percebida e Aceitação Social para Crianças com Paralisia Cerebral*, adaptada para a realidade portuguesa por Corredeira (2001), baseada na escala desenvolvida por Vermeer & Veenhof (1997), que para a sua elaboração apoiaram-se na *Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance in Young Children* (Harter & Pike, 1984).

O presente estudo utilizará o mesmo instrumento utilizado por Campos (2005), contudo focaremos a nossa atenção unicamente na dimensão da aceitação social, pertencente ao constructo multidimensional das autopercepções. Esta dimensão das autopercepções assume uma grande importância em populações com Síndrome de Down. Perceber esta temática e conhecer o seu comportamento, poderá trazer fortes benefícios para a sociabilização e inclusão desta população.

A dimensão da aceitação social é composta por dois domínios: a aceitação parental e a aceitação dos pares, considerando que estes domínios são o conjunto de relações sociais significativas das crianças e jovens.

As crianças com deficiência mental, embora apresentem várias dificuldades e um nível de desenvolvimento lento relativamente às crianças ditas normais, elas podem através dos mecanismos de interacção com os pares, vir a adquirir competências que lhes permitam evoluir nas suas aprendizagens e atingir uma certa autonomia. (Martinho, 2004), por sua vez os pais, pela gama de interacções e relações que são desenvolvidas entre os membros familiares, assumem um papel crucial no desenvolvimento do indivíduo. (Dessen & Lewis, 1998)

Posto isto devemos assumir esta pesquisa como um contributo no sentido de oferecer um nível de vida melhor ás populações com Síndrome de down, procurando com ela aprofundar o conhecimento das auto percepções destes indivíduos e delinear estratégias de avaliação e intervenção que possibilitem o alcance de valores cada vez mais positivos daquilo que é um grande indicador do bem estar psicológico e preditor da conduta, as auto percepções.

O seguinte documento estará organizado em sete capítulos, o primeiro será a Introdução do estudo, que comportará a contextualização do problema, os objectivos do estudo e a sua pertinência. No segundo capítulo procederemos à Revisão de Literatura, este será a análise de estudos já realizados e será o suporte teórico do nosso estudo. A revisão de literatura será composta por três subcapítulos: Deficiência mental e Síndrome de Down, Benefícios da pratica desportiva e Auto percepções. O capítulo três será dedicado á Metodologia utilizada na concretização deste estudo, nesta estarão contidas as explicitações relativas à amostra, aos instrumentos utilizados, aos procedimentos de aplicação do instrumento e por ultimo aos procedimentos de análise e tratamento dos dados. O seguinte capítulo será dedicado à Apresentação dos Resultados, e à sua respectiva análise.

No capítulo cinco será feita a Discussão dos Resultados obtidos no nosso estudo e o confronto destes com outros estudos. Para terminar iremos apresentar as nossas conclusões e a lista de referências bibliográficas utilizadas, capítulos seis e sete respectivamente.

As últimas páginas serão dedicadas aos anexos que consideramos pertinentes.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. DEFICIÊNCIA MENTAL E SÍNDROMA DE DOWN

Neste subcapítulo da revisão de literatura será definida deficiência mental, seguida da abordagem de uma das suas condições, a Síndrome de Down.

2.1.1. Deficiência mental

Segundo Albuquerque M., (s.d.), neste século, têm-se procurado elaborar critérios de definição claros para definir deficiência mental, porém, esta tarefa tem-se revelado particularmente difícil. A definição da deficiência mental permanece controversa, não obstante os progressos notáveis nos conhecimentos teóricos e nas práticas reabilitativas verificados nas últimas décadas.

As dificuldades inerentes à delimitação deste conceito traduzem a impossibilidade de incluir em definições unitárias todo o espectro da variabilidade inter individual. Assim, as definições da deficiência mental são geralmente formais, isto é, procuram abstrair o que há de comum a objectos muito diferentes, dada a dificuldade em definir de forma precisa a diversidade que a constitui. Por outro lado, a evolução histórica deste conceito demonstra que as suas definições foram consideravelmente influenciadas por exigências sociais, culturais, políticas e administrativas. (Albuquerque, s.d.)

São essencialmente quatro as conceptualizações da deficiência mental dominantes, como défice comunicação; como défice funcional e adaptativo; como défice cognitivo; como défice social.

Apesar das várias definições, existem duas instituições consagradas na área que definem deficiência mental como:

Segundo a AAMR (American Association on Mental Retardation):

Deficiência mental é caracterizada por limitações significativas de ordem funcional, intelectual e de comportamento adaptativo, expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais. As limitações surgem antes dos dezoito anos de idade.

Segundo a APA (American Psychiatric Association):

Deficiência mental refere-se a limitações significativas no funcionamento intelectual global, acompanhadas por limitações no funcionamento adaptativo, em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrole, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança.

2.1.2. Síndrome de Down

De entre as várias condições de deficiência mental existentes, consideraremos neste subcapítulo a Síndrome de Down. Esta é a condição da deficiência mental que será objecto do nosso estudo.

2.1.2.1 Definição

Síndrome é definido por um conjunto de características que prejudicam de algum modo o desenvolvimento do indivíduo. Down refere-se ao sobrenome do médico que descreveu a síndrome em 1866 (Santiago et al, 1997). A Síndrome Down poderá ser definida, por uma anomalia genética causada pela presença de um cromossoma extra, que resulta na anomalia física e mental manifestada em vários graus. Porém, existem outras definições que consideram a Síndrome de Down como um atraso do desenvolvimento, tanto nas funções motoras do corpo como das funções mentais (Frug, 2001)

Devem ser consideradas 3 classes distintas de Síndrome de Down. Todas elas representam anomalias cromossômicas:

Trissomia 21

O cromossoma extra, em cerca de 95% dos casos origina-se pela existência de um erro de disjunção dos cromossomas nas divisões celulares responsáveis pela formação dos gametas (óvulo e espermatozóide). Esses erros levam à formação de gametas sem o cromossoma 21, e de outros com dois cromossomas 21. Se um gameta do primeiro tipo participar na fertilização, será formado um zigoto com apenas um cromossoma 21. Se um gameta com dois cromossomas 21 participar na fertilização, o zigoto, portador de uma trissomia livre (três cópias do cromossoma 21), pode desenvolver-se mas origina indivíduo com a Síndrome de Down.

Mosaicismo

Um erro na disjunção cromossômica pode ocorrer, ainda, durante as primeiras divisões celulares de um zigoto normal, levando à formação de células com um cromossoma 21 ou três cromossomas 21 (trissomia). Frequentemente as células com três cromossomas 21 mantêm-se no organismo, junto com as células com dois cromossomas 21, originando indivíduos com mosaicismo e portadores da Síndrome de Down; enquanto as células com um cromossoma 21 são inviáveis e não se desenvolvem. O mosaicismo tem uma frequência de ocorrência de 1 a 3 %.

Translocação

Aproximadamente 3 a 4 % das pessoas com síndrome de Down, possuem uma translocação não equilibrada de apenas uma porção, ou mais frequentemente, de todo o cromossoma 21. Este mecanismo difere daquele que acontece na trissomia simples do 21. Ao contrário da trissomia simples, que é resultado de uma alteração cromossômica numérica, devido a uma não disjunção na formação dos gametas (meiose), na

translocação além de dois cromossomas 21 normais, existe um cromossoma 21 extra, resultante da união com outro cromossoma.

2.1.2.2 Etiologia

Não foi exactamente esclarecida a causa da síndrome, no entanto, alguns factores são considerados de risco, devido a grande incidência em que gestações na presença destes vêm apresentando alterações genéticas. Os factores de riscos podem ser classificados como endógenos e exógenos.

Um dos principais factores de risco endógenos é a idade da mãe, que em idade avançada apresentam índices bem mais altos de risco, devido o facto de os seus óvulos envelhecerem tornando-se mais propensos a alterações (Silva, 2002).

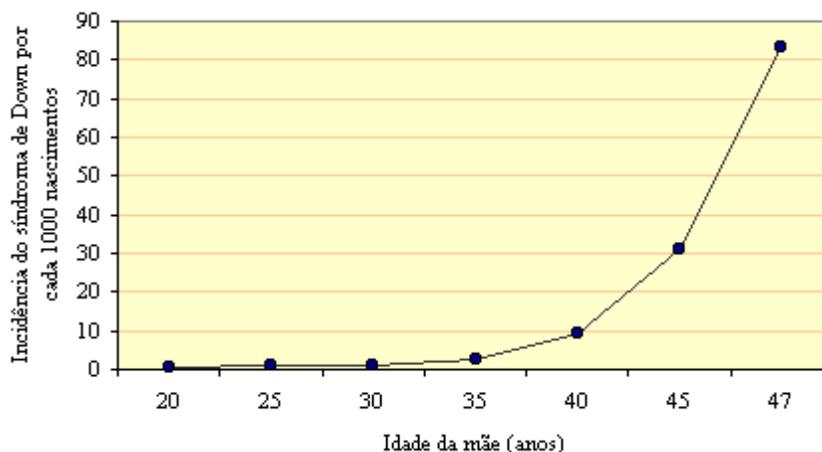


Figura 1. Gráfico de frequência da ocorrência do Síndrome de Down para as diferentes idades maternas

Quanto aos factores exógenos Dessen & Silva (2002), apontam como possíveis causas, a exposição a radiações ionizantes e o uso de pílulas anticoncepcionais, porém a segunda causa não foi ainda comprovada.

2.1.2.3. Perfil

Os indivíduos com Síndrome de Down tem como principais características fenotípicas, a braquicefalia, descrita por um diâmetro fronto-occipital muito pequeno,

fissuras palpebrais com inclinação superior, pregas epicânticas, base nasal achatada e hipoplasia da região mediana da face. Podemos observar também, que o pescoço é curto, podendo estar presente apenas uma prega palmar; a pina é pequena e displásica; a língua é protusa e hipotônica; há clinodactilia do 5º dedo das mãos e uma distância aumentada entre o 1º e os 2º dedos dos pés. Em geral, as crianças com Síndrome de Down apresentam hipotonia muscular (Silva & Dessen, 2002).

2.1.2.4. Problemas de saúde associados à síndrome de Down

De acordo com a publicação do ministério da saúde Brasileiro, a criança com Síndrome de Down tem maior probabilidade de apresentar um comprometimento da saúde em virtude de alterações congênitas e predisposições características da síndrome. Este comprometimento pode afectar o coração, os pulmões, a coluna cervical, a produção de hormonas, a visão e a audição:

Cardiopatias

As cardiopatias congénitas estão presentes em aproximadamente 50 % dos casos. Ela deve ser detectada com urgência, para que a criança possa ser encaminhada para a cirurgia cardíaca em tempo expedito.

Logo no nascimento, a criança deve passar por um minucioso exame cardiológico, que inclui desde a ausculta dos batimentos cardíacos, a constatação da possível presença de sopro, o exame anatómico do tórax, até a realização de exames mais completos como o electrocardiograma e principalmente o eco cardiograma.

Problemas mais comuns encontrados são:

- Defeito do canal atrioventricular.
- Comunicação interventricular.
- Comunicação inter-atrial.
- Tetralogia de Fallot.

