

NEUSA SUSANE DE OLIVEIRA

**A DANÇA ENQUANTO POSSIBILIDADE DE TRABALHO PARA A MELHORIA
DA QUALIDADE DE VIDA DO SINDROME DE DOWN**

Monografia apresentada como requisito de avaliação parcial para a conclusão do curso de Licenciatura em Educação Física, Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná.

ORIENTADOR

PROFº. GUILHERME AUGUSTO SOARES DA SILVA, MS

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| RESUMO | iv |
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1 PROBLEMA | 2 |
| 1.2 JUSTIFICATIVA | 2 |
| 1.3 OBJETIVOS | 2 |
| | |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA | 3 |
| 2.1 HISTÓRICO DA SÍNDROME DE DOWN | 3 |
| 2.1.1 CITOGENÉTICA DO PORTADOR DA SÍNDROME DE DOWN | 6 |
| 2.1.2 OS TIPOS DA SÍNDROME E SUAS PROVÁVEIS ORIGENS | 7 |
| 2.1.3 TRISSOMIA SIMPLES | 7 |
| 2.1.4 A IDADE MATERNA | 8 |
| 2.1.5 A IDADE PATERNA | 9 |
| 2.2 PROBLEMAS PARA A SAÚDE DO SÍNDROME DE DOWN | 10 |
| 2.2.1 A DEFICIÊNCIA MENTAL NA SÍNDROME DE DOWN | 10 |
| 2.2.2 CARDIOPATIA NOS PORTADORES DA SÍNDROME DE DOWN | 11 |
| 2.2.3 HIPOTONIA MUSCULAR E OBESIDADE DOS PORTADORES DA SÍNDROME DE DOWN | 12 |
| 2.3 A EDUCAÇÃO DO SÍNDROME DE DOWN | 12 |
| 2.3.1 A EDUCAÇÃO FÍSICA | 13 |
| 2.3.2 A EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA | 14 |
| 2.3.3 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO FÍSICA PARA O PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN | 16 |
| 2.3.4 A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA PARA A CRIANÇA PORTADORA DE SÍNDROME DE DOWN | 20 |
| 2.4 CUIDADOS A SEREM TOMADOS ANTES DA PRÁTICA DA ATIVIDADE | |

| | | |
|--------------|---|-----------|
| | MOTORA PARA PORTADORES DE SÍNDROME DE DOWN | 21 |
| 2.5 | DANÇA | 22 |
| 2.5.1 | DANÇA ELEMENTAR | 23 |
| 2.5.2 | A DANÇA COMO PORTADORA DE ATIVIDADE FÍSICA | 25 |
| 3. | CONCLUSÕES | 27 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 28 |

RESUMO

Este trabalho procurou investigar as possibilidades e viabilidades de se utilizar o conteúdo dança como meio de se obter uma melhora na qualidade de vida dos portadores de síndrome de down. Primeiramente procurou-se caracterizar a síndrome, sua origem histórica e clínica, os problemas de saúde mais comuns dos portadores, para então posteriormente procurar fazer uma reflexão sobre a questão educacional da educação física e da educação especial, atendo-se principalmente ao seu conteúdo dança. Realizou-se uma análise do quadro geral da síndrome, desde sua aceitação na sociedade à aspectos clínicos. Concluiu-se que é necessário oportunizar o portador a uma maior integração na sociedade, para que com isto exercer seus direitos de cidadão. E que a dança como meio de trabalho com os portadores é muito válida podendo trazer inúmeros benefícios para a grande maioria dos deficientes.

1. INTRODUÇÃO

Neste final do século XX com a melhora das condições de saúde, os avanços da medicina e os métodos de prevenção, maiores foram os avanços no campo das síndromes, sendo que também começou-se a ter maiores índices de longevidade dos acometidos pelas síndromes.

Com o aumento da longevidade destas pessoas começou-se então a refletir sobre um outro ponto crucial, a qualidade da vida dos portadores das síndromes. Vários estudos foram desenvolvidos procurando propor melhorias na vida de indivíduos com diferentes tipos de síndromes.

A educação física apesar de estar atravessando por um período muito fértil de conhecimentos e debates, ainda assim não consegue ter uma educação física especial a altura da população brasileira.

São inúmeros os portadores de algum tipo de síndrome no Brasil, e referindo-se especialmente ao portadores de síndrome de down estes valores não tornam-se muito diferentes do geral.

A síndrome de Down é caracterizada por um padrão de anomalias múltiplas que se inter-relacionam e que, comprovadamente, não representam uma anomalia de campo plitópica, a qual ocorre quando os processos indutivos resultarem em distúrbios localizados à distância. Por exemplo, um distúrbio que incida num momento precoce da embriogênese (momento embriopático), caracteriza-se por acometimento simultâneo ou sincrônico de dois órgãos distintos ou tecidos, que podem ser embriologicamente diferenciados, também como resultante de uma anormalidade cromossômica numérica ou estrutural.

A síndrome de Down é detectada em aproximadamente 1 em cada 600 nascimentos vivos, havendo referência de 1/350 em nosso meio. Maior incidência ocorre na prole de pais da faixa etária acima da 3ª década, e na população mais jovem, fato que se explica pelo maior número de mães jovens, que são, evidentemente, mais prolíficas.

1.1 PROBLEMA

É portanto com este direcionamento que procuraremos problematizar sobre a atual qualidade de vida dos portadores de síndromes de down brasileiros, procurando evidenciar alguns pontos importante:

- o por que não existe uma maior valorização por parte da educação física da sua sub área referente a educação especial, e o por que existe uma quantidade tão pequena de pesquisas nesta área?
- procurar verificar se a dança poderia ser um conteúdo adequado para ser melhoria da qualidade de vida dos portador de síndrome de down.

1.2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho justifica-se na medida em que a atual educação física vem apresentando poucos debates e discussões na área da educação especial.

E mesmo porque estaria apresentando um possível caminho a ser seguido para alcançar-se uma melhor qualidade de vida aos portadores da síndrome de down.

Colocaremos também mais um referencial teórico de pesquisa que poderá ser acessado futuramente para esclarecer possíveis dúvidas referentes a síndrome de down.

1.3 OBJETIVOS

Verificar porque dentro da educação física não existe uma maior valorização do campo de trabalho da educação especial, e mesmo o porque da ausência de pesquisas nesta área.

Verificar a influência da dança na melhoria da qualidade de vida do portador da síndrome de Down.

Caracterizar a síndrome de down, esclarecendo possíveis dúvidas e místicas a seu respeito.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRICO DA SÍNDROME DE DOWN

A deficiência mental, em geral, e a síndrome de Down, em particular, não são condições características das sociedades modernas. Há inúmeras evidências de que, mesmo em tempos muito remotos, alguns indivíduos diferenciavam-se dos demais por apresentar uma inteligência inferior àquela considerada normal para os padrões da população em que viviam. A forma pela qual estas pessoas eram consideradas ou compreendidas é que sempre variou muito. Sabemos que não raramente algumas culturas antigas, em diversas partes do mundo, sacrificavam as crianças que nasciam com algum tipo de deficiência. Este tipo de comportamento pode ser observado, ainda hoje, em certas sociedades.

Até o final do século passado, todos os indivíduos com deficiência mental eram classificados e tratados como que pertencendo a um mesmo tipo de doença ou condição. Não havia o conhecimento de que uma redução da inteligência poderia representar um sinal comum a algumas dezenas de situações bastantes variadas, decorrentes de uma série muito grande de alterações do sistema nervoso, particularmente o cérebro.

