

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Ana Cristina Rodrigues

**GINÁSTICA RÍTMICA E AS PESSOAS COM
SÍNDROME DE DOWN**

Trabalho de Conclusão de Curso
(Especialização) apresentado à
Faculdade de Educação Física da
Universidade Estadual de Campinas para
obtenção do título de Especialista em
Atividade motora adaptada.

Orientador: José Irineu Gorla

Campinas
2008



1290003968

TCC/UNICAMP
R618g
1290003968/FEF

SAPÉ		108 08MOT	
		3089	
☐	0	☐	0
00000		00389	
FACULDADE		ATAO	
2008		090 A.M	

Ana Cristina Rodrigues
Ana Cristina Rodrigues

GINÁSTICA RÍTMICA E AS PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN

GINÁSTICA RÍTMICA E AS PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão de Curso (ESPECIALIZAÇÃO) defendido por Ana Cristina Rodrigues e aprovado pela Comissão julgadora em: 03/07/2008.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) apresentado à Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Especialista em Atividade motora adaptada.

Adriana Nascimento de Souza

Orientador: José Irineu Gorla

Campinas
Campinas
2008

Dedicatória

Ana Cristina Rodrigues

GINÁSTICA RÍTIMICA E AS PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão de Curso (ESPECIALIZAÇÃO) defendido por Ana Cristina Rodrigues e aprovado pela Comissão julgadora em: 03/07/2008.

José Irineu Gorla
Orientador

Edison Duarte

Adriana Nascimento de Souza

Campinas
2008

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha mãe que a cada dia me ajudou e incentivou; ao meu irmão, família e meus amigos que estiveram comigo em mais essa etapa.

Agradecimentos

RESUMO

A Deus, meu sustento e fortaleza em todos os momentos.

A minha família, sempre presente.

Ao professor Gorla, que me ensinou que em vendo as coisas da mesma forma podemos falar diferente. Com isso ajudaremos os que estão a nossa volta a crescer e poderemos, também, crescer junto com eles.

Palavras-chave: Ginástica Rítmica, Síndrome de Down, Deficiências

RODRIGUES, Ana Cristina. **Ginástica Rítmica e as Pessoas com Síndrome de Down**. 2008. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

RESUMO

Crianças com Síndrome de Down costumam ter gosto pela música. Ao mesmo tempo, é comum que apresentem problemas como, por exemplo, obesidade, frouxidão ligamentar, tônus muscular diminuído, ossos curtos, baixa visão, audição diminuída, cardiopatias, entre outros. Em contrapartida, a Ginástica Rítmica é uma prática desportiva que preza pela performance e harmonia dos movimentos da ginasta e dos aparelhos por ela utilizado com a música. Assim, esse estudo traz uma revisão de literatura com o intuito de observar e analisar as vantagens e desvantagens da prática da Ginástica Rítmica por pessoas, em especial crianças, com Síndrome de Down.

Palavras-chave: Ginástica Rítmica, Síndrome de Down, Deficiência

RODRIGUES, Ana Cristina. **Ginástica Rítmica e as Pessoas com Síndrome de Down**. 2008. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

ABSTRACT

Down Syndrome children any time like music. However, these children have any difficult health like obesity, slack ligament, short bone, and others. The Rhythmic Gymnastic is a sport practice that see the performance and harmony get gymnastic and her movement of objects whit music. Whit it, this word come a revision of actors for observes and analyse good and bad things about of the Rhythmic Gymnastic practice to Down syndrome people, in special to children.

Keywords: Rhythmic Gymnastics, Down Syndrome, Deficiency

LISTA DE FIGURA

Figura 1 -	Perspectiva Dinâmica de Sistemas.....	21
-------------------	--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Elementos Corporais de Cada Aparelho.....	28
Tabela 2 -	Elementos de Dificuldade Durante uma Série de Ginástica Rítmica.....	30
Tabela 3 -	Penalidade Aplicadas aos Erros de Execução.....	31

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAMR	American Association on Mental Retarded
APAE	Associação de Pais e Amigos do Excepcional
AUMA	Associação do Amigo da Criança Autista
AVDs	Atividades da Vida Diária
CAA	Convida Associação Assistencial
CAP	Capacidades Artísticas Particulares
COI	Comitê Olímpico Internacional
FEF	Faculdade de Educação Física
FIG	Federação Internacional de Ginástica
GRD	Ginástica Rítmica Desportiva
GD	Ginástica Rítmica
SD	Síndrome de Down
SNC	Sistema Nervoso Central
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1 Introdução	12
2 Objetivo	13
3 Revisão de Literatura	14
3.1 Doença X Deficiência	14
4 Síndrome de Down	16
4.1 O Desenvolvimento da Criança Síndrome de Down	20
5 A História da Ginástica Rítmica	24
5.1 Ginástica Rítmica.....	26
5.2 Pontuação.....	28
6 A Criança Down e a Ginástica Rítmica.....	33
7 Considerações Finais	37
Referências Bibliográficas	38

1 Introdução

A atividade física é capaz de interferir de forma positiva no desenvolvimento global do ser humano proporcionando a ele uma melhor qualidade de vida.

A prática esportiva de forma adaptada, seja ela para um grupo especial com alguma característica de doença ou deficiência, ou para uma pessoa que simplesmente não alcança a velocidade do grupo em que se encontra inserida por possuir um ritmo biológico mais lento em relação aos demais; a necessidade de um ser humano precisa ser atendida e todo cidadão brasileiro tem direito ao esporte e lazer.

Uma atividade esportiva pouco difundida no Brasil e que poderia contribuir em muito para o desenvolvimento global (cognitivo, motor e afetivo) do ser humano é a Ginástica Rítmica.

Um grupo, e especial, que poderia se beneficiar dessa atividade são as pessoas com Síndrome de Down.

Existem muitos estudos nacionais que tratam do assunto Síndrome de Down, e alguns estudos que falam a respeito da Ginástica Rítmica. Porém são escassos aqueles que tratam dos dois assuntos concomitantemente.

As pessoas com Síndrome de Down possuem algumas características físicas, fisiológicas, biomecânicas e físicas que podem vir a favorecer quanto a impedir a prática da Ginástica Rítmica.

Por esse motivo foi iniciado esse estudo, sendo ele uma revisão de literatura, que se seguirá nas próximas páginas onde será possível observar os prós e contras da prática dessa atividade esportiva para essa população.

Esse estudo se baseou em artigos científicos, livros e sites relacionados à área, experiências vindas do curso de graduação em Educação Física, curso de especialização em Atividade Motora Adaptada, cursos em geral, experiência profissional e pessoal a fim de obter informações sobre as vantagens e desvantagens da prática de Ginástica Rítmica por pessoas, em especial crianças, com Síndrome de Down.

2 Objetivo

Sendo a Ginástica Rítmica uma atividade capaz de trabalhar o ritmo, a noção espacial, noção temporal, a motricidade humana, entre outros fatores que influenciam no desenvolvimento de uma pessoa; o objetivo desse estudo foi, através de uma revisão bibliográfica, identificar quais seriam as vantagens e as desvantagens da prática da ginástica rítmica por crianças com Síndrome de Down.

3 Revisão de Literatura

3.1 - Doença X Deficiência

É muito comum que se confundam os termos deficiência e doença mental.

A doença mental pode ocorrer devido a um distúrbio mental orgânico ou um distúrbio neurótico.

O distúrbio mental orgânico trata-se de um grande grupo heterogêneo de distúrbios que são caracterizados por anormalidades comportamentais e que estão associadas com disfunção cerebral. Já os distúrbios neuróticos são distúrbios mentais em que não há distúrbio orgânico demonstrável e que são relativamente resistentes e/ou recorrentes quando não tratados; os sintomas não são aceitáveis para o paciente; estados ansiosos e estado de pânico, caracterizados por medo e apreensão, podem interferir com a performance social da pessoa. Muitos distúrbios neuróticos são classificados como neurose (DUNCAN, 1995).