A criança que possui uma cardiopatia congénita pode apresentar alguns sinais indicadores, como: baixo ganho de peso; desenvolvimento mais lento quando comparada às outras crianças com a mesma síndrome; malformações torácicas; cianose de extremidades; cansaço constante.

Problemas Pulmonares

A maioria das crianças com Síndrome de Down apresenta constantes resfriados e pneumonias de repetição. Isto se deve a uma predisposição imunológica e à própria hipotonia da musculatura do trato respiratório. O ideal é trabalhar na prevenção das doenças respiratórias.

A natação pode ser aconselhada quando não há contra indicações devido à presença de otites ou cardiopatias.

Instabilidade Atlanto-Axial

Aproximadamente 10 a 20% das crianças ou jovens com Síndrome de Down apresentam a instabilidade atlanto-axial. Esta alteração consiste em um aumento do espaço intervertebral entre a primeira e segunda vértebra da coluna cervical. Ela é causada por alterações anatómicas (hipoplasia do processo odontóide) e pela hipotonia músculo-ligamentar.

A instabilidade pode levar a uma sub luxação, e esta pode causar lesão medular ao nível cervical, gerando comprometimento neurológico (sensivo motor) ou até a morte, por parada respiratória ocasionada por lesão do centro respiratório medular.

São contra indicados os movimentos bruscos do pescoço, que podem ocorrer em actividades como: mergulho, nado golfinho, cambalhotas, equitação.

Problemas endócrinos

A disfunção mais comum da tiróide nas pessoas com Síndrome de Down é o hipotireoidismo. Ela ocorre em aproximadamente 10% das crianças e em 13 a 50 % dos adultos com a síndrome.

A presença desta alteração pode ser a causa da obesidade, além de prejudicar o desenvolvimento intelectual da criança.

Problemas visuais

É comum a criança com Síndrome de Down apresentar problemas visuais. Cerca de 50% delas têm dificuldade na visão para longe, e 20% na visão para perto. Os problemas mais comuns são a miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, ambliopia, nistagmo ou catarata. Algumas crianças têm apresentado também obstrução dos canais lacrimais.

Problemas auditivos

Grande parte das crianças com Síndrome de Down (cerca de 60 a 80%) apresenta rebaixamento auditivo uni ou bilateral. Os deficits auditivos são leves ou moderados na maioria dos casos, e podem ter como causas:

- Aumento de cera no canal do ouvido.
- Acumule de secreção no ouvido médio.
- Frequentes infecções de ouvido, formato anormal dos ossículos no ouvido médio.

O rebaixamento auditivo também pode prejudicar o desenvolvimento global da criança.

Outros problemas associados

Casos de distúrbios emocionais, depressão, doença de Alzheimer, autismo e leucemia estão associados, ainda que alguns em baixos índices, ao jovem ou ao adulto com Síndrome de Down.

É importante ter claro que quanto antes e melhor for atendida a criança com Síndrome de Down maiores hipóteses ela terá de um bom desenvolvimento e integração social. Vários aspectos podem contribuir para um aumento do desenvolvimento da criança com síndrome de Down: A intervenção precoce na aprendizagem, monitorização de problemas comuns como a tiróide, tratamento médico sempre que relevante, um ambiente familiar estável e, condutor práticas vocacionais, são alguns exemplos. Por um lado, o síndrome de Down salienta as limitações genéticas e no pouco que se pode fazer para as sobrepor, por outro, também saliente que a educação pode produzir excelentes resultados independentemente do início. Assim, o empenho individual dos pais, professores e terapeutas com estas crianças pode produzir resultados positivos inesperados.

2.1.2.5. Desenvolvimento das crianças com Síndrome de Down

A sequência de desenvolvimento da criança com Síndrome de Down geralmente é bastante semelhante à de crianças sem a síndrome e as etapas e os grandes marcos são atingidos, embora em um ritmo mais lento. Esta demora para adquirir determinadas habilidades pode prejudicar as expectativas que a família e a sociedade tenham da pessoa com Síndrome de Down.

Durante muito tempo estes indivíduos foram privados de experiências fundamentais para o seu desenvolvimento porque não se acreditava que eram capazes. Todavia, actualmente já é comprovado que crianças e jovens com Síndrome de Down podem alcançar estágios muito mais avançados de raciocínio e de desenvolvimento. (Ministério da Saúde Brasileiro, 1994)

Desenvolvimento Psicomotor

Uma das características principais da Síndrome de Down, e que afecta directamente o desenvolvimento psicomotor, é a hipotonia generalizada, presente desde o nascimento.

Esta hipotonia origina-se no sistema nervoso central, e afecta toda a musculatura e a parte ligamentar da criança. Com o passar do tempo, a hipotonia tende a diminuir espontaneamente, mas ela permanecerá presente por toda a vida, em graus diferentes.

A criança que nasceu com Síndrome de Down vai controlar a cabeça, rolar, sentar, arrastar, engatinhar, andar e correr, excepto se houver algum comprometimento além da síndrome.

A brincadeira deve estar presente em qualquer proposta de trabalho infantil, pois é a partir dela que a criança explora e adquire conceitos, sempre aliados inicialmente à movimentação do corpo.

O trabalho psicomotor deve enfatizar os seguintes aspectos:

- O equilíbrio · a coordenação de movimentos
- A estruturação do esquema corporal
- A orientação espacial
- O ritmo
- A sensibilidade
- Os hábitos posturais
- Os exercícios respiratórios

Todos estes aspectos devem ser trabalhados dentro de actividades que sejam essencialmente interessantes para a criança. A utilização da brincadeira e dos jogos com regras é fundamental para que a criança tenha uma participação proveitosa e prazerosa no trabalho de estimulação, tendo conseqüentemente um melhor desempenho.

Desenvolvimento Cognitivo

Embora a Síndrome de Down seja classificada como uma deficiência mental, não se pode nunca pré determinar qual será o limite de desenvolvimento do indivíduo.

Historicamente, a pessoa com Síndrome de Down foi rotulada como deficiente mental severo, em decorrência deste rótulo acabou por ser privada de oportunidades de desenvolvimento.

A educação da pessoa com Síndrome de Down deve atender às suas necessidades especiais sem se desviar dos princípios básicos da educação proposta às demais pessoas. A criança deve frequentar desde cedo a escola, e esta deve valorizar sobretudo os acertos da criança, trabalhando sobre suas potencialidades para vencer as dificuldades. A aprendizagem da pessoa com Síndrome de Down ocorre a um ritmo mais lento. A criança demora mais tempo para ler, escrever e fazer contas. No entanto, a maioria das pessoas com esta síndrome tem condições para ser alfabetizada e realizar operações lógico-matemáticas.

A educação da pessoa com Síndrome de Down deve ocorrer preferencialmente em uma escola que leve em conta suas necessidades especiais. As crianças com deficiência têm o direito e podem beneficiar da oportunidade de frequentar desde cedo uma creche e uma escola comum, desde que estas estejam adequadamente preparadas para recebê-las. O professor deverá estar informado para respeitar o ritmo de desenvolvimento do aluno com deficiência, como, de resto, deve respeitar o ritmo de todos os seus alunos.

É preciso orientar a família da pessoa com deficiência, sobre quais os recursos educacionais de boa qualidade que estão disponíveis em sua comunidade. Para realizar tal orientação, o profissional deve procurar conhecer melhor as opções de escola especial e escola comum de sua cidade e região, para que o encaminhamento seja feito com segurança e traga benefícios ao desenvolvimento global da criança.

Desenvolvimento da Linguagem

A linguagem representa um dos aspectos mais importantes a ser desenvolvido por qualquer criança, para que possa se relacionar com as demais pessoas e se integrar no seu meio social. Pessoas com maiores habilidades na linguagem podem comunicar melhor seus sentimentos, desejos e pensamentos.

De maneira geral, a criança, o jovem e o adulto com Síndrome de Down possuem dificuldades variadas no desenvolvimento da linguagem

Alem dos problemas de saúde já referidos anteriormente existem alguns que estão directamente associados a um atraso na aquisição e desenvolvimento da linguagem de crianças com Síndrome de Down. Este atraso tem sido atribuído a características físicas ou ambientais que influenciam negativamente o processo de desenvolvimento, tais como:

- Problemas de acuidade e discriminação auditiva.
- Frequentes doenças respiratórias.
- Hipotonia da musculatura oro-facial.
- Alteração no alinhamento dos dentes.
- Palato ogival com tendência à fenda.
- Língua grande (macroglossia) ou cavidade oral pequena.
- Problemas de maturação dos padrões de mastigação, sucção e deglutição.
- Baixa expectativa em relação à possibilidade de desenvolvimento da criança.
- Dificuldades do adulto em determinar o nível de compreensão da criança para adaptar sua fala de maneira a promover o desenvolvimento.
- Pouca disponibilidade do adulto em ouvir a criança e em se esforçar para compreendê-la.
- Dificuldade de sintetização e problemas na estruturação sintática.
- Atraso geral no desenvolvimento motor, cognitivo e emocional.
- Falta de actividades sociais que façam a criança utilizar a linguagem de forma significativa.

2.1.2.6. Aspectos Sociais de indivíduos com síndrome de Down

Embora actualmente alguns aspectos da Síndrome de Down sejam mais conhecidos, e a pessoa trissômica tenha melhores hipóteses de vida e desenvolvimento, uma das maiores barreiras para a inclusão social destes indivíduos continua a ser o preconceito.

No entanto, embora o perfil da pessoa com Síndrome de Down fuja aos padrões estabelecidos pela cultura actual que valoriza sobretudo os padrões estéticos e a produtividade, cada vez mais a sociedade está consciente de como é importante valorizar a diversidade humana e de como é fundamental oferecer igualdade de oportunidades para que as pessoas com deficiência exerçam seu direito de conviver na sua comunidade.

Cada vez mais, as escolas do ensino regular e as indústrias preparadas para receber pessoas com Síndrome de Down têm relatado experiências muito bem sucedidas de inclusão benéficas para todos os envolvidos.

A participação de crianças, adolescentes, jovens e adultos com Síndrome de Down nas actividades de lazer é encarada cada vez com mais naturalidade e pode-se perceber que já existe a preocupação em garantir que os programas voltados à recreação incluam a pessoa com deficiência. (Ministério da Saúde Brasileiro, 1994)

Independência

Hoje não se pode precisar que grau de autonomia a pessoa com Síndrome de Down pode atingir, mas acredita-se que seu potencial é muito maior do que se considerava há alguns anos. Os programas educacionais actuais preocupam-se desde cedo com a independência, a escolarização e o futuro profissional do indivíduo.

A independência objectivada neste tipo de programa engloba desde habilidades básicas, como correr, vestir-se ou cuidar da higiene íntima até a utilização funcional da leitura, do transporte, manuseamento do dinheiro e aprendizagens para tomar decisões e fazer escolhas, bem como assumir a responsabilidade por elas. (Ministério da Saúde Brasileiro, 1994)

2.2. AUTOPERCEPÇÕES

Durante muitos anos as autopercepções e a autoestima têm sido consideradas indicadores do bem-estar psicológico e mediadores da conduta. (Pastor & Balaguer 2001). Posto isto, torna-se pertinente estudar as autopercepções, dado que muitos investigadores têm reconhecido a influência que as autopercepções exercem sobre o processo de desenvolvimento dos indivíduos.