Um grande avanço no estudo da deficiência mental já havia ocorrido em 1866, quando um médico inglês, John Langdon Down, identificou, entre uma população de crianças portadoras de retardo mental, algumas que se diferenciavam das demais por vários aspectos físicos. A aparência facial deste grupo lembrava a de indivíduos de raça mongólicas, uma vez que apresentavam inclinação das pálpebras similares à dos asiáticos. Além do fato oriental dessa pálpebras, estas crianças tinham orelhas pequenas, diminuição do tamanho da cabeça (achatada no diâmetro ântero-posterior), nariz pequeno, língua grande e, em geral, mantida fora da boca. Seus cabelos eram ralos, tinham baixa estatura, tendência a engordar e habitualmente eram dóceis, sociáveis. Pelas características faciais descritas, estes indivíduos foram comparados aos da raça mongólica e esta condição foi

denominada de idiotia mongolóide. Expressão que, devido a mutações lingüísticas, chegou ao Brasil como mongolismo, dando origem ao termo mongolóide.

Apesar do Dr. Langdon Down não ter identificado a causa básica da condição descrita por ele, fez uma inscrição clínica tão precisa e completa que é válida até hoje. Apenas na década de 50, o cientista francês, Jerome Lejeune, estudando os cromossomas de pacientes afetados pela síndrome de Down, descobriu que estes, ao invés de estarem presentes em número de 46, que é o total característico da espécie humana, apresentavam-se 47, ou seja um a mais. Alguns anos depois, novas pesquisas identificaram que esse cromossoma extra pertencia ao par 21 que, em vez de 2, passava a ter 3 cromossomas. Foi possível, então, relacionar a síndrome de Down à presença de uma trissomia (3 cromossomas) no cromossoma 21.

Segundo estudos de MUSTACCHI (1990) a síndrome de Down é detectada em aproximadamente 1 em cada 600 nascimentos vivos, havendo referência de 1/350 em nosso meio. Maior incidência ocorre na prole de pais na faixa etária acima da terceira década, e na população mais jovem, fato que se explica pelo maior número de mães jovens, que são, evidentemente, mais prolíficas. Pelos estudos do mesmo autor sabe-se que nascem a cada ano, cerca de oito mil brasileiros com síndrome de down.

O termo síndrome de down é em homenagem a John Langdon Down que primeiro descreveu as características da síndrome. Até recentemente ter um filho com síndrome de down, significava ficar marginalizado pela limitação de propostas de educação, na saúde e lazer. Hoje melhoraram as oportunidades na esfera médica, social e educacional, mas a trissomia do 21 continua envolvida em idéias errôneas, que têm sua origem no tempo em que a deficiência mental era atribuída a influências místicas, e seu portador era confinado em instituições ou em casa, e tornava-se alvo de chacota.

O termo mongolismo, empregado por longo período para designar os portadores da referida síndrome, está sendo gradativamente abolido da literatura; como sinônima desta aberração cromossômica, graças à semelhança que

apresentam tais indivíduos com um grupo de etnia mongólica, esta designação, de sentido pejorativo, era utilizada num sistema de classificação (MUSTACCHI, 1990).

Existe um consenso evolutivo, em nossa civilização, de que a produtividade é essencial. A criança com síndrome de down beneficia-se de oportunidades existentes, desde que a sociedade lhe permita participar e demonstrar seu potencial de colaboração. Os limites impostos aos indivíduos, desde o nascimento, envolvendo, principalmente, as áreas de aprendizado e sociabilidade não devem ser rigorosos e imperativos a ponto de preocupar os familiares de portadores da síndrome de down. Devem ser flexíveis até o ponto em que não se prejudique a integridade do indivíduo que necessita de estimulação constante, para promover sua adesão ao ambiente em que vive (MUSTACCHI, 1990).

Sinais para a identificação de portadores recém-nato segundo HALL (1964) apud MUSTACCHI (1990, p.85), são:

A ausência de reflexo de Moro 85%; hipotonia muscular generalizada 80%; face achatada 90%; fenda palpebral oblíqua 80%; orelhas displásicas: (pequenas, com rotação, implantação ou forma anômala) 60%; pele abundante no pescoço 80%; prega palmar transversa única 45%; hiperelasticidade articular 80%; pelve displásica 70%; displasia da falange média do quinto dedo 55%.

Na amostra analisada deste autor 78% dos pacientes apresentavam 6 ou mais dentre os 10 sinais clínicos, o que firma o diagnóstico quando o recém-nato apresenta 6 sinais cardinais associados a sinais secundários.

Outro autor, SILVA (1972, p.64), que estudou 19 recém natos portadores e escolheu 7 sinais como cardinais: "Hipotonia muscular 90.9%; prega palmar transversa única (uni ou bilateral) 59%; prega única no quinto dedo (uni ou bilateral) 18.1%; sulco entre o hálux e o segundo artelho (uni ou bilateral) 77.2%; pele abundante no pescoço 82%; fenda palpebral oblíqua 100%; face achatada 86.3%".

Cada um desses sinais ocorre em mais de 45 dos afetados (exceto a prega única do quinto dedo). conclui SILVA (1972, p.67), que a existência de 3 ou mais sinais dos setes cardinais em um recém-nato indica necessariamente uma investigação mais cuidadosa, para a qual selecionou 5 outros sinais auxiliares: O

epicanto 68%; micrognatia 90%; nariz pequeno e/ou ponte nasal achatada 86%; hiperelasticidade articular 81%; orelhas displásicas 81%.

Atraso do desenvolvimento pré e pós-natal com peso e estatura geralmente baixos ao nascer em relação ao desenvolvimento pós natal o atraso é mais evidente a partir do sexto mês de vida.

Baixa estatura a altura média dos adultos é de 154 para homens e de 144 para mulheres.

Frouxidão ligamentar

Hipotonia muscular classicamente é descrita na literatura, a hipotonia músculo esqueléticos estriados no grupo down, é relacionada ao retardo no desenvolvimento motor e às hérnias umbilicais e inguinais, além das diástases dos músculos retos abdominais.

Vários aspectos favorecem a escolha da dança como um dos conteúdos a serem trabalhados com classes especiais.

Para o ensino da dança, há que se considerar que o seu aspecto expressivo se confronta, necessariamente, com a formalidade da técnica para a sua execução, o que pode vir a esvaziar o aspecto verdadeiramente expressivo. Nesse sentido, deve-se entender que a dança como arte não é uma transposição da vida, senão sua representação estilizada e simbólica.

A utilização da dança com alunos portadores de síndrome de down deve considerãr que não poderá ter os mesmos critérios que tem com outros alunos.

Em relação ao desenvolvimento técnico, segundõ COLETIVO DE AUTORES (1992), o que deve ser priorizado é: Ritmo: cadência, estruturas rítmicas; Espaço: formas, trajetos, volumes, direções, orientações; Energia: tensão, relaxamento, explosão.

2.1.1 CITOGENÉTICA DO PORTADOR DA SÍNDROME DE DOWN

A síndrome de Down foi a primeira anormalidade autossômica descrita no homem e constitui a aberração de cromossomos autossômico mais comumente

encontrada. Ocorre uma vez em cada 600 nascimentos e é mais freqüente quando as mães são mais idosas que a média.