Hoje em dia, com o avanço da medicina e da psicologia, muitos tratamentos têm se mostrado efetivos na cura e/ou manutenção de boa conduta social de pessoas que sofrem com as doenças mentais.

O termo deficiente refere-se à perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão (AMIRALIAN, et al. 2000).

A pessoa com deficiência mental é aquela que por alguma dificuldade pré ou pós-parto possui um atraso cognitivo que pode ou não vir a se refletir também num atraso motor. De acordo com o Ministério da Saúde (2008), os fatores que podem levar à deficiência mental são:

A. Fatores de Risco e Causas Pré Natais: são aqueles que vão incidir desde a concepção até o início do trabalho de parto, e podem ser:

- desnutrição materna;
- má assistência à gestante;
- doenças infecciosas: sífilis, rubéola, toxoplasmose;
- tóxicos: alcoolismo, consumo de drogas, efeitos colaterais de medicamentos (medicamentos teratogênicos), poluição ambiental, tabagismo;
- genéticos: alterações cromossômicas (numéricas ou estruturais), ex.: Síndrome de Down, Síndrome de Marfan; alterações gênicas, ex.: erros inatos do

metabolismo (fenilcetonúria), Síndrome de Williams, esclerose tuberosa, etc.

B. Fatores de Risco e Causas Periantos: os que vão incidir do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê, e podem ser divididos em:

- má assistência ao parto e traumas de parto;
- hipóxia ou anóxia (oxigenação cerebral insuficiente);
- prematuridade e baixo peso (PIG - Pequeno para idade Gestacional).
- icterícia grave do recém nascido - kernicterus (incompatibilidade RH/ABO)

C. Fatores de Risco e Causas Pós Natais: os que vão incidir do 30º dia de vida até o final da adolescência e podem ser:

- desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global;
- infecções: meningoencefalites, sarampo, etc. ;
- intoxicações exógenas (envenenamento): remédios, inseticidas, produtos químicos (chumbo, mercúrio, etc.);
- acidentes: trânsito, afogamento, choque elétrico, asfixia, quedas, etc.
- infestações: neurocisticercose (larva da Taenia Solium).

Devemos lembrar que a deficiência é um estado permanente e não como uma doença que pode vir a ter sua cura ou amenização após certo tratamento. Os avanços apresentados referem-se a uma maior ou menor estimulação na primeira infância, principalmente, e no decorrer de toda a vida dessa pessoa.

Em 1959, Jérôme Lejeune descobriu que a causa da síndrome de Down era genética, pois então a literatura relatava apenas as características que indicavam a síndrome (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A síndrome de Down, segundo Duran (1995), é uma anomalia cromossômica causada por um dos dois tipos de anomalia no cromossomo 21, podendo ser elas: falha do cromossomo em se dividir, o que normalmente acontece quando a mãe é mais velha e, portanto, seus óvulos também, ou uma anomalia dentro do próprio cromossomo, sendo normal o número de cromossomos. Crianças com esta anomalia são geralmente nascidas de mães mais jovens e há um alto risco de recorrência em gestações subsequentes.

Para Leite (2003), faz-se necessário orientar que mães com mais de 35 anos de idade têm maior probabilidade de gerar filhos com Síndrome de Down, no entanto, não se deve descartar a possibilidade de o pai ter alguma anomalia em seus cromossomos.

A trissomia simplet é responsável por cerca de 96% dos casos da síndrome (BOMFIM, 2008).

4 Síndrome de Down

Não se sabe quando o primeiro caso de Síndrome de Down foi descrito como uma entidade clínica distinta; porém quando John Langdon Down, em 1866, escreveu seu trabalho, assumiu que o quadro já era bastante conhecido.

A Síndrome de Down foi conhecida durante muito tempo como mongolismo. Schwartzman (1999) coloca que até 1977 além do termo mongolóide, outros termos como ibecilidade mongolóide, idiotas mongolóides, cretismo furfuráceo, acromicria congênita, criança mal-acabada e criança inacabada foram muito utilizados.

A síndrome de Down é necessariamente um atraso de desenvolvimento, tanto das funções motoras do corpo, como das funções mentais. Um bebê com síndrome de Down tem tônus muscular baixo, denominado de hipotonia. Normalmente, a hipotonia afeta todos os músculos do corpo prejudicando o desenvolvimento de habilidades como rolar, sentar, levantar e caminhar (STRAY-GUNDERSEN, 2007).

Em 1959, Jérôme Lejeune descobriu que a causa da síndrome de Down era genética, pois até então a literatura relatava apenas as características que indicavam a síndrome (MINISTÉRIO DA SAÚDE, sd).

A síndrome de Down, segundo Duncan (1995), é uma anomalia congênita causada por um dos dois tipos de anomalia no cromossomo 21 podendo ser elas: falha do cromossomo em se dividir, o que normalmente acontece quando a mãe é mais velha e, portanto seus óvulos também; ou uma anomalia dentro do próprio cromossomo, sendo normal o número de cromossomos. Crianças com essa anormalidade são geralmente nascidas de mães mais jovens e há um alto risco de recorrência em gestações subseqüentes.

Para Leite (2003), faz-se necessário orientar que mães com mais de 35 anos de idade têm maior probabilidade de gerar filhos com Síndrome de Down, no entanto, não se deve descartar a possibilidade de o pai ter alguma anomalia em seus cromossomos.

A trissomia simples é responsável por cerca de 96% dos casos da síndrome (BOMFIM, 1996).

Na população em geral a frequência de Síndrome de Down é de 1 caso para cada 650 a 1000 recém-nascidos vivos e cerca de 85% ocorre em mães com mais de 35 anos de idade (APAE, 2006).

Cabe dizer que qualquer pessoa está sujeita a ter um filho com esta síndrome, pois ela ocorre ao acaso, sem distinção de raça ou sexo.

Atualmente, estima-se que, entre crianças e adultos, cerca de 0,2% da população tem Síndrome de Down (www.sosdown.com, 2007). A tendência dessa estatística é ser alterada para mais. Isso porque a taxa de mortalidade ao nascer dessas crianças tem sido reduzida e a esperança de vida tem sido aumentada devido aos avanços da medicina no que se refere aos métodos de diagnóstico e de tratamento.

Esses avanços também se estendem, além do médico, aos educadores físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais que interferem e, dessa forma, contribuem para uma melhora na qualidade de vida de pessoa com Síndrome de Down.

A Síndrome de Down pode ser em geral diagnosticada ao nascimento em razão de uma série de alterações fenotípicas que quando consideradas em conjunto, permitem a suspeita diagnóstica. Essas alterações fenotípicas, presentes ao nascimento podem ser, em geral, observadas já no feto (SCHWARTZMAN, 1999).

A trissomia 21 é um dos acidentes cromossômicos mais comuns e resulta, em geral, no retardamento mental. A pessoa com síndrome de Down tem face característica incluindo miocefalia e estatura baixa (CASTRO, 2005). O desenvolvimento físico, motor e cognitivo também são mais lentos do que pessoas sem a síndrome.

Algumas outras características físicas da criança com Síndrome de Down são:

- Achatamento da parte de trás da cabeça;
- Boca pequena;
- Ligamentos frouxos (hipotonia);
- Língua proeminente;
- Manchas na íris (manchas de Brushfield);
- Mãos e pés pequenos;
- Orelhas ligeiramente menores;
- Pele em excesso na nuca;

- Pequenas dobras de pele no canto interno dos olhos (pregas epicânticas);
- Ponte nasal achatada;
- Tônus muscular diminuído;

A grande variação na capacidade mental e no processo desenvolvimental da criança com Síndrome de Down talvez se dê pela estimulação recebida do meio em que se vive. Uma vez que “um ambiente amoroso e estimulante, intervenção precoce e esforços integrados de educação irão sempre influenciar positivamente no desenvolvimento desta criança” (AUMA, 2006 - palestra).