Se considerarmos que a conceptualização das autopercepções tem variado em função do quadro de referência dos autores, é fácil concluir que a investigação teórica, nesta área se caracteriza por uma grande imprecisão da terminologia e discordância das definições.

Alguns autores têm procurado uma definição de autopercepções clara e universalmente aceite. Desses autores podemos destacar os seguintes:

Segundo Vaz Serra (1986) é um constructo psicológico que permite ter a noção da identidade da pessoa e da sua coerência e consistência. É um constructo teórico que: a) nos esclarece sobre a forma como um indivíduo interage com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações; b) nos leva a perceber aspectos do autocontrolo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento e; c) nos permite compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo.

Para Shavelson & Bolus (1982) é um constructo hipotético, cujo conteúdo seria a percepção que um indivíduo tem do seu Eu, percepção essa que se formaria por intermédio de interações estabelecidas com os outros significativos, bem como através das atribuições do seu próprio comportamento.

De acordo com Gecas (1982) as autopercepções referem-se ao conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral.

Contudo, Byrne (1986) refere que apesar da literatura não revelar uma definição operacional clara, concisa e universalmente aceite, existe uma certa concordância em torno da definição geral das autopercepções como sendo a percepção que o indivíduo tem de si.

Segundo Begley (1999), o termo autopercepções, retirado de um modelo avançado por Shavelson, Hubner, & Stanton (1976) e aceite por vários autores (Harter & Pike, 1984; Marsh, 1989; Montgomery, 1994), define autopercepções como um constructo multidimensional. Este modelo apresenta uma estrutura hierárquica das autopercepções, constituída por autoconceitos específicos, organizados hierarquicamente, até a um autoconceito global. Ou seja, o modelo parte de um autoconceito global, bifurcando-se por sua vez em autoconceito académico e autoconceito não académico. Compreendendo este três autoconceitos distintos: emocional, social e físico.

Consideraremos no nosso estudo as autopercepções como sendo o constructo mais global, estando o autoconceito contido dentro deste constructo, como o sistema multidimensional hierárquico, composto de estruturas fundamentais que se desdobram em categorias e subcategorias que caracterizam as suas múltiplas facetas (Costa, 2002).

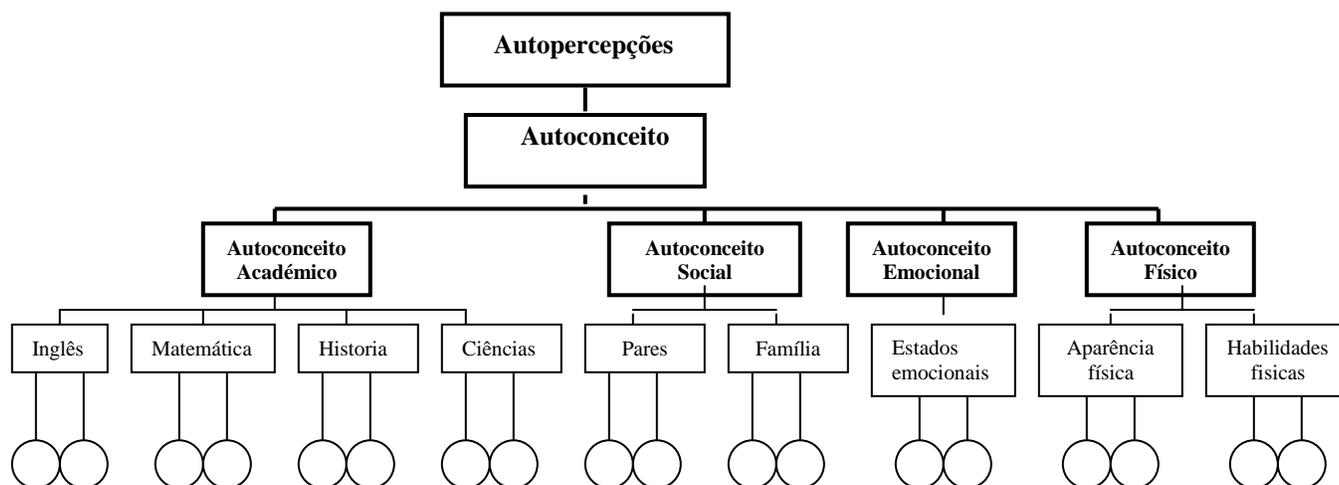


Figura 2. Estrutura do autoconceito (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976)

Shavelson e colaboradores (1976) referem várias características do modelo teórico das autopercepções. Estes mencionam o autoconceito como sendo:

Estável no topo da hierarquia, diminuindo esta estabilidade à medida que as suas facetas se tornam mais diferenciadas e mais específicas. (Shavelson & Bolus, 1982).

Avaliativo e descritivo, permitindo que o indivíduo se autoavaleie, o que lhe possibilita a realização de uma retrospectiva dos seus comportamentos face a uma determinada situação, averiguando quais são os mais adequados e daí retirar informação que lhe seja útil em novas situações (Shavelson & Bolus, 1982).

Organizado e estruturado, os indivíduos ao receberem informação acerca de si próprios vão estabelecer categorias que se reflectem nas diferentes facetas, tornando o autoconceito multifacetado ou *multidimensional*.

Hierárquico, as diferentes percepções que o indivíduo tem de si próprio vão sendo orientadas a partir da base da hierarquia, onde se encontram as facetas mais diferenciadas, para o seu topo, onde se encontra o autoconceito geral.

Diferenciável, isto é, o autoconceito pode facilmente diferenciar-se em outras variáveis, permitindo compará-las entre si, de forma a averiguar possíveis relações.

Por ultimo, o aspecto *desenvolvimentista* do auto-conceito, segundo Oliveira & Albuquerque (s.d.), Marsh & Shavelson (1985) consideram que este se torna cada vez mais específico e diferenciado, à medida que a idade avança.

Em suma o autoconceito possui múltiplas facetas, é estável, avaliativo, diferenciável, tem capacidade para se desenvolver e de se organizar hierarquicamente. Este é entendido como a globalidade de percepções que cada indivíduo tem acerca de si próprio. As percepções aparecem estruturadas em pirâmide estando na base as percepções de comportamentos específicos, no meio deduções relativas ao autoconceito

e no topo a percepção global que o indivíduo tem de si próprio, ou seja, as autopercepções.

De entre as deduções relativas do autoconceito, podemos encontrar o autoconceito social, mais especificamente a aceitação social, este será o objecto do nosso estudo.

2.3.1 Aceitação social

No que se refere ao autoconceito social representado no quadro1, objectivo mais específico do nosso estudo, este divide-se primeiramente em dois domínios diferenciados. Os dois domínios são, a autopercepção relativa à família e autopercepção relativa aos seus pares.

Consideraremos a autopercepção relativa á família (aceitação parental) como a percepção que o indivíduo tem do grau de aceitação por parte da família e autopercepção relacionada com os seus pares (aceitação dos pares) como a percepção que o indivíduo tem, do grau de aceitação por parte dos seus pares, grau de popularidade e estatuto dentro do grupo de pares.

A aceitação social é o domínio das autopercepções em que este estudo se vai debruçar, iremos considerar dois domínios da aceitação social, a aceitação por parte dos pares e a aceitação parental.

2. 3.1.1. Aceitação parental

A família, espaço educativo por excelência, é vulgarmente considerada o núcleo central de individualização e socialização, no qual se vive uma circularidade permanente de emoções e afectos positivos e negativos entre todos os seus elementos (Costa, 2002). Esta constitui o primeiro universo de relações sociais da criança, podendo proporcionar-lhe um ambiente de crescimento e desenvolvimento positivo. A família é o apoio, a

sustentação, a fonte de afecto e moral, de formação de valores, tão necessários para a formação humana de todas as pessoas.

A importância da família fica ainda maior nas famílias em que os filhos têm algum tipo de deficiência, como é o caso da Síndrome de Down, pois essas crianças precisam de cuidados especiais indispensáveis para o seu desenvolvimento. (Dessen & Lewis, 2001)

A gama de interacções e relações desenvolvidas entre os membros familiares mostra que o desenvolvimento do indivíduo não pode ser isolado do desenvolvimento da família (Dessen & Lewis, 1998) As interacções estabelecidas no microsistema família são as que trazem implicações mais significativas para o desenvolvimento da criança, embora outros sistemas sociais (escola, local de trabalho dos pais, etc.) também contribuam para o seu desenvolvimento (Dessen & Silva, 2002).

O nascimento de uma criança com deficiência mental pode provocar várias reacções e sentimentos dentro da família, bem como mudar a estrutura familiar estabelecida antes de seu nascimento (Brito & Dessen, 1999). Segundo estes autores, esse momento é traumático, podendo causar uma forte desestruturação na estabilidade familiar. O momento inicial é sentido como o mais difícil para a família a qual tem que buscar a sua reorganização interna (Taveira, 1995). O impacto sentido pela família com a chegada de uma criança com algum tipo de deficiência é intenso. A família passa, então, por um longo processo de superação até chegar à aceitação da sua criança com deficiência mental: do choque, da negação, da raiva, da revolta e da rejeição, dentre outros sentimentos, até a construção de um ambiente familiar mais preparado para incluir essa criança como um membro integrante da família.

É na relação com a família que a criança cresce, se desenvolve e aprende a relacionar se com o mundo que o cerca. Os pais não podem mudar a condição genética de seus filhos, mas podem e devem proporcionar lhe tudo o que ela precisa, amor e um ambiente necessário para desenvolver todo o seu potencial. (Baltazar & Porto, 2003)

Apesar de existirem poucos estudos sobre autopercepções no âmbito da aceitação social estes referem que, os indivíduos com Síndrome de Down se percebem de

forma positiva no que se refere à aceitação parental. Em relação às autopercepções em relação aos pares, estes estudos referem valores inferiores mas igualmente positivos.

2.3.1.2. Aceitação dos pares

Segundo Smith & Brownell (2001), o que acontece nos grupos de crianças e as suas relações de amizade, é afectado pelo desenvolvimento e funcionamento, provavelmente de todos os aspectos da vida destas, incluindo a vida familiar, a escolar e a de relação com a comunidade. Da mesma forma, estes aspectos afectam o funcionamento das crianças nos seus grupos de pares. Contudo a relação das crianças com os seus pares e amigos está associada com múltiplos aspectos do desenvolvimento e adaptação, inclusive no seu sucesso na escola.

As relações entre pares sofrem alterações significativas com a idade dos indivíduos, estas relações servem propósitos diferentes nas diferentes idades. Um número importante de mudanças que ocorre com o grupo de pares relevantes do mundo social da criança é durante os seus primeiros anos de escola. Estas mudanças provocam tanto novas exigências como novas oportunidades para um crescimento social e emocional. Aquando da meia-idade da criança, mais de 30% da interacção social da criança envolve os seus pares (Smith & Brownell, 2001).

Alunos com dificuldades de aprendizagem, parecem ter menos actividade social com os seus pares, justificando-se isto, pela menor capacidade de interacção social. Contudo alunos com dificuldades de aprendizagem poderão não estar cientes do seu baixo nível de aceitação social (Beagley, 1999).