Lejeune denominou de cromossomo 21 ao pequeno acrocêntrico encontrado em dose tripla no portador de referida síndrome. Naquele momento, não foi possível diferenciar o cromossomo 21 do 22 por meio de análises citológicas e autorradiográficas, de tal maneira que vários pesquisadores preferiam utilizar o termo Trissomia G ou G1 à Trissomia do 21. Atualmente, com as técnicas de bombeamento, os cromossomos são facilmente distinguidos, inclusive os do grupo G, caracterizando, assim, a trissomia do cromossomo do número 21 como responsável pela síndrome de Down. Em cerca de 95% dos casos, a trissomia é simples, ou seja, detectam-se três cromossomos 21 independentes, e o cariótipo simples do cromossomo 21 é a não disjunção cromossômica durante a meiose, que pode ocorrer também na primeira clivagem da célula-ovo, produzindo uma célula trissômica e outra monossômica, que se perde.

A associação da trissomia 21 com idade avançada tem sido longamente reconhecida. Contudo, foi com grande surpresa que se evidenciou que 20% dos portadores da síndrome de down são trissômicos por erro meiótico paterno.

2.1.2 OS TIPOS DA SÍNDROME E SUAS PROVÁVEIS ORIGENS

Alterações numéricas:

Resultam da não disjunção cromossômica durante o processo de divisão celular, seja na mitose, por separação das cromátides irmãs, seja na meiose, por não disjunção de cromossomos homólogos na primeira parte, ou cromátides irmãs, na segunda parte.

Existem três tipos de cariótipos em portador da síndrome de Down. A sintomatologia é a mesma, embora suas causas sejam diferentes. São essas as origens da síndrome: trissomia simples, trissomia por translocação e mosaïcismo.

2.1.3 TRISSOMIA SIMPLES

Trissomia simples (também chamada de livre ou por não disjunção). No cariótipo vê-se claramente a trissomia: os dois cromossomas da mãe e do pai formando o par 21 e o terceiro, extra, causador da síndrome. O detalhe é que os 3 ficam bem identificados e separados entre si, o contrário do que se observa na trissomia por translocação. A trissomia é responsável por cerca de 96 por cento dos registros da síndrome.

Neste caso, os pais têm cariótipo normal com 46 cromossomas em todas as células e a trissomia ocorre por acidente, cujas causas são até hoje discutíveis. A ciência não conseguiu provar, que fatores podem interferir na multiplicação celular do embrião, de modo a transformar um bebê que seria cromossomicamente perfeito, num portador de síndrome de Down. Quando a ciência usa o termo acidente, não descarta, em hipótese alguma, que exista uma razão biológica responsável por esse erro de divisão celular.

Há evidências comprovadas e outras em estudo.

2.1.4 A IDADE MATERNA

A maioria das pessoas ainda acredita que a idade materna é a única variável bem definida capaz de influenciar no nascimento de um filho portador da síndrome de Down. alguns estudos vêm provando que não. De qualquer forma, há uma relação comprovadíssima entre a ocorrência da síndrome de Down e de outras síndromes com a crescente idade materna. Isto acontece porque o óvulo, célula reprodutora feminina, tem a idade exata da mulher. ou seja, cada menina, ao nascer, já traz em seus ovários milhares de óvulos que, a partir aproximadamente da primeira menstruação, amadurecerão mensalmente do ovário, a caminho das trompas, para serem fecundados. Por essa razão é que à medida em que a mulher envelhece, seus óvulos envelhecem também. Isso daria margem a maior ocorrência de fetos mal formados de modo geral. Após os 35 anos, os riscos aumentam consideravelmente. O quadro abaixo mostra a relação da idade materna com bebês portadores de síndrome de Down.

Relação entre portador da síndrome de Down e idade materna dos nascidos

vivos:

| idade da mãe (anos) | incidência |
|---------------------|------------|
| 15 - 19 | 1:2.400 |
| 20 - 24 | 1:1.500 |
| 25 - 29 | 1:1.200 |
| 30 - 34 | 1:900 |
| 35 - 39 | 1:300 |
| 40 - 44 | 1:100 |
| 45 - 49 | 1:40 |

Trissomia simples segundo Swaiman, 1989.

No Brasil nascem, a cada ano, em média, 8 mil bebês portadores de síndrome de Down. Destes, a maioria tem mães com menos de 35 anos. Esta estatística nos leva à mais polêmica das questões: então há mais casos de trissomia do cromossoma 21, síndrome de Down, entre mães jovens do que mães com mais de 35 anos? Em termos absolutos, sim. Pela simples razão de mulheres jovens procriarem mais frequentemente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde quanto mais pobre, mais incidência de gestação em mulheres com mais de 40 anos. Dá para entender, portanto, porque em países como o Brasil a proporção de bebês portadores de síndrome de Down nascidos, entre todos os recém-natos vivos, é maior. Sem falarmos que mesmo quando a mulher sabe, através de exames do pré-natal, que gera um bebê de saúde comprometida, a opção pelo aborto não é permitida em nosso país.

2.1.5 ATDADE PATERNA

Ao contrário do que acontece com a mulher, as células reprodutoras masculinas (espermatozóides) se renovam a cada 72 horas e, portanto, não deveriam envelhecer. Mas alguns pesquisadores já observam que, em casais mais jovens, é muito mais provável que a trissomia tenha origem no cromossoma do pai,

e não da mãe. Calcula-se, portanto, que homens com mais de 55 anos (há estudiosos que falam em 35 - 38 anos) contribuem, de alguma forma para a trissomia simples. Atualmente, considera-se que cerca de 20 por cento das trissomias do 21 sejam causadas pela não disjunção da célula materna.

Estuda-se uma possível relação entre alterações hormonais na mãe e a presença da trissomia. Existem evidências de que mães portadoras de disfunções tireiódicas têm mais bebês portadores da síndrome de Down do que as outras. Até o uso indiscriminado de contraceptivos vem sendo alvo de estudos, nada até o momento comprovado. Outros possíveis agentes de alterações cromossômicas em estudo nos maiores centros de genética do mundo: exposição ao raio x, a substâncias químicas, a microondas e a agentes infecciosos, vírus ou bactérias de modo geral.

O que se sabe em relação ao raio x ou a outros tipos de radiação é que eles vão se acumulando dentro do organismo o que aumenta, em progressão geométrica, a possibilidade de qualquer tipo de malformação. Entretanto, até onde os pesquisadores puderam perceber, não houve aumento de incidência de portadores de síndrome de Down nas cidades de Hiroshima e Nagasaki quando, em 1945, toda a população foi exposta a altos níveis de radiação ionizante. Sobre os remédios, as opiniões são controversas.

2.2 PROBLEMAS PARA A SAÚDE DO SÍNDROME DE DOWN

2.2.1 A DEFICIÊNCIA MENTAL NA SÍNDROME DE DOWN

Para WERNECK (1993), o funcionamento do cérebro é afetado pela presença de material extra. Este déficit, pode ser avaliado de diversas formas, indiretas ou indiretamente, através de teste da observação da capacidade de cada pessoa resolver situações novas e inesperadas, além da habilidade de se adaptar e interagir socialmente. De acordo com o grau de comprometimento do indivíduo, o retardado mental pode ser classificado de leve, moderado, severo e profundo.