Algumas possíveis conseqüências das alterações vindas da Síndrome de Down são:

- Acuidade auditiva diminuída;
- Acuidade visual diminuída;
- Mastigação alternada;
- Obesidade;
- Respiração bucal;
- Trocas e omissões fonéticas no discurso ou fala.

Torna-se preciso ressaltar que o papel sinérgico das combinações de prejuízos visuais e auditivos em crianças com Síndrome de Down. Este tipo de prejuízo pode levar a um diagnóstico equivocado de severo retardo mental (SCHWARTZMAN, 1999).

De acordo com o Ministério da Saúde (sd), é comum nas crianças com Síndrome de Down a presença de miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, ambliopia, nistagmo ou catarata. Ainda que de forma não tão comum, alterações mais graves como ceratocone (profusão cônica cerosa na região central da córnea) ou glaucoma podem vir a ocorrer.

Patologias do ouvido médio parecem ser a causa mais comum de perdas auditivas uni ou bilaterais. Devido à baixa imunidade, resfriados e gripes são freqüentes, podendo levar ao surgimento de otites médias e, com a repetição do evento de forma crônica, tornar-se otite média serosa.

É comum nessa população a presença da frouxidão articular generalizada e a frouxidão do ligamento transversa o que contribui para uma alta incidência de subluxações. Além da instabilidade atlanto-axial também é possível que haja patologias no quadril, a qual é provocada por frouxidão ligamentar e capsular e é associada com o aumento da amplitude de movimento com rotação externa durante o ciclo da marcha; e instabilidade patelar, que normalmente é compensada com a marcha (GUSMAN et al, in SCHWARTZMAN, 1999).

A instabilidade atlanto-axial acontece em, aproximadamente, 10 a 20% dos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, sd) e é talvez uma das complicações mais graves provocada pelo tônus muscular diminuído. As articulações frouxas possibilitam movimentos excessivos entre essas duas vértebras superiores, especialmente quando o pescoço está estendido ou fletido (STRAY-GUNDERSEN, 2007).

O tônus muscular é uma característica individual uma vez que a hipotonia origina-se no SNC. Ela afeta toda a musculatura e a parte ligamentar da criança (www.entreamigos.com.br, 2008).

Muitos bebês com Síndrome de Down possuem tônus muscular pobre, força muscular reduzida e coordenação muscular limitada. No entanto, à medida que a criança fica mais velha tanto o tônus quanto a força muscular melhoram marcadamente. (GUÉRIOS e GOMES, 2005)

Dessa forma, tanto os bebês quanto as crianças portadores de Síndrome de Down devem submeter-se a extensas avaliações de saúde, estimulação precoce, terapia física, reforço da comunicação, avaliações de desenvolvimento e outras intervenções profissionais (www.ecof.org.br, 2007).

A criança com Síndrome de Down tem maior possibilidade de apresentar um comprometimento de saúde em virtude de alterações congênitas e predisposições características da síndrome. Este comprometimento pode afetar o coração, os pulmões, a coluna cervical e a produção de hormônios (www.entreamigos.com.br, 2008); além da visão e a audição, como citado anteriormente.

A alteração do funcionamento da glândula tireóide causa o hipotireoidismo. Esta alteração está presente em aproximadamente 10% das crianças e 13 a 50 % dos adultos com Síndrome de Down. Na presença desta alteração a criança pode ficar obesa e até mesmo ter seu desenvolvimento intelectual comprometido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, sd).

Pesquisas revelam que existe um maior percentual de adultos com Síndrome de Down obesos comparados aos adultos com outro tipo de retardo mental. Sendo nas mulheres com Síndrome de Down uma incidência de 96% contra 63% nas outras alterações; e nos homens, 71% contra 49%. Eles também têm mais altos níveis de lipídeos séricos e uma maior prevalência de diabetes, o que pode ser o resultado do excesso de adiposidade (www.ssd.org.br, 2008).

Apesar das inúmeras infecções respiratórias que esses bebês e crianças sofrem durante o ano é importante ressaltar que “os pulmões da criança com Síndrome de Down, em geral, não são

anormais. Somente alguns bebês têm pulmões subdesenvolvidos (hipoplásicos)” (GUÉRIOS e GOMES, 2005). Logo a alta incidência de problemas respiratórios e infecções se devem, realmente, a baixa imunidade destas crianças, como já foi mencionado anteriormente.

As cardiopatias congênitas estão presentes em aproximadamente 50% dos casos. Sendo os problemas anatômicos como a comunicação inter-ventricular uma das cardiopatias mais comuns na Síndrome de Down. Os sinais que indicam a presença de cardiopatias são em geral: baixo peso, cianose de extremidades (extremidades roxas), malformação torácica e palidez ao nascer, atraso no desenvolvimento acima da média das crianças com Síndrome de Down (MINISTÉRIO DA SAÚDE, sd).

O peso da criança com Síndrome de Down merece atenção especial, pois na primeira infância o ganho de peso é menor devido à dificuldade de alimentação, porém, no segundo e terceiro anos de vida, ocorre um aumento de peso e a partir daí a criança pode tornar-se obesa (GUÉRIOS e GOMES, 2005).

Na adolescência, segundo Varela e Rodrigues, 1990 (apud, SOUSA, 2005,) com relação ao crescimento, pessoas com Síndrome de Down apresentam uma altura (estatura) inferior a média devido a um menor crescimento de seus ossos longos.

Alguns bebês e crianças com Síndrome de Down apresentam hipotonia ligamentar, o que pode proporcionar uma condição de instabilidade entre as duas primeiras vértebras. Isso acontece em aproximadamente 10 a 20% dos casos. O raio-X detecta o aumento do espaço intervertebral e deve ser aconselhado a todas as crianças com Síndrome de Down. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, sd). O espaço atlanto-axial e atlanto-occipital aumentados sugere uma possível sub-luxação mediante esforços maiores na região do pescoço, como cambalhotas ou mergulhos.

4.1 – O desenvolvimento da Criança Síndrome de Down

As pessoas com Síndrome de Down se desenvolvem como qualquer outra pessoa que não tenha a síndrome. Assim, elas têm personalidades muito variadas, estilos de aprendizagem diversos, assim como inteligência, aparência, obediência e humor. Uma pessoa, ainda que tenha a mesma síndrome, é diferente da outra em diversos aspectos.

Figura 1 – Perspectiva dinâmica de sistemas. Fonte: Gallahue e Ozmun, 2003.

A pessoa portadora da síndrome de Down, sobretudo a criança, revela predisposição demorada para a aprendizagem, já que nessas pessoas o estímulo e a resposta cerebrais são processos lentos (BOMFIM, 1996).

A anomalia genética dos indivíduos com Síndrome de Down é responsável por problemas de desenvolvimento intelectual, físico, fisiológico, da saúde geral (SOUSA, 2005) e motor nos diferentes níveis (GUÉRIOS e GOMES, 2005).

Apesar desse fato, estudos têm mostrado que estas pessoas podem vir a ser socialmente capazes e independentes quando participam de programas educacionais adequados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, sd).

De acordo com o desenvolvimento dos sistemas dinâmicos de Gallahue e Ozmun (2003), o desenvolvimento motor de uma pessoa não se dá apenas de acordo com seus atributos fisiológicos, cognitivos, anatômicos, mecânicos ou motores.

Para esses autores, o desenvolvimento do controle motor e da coordenação motora é efetuado por influências positivas (recursos) e restrições (limitadores do ritmo) dentro da tarefa, do indivíduo e do ambiente tendo ela a Síndrome de Down ou não. É o que mostra a figura 1.