No caso do Síndrome de Down, o baixo nível de aceitação social, pode ser devido às dificuldades de linguagem e comunicação associada ao Síndrome, parece porem que o nível de aceitação social nestas crianças consegue ser maior do que naquelas que têm dificuldades de aprendizagem devido a outras causas. (Sabsay & Kernan, 1993). O estereótipo do menino “*contente e feliz*” associado ao Síndrome de Down, poderá ter um efeito positivo na sua aceitação social. Como resultado deste estereótipo, alunos com o

Síndrome de Down poderão ser diferentes de outros alunos com dificuldades de aprendizagem não só pela capacidade de interação social, como também na sua própria percepção social.

Segundo Beagley, (1999), para explicar o efeito da escola, nas autopercepções, investigadores (e.g., Raviv & Stone, 1991; Szivos-Bach, 1993) apoiaram-se na Teoria de Comparação Social de Festinger. Segundo esta teoria, espera-se que as pessoas se sintam melhores consigo próprias, se estas perceberem, as suas capacidades como superiores às de outros, ou seja, estas terão uma baixa autoestima caso as autopercepções que obtêm relativas às suas capacidades forem inferiores às de outros. (Beagley, 1999)

É um facto que a colocação numa escola especial pode aumentar as autopercepções de alunos com Síndrome de Down, uma vez que estes se encontram dentro de um grupo mais homogéneo, que possibilita comparações mais positivas. Pelo contrário, a colocação em escolas do ensino regular, oferecerá um grupo de referência mais competente o que poderá diminuir a autopercepção de crianças com Síndrome de Down. Porém o resultado de alguns estudos contrariam claramente a teoria de Festinger (1954), um exemplo dessa contradição é o estudo realizado por Beagley (1999), este autor comparou as autopercepções de crianças com síndrome de down provenientes de diferentes tipos de escolas, concluído que o tipo de estabelecimento de ensino pouco influía nas autopercepções, obtendo mesmo resultados mais positivos de das autopercepções de jovens com síndrome de Down em escolas do ensino regular.

2.3. BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA

O homem é um animal e todos os animais têm padrões de vida para os quais a Natureza os fez. Quando se afastam desses comportamentos entram em sofrimento, afastam-se da saúde, da qualidade de vida e do seu equilíbrio com a mesma Natureza.

Os benefícios de se ser fisicamente activo são numerosos e variam desde, uma redução do risco de certas doenças e condições até à melhoria da saúde mental. Como resultado de grandes campanhas mediáticas de sensibilização para os benefícios da prática desportiva, nasceu, cresceu e sedimentou-se o conceito que essa pratica é de um valor em si mesmo, inquestionável (Barata, s.d.)

Benefício da actividade física regular

Doenças cardiovasculares:

Melhora a pressão arterial

Previne as doenças das artérias coronárias

Melhora o colesterol e outras culturas do sangue

Doenças metabólicas :

Fundamental no controle do peso

Fundamental na prevenção da diabetes

➤ *No sistema locomotor:*

Evita a osteoporose

Músculos ficam mais fortes

Correcção da postura

Previne e melhora dores crónicas das costas

➤ *Sistema imunitário:*

Melhora a capacidade de lutar contra as infecções

Reduz a probabilidade do aparecimento de cancros

➤ *Ao nível psicológico:*

Melhora da autoestima e auto confiança

Combate e evita a ansiedade

Diminui o stress

Previne e ajuda a tratar as depressões

Melhora certas capacidades intelectuais

Promove a socialização

Pode auxiliar na luta contra a droga

➤ *No desenvolvimento infantil:*

Importante no crescimento bio-psico-social

Aumenta o repertório psicomotor

Melhora o rendimento escolar

➤ *Na qualidade de vida:*

Aumenta a capacidade funcional para as tarefas da vida
diária

Gerador da sensação de bem-estar

2.3.1. Prática desportiva para a pessoa com deficiência

A definição de actividade física e desportiva em indivíduos com deficiência tem tido conotações diferentes ao longo dos tempos. Começando por lhe ser atribuída inicialmente um carácter eminentemente terapêutico, hoje em dia ela desenvolve-se em duas vertentes distintas. A primeira encara a prática desportiva numa perspectiva de recreação e lazer e uma segunda numa perspectiva competitiva, associando-a às questões do desporto de “alto rendimento” e da maximização da performance individual (Ferreira, 1997).

Direito à prática desportiva da pessoa com deficiência

A Constituição da República Portuguesa de 1976, consagra no seu Artigo 79º, o direito à cultura física e ao desporto a todos, aspecto este reforçado pelo Artigo 1º da Lei n.º 30/2004, de 21 de Julho - Lei de Bases do Desporto que assume o desporto como factor indispensável na formação da pessoa humana e no desenvolvimento da sociedade, não deixando de se ocupar especialmente da prática desportiva do cidadão portador de deficiência, como é visível nas determinações constantes nos artigos 5.º, 26.º, 32.º, 70.º e 82.º.

Do mesmo modo, a Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto – Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência faz referência ao valor da prática desportiva para os cidadãos portadores de deficiência, nomeadamente no que se refere ao desporto e à recreação como medida para a habilitação e reabilitação (artigo 25º). Além disso, estabelece que “cabe ao Estado adoptar medidas específicas necessárias para assegurar o acesso da pessoa com deficiência à prática do desporto e à fruição dos tempos livres” (artigo 38º), incluindo o acesso à prática do desporto de alta competição (artigo 39º).

Neste enquadramento, a organização da prática desportiva revela-se um instrumento privilegiado de intervenção com pessoas com deficiência. O universo do desporto subdivide-se em várias vertentes, nomeadamente, educativa, recreativa, terapêutica e competitiva, todas elas aplicáveis às populações especiais, e também todas elas promotoras de integração social. O desporto tem o mérito de dar visibilidade às capacidades dos indivíduos, e não às suas dificuldades, pois ninguém pratica uma actividade desportiva e recreativa em que não tenha oportunidade de colocar em evidência as suas capacidades. (IDP, 2006)

Benefícios do desporto e da actividade física relativamente à pessoa com deficiência.

São vários os estudos que apontam para a melhoria da condição física e da saúde em indivíduos portadores de deficiência mental, que realizam actividade física. A actividade física de intensidade moderada produz alterações positivas na saúde (Brito & Cunha, 2004).

Segundo o Instituto do Desporto de Portugal, a organização da prática desportiva revela-se um instrumento privilegiado de intervenção com pessoas com deficiência. O universo do desporto subdivide-se em várias vertentes, nomeadamente, educativa, recreativa, terapêutica e competitiva, todas elas aplicáveis às populações especiais, e também todas elas promotoras de integração social. Algumas das grandes vantagens da prática desportiva relativamente à pessoa com deficiência, além de todas as referenciadas para indivíduos ditos normais, são: o desenvolvimento da condição física, aumento da força, da resistência, da velocidade, da flexibilidade; ao nível psicomotor, melhoria no controlo postural, na coordenação motora, no equilíbrio, no conhecimento do corpo e das suas reais potencialidades quer psicomotoras, quer físicas. A estimulação de centros nervosos e de estruturas anatómicas lesadas, que poderá acelerar o processo terapêutico. Assim como, potenciar o desenvolvimento cognitivo, o aumento do auto-conceito, o aumento da comunicação, a prevenção de estados depressivos e de ansiedade, a redução da irritabilidade e a agressividade e potenciar a integração social e a qualidade de vida, produção de uma sensação de bem-estar e equilíbrio e ajudar no desenvolvimento intelectual, sobretudo nas idades mais tenras.

Segundo Tavares (2004), estudos apresentados por Fox numa conferência realizada na Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, mostram que actividade física poderá ser importante na prevenção e tratamento de distúrbios psicológicos como a depressão ou doenças do foro neurológico, como a doença de Alzheimer. Estes benefícios da actividade física são mais um exemplo e, revestem-se de grande importância, quando é reconhecida a forte associação destas doenças a indivíduos com síndrome de Down.

De acordo com o Instituto do Desporto de Portugal os benefícios do desporto e da actividade física relativamente à pessoa com deficiência, apresentam-se também ao nível social, nomeadamente:

-Através do esclarecimento do público acerca da situação particular dos grupos de deficiência, acerca das suas experiências, comportamento, actuação e das suas reais capacidades.

- Despertando um maior interesse da comunidade científica para o estudo das deficiências, sobretudo no que diz respeito às áreas científicas que estudam o comportamento. A partir daí a intervenção com esta população terá uma mais valia no que diz respeito à qualidade desta.

- Permitindo construir uma melhor camaradagem entre deficientes e não deficientes e promovendo a integração social da pessoa com deficiência através da realização de provas com pessoas com deficiência em eventos para pessoas sem deficiência.

- Os desportistas com deficiência funcionam como modelo de superação dos próprios limites para outros elementos com deficiência, permitindo a estes possam encontrar soluções para as suas próprias barreiras à integração e participação na sociedade.

3. METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

Neste capítulo pretendemos caracterizar o presente estudo, salientando os procedimentos de selecção da amostra, a sua caracterização, identificar os instrumentos

de recolha de dados, referir os procedimentos de utilização dos instrumentos e indicar os procedimentos de análise e tratamento dos dados.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O método de investigação quantitativo, tem como principal finalidade descrever variáveis e examinar algumas relações entre elas, tendo por base a definição de Fortin (1999) de que esta abordagem é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseando-se na observação de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Este será o método utilizado no nosso estudo.

Dentro da abordagem quantitativa o estudo é de carácter descritivo, comparativo e correlacional, uma vez que pretende fornecer uma descrição dos dados relativos às variáveis em estudo e as relações existentes entre elas e pretende examinar a associação de uma variável com outras variáveis. Pretende, também, comparar os dados de dois grupos relativamente às autopercepções.

3.2. PROCEDIMENTOS DE SELECÇÃO DA AMOSTRA

A amostra a investigar está dividida em dois grupos, nomeadamente alunos com Síndrome de Down e crianças ditas normais, do espaço geográfico região Centro, sendo os dois grupos constituídos por alunos que frequentem o ensino regular. O grupo de indivíduos com Síndrome de Down pertence ao escalão etário dos 4-20 anos de idade e o grupo de indivíduos ditos normais pertence ao escalão etário 4-5 anos de idade.

O grupo de alunos com Síndrome de Down foi localizado a partir das informações recolhidas pelos Centros de Apoio Educativo da região Centro através do envio de cartas a dezoito Coordenadores de Centros de Apoio Educativo, sendo que, apenas obtivemos seis respostas.

Após indicação dos Coordenadores dos Apoios Educativos foram enviadas cartas a todas as escolas indicadas pelos, solicitando-se autorização do conselho executivo para se aplicar a escala. As cartas continham, em anexo, as autorizações da Direcção Regional da Educação do Centro e um pedido de autorização aos encarregados de educação, de forma a garantir o anonimato e a confidencialidade das informações. As cartas foram enviadas em Dezembro de 2005, e as três respostas recebidas, chegaram em Fevereiro de 2006.

Devido à escassez de tempo, as escolas foram contactadas novamente, por via telefone. Destas escolas, apenas duas autorizaram a aplicação da escala.