As causas da deficiência mental podem ser divididas em pré, pré e pós natais. Entre as causas pré-natais estão as infecções ultra uterinas, a ingestão de drogas e de álcool pela mãe ou por doenças graves que afetem a gravidez. Exemplo de causa perianto (durante o parto) é a má oxigenação do cérebro, talvez causada por traumatismo que o bebê possa sofrer durante o nascimento. Finalmente, entre as causas pós-natais de deficiência mental apontamos as infecções, como a meningite, encefalites e os traumatismos cranianos, resultado de acidentes (WERNECK, 1993).

As razões pelas quais as crianças com Síndrome de Down apresentam retardo mental está relacionado a anormalidades cerebrais. Normalmente o cérebro destas crianças é menor, tem células nervosas e algumas funções quimioneurológicas são diferentes. Isto ocorre devido a presença dos cromossomos extras em todas as células, inclusive nas células cerebrais. Provavelmente alguns genes do cromossomo extra interfere no desenvolvimento normal do sistema nervoso e nas funções químicas do cérebro (ALMEIDA, 1996).

2.2.2 CARDIOPATIA NOS PORTADORES DA SÍNDROME DE DOWN

Segundo WERNECK (1993), a cardiopatia é um defeito do cepto atrioventricular. O coração é dividido em quatro partes por septos (paredes) por onde, através de válvulas o sangue circula. Estas partes são: átrio D, átrio E (na parte superior), ventrículo D, ventrículo E (na parte inferior). Se o bebê nasce com defeito de septo atrioventricular, isto significa que, em algum local desta parede, existe uma comunicação, devido a uma falha, do septo. Este defeito compromete também a válvula de entrada do coração.

Devido a essa malformação septal, o sangue começa a circular desordenadamente dentro o coração, muitas outras situações anômalas vão se formado. Cria-se uma circulação anormal dentro deste órgão que acaba por modificar sua pressão interna, prejudicando o funcionamento dos pulmões. Por receberem uma quantidade de sangue maior, eles ficam encharcado, tornando-se

um meio propício a proliferação de germes e bactérias, o que facilita o aparecimento da pneumonia (WERNECK, 1993).

Se esta situação não for corrigida cirurgicamente na época certa, em geral entre os primeiros 12 a 18 meses de vida do bebê, os pulmões jamais recobrarão sua saúde, mesmo que a circulação sanguínea volte a se fazer corretamente. Em casos já graves, a criança passa a ter uma coloração de pele azulada, o que demonstra a falta de oxigenação de seu organismo. Isto tudo é muito importante para desenvolvimento da criança nas aulas.

2.2.3 HIPOTONIA MUSCULAR E OBESIDADE DOS PORTADORES DA SÍNDROME DE DOWN

Segundo o programa Reviver-Down, WERNECK (1993), a obesidade é comum nos portadores da Síndrome de Down. Ficando acima dos 50% dos casos, sendo uma das causas mais prováveis o hipotireoidismo.

Esta situação ocorre com mais frequência na adolescência, principalmente com as meninas, que nem sempre devem receber um tratamento hormonal. Como os sintomas do hipotireoidismo (o indivíduo fica obeso, hipotônico e lento) são muito parecidos com os da Síndrome de Down, o autor sugere um exame laboratorial de sangue anual (até a idade adulta), para averiguar o funcionamento da tireóide (WERNECK, 1993). Além do hipotireoidismo, o excesso de alimentação e o sedentarismo podem causar a obesidade, afirma o mesmo autor.

2.3 A EDUCAÇÃO DO SÍNDROME DE DOWN

Para NÉRICI (1977), citado por HURTADO (1983, p.10) educação é “o processo que visa levar o indivíduo, concomitantemente, a explicar as suas virtualidades e a encontrar com a realidade para nela atuar de maneira consciente, eficiente e responsável, a fim de serem aprendidas necessidades e aspirações pessoais e sociais”.

A palavra educação tem por finalidade principal de auxiliar o ser humano a construir sua própria personalidade e integrar-se de maneira ativa e criadora no mundo em que vive. Deve ser iniciada desde o nascimento do pequeno ser e se prolongar durante toda a sua existência, estimulando e desenvolvendo o físico e a mente através de alternâncias mais ou menos intensas, de acordo com as diferentes fases do seu desenvolvimento, da maturidade e inclusive da velhice.

Em suma, pode-se dizer, que educação está direcionada na formação humana, ou seja, desenvolver as capacidades e potencialidades que existe dentro de cada ser humano.

2.3.1 A EDUCAÇÃO FÍSICA

É de grande importância que a criança tenha a maior quantidade de experiências de movimento e de forma diversificada, onde sejam oferecidas as mais variadas formas de jogo, o que resultará em uma criança com um desempenho mais eficiente. (FONSECA, 1996)

O corpo humano, com seus movimentos, é o instrumento através do qual se realiza o que fazemos: conhecer o mundo, os objetos, realizar ações, conhecer e relacionar-se com outros seres. (FONSECA, 1996)

Pode-se dizer que todas as forças de relacionamento e conhecimento estão ligadas a ação corporal.

É desta maneira que uma criança vai organizando sua capacidade motora de acordo com a maturação nervosa e dos estímulos do ambiente.

Segundo TOSCANO (1974, p.9), "a educação física é definida como o conjunto de atividades físicas, metódicas e racionais, que se integram ao processo de educação global, visando ao pleno desenvolvimento do aparelho locomotor, ao desempenho normal das grandes funções vitais e ao melhor relacionamento social".

Sabe-se que a criança não tem somente a necessidade de movimento físico e exercício porque seu desenvolvimento mental está ligado com à atividade motora, fazendo também a descoberta do meio ambiente e de conhecer suas verdadeiras capacidades. (FONSECA, 1996)

NEGRINE (1983, p.7) afirma que “uma educação física bem orientada, progressiva e sistemática tem unicamente a finalidade de auxiliar o desenvolvimento físico e mental da criança e, ao mesmo tempo, de oferecer pré-requisitos para seu desenvolvimento intelectual”.

A educação do corpo está intimamente ligada às atividades psicomotoras, que caracterizam o homem e, portanto, aos meios essenciais da educação física, considerada por muitos como arte ou ciência. Como arte, porque busca o aperfeiçoamento, o embelezamento do corpo e, como ciência, porque se preocupa através das normas higiênicas e biológicas em proporcionar uma perfeita integração funcional entre o físico e a mente. (FONSECA, 1996)

A educação física, apresenta-se como o jogo ou trabalho. Corresponde a um atividade muscular controlada, regida por normas e métodos, com objetivos bem definidos, desde o desenvolvimento morfofuncional do organismo jovem, até a manutenção do equilíbrio homeostático do indivíduo adulto e a readaptação orgânico-funcional do indivíduo doente ou com seqüelas traumáticas ou de doenças anteriores, colaborando decisivamente na educação do indivíduo (FONSECA, 1996)

Com a educação física, espera-se que a criança desenvolva coordenação motora, atenção, movimento ritmado, conhecimento quanto a posição do corpo, direção a seguir e etc; participe do desenvolvimento em seus aspectos biopsicológicos e sociais; desenvolva livremente a expressão corporal, que favorece a criatividade, adquira hábitos de práticas recreativas para serem empregadas adequadamente nas horas de lazer, adquira hábitos de boa dinâmica e desenvolva o espírito de iniciativa, tornando-se capaz de resolver eficazmente situações imprevistas. (FONSECA, 1996)

Para que a educação física contribua para o desenvolvimento adequado das crianças, é preciso que ela abandone a ênfase excessiva sobre o sistema muscular, para adotar um enfoque onde todos os mecanismos envolvidos e os fatores que afetam o funcionamento destes mecanismos sejam convenientemente trabalhados e desenvolvidos. (FONSECA, 1996).