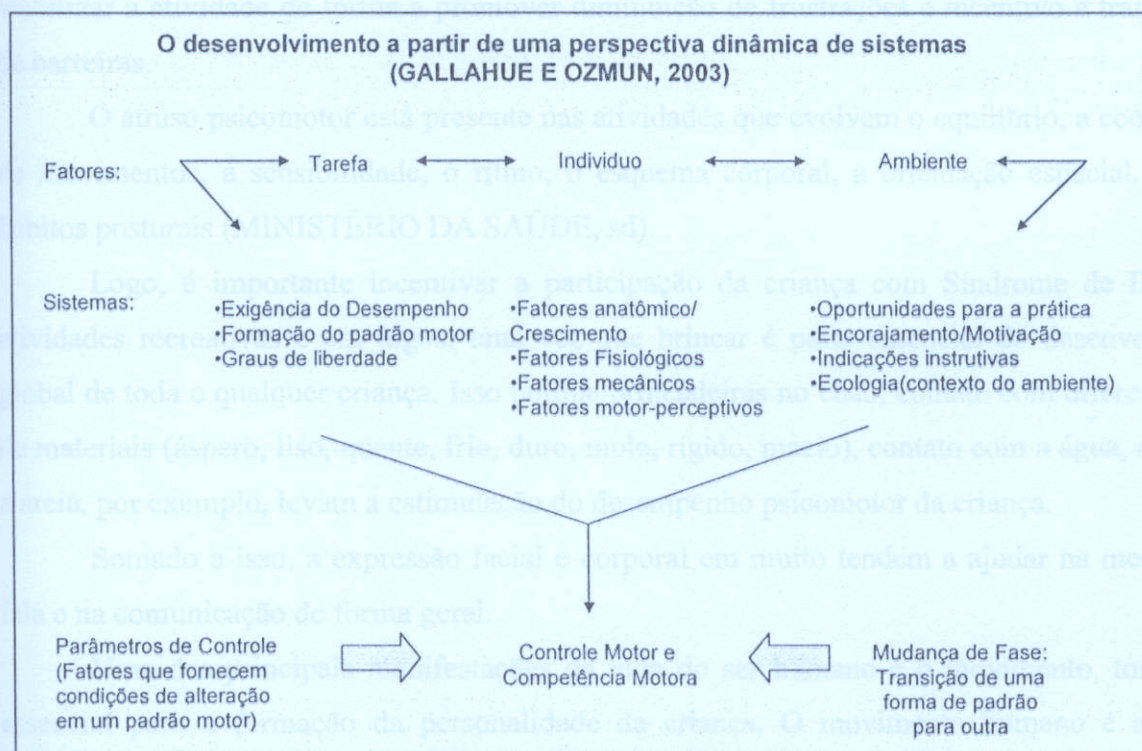


Figura 1 – Perspectiva dinâmica de sistemas. Fonte: Gallahue e Ozmun, 2003.

Ou seja, a criança é também fruto de uma interação social na medida em que se desenvolve a partir da maturação. A qual é um processo comum a todos os seres humanos em conformidade com as experiências vividas socialmente e com os aspectos culturais (GAIO, 2007).

Crianças com Síndrome de Down apresentam muitas vezes diferenças com relação ao tempo de aquisição dos principais marcos motores quando comparadas à crianças neurologicamente normais (POLASTRI e BARELA, 2002).

A criança com Síndrome de Down normalmente é dispersa (possui falta de atenção) em relação à tarefa que lhe é proposta. A não lembrança do que estava fazendo ou do que é para ser feito pode levá-la a estereotípias.

A respeito do desenvolvimento cognitivo de pessoas com Síndrome de Down, sabe-se que essa população, geralmente, apresenta dificuldade de generalização e abstração e mostra excesso de espírito de análise. Estes aspectos podem ser minimizados se a criança tiver oportunidade de vivenciar as mais variadas experiências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, sd). Não devemos estabelecer limites para tanto. Um caminho que oferece muitos resultados é adaptar e assim viabilizar a atividade de forma a promover diminuição de frustrações e incentivo à transposição de barreiras.

O atraso psicomotor está presente nas atividades que envolvem o equilíbrio, a coordenação de movimentos, a sensibilidade, o ritmo, o esquema corporal, a orientação espacial, além de hábitos posturais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, sd).

Logo, é importante incentivar a participação da criança com Síndrome de Down em atividades recreativas e em jogos, uma vez que brincar é parte essencial do desenvolvimento global de toda e qualquer criança. Isso porque brincadeiras no chão, contato com diferentes tipos de materiais (áspero, liso, quente, frio, duro, mole, rígido, macio), contato com a água, a grama e a areia, por exemplo, levam a estimulação do desempenho psicomotor da criança.

Somado a isso, a expressão facial e corporal em muito tendem a ajudar na mecânica da fala e na comunicação de forma geral.

Uma das principais manifestações da vida do ser humano é o movimento, tornando-se essencial para a formação da personalidade da criança. O movimento humano é a base da constituição histórica da humanidade, traduzindo a relação do homem com o seu exterior (natureza/sociedade), portanto é de fundamental importância para o desenvolvimento total da

criança. A partir do movimento, a criança cria sua imagem corporal, o seu esquema corporal e o seu elo de comunicação com o exterior, constituindo dessa forma, sua individualidade e a sua história (SILVA E SILVA, 2005).

O esporte também faz parte do aprendizado da criança com Síndrome de Down, desde que sejam respeitadas suas possibilidades e afinidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, sd).

Na Idade Média a ginástica esteve a ponto de desaparecer, mas voltou a ser utilizada na Renascença, por volta da metade do século XVIII, ela também veio a surgir por influência de Rousseau (1721 - 1778) que pregava a educação pelo método ginástico, o qual muito se assemelha aos ideais gregos.

Por meio dos trabalhos de Maïss (1759-1839), considerado um dos pioneiros da ginástica, viveu-se o desenvolvimento das atividades ginásticas relacionadas ao fortalecimento do indivíduo e também com propósito de proporcionar saúde e preparação para a guerra.

A modalidade Ginástica Rítmica nasceu em meados do século XX, na Europa Central, e recebeu muitas contribuições para seu desenvolvimento, através das influências dos mestres, de pelo menos quatro correntes: Dança, Arte, Arte Lúdica, Música e Pedagogia (GALLO, 2007).

O lado artístico da ginástica rítmica teve suas raízes lançadas por Delsarte (1811-1871), que caracterizou seu trabalho pela busca da expressão dos sentimentos através dos gestos corporais.

A ginástica dada por rítmica surgiu para aproveitar o sentido musical na execução dos movimentos, idealizada por Dalcroze (1865-1930), professor de música do Conservatório de Genebra, com aparelhos como as maças, balões, pesos e bastões.

Na mesma época (1881-1971), Bode estabeleceu os princípios básicos da Ginástica Rítmica (GR).

Bode se importava com o fluir do movimento em seu caráter natural e integral. Ele objetivou, através de movimentos harmônicos para olhos e música, demonstrar os diversos estados emocionais dos indivíduos.

Bode se importava com o fluir do movimento em seu caráter natural e integral. Ele objetivou, através de movimentos harmônicos para olhos e música, demonstrar os diversos estados emocionais dos indivíduos.

5 A História da Ginástica Rítmica

A ginástica surgiu com os gregos nos Jogos Olímpicos. Na antiga Grécia, exceto em Esparta, a criança (7 anos) ao ingressar na escola ou ser entregue aos cuidados de um pedagogo era ensinada através da dança e do canto. A música tinha uma função pedagógica porque os gregos entendiam que ela expressava com eficácia o entusiasmo e os sentidos do ser humano. (GODOY, 1996).

Na Idade Média a ginástica esteve a ponto de desaparecer, mas com a chegada da Renascença, por volta da metade do século XVIII, ela também veio a resurgir por influência de Rousseau (1721 – 1778) que pregava a educação pelo método ginástico, o qual muito se assemelhava aos ideais gregos.

Por meio dos trabalhos de Muts (1759-1839), considerado um dos pioneiros da ginástica, obteve-se o desenvolvimento das atividades ginásticas relacionadas ao fortalecimento do indivíduo e também com propósito de proporcionar saúde e preparação para a guerra.

A modalidade Ginástica Rítmica nasceu em meados do século XX, na Europa Central, e recebeu muitas contribuições para seu desenvolvimento, através das influências dos mestres, de pelo menos quatro correntes: Dança, Arte, Arte Cênica, Música e Pedagogia (GAIO, 2007).