O número de alunos participantes com Síndrome de Down a frequentar o ensino regular ficou reduzido a oito indivíduos. Sendo assim, o critério definido para o tipo de instituição escolar foi alterado, podendo parte da amostra frequentar o ensino institucionalizado.

O grupo de alunos ditos normais foi localizado segundo o critério definido para a idade e segundo o espaço geográfica. Foram enviadas cartas (com a autorização da DREC em anexo) aos infantários, solicitando a autorização para a aplicação da escala.

3.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do presente estudo consiste em 56 indivíduos (25 rapazes e 31 raparigas). Dentro da amostra total encontram-se dois grupos – 30 alunos ditos normais (15 rapazes e 15 raparigas) e 26 alunos com Síndrome de Down (10 rapazes e 16 raparigas).

No quadro 1 observam-se as médias de idades da amostra e o seu desvio-padrão.

Quadro 1 – Média de idades e desvio-padrão da amostra

	Nº	Média	Desvio padrão (sd)
--	-----------	--------------	---------------------------

Indivíduos com SD	26	14,92	1,90
Indivíduos ditos normais	30	4,40	0,50
Amostra total	56	9,29	5,46

As idades dos indivíduos ditos normais estão compreendidas entre os 4-5 anos enquanto que as idades dos indivíduos com Síndrome de Down situam-se entre os 12-17 anos. De salientar que todos os sujeitos apresentam uma idade mental superior a 4 anos de idade e inferior a 7 anos.

Da totalidade da amostra apenas 5 inquiridos não praticam qualquer tipo de actividade física. Estes pertencem todos ao grupo de indivíduos com Síndrome de Down. Dos 51 praticantes de actividade física, 46 praticam com uma frequência de duas vezes por semana, 2 praticam três vezes por semana e três indivíduos praticam quatro vezes por semana. De salientar que todos as crianças ditas normais têm uma frequência de prática de duas vezes por semana. Desta forma, contrariamente ao que era pretendido inicialmente, não serão comparados os dados relativos à prática desportiva, uma vez que o número de indivíduos que constituem o grupo de não praticantes é muito reduzido.

Contrariamente aos critérios de selecção definidos inicialmente, nem todas os alunos com Síndrome de Down do presente estudo, frequentam o ensino regular. Foram obtidas apenas, oito autorizações para a aplicação da escala a alunos com Síndrome de Down a frequentar o ensino regular. Desta forma, foram contactadas instituições da Associação Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM).

Sendo assim, da totalidade da amostra, dezoito alunos encontram-se institucionalizadas em diferentes delegações da APPACDM e trinta e oito encontram-se a frequentar o ensino regular da região Centro.

3.4. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Para a recolha de dados no presente estudo, utilizamos a *Escala Pictórica da Competência Percebida e Aceitação Social para Crianças com Paralisia Cerebral*,

adaptada para a realidade portuguesa por Corredeira (2001), baseada na escala desenvolvida por Vermeer & Veenhof (1997), que para a sua elaboração apoiaram-se na *Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance in Young Children* (Harter & Pike, 1984).

A escala para a paralisia cerebral contém imagens de crianças em cadeiras de rodas, estas foram retiradas, uma vez que nenhum dos inqueridos era não ambulatório. No entanto, nenhum item foi excluído, uma vez que as imagens retiradas eram uma variante da escala. A escolha desta escala repousa não só no facto de esta já ter sido utilizada por Corredeira (2001), em populações em condição de deficiência, onde foram confirmadas as suas propriedades psicométricas, mas também pela possibilidade de se poder fazer comparações com estudos que utilizaram a escala de Harter & Pike (1984) em crianças e jovens com Síndrome de Down (e.g. Begley, 1999; Cuskelly & Jong, 1996).

3.4.1. Escala Pictórica da Competência Percebida e Aceitação Social para Crianças

Esta escala foi desenvolvida com o propósito de avaliar as autopercepções ao nível da competência física, da competência académica e da aceitação social de crianças com idades entre os 4 e os 7 anos (Harter & Pike, 1984).

Este instrumento é composto por quarenta itens organizados segundo quatro subescalas (10 itens cada), que pretendem medir a percepção em diferentes domínios: Competência académica, Competência física, Aceitação de pares e Aceitação parental. No entanto, a totalidade dos itens concentra-se em dois factores: Competência Percebida e Aceitação Social. A separação das quatro subescalas foi feita, porque, segundo os autores, estas fornecem informações úteis sobre cada criança individualmente.

A escala foi desenvolvida para avaliar as autopercepções de crianças, apresentando, por isso, um formato pictórico. Este tipo de formato permite reduzir as limitações verbais das crianças e aumentar os seus níveis de atenção para as tarefas apresentadas na escala.

Desta forma, cada item consiste em duas imagens colocadas uma ao lado da outra. Estas exibem crianças envolvidas em actividades com diferentes níveis de competência ou de aceitação social. As imagens são acompanhadas por uma descrição verbal, feita pelo investigador, que tem como objectivo ajudar à compreensão de cada item. A criança tem que apontar para a imagem com que se identifica mais, e posteriormente, indicar se essa criança é muito ou pouco parecida com ela.

Em cada uma das subescalas existe um contrabalanço das crianças mais ou menos competentes/aceites, onde metade das imagens mostra a criança mais competente/aceite do lado direito e a outra metade do lado esquerdo. Este formato tem como objectivo reduzir a tendência que a criança tem, em dar respostas socialmente desejáveis.

Foi construída uma versão para rapazes e outra para raparigas, para que haja uma maior identificação da criança com a representação pictórica que lhe é apresentada.

Cada item é pontuado segundo uma escala de quatro pontos, onde o quarto representa o grau mais elevado de competência percebida ou aceitação. A média das pontuações para cada subescala, determina um perfil de competência percebida e de aceitação social.

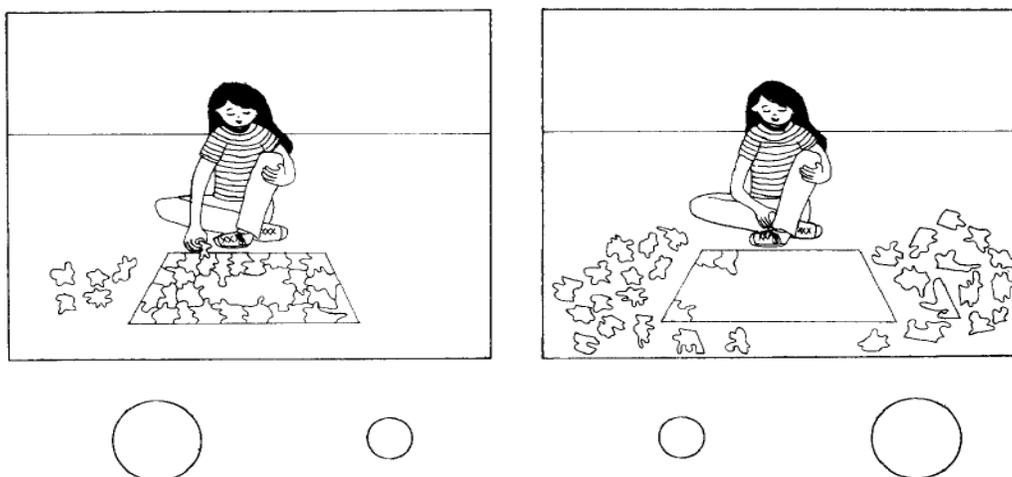


Figura 3 – Na figura está representado o exemplo de um dos itens da escala pictórica.

3.5. PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

Os investigadores apresentaram-se às educadoras/professoras dos alunos em causa e explicaram o objectivo do presente estudo, em que consistia a escala e como se procederia a sua aplicação. Por sua vez, as educadoras, apresentaram os investigadores aos alunos, explicando que pretendiam descobrir o que as crianças e os jovens pensam e sentem sobre si próprios relativamente à escola, à educação física e desporto, aos seus amigos e à sua família e que para tal precisavam da sua ajuda.

Antes da aplicação da escala, os investigadores certificaram-se de que os alunos queriam participar no estudo, informaram-nos de que poderiam desistir em qualquer momento e de que ninguém, à excepção da investigadora, saberia as respostas dadas por eles.

O local da entrevista foi sempre escolhido pelas educadoras/professoras, para que estas seleccionassem um local que permitisse trabalhar isoladamente com o aluno e que fosse, também, do seu agrado. No fim do encontro os investigadores agradeceram ao aluno pela sua participação e às educadoras/professoras pela sua colaboração.

Para a aplicação da escala os investigadores estiveram em contacto directo com todos os indivíduos da amostra, informando-os do objectivo do estudo e de que não existiam respostas certas e erradas. A explicação foi dada com base no seguinte exemplo: “Com qual das seguintes crianças é que és mais parecido(a)”; “És muito ou pouco parecido com esta criança”.

A escala foi aplicada entre Março e Abril de 2006. Cada sessão teve uma duração média de quinze minutos.

Uma das variáveis em estudo é a prática de actividade física. Os dados relativos a esta variável foram colhidos na mesma altura que as autorizações dos encarregados de educação, os quais tinham que preencher uma ficha de caracterização do seu educando.

Os procedimentos estandardizados para aplicação da escala, passam por duas fases: primeiro a criança escolhe uma de duas imagens com crianças em actividade, relacionadas com as suas auto-descrições. A atenção da criança fica, assim, retida em duas figuras que representam os pontos extremos de um *continuum* (negativo e positivo). O investigador lê os depoimentos, aponta para as figuras correspondentes e incentiva a criança para apontar para a imagem que é mais parecida com ela, ou seja, que melhor

reflecte a sua auto-descrição. Após a criança se identificar com uma das imagens apresentadas, o investigador pergunta-lhe se ela é muito parecida com a criança da imagem ou se é só um pouco parecida. A criança distingue o grau de concordância do seu depoimento, apontando para um dos círculos, de tamanhos diferentes, os quais indicam a diferença entre os dois conceitos.

3.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Segundo Burns (1997), para analisar os dados deve-se obedecer às seguintes etapas: preparação dos dados para análise; descrição das características da amostra; análise descritiva dos dados; análise inferencial orientada pelas hipóteses, questões ou objectivos.

Desta forma, foram criadas bases de dados (uma com os dados da amostra total e outra só com os dados dos indivíduos praticantes de actividade física) na versão 13.0 do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), para introduzir os dados segundo um sistema de codificação pré-estabelecido, de forma a identificar cada variável. Para o tratamento dos dados também foi utilizado o programa Excel for Windows 2003.

Para descrever as características da amostra utilizou-se a estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão relevantes para a amostra em estudo. A análise incide sobre as seguintes variáveis: idade, condição (com ou sem Síndrome de Down), género, prática desportiva e frequência de prática desportiva.

Todo o procedimento estatístico foi informático.

De acordo com o tipo de variáveis em estudo, a amostra em estudo e o tipo de objectivos e questões do estudo seleccionaram-se os testes da estatística inferencial não paramétrica. Para a análise comparativa entre as variáveis em estudo, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, de forma a verificarmos se existem diferenças estatisticamente

significativas. Por fim, para avaliar as relações entre as variáveis, utilizou-se a correlação de Spearman.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos apresentar os resultados obtidos através do instrumento de medida utilizado.