2.3.2 A EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA

Historicamente, as pessoas portadoras de deficiência que participavam de atividades físicas inicialmente tinham um enfoque médico, chamado de ginástica médica e tinham como objetivo remediar doenças, utilizando para tanto exercícios preventivos e corretivos. (FONSECA, 1996)

Estes programas de ginástica médica tiveram sua origem na China em 2700 a.C., se propagaram e sofreram influências de diversas culturas, dando origem a propostas que são encontradas na literatura sob a denominação de educação física corretiva, preventiva, ortopédica, terapêutica, entre outros (CORREIA, NABEIRO GAMA & PEDRINELLI, 1996).

O termo educação física adaptada foi definido pela "American Association for Health Physical Education Recreation and Dance" (AAHPERD), na década de 50, como sendo um programa diversificado de atividades desenvolvimentistas, jogos, ritmos adequados aos interesses, capacidades e limitações de estudantes com deficiência que não podem ser engajar na participação irrestrita, segura e bem sucedida em atividades vigorosas de um programa de educação física geral. (FONSECA, 1996).

Ao se tratar sobre educação física para os alunos portadores de deficiência, pode-se dar dois enfoques: educação física especial e educação física adaptada. (FONSECA, 1996).

Para KREBS (1984, p.40) educação física especial é "conjunto de atividades físicas planejadas especificamente atendendo às necessidades daqueles alunos cujas limitações físicas sensoriais e/ou intelectuais não lhes permitem participar das atividades regulares de educação física, mesmo que as mesmas sofram adaptações", e educação física adaptada como "as adaptações possíveis de se fazer em um programa normal de educação física, a fim de que os alunos com certas limitações físicas, sensoriais e/ou intelectuais possam tomar parte neste programa".

Basicamente, pode-se entender que a educação física especial está voltada para todos os alunos cujas limitações físicas, sensoriais e/ou intelectuais não lhes permitem freqüentar uma classe normal de educação física, sendo reunidos então

em uma mesma turma, exigindo professor especializado, além da supervisão do departamento médico, auxiliado por monitores voluntários. (FONSECA, 1996).

Já na educação física adaptada, os alunos portadores de deficiência praticariam educação física com seus próprios companheiros de classe, e seus casos seriam examinados pelo professor no sentido de serem feitas as devidas adaptações no programa (FONSECA, 1996).

BONFIM (1994, p.15) define educação adaptada como “um ramo de educação universal que contempla os mesmos objetivos da educação física humanística crítica, e que se destina a apresentar atendimento integral a todas as pessoas que apresentam necessidades físicas, mentais e múltiplas, procurando respeitar sempre suas insuficiências” (FONSECA, 1996).

Pode-se dizer que, a educação física adaptada envolve modificações ou ajustamentos das atividades tradicionais da educação física para permitir às crianças com deficiências participar com segurança de acordo com suas capacidades funcionais (FONSECA, 1996).

Deve-se ressaltar que “quanto menos fizermos adaptações nas nossas aulas, mais nossos alunos se sentirão capazes de realizações idênticas aos seus pares considerados normais” (REVISTA SPRINT MAGAZINE, 1996).

2.3.3 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO FÍSICA PARA O PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN

A prática da atividade motora deve ser de fundamental importância para o desenvolvimento do portador de síndrome de down, desde que iniciada cedo e ainda tendo como objetivos “a idade cronológica, limites fisiológicos, princípios e fundamentos psicopedagógicos” (HURTADO, 1988, p.12).

Os indivíduos que são portadores da síndrome de down devem ser estimulados e muito no seu primeiro ano de vida, pois “caso contrário, correm o risco de ficar com o seu desenvolvimento sensório-motor bastante prejudicado” (WERNECK, 1993, p.143).

A forma que será utilizada na estimulação de uma criança com síndrome de down é a mesma utilizada com qualquer outra criança, só que de maneira mais

intensa, ou seja, “ajudar a criança em direção ao melhor nível de desenvolvimento e experiência de acordo com o seu próprio ritmo, a partir do seu nível atual de desenvolvimento” (HOLLE, 1990, p.02).

Para WERNECK (1993, p.145) “toda criança, precisa de estímulos para aprender a se arrastar, engatinhar, sentar, andar, falar. Só que os adultos que intuitivamente trabalharem nesse sentido, não se dão conta do que fazem. A cada brincadeira nova, a cada ida ao circo ou ao parquinho de diversões, a cada música que cantamos, a cada passeio, a cada atividade na hora do banho ou durante as refeições, estamos estimulando-as”.

Através da realização de atividades e ou exercícios motores ficará mais fácil para a criança portadora de síndrome de down:

O controle da cabeça, a postura correta do corpo, a reação de proteção para frente, para os lados e para trás, o aprender a apoiar-se com as mãos, permanecer sentado, arrastar-se engatinhar, levantar-se, ficar em pé, dando a criança consciência de que todo o seu peso está apoiado sobre os pés. Os exercícios facilitam ainda a percepção do espaço, da sensação do próprio corpo e da marcha independente, além de conferir maior habilidade motora ampla. (WERNECK, 1993, p. 145).

Já para HOLE (1990, p.29) a “consciência corporal, o senso cinestésico, o tato, a visão e o inter-relacionamento entre estes sentidos devem portanto, sempre ser estimulados paralelamente à capacidade motora, de acordo, com a verdadeira etapa de desenvolvimento da criança”.

Atividades lúdicas também podem ser desenvolvidas, proporcionando assim ao portador de síndrome de down experiências que o levarão ao amadurecimento de suas funções motoras e até perceptivas (KLISIEWICZ, 1995).

Na realização de qualquer tipo de atividade não devemos tentar apressar a criança e sim fazer com que ela alcance o objetivo previamente proposto dentro dos seus limites e suas capacidades.

O mau desenvolvimento da capacidade motora pode ser melhorado até certo ponto - correspondente ao desenvolvimento do tecido cerebral - através do treinamento sistemático, começando com o conhecimento do corpo e continuando com a percepção da lateralidade, da direção e do espaço, assim como desenvolvendo o sentido cinestésico. Dessa forma a criança se torna gradualmente consciente de seu corpo e de seus movimentos no espaço e no tempo (HOLE, 1990, p.114).

Para que o portador de síndrome de down alcance as suas melhores potencialidades “cabe a nós encorajá-los e assegurar-lhes as oportunidades para atingi-las” (WERNECK, 1993, p.49).

A educação física é um aspecto da educação, portanto tem seus mesmos fins, isto é, formar o indivíduo como um todo, (FORMIGHIERI, 1983).

Através da educação a criança com deficiência mental pode atingir a possibilidade de um avanço ou progresso que lhe proporcione oportunidade para alcançar o nível de independência de seus movimentos e de sua auto-confiança (FORMIGHIERI, 1983).

DROWATZKY (1973) ressalta que a atividade física é um importante fator no processo de aprendizagem, porque coloca os objetivos à disposição da criança e permite aprender sobre si mesmo. Enquanto a criança aprende as habilidades locomotoras da marcha e corrida, está em condição de explorar o seu ambiente; desenvolver o conceito de espaço; aprender a conhecer as relações que existem entre alguns objetos e outros e entre esses objetos e si mesmo. Está em condições de analisar as características dos objetos mediante a manipulação, adquirindo conceitos.