O lado artístico da ginástica rítmica teve suas raízes lançadas por Delsarte (1811-1871), que caracterizou seu trabalho pela busca da expressão dos sentimentos através dos gestos corporais.

A ginástica dada por rítmica surgiu para aproveitar o sentido musical na execução dos movimentos, idealizada por Dalcroze (1865-1950), professor de música do Conservatório de Genebra, com aparelhos como as maçãs, halteres, pesos e bastões.

Na mesma época (1881-1971), Bode estabeleceu os princípios básicos da Ginástica Rítmica (GR).

Bode se importava com o fluir do movimento em seu caráter natural e integral. Ele objetivou, através de movimentos harmônicos aparelhos e música, demonstrar os diversos estados emocionais dos indivíduos.

Bode é considerado o criador da GR por ter estabelecido princípios básicos para essa modalidade, os quais são seguidos e tidos como essencialmente importantes até hoje. Suas teorias são fundamentadas no princípio da contração e relaxamento, que é a própria essência do movimento humano e forma a unidade do ritmo corporal. Quanto ao espaço, explorou as direções e os planos em todas as suas possibilidades, o que constitui a base da variação dos deslocamentos na GR atual. Introduziu também a ginástica de expressões e o trabalho em grupo. (MOLINARI, 2007).

A partir do século XIX, o desenvolvimento da Ginástica Rítmica apresentava, na Europa, tendências nacionalistas que acompanhavam o desenrolar pedagógico, integrando o processo de criação de metodologia educacional para mulheres utilizando o movimento e o ritmo (PENEDO et al, 2006).

No ano de 1962 a Ginástica Rítmica passou a ser reconhecida pela Federação Internacional de Ginástica (FIG).

Treze anos depois, em 1975, recebeu o nome de Ginástica Rítmica Desportiva (GRD) e tornou-se uma modalidade esportiva competitiva.

Em 1984, a GR foi reconhecida pelo Comitê Olímpico Internacional (COI) e foi introduzida nos Jogos Olímpicos de Los Angeles apenas como modalidade individual; e em 1996, nos Jogos Olímpicos de Atlanta, incluíram-se as competições em conjunto. (MOLINARI, 2007).

A Ginástica Rítmica foi trazida para o Brasil por Ilona Peuker, húngara, radicada no Brasil, professora da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (LEITE, 2003).

O Brasil, apesar de não ter sido classificado para as finais, participou da estréia olímpica da GR em Los Angeles (1984).

A Ginástica Rítmica como é atualmente conhecida, se caracteriza pelo manejo de aparelhos manuais oficiais – corda, bola, arco, maças e fitas no feminino, segundo a FIG, e corda, maças, dois pequenos arcos e bola, no masculino (de acordo com a Confederação Japonesa de Ginástica), combinados harmoniosamente com movimentos denominados elementos corporais (GAIO, 2007). No entanto, a GR masculina não é reconhecida pela FIG.

Com relação à Ginástica Rítmica para pessoas com necessidades especiais, a primeira competição a se realizar no Brasil foi em 1986, em São Paulo. Nessa competição a aluna da professora Elisete de Andrade Leite (pioneira da Ginástica Rítmica para meninas com Síndrome

de Down no Brasil), a ginasta Ana Maria de Jesus da Silva se classificou para defender e representar o Brasil na Special Olympics Games in Indiana (USA) (LEITE, 2003).

5.1 - Ginástica Rítmica

A GR envolve movimentos de corpo e dança de variados tipos e dificuldades combinadas com a manipulação de pequenos equipamentos (corda, arco, bola, maça e fita) sempre em harmonia com a música. Em suas séries ou rotinas (como são chamadas as apresentações) a ginasta deve aliar a arte potencial do movimento expressivo do corpo, com a técnica da utilização ou não (mãos livres) do aparelho a ela característico, somado à interpretação da música.

Os aparelhos oficiais têm por finalidade: desinibir, facilitar a realização de movimentos, favorecer a educação rítmica, cooperar na formação corporal e ampliar as possibilidades de associações e composições de movimentos (LEITE, 2003).

Cada aparelho, na GR, tem tamanho, material e formato específicos além de um movimento que é próprio (elemento específico do aparelho) a ele que por regra devem ser seguidos, sem exceção, nas competições.

O aparelho corda deve ser de cânhamo ou material sintético (leve e flexível) e seu comprimento deve ser proporcional à altura da ginasta. Não deve possuir empunhadura, mas pode conter nó em cada uma das pontas. Quanto à forma, pode ser de diâmetro uniforme ou progressivamente mais espessa na parte central, contanto que o reforço seja do mesmo material da corda. Sua cor pode ser natural ou tingida (total ou parcialmente). Seus elementos específicos são os saltos e saltitos.

O aparelho arco deve ser de madeira ou plástico, contanto que não deforme durante o movimento, e conter um diâmetro interior de 80 a 90 centímetros podendo pesar, no mínimo, 300 gramas. Quanto a forma, pode ser quadrado, redondo, retangular ou oval. Liso ou estriado, encapado em sua totalidade ou parcialmente com fita adesiva. Sua cor pode ser natural ou pintado (total ou parcialmente) por uma ou várias cores. Seus elementos específicos são os rolamentos, giros, equilíbrios, saltos, flexibilidade e onda.

O aparelho bola deve ser de borracha ou material sintético (plástico flexível), contendo de 18 a 20 centímetros de diâmetro e pesando, no mínimo, 400 gramas. Pode ser de qualquer cor, no entanto desenhos figurativos são proibidos. São permitidas apenas figuras geométricas. Seus elementos específicos são a flexibilidade e as ondas.

O aparelho maçã deve ser de madeira ou material sintético contendo um peso, mínimo, de 150 gramas por maçã e seu comprimento, de uma extremidade a outra, deve ser de 40 a 50 centímetros. Quanto à forma, é semelhante a uma garrafa, sendo a parte mais grossa chamada "corpo", a parte afilada denominada "pescoço" e a pequena esfera, com no máximo 3 centímetros de diâmetro, a "cabeça". Sua cor pode ser natural ou pintada (total ou parcialmente) de uma ou várias cores. Seu elemento específico é o equilíbrio.

O aparelho fita é constituído por duas partes: estilete e fita. O estilete deve ser de madeira, bambu, plástico ou fibra de vidro e conter um diâmetro de, no máximo, 1 centímetro na parte mais expressa. Quanto à forma, pode ser cilíndrica ou cônica, ou ainda na combinação dessas duas formas. Seu comprimento pode variar de 50 a 60 centímetros e o comprimento de ligação estile/fita deve ser igual a 7 centímetros. Já a fita deve ser de cetim da cor desejada, podendo ser de uma só cor, bicolor ou multicolor. Seu peso mínimo é de 35 gramas, sua largura pode variar de 4 a 6 centímetros e seu comprimento deve ser de, no máximo, 6 metros. Os elementos específicos desse aparelho são os giros e pivôs.

Cada aparelho pede um ou mais tipos de elementos corporais. Esses às vezes são específicos de um só aparelho ou podem também pertencer a outros aparelhos. Para tornar claro eles estão mostrados na tabela 1.

3.2 - Pontuação

As séries (apresentações) de Ginástica Rítmica devem ser realizadas em um ou dois tabuleiros de 13 X 13 metros quadrados, sendo que sempre que houver a necessidade da mudança de tabuleiro isso implicará em um decréscimo na nota da apresentação.

Durante as apresentações individuais a ginasta só pode se utilizar de um único aparelho (arco, corda, bola, maçã ou fita).

Já no caso das séries em conjunto, as ginastas podem utilizar-se de até dois aparelhos (arco e fita, por exemplo).

Esses aparelhos, tanto para as competições individuais quanto as em conjunto, são, anteriormente, escolhidos e determinados pela Federação Internacional de Ginástica (FIG).