Começaremos por apresentar os resultados relativos à amostra total, seguidamente apresentaremos os resultados referentes à condição dos indivíduos e finalmente apresentaremos os dados relativos ao género.

A análise será, descritiva e correlacional de forma a averiguar a relação entre variáveis e comparativa.

4.1. AMOSTRA TOTAL

Neste quadro são apresentados os valores da média e desvio padrão (medidas de tendência central) das variáveis dependentes no presente estudo.

Quadro 2 – Valores da média e desvio padrão das variáveis dependentes na amostra total

	Média	Desvio Padrão (sd)
Aceitação dos Pares	2,95	0,48
Aceitação Parental	2,71	0,33
Aceitação Social	2,83	0,3

Podemos verificar no quadro 2 que os valores obtidos ao nível da aceitação social são francamente positivos para ambos os domínios. Porém o domínio da aceitação dos pares é aquele onde a nossa os indivíduos se pontuam com valores mais altos.

Através da análise do quadro 3, verifica-se que os valores de aceitação dos pares são superiores aos verificados para a aceitação parental.

Quadro 3 – No seguinte quadro apresentamos os valores das correlações das variáveis em estudo para a amostra total (N=56).

Correlação de Spearman	Condição	Gênero	Aceitação dos Pares	Aceitação Parental
Condição	1,00	-,12	-,44(**)	,02
Gênero		1,00	,02	-,002
Aceitação dos Pares			1,00	-,06
Aceitação Parental				1,00

** Correlação significativa para $p \leq 0,01$

* Correlação significativa para $p \leq 0,05$

A análise do quadro 3 revela a existência de uma relação entre as variáveis condição e a aceitação dos pares, para um nível de significância de 0,01.

4.2. CONDIÇÃO – INDIVÍDUOS COM SÍNDROMA DE DOWN VS INDIVÍDUOS DITOS NORMAIS

No quadro 4 são apresentados os valores da média e desvio padrão (medidas de tendência central) das variáveis dependentes no presente estudo.

Quadro 4 – Valores da média e desvio padrão das variáveis dependentes nos indivíduos com Síndrome de Down e nos indivíduos ditos normais.

	Condição	Média	Desvio Padrão (sd)
Aceitação dos Pares	Indivíduos com Síndrome de Down	2,72	0,54
	Indivíduos ditos normais	3,16	0,31
Aceitação Parental	Indivíduos com Síndrome de Down	2,68	0,34
	Indivíduos ditos normais	2,73	0,33
Aceitação Social	Indivíduos com Síndrome de Down	2,70	0,34
	Indivíduos ditos normais	2,94	0,20

Ao analisarmos o quadro 4 verificamos que ao nível da aceitação social, os indivíduos ditos normais, apresentam valores de autopercepção superiores aos indivíduos com Síndrome de Down. Esta supremacia é verificada tanto para a aceitação parental como para a aceitação dos pares.

Neste quadro são mostrados os valores de estatística inferencial, referentes ao teste de Mann-Whitney.

Quadro 5 – Valores do teste de Mann-Whitney para indivíduos do género feminino e género masculino em cada uma das condições.

Condição	Domínio	Teste de Mann-Whitney	
		Z	p
Indivíduos ditos normais	Aceitação dos Pares	-,17	,87
	Aceitação Parental	-,63	,53
Indivíduos com Síndrome de Down	Aceitação dos Pares	-,61	,54
	Aceitação Parental	-,45	,65

Da análise do quadro 5 podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a forma como se percebem em ambos os domínios da aceitação social, os indivíduos do género feminino e género masculino de ambas as condições.

4.3. GÉNERO

Nos quadros 6,7 e 8 são apresentados os valores da média e desvio padrão (medidas de tendência central) das variáveis dependentes relativamente ao género.

Quadro 6 – Valores da média e desvio padrão das variáveis dependentes, relativamente ao género masculino e ao género feminino.

	Género	Média	Desvio Padrão (sd)
Aceitação dos Pares	Masculino	2,94	0,5
	Feminino	2,96	0,48
Aceitação Parental	Masculino	2,72	0,32
	Feminino	2,69	0,35
Aceitação Social	Masculino	2,83	0,29
	Feminino	2,83	0,33

Neste quadro podemos observar que as autopercepções ao nível da aceitação social para ambos os géneros são muito semelhantes ou mesmo iguais para ambos os géneros. Devemos destacar a superioridade dos valores no domínio da aceitação de pares em ambos os géneros.

Quadro 7 – Valores da média e desvio padrão das variáveis dependentes, relativamente a indivíduos com e sem Síndrome de Down do género masculino.

	Condição	Média	Desvio Padrão (sd)
Aceitação dos Pares	Indivíduos com Síndrome de Down	2,64	0,60
	Indivíduos ditos normais	3,15	0,30
Aceitação Parental	Indivíduos com Síndrome de Down	2,74	0,24
	Indivíduos ditos normais	2,71	0,36
Aceitação Social	Indivíduos com Síndrome de Down	2,69	0,34
	Indivíduos ditos normais	2,93	0,16

Analisando o quadro 7 podemos verificar que ao nível da aceitação parental, os valores da media são próximos para ambas as condições dos indivíduos, notável neste domínio é o facto de os indivíduos com Síndrome de Down se percecionarem de forma mais positiva. Quanto à aceitação dos pares existe diferença entre os valores de média dos indivíduos com Síndrome de Down e dos indivíduos ditos normais, com valores de superiores para os segundos.

Quadro 8 – Valores da média e desvio padrão das variáveis dependentes, relativamente a indivíduos com e sem Síndrome de Down do género feminino.

	Condição	Média	Desvio Padrão (sd)
Aceitação dos Pares	Indivíduos com Síndrome de Down	2,76	0,51
	Indivíduos ditos normais	3,17	0,33
Aceitação Parental	Indivíduos com Síndrome de Down	2,64	0,40
	Indivíduos ditos normais	2,74	0,30
Aceitação Social	Indivíduos com Síndrome de Down	2,70	0,36
	Indivíduos ditos normais	2,95	0,24

Analisando o quadro 8 podemos verificar que ao nível da aceitação parental, os valores da media são próximos para ambas as condições dos indivíduos. O mesmo não podemos dizer sobre as diferenças existentes para a variável da aceitação dos pares, onde existe diferença entre os indivíduos com Síndrome de Down e os indivíduos ditos normais, com valores de media superiores para os segundos.

No quadro 9 são apresentados os valores de estatística inferencial, referentes ao teste de Mann-Whitney para ambos os géneros.

Quadro 9 – Valores do teste de Mann-whithney para indivíduos com Síndrome de Down e indivíduos ditos normais de ambos os géneros.

Género	Domínio	Teste de Mann-Whitney	
		Z	p
Masculino	Aceitação dos Pares	-2,06	0,04
	Aceitação Parental	-, 64	0,52
Feminino	Aceitação dos Pares	-2,51	0,012
	Aceitação Parental	-, 86	0,39

Da análise do quadro 9 podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas, entre a forma como se percebem os indivíduos com Síndrome de Down e indivíduos ditos normais do género masculino relativamente aos seus pares ($p \leq 0,05$). Também no domínio da aceitação dos pares, existem no género feminino diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com Síndrome de Down e indivíduos ditos normais ($p \leq 0,05$).

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como objectivo averiguar as autopercepções de indivíduos com Síndrome de Down nos dois domínios da subescala de aceitação social, a aceitação parental e aceitação dos pares. Pretendeu-se saber se existiam diferenças nas autopercepções, entre os meninos do pré-escolar, ditos normais e os meninos com Síndrome de Down, assim como, de que forma estas percepções sofriam alterações com as diferenças de género e, que factores poderiam estar na base das varias diferenças.

Quanto aos valores da aceitação social em indivíduos ditos normais, eram esperados resultados positivos, para ambos os domínios da aceitação social. O resultado obtido no nosso estudo foi francamente positivo, indo ao encontro noutros estudos realizados utilizando o mesmo instrumento, tal como podemos observar no quadro 10. No mesmo quadro, podemos observar, que os valores médios positivos são verificados para ambos os domínios da aceitação social.

Quando comparamos os resultados por nós obtidos, com os valores normativos de referência de Harter & Pike (1981) verificamos que estes, são ao nível da aceitação social idênticos, porém, existem diferenças consideráveis dentro de cada domínio. Para o domínio da aceitação dos pares, a população do nosso estudo apresenta um valor superior que o verificado nos estudos de Harter & Pike (1981), verificando-se o contrario para o domínio da aceitação parental, onde o nosso estudo refere valores inferiores aos do estudo de referencia.

Quadro 10 – Valores da média e desvio padrão do domínio da aceitação social da Escala Pictórica, referentes aos indivíduos ditos normais

	Aceitação dos pares		Aceitação parental		Aceitação social
	Media	sd	Media	sd	Media
Presente estudo	3,16	0,31	2,73	0,33	2,94
Estudo de Cuskelly & Jon (1996)	3.2	0,56	3.2	0,61	3.2
Harter & Pike (1984)	2,9	0,56	3,0	0,59	2,95

Apenas como informação adicional, podemos ver também no quadro 10, os valores do estudo realizado por Cuskelly & Jon (1996), este estudo apresenta valores de auto percepções ao nível da aceitação social ainda mais positivos que os dois estudos referidos anteriormente.

Pensamos que sobre estas diferenças de resultados, não é fácil concluir nada em absoluto. As diferenças culturais e sociais em que cada uma das amostras se insere, uma vez que os indivíduos em estudo pertencem a diferentes países (E.U.A., Austrália e Portugal), poderão ser suficiente para que existam diferenças entre os resultados obtidos nos diferentes estudos. O sistema funcional familiar e escolar destes países comporta diferenças que eventualmente poderão estar na base destas discrepâncias observadas.

O domínio onde se obtêm diferenças mais claras é a aceitação parental, esta diferença pode ser explicada pelos níveis de desenvolvimento que os três países apresentam. O nível cultural e socio-económico poderá ser preponderante nas desigualdades encontradas no domínio da aceitação parental.

Quanto às diferenças entre géneros dos indivíduos ditos normais, devemos referir que apesar de os valores apresentados não serem significativos, o género feminino apresenta valores médios superiores.

Tal como o resultado obtido pelos vários autores que realizaram estudos, utilizando o mesmo instrumento em indivíduos com síndrome de Down, o resultado do nosso estudo refere também que estes indivíduos se percebem de forma positiva.

Através do quadro 11 podemos ver descritos os valores obtidos em estudos semelhantes realizados por diferentes investigadores.

Quadro 11 – Valores da média e desvio padrão do domínio da aceitação social, da Escala Pictórica, referentes aos indivíduos com Síndrome de Down

	Aceitação dos pares		Aceitação parental		Aceitação social
	Media	sd	Media	sd	Media
Presente estudo	2,72	0,34	2,68	0,34	2,70
Estudo de Cuskelly & Jon (1996)	3,3	0,43	3,9	0,61	3,25
Estudo de Begley (1999)	Neste estudo não foram apresentados estes dados.				3,47
Estudo de Campos (2005)	2,84	0,49	2,85	0,34	2,85

No quadro não são observáveis os valores dos dois domínios que compõe a subescala da aceitação social no estudo de Begley (1999), uma vez que estes não foram divulgados no mesmo, assim como, do estudo realizado por Cuskelly & Jon (1996) estão apenas representados os valores relativos à amostra referente ao escalão etário que mais se aproxima daquele por nós estudado para assim podemos obter uma comparação mais efectiva com o nosso estudo.