Ainda as atividades físicas permitem que a criança se conheça, e este conhecimento da imagem corporal reflete na consciência que a criança tem de suas próprias características, o que pode fazer com seu corpo quanto espaço requer esse corpo. Acredita-se que a imagem corporal não é um aspecto da personalidade mas influi no comportamento da criança (FORMIGHIERI, 1983).

DROWATZKY diz que “a experiência eficaz em atividade física, acredita-se proporciona o desenvolvimento de uma imagem corporal favorável a ausência da experiência contribui para formação de uma imagem corporal deficiente” (DROWATZKY, 1973).

Ao aplicar-se a educação física para a criança com deficiência mental deve-se utilizar os recursos básicos que ela nos oferece, e desenvolver-se as mesmas atividades que são oferecidas à criança comum, apenas devendo-se, após identificar a fase de desenvolvimento em que ela se encontra, estimular

precocemente as diversas áreas, respeitando seu ritmo de aprendizagem (FORMIGHIERI, 1983).

Na medida que a criança for vencendo as etapas, deverá receber o reforço positivo (que pode ser elogio, bater palmas) e aceitar sua participação da maneira com que ela possa realizar as tarefas de acordo com seu grau de comportamento (FORMIGHIERI, 1983).

Segundo POTRICH citado por ALMEIDA (1996), a estimulação precoce tem como objetivo fazer com que as idades cronológicas, mental e motriz corram juntas mais possível, e pressupõe a adaptação do aluno ao professor, do meio ambiente e ao material que irá trabalhar bem como atividades que incluam exercícios fundamentais de: locomoção, conhecimento do próprio corpo, noção espacial e temporal.

O trabalho precoce com o deficiente mental é de significativa importância, pois evita um atraso psicomotor mais acentuado, estimulando o desempenho da criança para que etapas não vencidas não provoquem novos problemas.

Conquistá-lo é o primeiro passo no trabalho que vai ser feito com a criança, o bom relacionamento afetivo professor aluno através do qual buscará obter a confiança do aluno pois será ela o caminho para os desempenhos positivos desejados (FORMIGHIERI, 1983).

A contribuição da educação física no atendimento à criança com deficiência mental decorrente de síndrome de down na fase pré-escolar (2 a 6 anos) se faz através de estimulação individual e em grupo tais como atividades lúdicas, jogos livres. A criança nesta fase precisa desenvolver, estimular movimentos básicos que são necessários para o desenvolvimento posterior de outras habilidades motoras (FORMIGHIERI, 1983).

É nesta fase (2 a 6 anos) que situa-se a faixa de maior importância para o desenvolvimento da psicomotricidade, nela o ponto inicial e fundamental é o conhecimento, tomada de consciência do próprio corpo, sem o que não se pode partir para o conhecimento do mundo das letras e dos números (FORMIGHIERI, 1983).

2.3.4 A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA PARA A CRIANÇA PORTADORA DE SÍNDROME DE DOWN

As fases do desenvolvimento geral da criança com síndrome de down são mais lentas, porém se dará de forma semelhante ao que ocorre com outras crianças ditas normais (FONSECA, 1996).

É válido lembrar que, os exercícios realizados nos primeiros anos de vida da criança estimulam o desenvolvimento integral, favorecendo um enriquecimento nos campos cognitivos e afetivo, além de prevenir possíveis alterações no seu desenvolvimento (FONSECA, 1996).

O trabalho de estimulação, procura oferecer à criança condições para desenvolver suas capacidades desde o nascimento. Esta estimulação é aplicada a todas as crianças, com ou sem atraso no desenvolvimento, fazendo-a explorar ao máximo suas capacidades, ajudando a alcançar as fases seguintes do desenvolvimento (FONSECA, 1996).

É importante não fixar rigidamente uma faixa etária para a aquisição de habilidades, pois há grande variação no desenvolvimento das crianças, especialmente com as crianças portadoras de síndrome de down (FONSECA, 1996).

Um fator importante da educação física adaptada é que o aluno, portador da síndrome à integração do aluno portador de deficiência no ambiente escolar. O professor, ao mesmo tempo em que está adaptando o programa para um aluno, estará educando todos os demais quanto à aceitação da criança portadora da síndrome de down (FONSECA, 1996).

As crianças devem se familiarizar com larga faixa de movimentos elementares e atividades desportivas. A variedade de lição favorece a participação dos alunos e leva ao sucesso, mas não é obtida pulando arbitrariamente de uma atividade para outra. O tema escolhido deve ser desenvolvido por toda espécie de jogos e exercício variados e progressivos durante os quais as crianças executarão movimentos afins que a levarão a vencer as dificuldades (FONSECA, 1996).

Pode-se afirmar que, as práticas pedagógicas em educação física adaptada ao priorizarem jogos e linguagem, esquema corporal, coordenação viso-motora,

organização espaço-temporal, exercícios de atenção-visual, auditiva e tátil, fortalecimento da musculatura respiratória, melhora da postura, do tônus, darão contributo de maior importância para a promoção da aprendizagem e bem estar físico da criança portadora da síndrome de down (FONSECA, 1996).

É válido lembrar que, antes de iniciar qualquer atividade física com uma criança portadora da síndrome de down, deve-se fazer um exame prévio para se ter um diagnóstico médico, tipo de transtorno e adequado tratamento corretivo.

Segundo NAHAS (1990, p.150) "aproximadamente 12 a 15% dos indivíduos portadores da síndrome de down apresentam a instabilidade atlanto-axial".

Devido a esta instabilidade há uma mobilidade maior que a normal das duas primeiras vértebras cervicais (C1 e C2). Esta condição expõe a criança portadora da síndrome de down a sérios riscos de lesão na medula, caso ocorra uma flexão forçada da coluna cervical. É recomendado que a partir dos dois anos de idade a criança portadora da síndrome de down seja submetida a exames médicos que incluam raio x do pescoço (perfil) em extensão e flexão completas (FONSECA, 1996).

NAHAS (1990, p.153) contra indica atividades de risco como "a ginástica olímpica, salto em altura (Fosbury Flop, sobretudo), saltos ornamentais, nado estilo borboleta, futebol (choques de cabeça) ou outras atividades que demandam esforços em demasia.

2.4 CUIDADOS A SEREM TOMADOS ANTES DA PRÁTICA DA ATIVIDADE MOTORA PARA PORTADORES DE SÍNDROME DE DOWN

A atividade motora possui papel importante na vida do portador de síndrome de down, pois visa o seu desenvolvimento físico, social e emocional (KLISIEWICZ, 1995).

Ao se aplicar qualquer tipo de atividade motora a portadores de síndrome de down é necessário se ter em vista alguns aspectos:

A escolha de atividades em função do comprometimento motor, idade cronológica e desenvolvimento intelectual; adaptação dos alunos as atividades de maneira que

todos participem com interesse, não causando frustração em alunos mais comprometidos ao ponto de vista motor, dando oportunidade para que os mais desenvolvidos alcancem metas mais complexas, adaptação de recursos materiais para possibilitar o aumento do número de experiências dos alunos; avaliação do desempenho evidenciando modificações no comportamento do aluno (SESI/SEDES - MEC, 1994).