As séries individuais devem ter a duração mínima de 1'15" (um minuto e quinze segundos) e máxima de 1'30" (um minuto e trinta segundos). Enquanto as séries em conjunto (grupo de 5 ginastas, obrigatoriamente) devem ter duração mínima de 2'15" (dois minutos e

Corda	Arco	Bola	Maça	Fita
Saltar	Rolar	Quicar	Molinetes	Circunduzir
Saltitar	Rotações	Rolar	Pequenos	Impulsionar
		Lançar	círculos	Serpentinas
				Espirais
Balancear	Balancear	Balancear	Balancear	Balancear
Circunduzir	Circunduzir	Circunduzir	Circunduzir	Lançar
Lançar	Girar	Equilibrar	Lançar	Movimentos em
Movimentos	Lançar	Impulsionar	Movimentos	oito
em oito	Movimentos em	Inversões	assimétricos	Recuperar
Recuperar	oito	Movimentos	Movimentos em	Soltar
Rotações	Passagem pelo	em oito	oito	
Soltar	arco	Lançar	Recuperar	
Véus	Recuperar	Recuperar		

Tabela 1 – Elementos corporais de cada aparelho – Ginástica Rítmica (RODRIGUES e DEUTSCH, 2008).

5.2 – Pontuação

As séries (apresentações) de Ginástica Rítmica devem ser realizadas em um ou dois tablados de 13 X 13 metros quadrados, sendo que sempre que houver a necessidade da mudança de tablado isso implicará em um decréscimo na nota da apresentação.

Durante as apresentações individuais a ginasta só pode se utilizar de um único aparelho (arco, corda, bola, maçã ou fita).

Já no caso das séries em conjunto, as ginastas podem utilizar-se de até dois aparelhos (arco e fita, por exemplo).

Esses aparelhos, tanto para as competições individuais quanto as em conjunto, são, anteriormente, escolhidos e determinados pela Federação Internacional de Ginástica (FIG).

As séries individuais devem ter a duração mínima de 1'15''(um minuto e quinze segundos) e máxima de 1'30''(um minuto e trinta segundos). Enquanto as séries em conjunto (grupo de 5 ginastas, obrigatoriamente) devem ter duração mínima de 2'15''(dois minutos e

quinze segundos) e máxima de 2'30''(dois minutos e trinta segundos). O final do movimento e da música deve coincidir perfeitamente (PEREIRA, 2000).

Em cada apresentação a ginasta deve ter uma roupa que orne perfeitamente com a música, os movimentos que serão executados e o (s) aparelho (s) a ser utilizado.

A apresentação da nota de cada apresentação será dada pelo consenso de quatro árbitros que deverão pontuar a ginasta de 0 a 10.

Essa nota (seja para uma apresentação individual ou conjunto) será dada pela média das duas notas centrais atribuídas pelos árbitros.

A nota final é o resultado da nota de execução somado a nota final de composição (a qual se dá pelo valor artístico + dificuldades).

Para que a ginasta ou conjunto possa entrar no tablado e se apresentar cada ginasta, ou conjunto, deve entregar, com antecedência e por escrito, uma ficha com a seqüência de uma série contendo os elementos de valor artísticos particulares (CAP), utilizando os símbolos técnicos correspondentes. Caso isso não ocorra ela será impedida de participar da competição.

Com relação à originalidade, podem ser atribuídos à nota da ginasta 0,30 pontos por cada nova dificuldade isolada apresentada ou 0,10 pontos por cada nova relação ginasta/aparelho.

Já para as dificuldades podem se dar por grande lançamentos (com altura aproximada ao dobro da altura da ginasta), recuperações do aparelho, posições em equilíbrio, saltos, entre outras possibilidades.

Grandes lançamentos sobre a cabeça. Pontos: 0,10 cada	Recuperações do aparelhos Pontos: 0,10 cada
Sem ajuda das mãos	Sem ajuda das mãos
Fora do campo visual	Fora do campo visual
Durante um salto	Durante um salto
Durante com rotação do eixo horizontal ou vertical do corpo	Durante com rotação do eixo horizontal ou vertical do corpo
Por baixo da (s) perna (s)	Por baixo da (s) perna (s)
Passo adiante e lançamento direto	Passo adiante e lançamento direto
	Recuperação em uma posição no solo

Tabela 2 – Elementos de dificuldade durante uma série de Ginástica Rítmica.
Fonte: Regulamento Técnico, 2005 (FIG).

As penalidades consistem em perdas de pontuação devido a erros de execução cometidos pela ginasta (RODRIGUES e DEUTSCH, 2008). As combinações, movimentos com aparelhos e movimentos corporais, encadeados com uma seqüência coreográfica são para os árbitros, critérios de apreciação do esporte que determina o nível de qualidade de execução, o grau de dificuldade praticado pela ginasta e o valor artístico da composição (GAIO, 2007).

No caso de uma apresentação em conjunto todos os erros cometidos são descontados da mesma forma.

Perda de 0,20 pontos	Perda de 0,30 pontos	Perda de 0,50 pontos
Ultrapassagem dos limites do tablado pela ginasta ou pelo aparelho	Terminar seu exercício antes ou depois do término da música	Movimentação inexpressiva do aparelho
Perda de equilíbrio		Perda do aparelho independente da distância
Utilização de movimentos acrobáticos não autorizados		Perda do aparelho ao final do exercício

Tabela 3 – Penalidades aplicadas aos erros de execução. Fonte: Regulamento Técnico, 2005 (FIG).

Os equilíbrios devem ser sempre executados sobre a meia ponta ou sobre um dos joelhos; a postura deve ser visivelmente mantida, bem fixada, definida e ampla; ser coordenada com o movimento do aparelho.

O equilíbrio realizado com o pé inteiro o chão é desconsiderado.

Durante os equilíbrios a inclinação do eixo vertical do tronco não muda sua forma e há um ângulo de 90° entre o tronco e a perna de apoio (DOMIGUES et al, 2006).

Os pivots (giros) devem ser executados em meia-ponta; ter forma bem definida e fixada durante a rotação até o final do pivot; ter uma forma ampla.

Não é permitido que seja feito o pivot com o pé inteiro no chão e o equilíbrio instável do aparelho sobre a mão ou outra parte do corpo durante o exercício é considerado como um movimento não estático.

O apoio do calcanhar ao solo ou a parada durante a rotação significa rotação incompleta e leva a despontuação e penalidade.

Quanto as flexibilidade e ondas todas elas devem ser executadas sobre o apoio de um ou dois pés ou qualquer outra parte do corpo, ter uma forma fixada bem definida e ter forma ampla.

Não são válidas as flexibilidade ou ondas com insuficiência de amplitude ou se o aparelho não estiver em movimento durante todo exercício.

Com relação aos saltos, todos eles devem ter uma boa altura (elevação), uma forma definida e fixa durante o vôo, uma amplitude dentro da própria forma (DOMIGUES ET AL, 2006). Tendo por boa altura um salto equivalente a altura da ginasta. Ainda durante o salto, os giros, caso ocorram, devem ser de no mínimo 360°.

A história mundial da Ginástica Rítmica coloca-a como uma modalidade extensiva a crianças que se encontrem em padrões ideais de estética e plasticidade, habilidades e qualidades físicas, entre outros.

Porém, apesar de nas séries de GR adaptada serem exigidos saltos, equilíbrios, pivots, ondas e flexibilidade, isso ocorre num grau menor de exigência (LEITE, 2003).

De acordo com a Special Olympics, algumas regras podem ser adaptadas para grupos especiais.

De forma geral, apesar de sofrer despontuação por isso, a ginasta pode receber ajuda física, verbal ou visual (gestual) por parte do seu técnico. Uma vez que muitos atletas deficientes têm facilidade em esquecer a sequência que treinaram.

A classificação, nota, se dá da seguinte forma:

- 5 pontos = Excelente
- 4 pontos = Bom
- 3 pontos = Suficiente
- 2 pontos = Insuficiente
- 1 ponto = Iniciante

Sendo o valor máximo possível atribuído a cada apresentação igual a 10,0 (dez).