Apesar de não serem referidos separadamente os valores dos dois domínios da aceitação social no estudo de Begley (1999), podemos constatar o valor total da média para a aceitação social é claramente superior aos restantes estudos. O estudo de Cuskelly & Jon (1996) apresenta também valores fracamente positivos, sendo os dois estudos efectuados no nosso país, os que obtêm valores mais baixos. Ainda que igualmente positivos, estes apresentam diferenças não significativas em ambos os domínios da subescala de aceitação social. Os resultados obtidos seriam de alguma forma previsíveis. Segundo Campos (2005) ambos os estudos realizados anteriormente em Portugal utilizando a mesma escala e, com populações com deficiência, apesar das condições das deficiências serem distintas, apresentavam valores médios das subescalas, inferiores aos estudos realizados no estrangeiro.

Quanto às diferenças observadas entre os dois domínios da aceitação social, era de certa forma esperado que na aceitação dos pares se obtivesse valores médios superiores aos observados para a aceitação parental, uma vez que nos estudos de Campos (2005) e Cuskelly & Jon (1996) isto se verificava. Porém devíamos salvaguardar um aspecto que

poderia influir nesta diferença, o tipo de estabelecimento de ensino frequentados pelos indivíduos da amostra em cada um dos estudos era distinto. No estudo de Campos (2005) e de Cuskelly & Jon (1996), a amostra é composta por indivíduos provenientes exclusivamente de instituições de ensino especial, já a amostra do presente estudo é formada por indivíduos provenientes não só de instituições do ensino especial mas também do ensino regular, com uma percentagem 31% de indivíduos do segundo.

Segundo Campos (2005), uma superprotecção dos pais nas idades mais tenras dos indivíduos, poderá proporcionar-lhes uma sensação de que são mais queridos e mais aceites pelos pais. Considerando que os indivíduos provenientes do ensino regular são provavelmente mais competentes, e tal como refere Begley (1999), os pais tendem a exigir mais dos filhos quando reconhecem essa competência superior. Devíamos por isso observar uma menor superprotecção parental e, a conseqüente diminuição do valor da média para aceitação parental. Isto foi verificado copiosamente quando comparamos com os resultados do nosso estudo.

Segundo a teoria de Festinger, (1954), já referida no capítulo de revisão de literatura, seria de esperar tendo em conta que a nossa amostra inclui indivíduos do ensino especial mas também indivíduos do ensino regular, que relativamente á aceitação dos Pares os valores médios do nosso estudo fossem inferiores aos estudos com amostras exclusivamente de indivíduos do ensino especial. Se tivermos em conta a possível influência dos 31% de indivíduos do ensino regular contidos na nossa amostra, podemos assinalar que o grupo de referência na escola poderá ser a causa de um redução do valor de média no domínio da aceitação dos pares, relativamente aos restantes estudos. Outros factores podem ser associados ao valor mais baixo observado para o domínio da aceitação dos pares do nosso estudo, sendo que estes factores provêm todos eles da diferente procedência das amostras. Segundo Smith & Brownell (2001), a relação das crianças com os seus pares e amigos está associada com múltiplos aspectos do desenvolvimento e adaptação, inclusive no seu sucesso na escola, este sucesso poderá não ser conseguido facilmente em escolas do ensino regular. Glenn & Cunningham, (2000) referem que a linguagem pode ser uma barreira para o desenvolvimento de relações com os pares, esta representa um dos aspectos mais importantes a ser desenvolvido por qualquer criança, para que se possa relacionar com as demais pessoas

e integrar-se no seu meio social. Begley (1999) no seu estudo faz também referência aos estabelecimentos de ensino de frequência dos indivíduos. Porém a autora refere que o tipo estabelecimento de ensino nada tem a ver com o valores mais ou menos positivos percebidos pelos indivíduos, relatando mesmo que no seu estudo, obtivera resultados mais positivos daqueles que frequentavam o ensino regular. Contudo devemos proferir alguns factores que podem ser determinantes nas conclusões retiradas por Begley (1999), em primeiro lugar a amostra referente ao ensino regular que esta apresentava era apenas de 19%, segundo, de uma amostra de 64 indivíduos apenas 13 pertenciam ao ensino regular, 30 pertenciam a escolas para alunos com dificuldades de aprendizagem moderadas e os restantes 21 pertenciam mesmo a escolas para alunos com dificuldades severas de aprendizagem, por ultimo as idades que a sua amostra compreendia, eram diferentes das que são apresentadas no nosso estudo, estas situavam-se entre os 8-16 anos de idades, o que pressupõe uma média de idades inferior á que nós apresentamos e igualmente inferior aos restantes estudos.

Se tivermos em conta a média de idades das amostras (Indivíduos com Síndrome de Down) nos estudos de Campos (2005), de Cuskelly & Jon (1996) e o presente estudo, constatamos que, quanto maior a média de idades das diferentes amostras (14,92; 14,7 e 14,2 respectivamente), menores são os valores obtidos para a aceitação social. Begley (1999) no seu estudo, acrescenta que é esperado que as autopercepções se tornem menos positivas com o incremento da idade, a autora, citando Raviv & Stone (1991), justifica este facto com as experiências negativas que os indivíduos vão tendo ao longo dos anos e, com o desenvolvimento da capacidade de comparação social, que segundo Harter (1981) é reduzido ou inexistente nas idades mais precoces, mas que é progressivamente desenvolvido a partir dos 7-8 anos de idade (mental).

Relativamente às diferenças entre géneros, não seria de esperar com grande claridade nenhum resultado. Se por um lado estudos de vários autores referem que os rapazes com Síndrome de Down obtêm valores médios de autopercepções superiores nos vários domínios da escala, outros há que referem precisamente o contrario.

Os valores obtidos no nosso estudo mostram uma ligeira superioridade do género feminino relativamente ao masculino na subescala da aceitação social, sendo que o

resultado não é significativo. Esta supremacia verifica-se igualmente no estudo realizado por Begley (1999), esta refere que o facto de as raparigas terem maiores níveis de autopercepção social, pode ser reflexo das actividades verbais serem um domínio deste género. Porém, Campos (2005) apresenta resultados contrários no seu estudo. Quanto aos resultados em cada um dos domínios, verificamos que para a aceitação parental os valores da média obtidos no nosso estudo são maiores para o género masculino, isto vai de encontro aos valores encontrados por Campos (2005). A autora, tendo em conta a relação inversa observada no seu estudo, entre subescala de competência e a aceitação parental, refere que os rapazes ao perceberem-se mais competentes, é porque realmente são mais capazes, e assim sendo, os pais destes não se apresentam tão protectores, protecção esta, que devia ser um factor atenuativo dos valores de média positivos no domínio da aceitação parental. Já relativamente ao domínio da aceitação dos pares, no nosso estudo é no género feminino que se verificam valores médios mais altos, contrariando assim resultado obtido por Cuskelly & Jon (1996) e apoiado pelos resultados de Campos (2005).

Quando comparamos os resultados obtidos por ambas as condições dos diferentes géneros, constatamos que relativamente á aceitação dos pares, as diferenças entre os alunos com Síndrome de Down e alunos do pré-escolar ditos normais, são estatisticamente significativas para ambos os géneros. Contudo devemos referir que os resultados obtidos pelos indivíduos com Síndrome de Down no domínio da aceitação dos pares do presente estudo, são claramente mais baixos que os obtidos nos estudos feitos anteriormente, enquanto que os indivíduos ditos normais da nossa amostra, obtiveram valores superiores á maioria desses estudo. Assim, os valores significativos que obtivemos devem ser vistos com alguma prudência, porém estes resultados conduzem-nos a concluir que realmente os indivíduos com Síndrome de Down sentem de alguma forma uma menor aceitação por parte dos pares.

Já no domínio da aceitação parental, curiosamente as diferenças são muito menores e ocorre mesmo, uma supremacia do resultado dos alunos género masculino com Síndrome de Down. Devemos olhar para este facto com alguma prudência, porem a superprotecção parental já acima invocada, poderá ser o factor determinante nestes

resultados. Os indivíduos com Síndrome de Down supostamente deverão ter pais mais protectores e presentes, tendo em conta as suas debilidades.

As diferenças existentes nos vários estudos, sugerem que os indivíduos com Síndrome de Down de ambos os géneros se comportam de forma diferente dos indivíduos ditos normais. Sendo difícil sem o auxílio de outras variáveis prever esse comportamento. Begley (1999) no seu estudo citando Marsh (1989), afirma que de acordo com os estereótipos normalmente observados nos diferentes géneros espera-se que existam diferenças nas tarefas que permitam experiências mais positivas para homens e mulheres, culturalmente mais adequadas aos mesmos.

Perante os resultados ambíguos apresentados nos vários estudos, é difícil determinar factores que suportem esses mesmos resultados. Contudo pensamos que pelo comportamento variável que a amostra apresenta, o género deverá ser um factor determinante das autopercepções.

Para um melhor entendimento de toda esta temática e para melhor compreender os indivíduos com Síndrome de Down, verifica-se a necessidade de efectuar mais estudos, que contemplem amostras de maior dimensão e com maior número de variáveis. Esta será a melhor forma de poder oferecer a esta população, uma vida melhor, integrada de forma mais positiva nas sociedades modernas.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Neste capítulo relataremos as principais conclusões do nosso trabalho e deixaremos algumas sugestões, para futuras investigações no âmbito das autopercepções com indivíduos com Síndrome de Down.

Tendo em conta os resultados do nosso estudo, existem algumas conclusões que seguidamente apresentaremos:

- A nossa amostra (Total) se percebe de forma positiva para ambos os domínios da subescala da aceitação social, isto vai de encontro aos vários estudos efectuados. Porém, existe uma pontuação média inferior da nossa amostra, relativamente a outros estudos.

Perante os valores inferiores obtidos pela nossa amostra e na amostra de Campos (2005), ambos estudos efectuados em território Nacional, parece-nos importante ter em conta em futuros estudo alguns factores culturais e sociais que diferenciam os vários Países.

- Os alunos do pré-escolar ditos normais obtiveram resultados mais positivos que os alunos com Síndrome de Down, em ambos os domínios da aceitação social

- O domínio da aceitação dos pares apresenta valores mais positivos que o domínio da aceitação parental em ambas as condições.

Apesar disso pensamos que deve ser salvaguardado, que pela idade mental dos indivíduos, estes poderão confundir a realidade com aquilo que estes desejavam que fosse. Pois, salvo raras excepções, Pais todos têm, porém amigos, muitos haverá, que desejariam tê-los.

A conclusão acima descrita, mais que uma conclusão, é uma deixa para futuras investigações. Tanto a idade como o estabelecimento de ensino parecem nos dois factores de grande importância e claramente objectos pertinentes de estudo.

Quanto ao género:

- Concluimos que os indivíduos com Síndrome de Down de ambos os géneros, apresentam valores diferentes de auto percepção social, dos valores obtidos em indivíduos ditos normais.