Respeitando o ritmo e os limites do portador de síndrome de down é possível desenvolver através da prática de atividades motoras a coordenação, o equilíbrio, a força, a destreza, a resistência, a precisão, a noção de tempo e espaço, melhorando assim o seu desenvolvimento integral (KLISIEWICZ).

Desenvolvendo estas capacidades ficará mais fácil a adaptação do portador de síndrome de down com o meio físico no qual está inserido (KLISIEWICZ, 1995).

Ao se preparar uma atividade motora é necessário se ter como objetivo o bem estar e a constante motivação do portador de síndrome de down deve-se levar em consideração também que atividades de alto impacto não devem ser realizadas (hiperelasticidade articular) e também as que envolvam pressão sobre os músculos da cabeça e do pescoço (hipotonia generalizada) (KLISIEWICZ, 1995).

2.5 A DANÇA

A dança, arte mundialmente programada, é derivada dos movimentos naturais como por exemplo, o andar (FORNACIARI, 1962). Já MORATO (1987, p. 169), considera a dança como "a expressão através dos movimentos do corpo, organizados em seqüências significativas", ou até como um meio de comunicação com o mundo externo sem a utilização da palavra e sim de gestos ritmados.

O homem durante os séculos vem fazendo uso da dança como um meio para manifestar sua religiosidade (candomblé) e sua cultura (folclore), essa é uma das formas encontradas pelo homem para poder expressar seus sentimentos, pois FARO (1986) cita que a dança é uma arte viva, cheia de energia e juventude. Ela busca o uso do movimento como forma de expressar tudo.

No período pré-histórico, o homem dançava para saudar seus deuses em forma de agradecimento ou pedindo proteção, com isso ele mostrava toda a sua

agilidade em movimentos, que de uma forma muito ingênua era um treinamento de sobrevivência. Nos dias atuais (teoricamente) o homem não faz mais todo esse ritual solicitando a proteção dos deuses, mas uma coisa permanece, o movimento que continua sendo um dos princípios para a sobrevivência do homem na terra, ele é toda uma resposta dos estímulos que recebe do meio ambiente, ROSADAS (1991, p.11) define que:

“A motricidade e a sensibilidade são importantes para a nossa sobrevivência no meio ambiente. Não há ação motora sem estimulação. Motricidade e sensibilidade se interligam como fatores básicos no desenvolvimento do homem”.

Vários aspectos favorecem a escolha da dança como um dos conteúdos a serem trabalhados com classes especiais.

Para o ensino da dança, há que se considerar que o seu aspecto expressivo se confronta, necessariamente, com a formalidade da técnica para a sua execução, o que pode vir a esvaziar o aspecto verdadeiramente expressivo. Nesse sentido, deve-se entender que a dança como arte não é uma transposição da vida, senão sua representação estilizada e simbólica.

A utilização da dança com alunos portadores de síndrome de down deve considerar que não poderá ter os mesmos critérios que tem com outros alunos.

2.5.1 DANÇA ELEMENTAR

A dança elementar utiliza-se dos movimentos naturais, básicos de ação com deslocamento como andar, correr, pular, girar, ou sem deslocamento como bater, chutar (pés), flexão e extensão, balanço, puxar e empurrar (corpo), associados com o ritmo (interno/externo) proporcionando uma movimentação livre, o que facilita uma livre criação de movimentos sobre ritmos populares internacionais, que segundo NODA (1984) os ritmos populares internacionais é o que tem vigência na juventude atual, como forma recreativa de dança. Trabalha a correção postural que a vida cotidiana nos força a executar movimentos incorretos, com isso, “valem-nos de movimentos formativos, pelos quais realizamos a aquisição da capacidade do movimento, e conseqüentemente, a relação do equilíbrio e harmonia, que para tal

deve haver entre as diferentes partes do corpo humano” NODA, 1984, p. 62). em relação ao equilíbrio, segundo TUBINO (1979), citado por BIANCHETTI (1994), é a qualidade física conseguido por combinações de ações musculares, com o propósito de sustentar o corpo sobre uma base.

Em alguns casos, a dança, pode ser um elemento de valor na educação social do indivíduo, onde a atividade é compartilhada com os demais no grupo. Possui muitos valores, como por exemplo:

- 1) Mental - estimula e exercita a atenção, imaginando, memória e raciocínio;
- 2) Moral - possibilita o desenvolvimento do auto domínio, perseverança e segurança;
- 3) Físico - aperfeiçoa as qualidades físicas do praticante, (CANDARA, 1984, p. 29).

Na interpretação de WELLS (1983) a dança é um poderoso complemento na educação, utiliza e desenvolve os movimentos naturais das crianças, quando o professor emprega três elementos principais do movimento:

espaço; tempo e dinâmica - o espaço é dividido em: 1) direção: para onde o movimento do corpo (frente, atrás, lados direitos/esquerdos, diagonais, acima, abaixo); 2) nível: a cultura do movimento (pequeno, médio, grande); 3) dimensão: a extensão a percorrer (longe, perto), o tempo é a execução do movimento às velocidades variadas (devagar, médio, rápido); e o fluxo do movimento pode ser contínuos ou entre cortados (percutidos); a dinâmica (ou força), movimentos executados com intensidade (ou tensão) diferentes (leve, médio, forte) Wells (1983, p. 10).

Esses são elementos importantes durante o processo de desenvolvimento da criança, e está no fato desta interpretação procurar desenvolver de uma forma fácil e natural, o sentido da coordenação motora (WELLS, 1983).

MORATO (1986) E WELLS (1983) concordam em relação ao movimento e ritmo, onde o movimento existe no ritmo e vice versa. O sentimento leva ao movimento, e isto quer dizer que o estado emocional, o ritmo e o movimento, originam o impulso da expressão humana. Esta conexão, somada aos traços culturais do indivíduo, origina o impulso da dança.

2.5.2 A DANÇA ELEMENTAR COMO PROPOSTA DE ATIVIDADE FÍSICA

A dança vem acompanhando a evolução do homem através da história, onde esta interpretava o seu estado de espírito por meio de gestos e movimentos acompanhados de música e canto.

A música na dança surge como um auxílio na execução do movimento corporal, que em atividades grupais favorece a linguagem e comunicação. (CÂNDARA, 1984, p.1), ou seja, um estímulo. Que na interpretação de ROSADAS (1991, p.11) toda e qualquer ação motora é resultado de uma estimulação.

A dança elementar, como proposta de atividade física educativa e recreativa, executada no solo visa desenvolver as boas condições físicas e ajudar a melhorar a habilidade de locomoção para que o portador aprenda a executar atividades funcionais. Atividades no solo para portadores de deficiência física são direcionadas não só para obtenção de força mas também para o desenvolvimento de equilíbrio, coordenação e velocidade (PALMER & TOMS, 1988, P. 149).

O portador de deficiência física necessita movimentar-se para evitar as escaras e ter uma vida mais ativa. a dança elementar com atividades no solo tem o objetivo de ensinar: Mudança de decúbito - ventral para dorsal e de dorsal para sentado; Equilíbrio sentado - movendo o tronco e/ou os braços; Movimentar-se em todas as direções sentados; Manejar as extremidades; Alongamento - passivo ativo; Oportunizar atividades coletivas, como jogos com bola para equilíbrio e coordenação. Os grupos homogêneos, podem aumentar sua atitude individual em relação à reabilitação pelo contato com outras pessoas que têm mesmo problema (PALMER & TOMS, 1988).