Com relação as dificuldade, os saltos devem possuir uma boa altura e 135° de abertura, os giros devem ser de no mínimo 180° e a abertura de pernas em 180° para o nível III, o nível mais desenvolvido.

6 A Criança com Síndrome de Down e a Ginástica Rítmica

"Ritmo é vida. Criança é movimento. Vida é ritmo e movimento. Criança é vida, movimento e ritmo (GAIO, 2007)."

De forma geral, na medida em que as crianças se desenvolvem elas criam suas relações com o mundo através da exploração dos movimentos, permitidas pelos órgãos do sentido sinestésico (GAIO, 2007).

Na GRD, o desenvolvimento dos aspectos motor, social, emocional e lúdico da personalidade e a destreza dos movimentos corporais são vivenciados, por meio de atividades motoras organizadas e seqüenciais, desenvolvidas individualmente e em grupo (SILVA e SILVA, 2005).

A prática da Ginástica Rítmica permite desenvolver as capacidades e habilidades, e o uso do aparelho manual do movimento orgânico e sua completa desinibição, a favorecer associações e composições de movimento (DOMIGUES et al, 2006).

Os objetivos da GR estão intimamente ligados ao desenvolvimento psicomotor da criança, propondo-se a estimular e desenvolver as estruturas psicomotoras, educando os movimentos, aumentando as qualidades físicas (LLOBET, 1998), além de desenvolver o aspecto social do indivíduo (inclusão social), sua criatividade e imaginação (SILVA e SILVA, 2005; CAÇOLA, 2007).

A oportunidade de movimentação que a GR pode vir a proporcionar facilita a aprendizagem e controle motor da criança por se utilizar de habilidades motoras muito próximas da cultura corporal infantil, aquelas utilizadas em jogos e brincadeiras praticadas pelas crianças.

Prova disto é que (com exceção às maçãs e fitas) o arco, a bola e a corda são materiais (aparelhos) que fazem parte da cultura infantil brasileira, em especial na Região Sudeste. Em alguns locais temos também o barangandão que se aproxima da fita em sua movimentação e efeito estético.

anos. Destaca-se que através da utilização dos aparelhos, a criança desenvolve sua lateralidade, sua percepção espacial, dinamismo, criatividade e expressão corporal por intermédio dos movimentos, além de segurança e confiabilidade em si própria (SILVA E SILVA, 2005).

Domingues et al (2006) em seu estudo, almejou verificar a contribuição do manejo da bola de Ginástica Rítmica na destreza de mãos e braços de adultos idosos. Eles concluíram que o grupo experimental, após o treinamento do manejo técnico da bola por 8 semanas, obteve uma evolução significativa da coordenação motora fina dos membros superiores, o que indica, segundo os autores, um aumento da velocidade e agilidade manual promovendo melhoria para as suas capacidades motoras e contribuindo também para o desenvolvimento e/ou aprimoramento das qualidades físicas.

A pesquisa que Leite realizou em 2003 levou-a a concluir que meninas com Síndrome de Down praticantes da Ginástica Rítmica podem conquistar sua autonomia e conseqüentemente são beneficiadas na integração social, alfabetização e possível inclusão.

Com relação à crianças com Síndrome de Down, como foi visto anteriormente, alguns cuidados devem ser tomados em relação a prática esportiva.

A instabilidade atlanto-axial, presente em algumas crianças com Síndrome de Down, deve ser diagnosticada pelo raio X cervical. Quando constatada, devem ser suspensas atividades como o mergulho da natação, o nado golfinho, a equitação e algumas manobras na ginástica olímpica ou rítmica, que envolvem movimento brusco de pescoço (MIISTÉRIO DA SAÚDE, sd).

A Ginástica Rítmica oferece à criança um grau maior de estímulos, proveniente de seus músculos e articulações, sendo integrados ao nível do Sistema Nervoso Central, como previa Dalcroze (1865-1950). Com isso, ela tem uma adequada integração sensorial e perceptiva, podendo aperfeiçoar gradativamente seus gestos, e assim conhecer melhor seu próprio corpo, suas capacidades e suas limitações, o que lhe permitirá uma integração mais adequada com o meio (GAIO, 2007).

Por ser a Ginástica Rítmica realizada, obrigatoriamente, com música e em grande parte em contato, dos pés e demais partes do corpo, com o solo ela promove adaptação e melhor utilização dos resíduos auditivos daquelas crianças que perderam parte dessa acuidade.

Considerando a Ginástica Rítmica um conjunto de movimentos fundamentais combinados, tendo como base as regras propostas pelo Código de Pontuação, para Gaio (2007) seria ideal iniciar um trabalho de habilidades motoras específicas nessa modalidade a partir de 7

anos. Já no caso de meninas com Síndrome de Down, a GR traz muito benefício para seu desenvolvimento motor a partir da idade de 6 anos uma vez que:

Muitas dessas crianças encontram-se em nível psicomotor não correspondente à sua idade cronológica, apresentando dificuldades de ordem funcional ou origem afetiva. Com a iniciação da GR estaremos explorando a coordenação motora da dinâmica geral, a coordenação fina da mão e dos dedos, coordenação óculo manual, percepção do próprio corpo, controle tônico, percepção temporal, imitação de gestos e atitudes (LEITE, 2003).

Um dos papéis da Ginástica Rítmica é ajudar no desenvolvimento, aprimoramento e melhorias das categorias motoras (estabilização, locomoção, manipulação) (DOMIGUES et al, 2006).

Somam-se a essas contribuições da Ginástica Rítmica a possibilidade de uma criança, ou adolescente, desfrutar da integração, inclusão e aprendizado na relação causa-efeito de forma facilitada por meio do trabalho em grupo e da utilização dos aparelhos próprios dessa ginástica ou de instrumentos que fazem parte das brincadeiras infantis como é o caso dos lenços, bexigas, argolas, etc. Assim, atos como correr, saltar, equilibrar-se, lançar, recuperar, rotacionar, balancear, produzir movimentos ondulatórios, entre outras habilidades farão com que essa pessoa se desenvolva cada vez melhor dentro e fora do grupo.

Para Leite (2003), além de toda a contribuição para a motricidade humana a Ginástica Rítmica também está paralelamente beneficiando as meninas com Síndrome de Down pelo desenvolvimento das seguintes qualidades físicas: Força (dinâmica, estática e explosiva), Velocidade (de reação, de deslocamento, dos membros), Flexibilidade, Agilidade, Coordenação, Equilíbrio (estático, dinâmico e recuperado), Resistência (aeróbia, anaeróbia e muscular localizada), Relaxamento total (descontração total) e Relaxamento diferencial (descontração diferencial).

É o que traz parte do estudo realizado por Moisés em 2005. O estudo foi feito com pessoas com seqüela de acidente vascular cerebral (AVC).

O programa a ser seguido continha cinco partes, sendo elas: movimentação de membros superiores e inferiores (flexões, extensões e rotações); manipulação de diferentes materiais (bolas de borracha, bolas de tênis, bolas de massagem, bastão, corda, arco e materiais de sucata); exercícios de locomoção, de equilíbrio e de manipulação concomitantemente ou em separado; jogos adaptados; exercícios de propriocepção nos diferentes decúbitos com utilização de música e colchões.

A partir da participação no programa o grupo teve uma melhora significativa em relação a sua coordenação motora, manuseio de objetos, relacionamento intra e interpessoal, obteve uma maior facilidade na realização das atividades da vida diária (AVDs) e, portanto, na qualidade de vida.

É sabido que a música, o teatro, a dança e a própria Ginástica Rítmica são atividades que contribuem de maneira decisiva para o pleno desenvolvimento da criança. Pois exige que esta utilize várias capacidades psicomotoras, que não entra em cena em atividades cotidianas ou banais, que na maioria das vezes são simples atos mecânicos e repetitivos (GAIO, 2007).