Relativamente á aceitação dos pares, as diferenças entre os alunos com Síndrome de Down e alunos do pré-escolar ditos normais, são estatisticamente significativas para género masculino e o mesmo para o género feminino. Sendo os alunos de pré-escolar aqueles que obtêm valores mais positivos.

- Concluimos que, os alunos com Síndrome de Down do género feminino, obtêm valores superiores no domínio da aceitação dos pares, já no domínio da aceitação parental são os alunos do género masculino aqueles que melhores resultados apresentam.

- Nos alunos do pré-escolar o género feminino é aquele que melhores resultados obtém em ambos os domínios.

Já é comprovado que crianças e jovens com Síndrome de Down podem alcançar estágios muito mais avançados de raciocínio e de desenvolvimento do que aqueles que eram imaginados há alguns anos atrás, no entanto, não se pode predeterminar neste momento qual será o limite de desenvolvimento do indivíduo com Síndrome de Down, porem devemos tentar procurar oferecer esse limite a esta população que tanto merece.

Devemos considerar agora algumas dificuldades limitativas do presente estudo, dificuldades que na sua maioria se relacionam com a recolha de dados.

A amostra inicialmente pretendida, era de alunos apenas do ensino regular de ambas as condições, porem as cartas enviadas ás escolas, os vários contactos via telefone com estas e mesmo apresentando-nos pessoalmente nas mesmas, não foi suficiente para conseguir mais que oito alunos com Síndrome de Down a frequentar o ensino regular. Fruto da incompreensão das escolas, ou mesmo dos encarregados de educação dos potenciais alunos para a constituição da amostra, obrigou a que recorreremos a alunos do ensino especial, alterando assim o objectivo inicial.

Outro dos objectivos iniciais que foi posteriormente alterado foi, o de efectuar uma comparação entre praticantes e não praticantes de actividade física regular. Esta alteração deveu-se ao facto de, no total da amostra conseguida apenas cinco dos alunos com Síndrome de Down não eram praticantes de actividade física regular. Motivo que nos deve deixar muito contentes, tendo em conta os benefícios da prática de actividade física, anteriormente descritos no capítulo de Revisão de literatura, mas que limitou o nosso estudo.

7. BILIOGRAFIA

7. BILIOGRAFIA

Albuquerque, M. (s.d) A criança com deficiência mental ligeira. In

<http://www.snripd.pt/document/Livro017.pdf>

Andrea E, Brown, (1999). Social Competence in Peer-Accepted Children with Learning Disabilities. *Department of Educational and Counselling Psychology y-University of Montreal.*

Balaguer,I. & Pasto,Y. (2001) Relaciones entre autoconcepto, deporte y competición deportiva en los adolescentes valencianos. *Unidad de Investigación de Psicología del Deporte- Facultad de Psicología. Universitat de València*

Baltazar, M. & Porto, T. (2003). Análises das percepções e consequência na relação pais e portadores de Síndrome de Down. *Graduação de Psicologia da UNIFIL – Centro Universitário Filadélfia*

Barata, T. (s.d.). Actividade física e saúde, Grupo de Intervenção da FPC para o sedentarismo. AF.Fundação de Cardiologia Portuguesa, in

http://cardiologia.brower.pt/PrimeiraPagina.aspx?ID_Conteudo=51

Begley, A. (1999). The self-perceptions of pupils with Down Syndrome in relation to their academic competence, physical competence and social acceptance. *Internacional Journal of Disability, Development and Education.* 46: 515-529.

- Byrne, B. (1996). Academic self-concept: its structure, measurement and relation to academic achievement. In: J. Willy & Sons (Eds.), *Handbook of self-concept – Development social and clinical considerations*. New York. 287-311.
- Campos, M. (2005). *Autopercepções em crianças e jovens com Síndrome de Down – Estudo da competência percebida e da aceitação social*. Tese de mestrado em Ciências do Desporto, na área da Actividade Física Adaptada. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física – Universidade do Porto, Porto.
- Costa, P.(2002). Escala de Autoconceito no Trabalho: *Construção e Validação*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jan-Abr 2002, Vol. 18
- Cunha, C. & Brito, J. (2004). Programas de animação desportiva em adultos portadores de deficiência mental. *Aspectos metodológicos e operacionais*. II – Congresso Internacional da Montanha – Escola Superior de Desporto de Rio Maior
- Cunningham, C. & Glenn, S. (2004). Self-awareness in young adults with Down Syndrome: I. Awareness of Down Syndrome and disability. *International Journal of Disability, Development and Education*. 51: 335-381.
- Cuskelly, M. & Jong, I. (1996). Self-concept in Children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*. 4: 59-64.
- Dessen, M. & Silva, N. (2002). Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família. *Interacção em Psicologia* 2002, 6 (2), p. 166 167-176

Dessen, M.A. & Silva, N. (1999) Questões de família e desenvolvimento e a prática de pesquisa. *Psicologia e Reflexão Crítica*, vol.16, no.3

Glenn, S. & Cunningham, C. (2001). Evaluation of self by young people with Down Syndrome. *International Journal of Disability, Development and Education*. 48: 163-177.

FAMERP – PROJIS – Projecto Internet & Saúde . 2004: in <http://www.infomedgrp1.famerp.br/>

Fernandes, D., Bartholomeu D.& Rueda, F. (2005). Auto concepto y rasgos de personalidad: *Un estudio correlacional*. *Psicologia Escolar e Educacional*, Volume 9 Número 1 15-25

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Traduzido por Nídia Salgueiro. Lusociência. Lisboa.

Instituto do Desporto de Portugal (2006) DESPORTO ADAPTADO in

http://www.idesporto.pt/CONTENT/2/2_4/2_4.aspx

Harter, S. & Pike, R. (1984). The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children. *Child Development*. 55: 1969-1982.

Martinho, C.(2004). Interações sociais entre crianças com deficiência mental – Benefícios cognitivos e aprendizagem. *Análise Psicológica* (2004), 1 (XXII): 225-233

Silva, R.(2002) A educação especial da criança com Síndrome de Down. Rio de Janeiro, Monografia apresentada à Universidade Veiga de Almeida, in <http://www.infomedgrp1.famerp.br/default.asp?id=1&mnu=1>

Silva, N. & Dessen, M. (2002). Deficiência Mental e Família, Implicações para o Desenvolvimento da Criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 17 n. 2, pp. 133-141

Tavares, P. (2004), *Actividade Física e Saúde. Rua Larga – Revista da Reitoria da Universidade de Coimbra*, volume 12

Kernan, H. & Sabsay, S. (1991) Linguistic and cognitive ability of adults with Down syndrome and mental retardation of unknown etiology. Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, University of California, Los Angeles, USA

ANEXOS

1. Anexo

Novembro de 2005

Exmo Sr. ou Sra
Presidente do Conselho Executivo,

O meu nome é Maria João Carvalheiro Campos. Lecciono a disciplina de Ensino Integrado, na Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra e sou professora de Educação Física no Agrupamento de Escolas Marquês de Pombal.

Venho por este meio pedir a V. Exa. que se digne autorizar a passagem de um questionário sobre autopercepções a alunos com Síndrome de Down. Com este estudo, inédito no nosso País, pretende-se avaliar o modo como estes jovens (dos 4 aos 20 anos de idade) se percebem ao nível da competência e da aceitação social.

Junto anexamos a autorização da Direção Regional da Educação do Centro. De forma a proteger o anonimato das famílias e dos alunos em questão, as autorizações dos encarregados de educação serão entregues e recebidas pelo Conselho Executivo, pelo que anexamos as referidas autorizações.

Este trabalho será orientado por mim e coadjuvado pelos alunos finalistas da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra: Vitoria Paím de Bruges e Eduardo de Almeida Gonçalves.

Agradeço desde já a atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos,

(Maria João Campos)

(Vitória Paím de Bruges)

(Eduardo de Almeida Gonçalves)

Contactos:

2. Anexo

Ficha de Caracterização dos Alunos

Dados do aluno:

Data de nascimento do participante _____

Tipo de ensino em que se integra (regular ou especial) _____

Pratica algum desporto fora da escola? _____

Se sim, qual? _____ Quantas vezes por semana? _____

Dados dos pais:

Data de nascimento do pai _____ Data de nascimento da mãe _____

Profissão do pai _____ Profissão da mãe _____

Habilitações literárias do pai _____ Habilitações literárias da mãe _____

Estado civil dos pais: Casados ____ Solteiros ____ Divorciados ____ Outros _____

Nº de pessoas que constitui o agregado familiar _____

3. Anexo

Coimbra, 28 de Outubro de 2005

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário

Ex.mº Sr.
Encarregado de Educação

O meu nome é Maria João Carvalheiro Campos. Lecciono a disciplina de Ensino Integrado, na Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra e sou professora de Educação Física no Agrupamento de Escolas Marquês de Pombal.

Venho por este meio pedir a V. Exa. que se digne autorizar a passagem de um questionário sobre autopercepções ao seu educando.

Este trabalho será orientado por mim e coadjuvado pelos alunos finalistas da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra: Vitoria Paím de Bruges e Eduardo de Almeida Gonçalves.

O questionário procura ajudar a compreender como é que os indivíduos com Síndrome de Down se percebem a si mesmos relativamente a diferentes domínios da sua vida.

A partir da aplicação do referido questionário a crianças com Síndrome de Down pretendemos perceber não só as variáveis que mais parecem interferir no modo como eles se percebem mas também as implicações daí decorrentes.

A participação nos questionários é, naturalmente, voluntária e anónima, não lhes sendo portanto solicitada, em local nenhum, a indicação do nome. Para além disso, todas as suas respostas são estritamente confidenciais: ninguém terá acesso a elas, exceptuando os investigadores responsáveis.

Comprometemo-nos desde já a aplicar os questionários, apenas depois de autorizada, e, caso entenda necessário, prestando os esclarecimentos que pretender, espero a sua melhor disponibilidade sobre o assunto, com a brevidade que lhe for possível.

Com os melhores cumprimentos,

Maria João Carvalheiro Campos

Eduardo Jorge Nunes de Almeida Gonçalves

Vitória do Canto de Meneses Paim de Bruges

(Por favor; preencher e devolver)

Sim, autorizo a participação do meu educando

Assinatura do Encarregado de Educação

4. Anexo

Novembro de 2005

Exmo Sr. ou Sra.
Presidente do Conselho Executivo,

Venho por este meio pedir a V. Exa. que se digne autorizar a passagem de um questionário sobre autopercepções a alunos com Síndrome de Down, para a realização de um trabalho de investigação inédito no nosso país.

Junto anexamos a autorização da Direcção Regional da Educação do Centro. De forma a proteger o anonimato das famílias e dos alunos em questão, as autorizações dos encarregados de educação serão entregues e recebidas pelo Conselho Executivo, pelo que anexamos as referidas autorizações.

Este trabalho, será orientado pela professora Maria João Campos e coadjuvado pelos alunos finalistas da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra: Vitoria Paím de Bruges e Eduardo de Almeida Gonçalves.

Agradeço desde já a atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos,

(Maria João Campos)

(Vitória Paím de Bruges)

(Eduardo de Almeida Gonçalves)