O movimento pode ser ensinado separado do ritmo, e depois de automatizado, incluí-lo ao ritmo, que segundo PALLARES (1983) é vibração, define o movimento natural, é peculiar a cada indivíduo está de acordo com a percepção pessoal, pode ser interno/externo.

Essas atividades de reabilitação associadas ao ritmo, são pelo praticante, em dança, de um lado é educativo onde o portador aprende movimentos que auxiliem na execução de tarefas diárias, e de outro recreativo tornando a atividade agradável.

3. CONCLUSÕES

Constata-se que a sociedade atual carece de uma nova visão perante os portadores de síndromes, e em especial neste trabalho sobre síndrome de down. Podemos verificar que a população já avançou muito em relação aos seus preconceitos com portadores de deficiências, mas ainda está muito aquém do que deve e poderia fazer.

O profissional de educação física que estiver trabalhando com a educação especial deve assumi-la de forma especial e procurar ser ele o primeiro a ver as diferenças não como preconceitos e restrições, mas sim como possibilidades e necessidades de um trabalho alternativo e especializado.

A dança enquanto parte do enorme conjunto de atividades que formam a educação física deve e pode ser utilizada como meio de trabalho em busca de uma melhor qualidade de vida dos portadores de síndrome de down.

Devido a suas características próprias e facilidades na regulação da intensidade e complexidade das atividades, torna-se uma ótima possibilidade de trabalho.

Mas para a dança ter um bom resultado no trabalho com portadores de síndrome de down é necessário que se tenha um trabalho multidisciplinar, integrando profissionais de áreas afins.

Todas as atividades de dança tem também um caráter de poder promover à população especial uma maior integração à sociedade, melhora da condição motora, reintegração familiar e social, domínio do corpo para o desempenho das atividades diversas do cotidiano.

A dança surge como um auxílio na execução do movimento corporal, que em atividades grupais favorece a linguagem e comunicação (CÂNDARA, 1984).

A dança elementar, como proposta de atividades física educativa e recreativa, executada no solo visa desenvolver as boas condições físicas e ajudar a melhorar a habilidade de locomoção para que o portador aprenda a executar atividades funcionais. Atividades no solo para portadores de deficiência são

direcionados não só para obtenção de força mas também para o desenvolvimento de equilíbrio, coordenação e velocidade (PALMER & TOMS, 1988).

Deve-se conscientizar a população da necessidade de uma maior integração dos deficientes na sociedade para que possam ter uma vida melhor.

Necessita-se de uma maior conscientização por parte dos governantes para que se tenha políticas de integração dos deficientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Joelma de. **Natação como contribuição no desenvolvimento da pessoa portadora da síndrome de down**. Monografia UFPR, Curitiba, 1996.
- ACHER, Ricardo Battisti. **Educação física em educação especial: enfoque sobre a educação aplicada em deficientes mentais**. Curitiba, 1983.
- BIANCHETTI, Lenita; PEREIRA, V.R. Educação física para deficientes auditivos: uma abordagem pedagógica. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, n.1, p.19-26, 1994.
- BONFIN, R.V. **Educação física adaptada**. Niterói: Faculdade de Educação/Pós Graduação "Lat Sensu". Educação Especial - EFF Mimeo, 1994.
- CANDARA, Mari. **A expressão corporal do deficiente visual**. Campinas, 1992. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de Piracicaba.
- CORREIA, M.M.; NABEIRO, M.; GAMA, R.J.R.B.; & PEDRINELE, V.J. Da ginástica médica a educação física adaptada: evolução conceitual. **Anais do 3º Simpósio Paulista de Educação Física Adaptada**. São Paulo: USP, 1990.
- DROWATZKI, J.N. **Educación física para niños deficientes mentales**. Buenos Aires, 1973.
- FARO, Antônio José. **Pequena história da dança**. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- FONSECA, Sheila Mara Mesquita da. **A educação física adaptada para a criança portadora da síndrome de down**. Monografia UFPR, Curitiba, 1996.
- FORMIGHIERI, Sonia Marli. **Contribuição da educação física no atendimento precoce da criança com deficiência mental decorrente da síndrome de down**. Monografia Especialização em educação física para o deficiente mental, UFPR, Curitiba, 1983.
- HOLLE, Brita. **Desenvolvimento motor da criança normal e retardada**. São Paulo: Manole, 1990.
- HURTADO, Johann G. G. Melcherts. **O ensino da educação física: uma abordagem didática metodológica**. 3. ed. Porto Alegre: Prodil, 1988.
- HURTADO, Johann G. G. Melcherts. **Educação física pré-escolar e escolar - 1ª a 4ª série: uma abordagem psicomotora**. 4.ed. Curitiba: Fundação da Universidade Federal do Paraná, Prodil, 1987.

- KLISIEWICZ, Uriema Izabel. **A importância da atividade motora adaptada no desenvolvimento do portador de síndrome de down.** Monografia UFPR, Curitiba, 1995
- KREBS, Rui Jornada. **A educação física que eles merecem.** Rio de Janeiro: FAE,; Brasília: SEED, 1984.
- MACHADO, Maria T. de C. & ALMEIDA, Marlene C. de O. **Ensinando crianças excepcionais.** Rio de Janeiro: J. Olympio, 1974.
- MORATO, M.E.P. **Ginástica de Jazz: a dança na educação física,** São Paulo: Manole, 1986.
- MUSTACCHI, Zan; ROZONE, Gisele. **Síndrome de Down: aspectos clínicos e odontológicos.** CID Editora Ltda, São Paulo, 1990.
- NAHAS, M.V. **Instabilidade atlanto-axial em crianças com síndrome de down na grande Florianópolis: estudo piloto.** Arquivo Catarinense de Medicina, Santa Catarina: n.20, 1991.
- NEGRINE, Airton. **O ensino da educação física.** Porto Alegre - Rio de Janeiro: Globo, 1983.
- NODA, L.M. **Caderno pedagógico de atividade física.** Curitiba: UFPR, 1984.
- PALLARES, Zaída. **Ginástica rítmica.** 2 ed. Porto alegre: Prodil, 1983.
- PALMER, M.Lynn; TOMS, Janice E. **Treinamento funcional dos deficientes físicos.** 2 ed. São Paulo: Manole, 1988.
- REVISTA SPRINT MAGAZINE.** n.82. jan-fev., 1996. Educação física adaptada: a educação física e a criança com síndrome de down.
- ROSADAS, Sidney de C. **Educação Física especial para deficientes: fundamentos da avaliação e aplicabilidade de programas sensórios motores em deficientes.** São Paulo: Atheneu, 1991.
- SANTOS, Rosani do Rocio dos. **Possibilidade da educação física adaptada para portadores de deficiência mental por síndrome de down.** Monografia UFPR, Curitiba, 1994.
- SESI/SEDES - MEC.** Curso de atualização: Educação física e desporto para pessoas portadoras de deficiência. (1994: Curitiba).
- TOSCANO, Moema. **Teoria da educação física brasileira.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974.

WELLS, Renée. **O corpo se expressa e dança**. 2 ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1983.

WERNECK, Claudia. **Muito prazer eu existo**. 2. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1993.

MEN, Rosangela de Souza. **A dança elementar e o portador de deficiência física**. Monografia, UFPR, 1995.