Por esse motivo, crianças com distúrbio de esquema corporal que são lentas em organizar suas ações e têm dificuldade de compreensão de conceitos como: perto, longe, fora, etc; e fazem confusão das letras simétricas pela inversão do sentido direita/esquerda como por exemplo: d, b, n, u, e inversão na ordem das letras (oar, ora, aro), apresentam melhoras consideráveis com a prática da GR, segundo relato de pedagogas e fisioterapeutas que atuam diretamente com a clientela avaliada (LEITE, 2003).

7 Considerações Finais

O ritmo, ponto principal da Ginástica Rítmica, auxilia na formação do processo cognitivo, processo motor da fala e processo motor global uma vez que todo o movimento humano obedece a certa cadência biológica.

Os movimentos amplos com as diversas partes do corpo levam o praticante da atividade a se situar no espaço e no tempo além de proporcionar-lhe a potencialização de algumas das suas habilidades. A Ginástica Rítmica ainda tem a capacidade de levar seu praticante a uma variedade de experiências por meio de suas inúmeras tarefas as quais lidam com seu lado lúdico, emocional, motor e social.

A Ginástica Rítmica profissional lida diretamente com performance, lesões e resultados.

Como foi visto, a Special Olympics, a qual organiza campeonatos de Ginástica Rítmica, entre outras modalidades, para pessoas tanto com Síndrome de Down quanto com outras deficiências e necessidades especiais, divide as atletas em níveis para que essas possam competir com igualdade de habilidades e capacidades físicas.

Além disso, eles também têm uma exigência menor com relação à performance das meninas em vista de outros campeonatos nacionais e/ou internacionais, mesmo estando suas regras baseadas no Código de Pontuação da FIG.

Realmente a proposta da Special Olympics é muito boa, tanto porque ela tornar possível a participações em competições assim como na prática de várias atividades esportivas, entre elas a Ginástica Rítmica, por pessoas com Síndrome de Down.

Ao longo desse estudo identificou-se que a prática da Ginástica Rítmica poderia contribuir grandemente nos aspectos psicomotor, cognitivo, social e afetivo de pessoas com Síndrome de Down. Em especial quando realizado com crianças, por estarem elas formando sua base de desenvolvimento para ações presentes e futuras.

No entanto, em se tratando de competição a melhor performance não pode ser proibida nem tão pouco desconsiderada. Ainda que esta venha a prejudicar a ginasta que a executa.

Por esse motivo creio que a Ginástica Rítmica como proposta educacional-pedagógica, como propõe Gaio (2007), por ter a possibilidade de ser adaptada das mais diversas formas, em muito tem a contribuir para a formação e desenvolvimento dessas meninas.

Referências Bibliográficas

Amiralian, Maria L.T; Pinto, Elizabeth B; Ghirardi, Maria I.G; Lichtig, Ida; Masini, Elcie F.S; Pasqualin, Luiz. Conceituando Deficiência. **Revista de Saúde Pública**. 34 (1), 2000. p97 a 83.

Caçola, Priscila. A iniciação esportiva na Ginástica Rítmica. **Revista Brasileira de Educação Física, Esporte, Lazer e Dança**, Volume 2. N1. Marca, 2007. p 9-15.

Castro, Eliane Mauerberg de. **Atividade Física Adaptada**. Tecmedd Editora. Ribeirão Preto. São Paulo, 2005. p 83 e 84 e p 177-82 .

Convida Associação Assistencial. www.convida.org.br Acesso em dezembro de 2007.

Curso de Aperfeiçoamento de professores e profissionais afins na área de educação especial –180 horas/ deficiência mental. APAE. Mairiporã, 2006.

Domingues, Flávia Maria; Santos, Flávia Costa Pinto e. Manejo da Bola da Ginástica Rítmica Como Estímulo ao Desenvolvimento da Destreza de Mãos e Dedos e Velocidade de Mãos e Braços em Adultos e Idosos. **Movimentum** – Revista Digital de Educação Física – Ipatinga: UNILESTE – MG – VI. Agosto/Dezembro de 2006.

Duncan, Helen A; R N; M A. **Dicionário Andrei**: para enfermeiros e outros profissionais da saúde. Editora Andrei LTDA. 2 edição.. Nova Iorque, 1987. p124, 322, 885, 886.

Federación Internacional de Gimnasia. **Reglamento Técnico - 2005**. Traduzido por Júlio Marcos Felipe (ESP). Confederação Internacional de Ginástica (FIG), 2004.

Gaio, Roberta. **Ginástica Rítmica “Popular”**: Uma Proposta Educacional. 2º Edição. Editora Fontoura. Jundiaí. São Paulo. 2007.

Gallahue, David L; Ozmun, Jhn c. **Compreendendo o Desenvolvimento Motor:** Bebês, Crianças, Adolescentes e Adultos. Phorte Editora LTDA. São Paulo, 2003.

Godoy, Lauret. **Jogos Olímpicos da Grécia Antiga.** Nova Alexandria Ltda. São Paulo, 1996. pg 25 - 8, 123 -29.

Guérios, Luciana Cândido; Gomes, Nilton Munhoz. Análise de um Programa de Desenvolvimento dos Padrões Fundamentais em Crianças Portadoras de Síndrome de Down. **Revista Digital.** Ano 10. nº 83. Buenos Aires, Abril de 2005. www.efdeesportes.com acesso em abril de 2008.

Leite, E. A. **Os benefícios da Ginástica Rítmica para Meninas Portadoras da Síndrome de Down.** Londrina UNOPAR (especialização), 2003.

Llobet, Canalda Anna. **Gimnasia rítmica deportiva.** Barcelona : Paidotribo, 1998.

Ministério da Saúde, Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde/ DAPS. Programa Nacional de à Pessoa Portadora de Deficiência. **Série Informações Sobre a Síndrome de Down:** Destinada a Profissionais da Saúde. Síndrome de Down/Suspeita e Diagnóstico/ Aspectos Educacionais/ O Lazer/ Suspeita e Diagnóstico/ Aspectos Médicos/ Aspectos Sociais/ Desenvolvimento da Linguagem/ Desenvolvimento Psicomotor. Brasília, sd.

Moisés, Márcia Perides. Ginástica para pessoas com seqüela de acidente vascular cerebral. **Revista SOBAMA:** Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada. V 10. N 1. Dezembro, 2005. p 51-54.

Pereira, Sissi Aparecida Martins. **Ginástica Rítmica Desportiva:** Aprendendo passo a passo. Shape. Rio de Janeiro, 2000.

Polastri, Paula Favaro; Barela, José Ângelo. Percepção-ação no desenvolvimento motor de crianças portadoras de Síndrome de Down. **Revista da SOBAMA**. V 7. N°1. Dezembro, 2002. p 1-8.

Rodrigues, Ana Cristina; Deutsch, Silvia. Guia do Espectador. **Pesquisa em Educação Física**. Vol 7. N°1. Fontoura Editora. Jundiaí, São Paulo, 2008.

Sousa, Lucinda J. Rocha Santos. **Relação entre a Frequência Semanal de Atividade Física e os níveis de Aptidão Física, Coordenação Motora e os parâmetros da Composição Corporal dos indivíduos portadores de Síndrome de Down**. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto. Portugal. Outubro, 2005.

Stray-Gundersen, Karen. **Crianças com Síndrome de Down: Um Guia para Pais e Educadores**. Artmed. 2° Edição. Porto Alegre, 2007.

Site: <http://www.ama.org.br/html/home.php> acesso em agosto de 2006.

Site: www.auma.com.br acesso em agosto de 2006.

Site: <http://www.cdof.com.br/esportes4.htm> acesso em novembro de 2007. Molinari, Ângela Maria Da Paz. Ginástica Rítmica: Esporte, História e Desenvolvimento

Site: www.entreamigos.com.br/texto/defmeta/classificacaoDeficienciaMental.pdf acesso em maio de 2008 in <http://bvsm2.saude.pontogov.br>

Site: <http://www.entreamigos.com.br/textos/defmenta/defmetnova.htm> acesso em maio de 2008 in <http://bvsm2.saude.pontogov.br>